

Prevención, detección, diagnóstico,
tratamiento y seguimiento de
**Lesiones precursoras de cáncer de cuello
del útero**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-146-24



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



Marina Nacional 60, piso 11, ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Lesiones precursoras de cáncer de cuello del útero**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

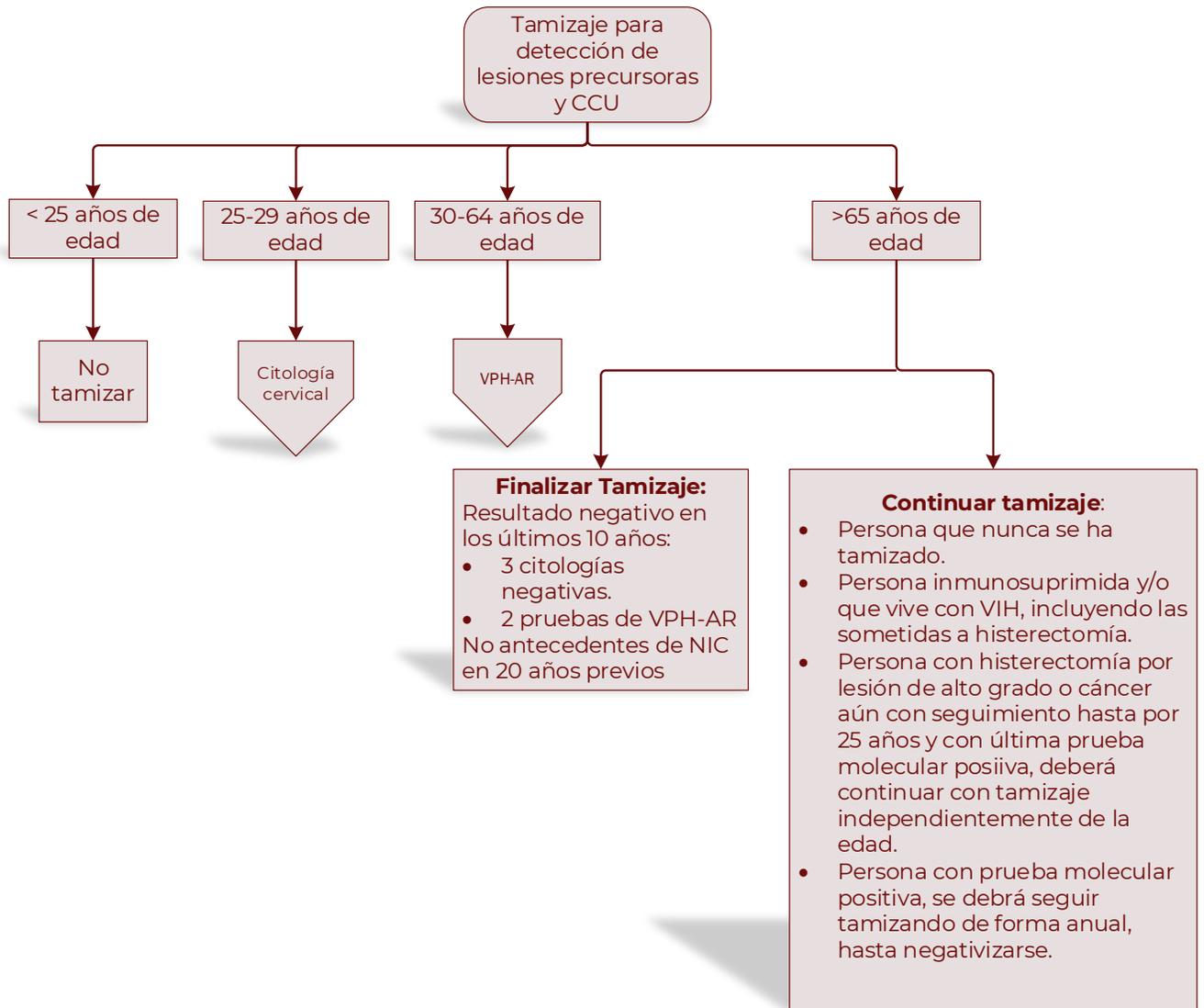
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-24/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Lesiones precursoras de cáncer de cuello del útero**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; <año> [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-24/RR.pdf>

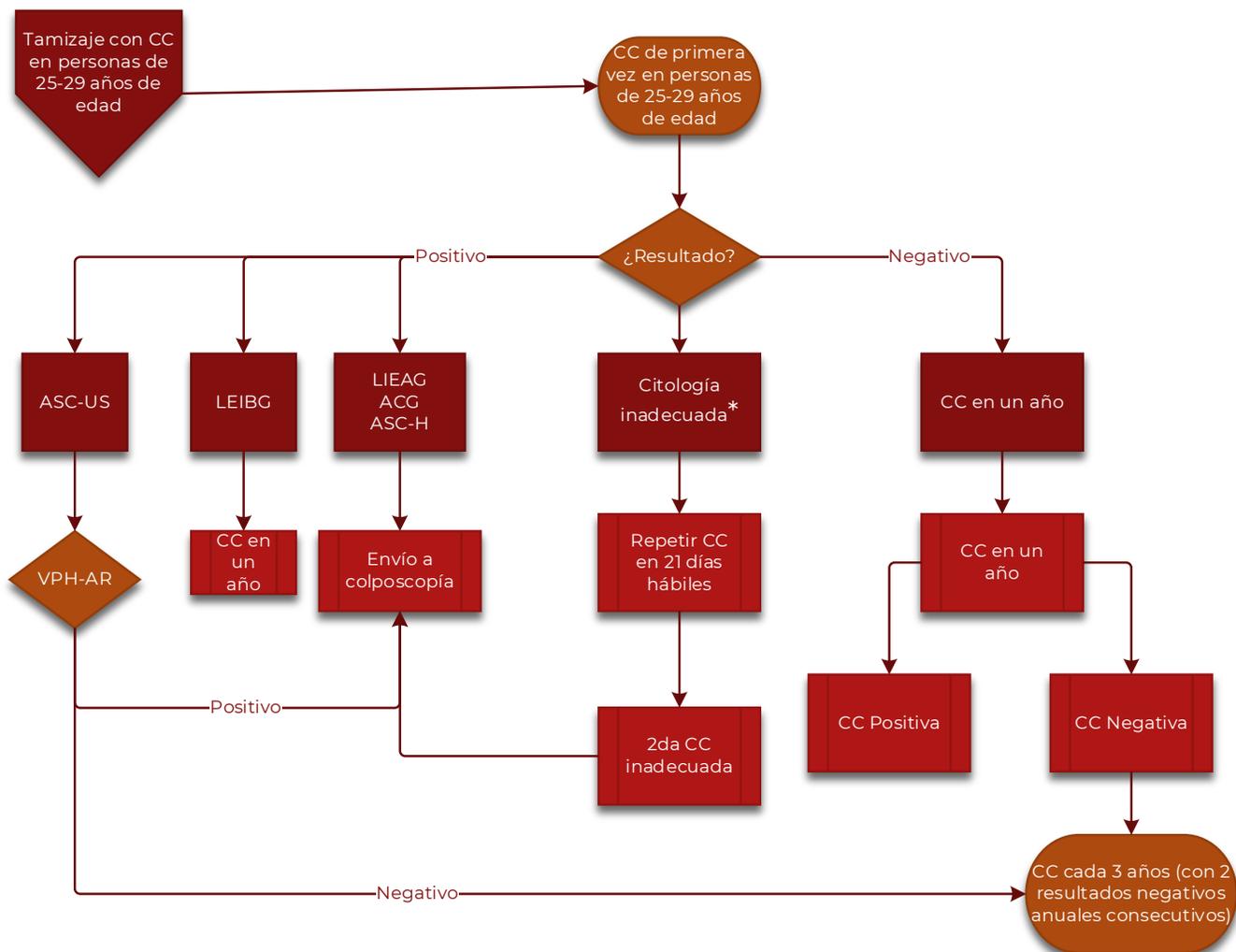
ISBN en trámite.

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

1.1.1. Algoritmo 1. Tamizaje para la detección de lesiones precursoras de CCU

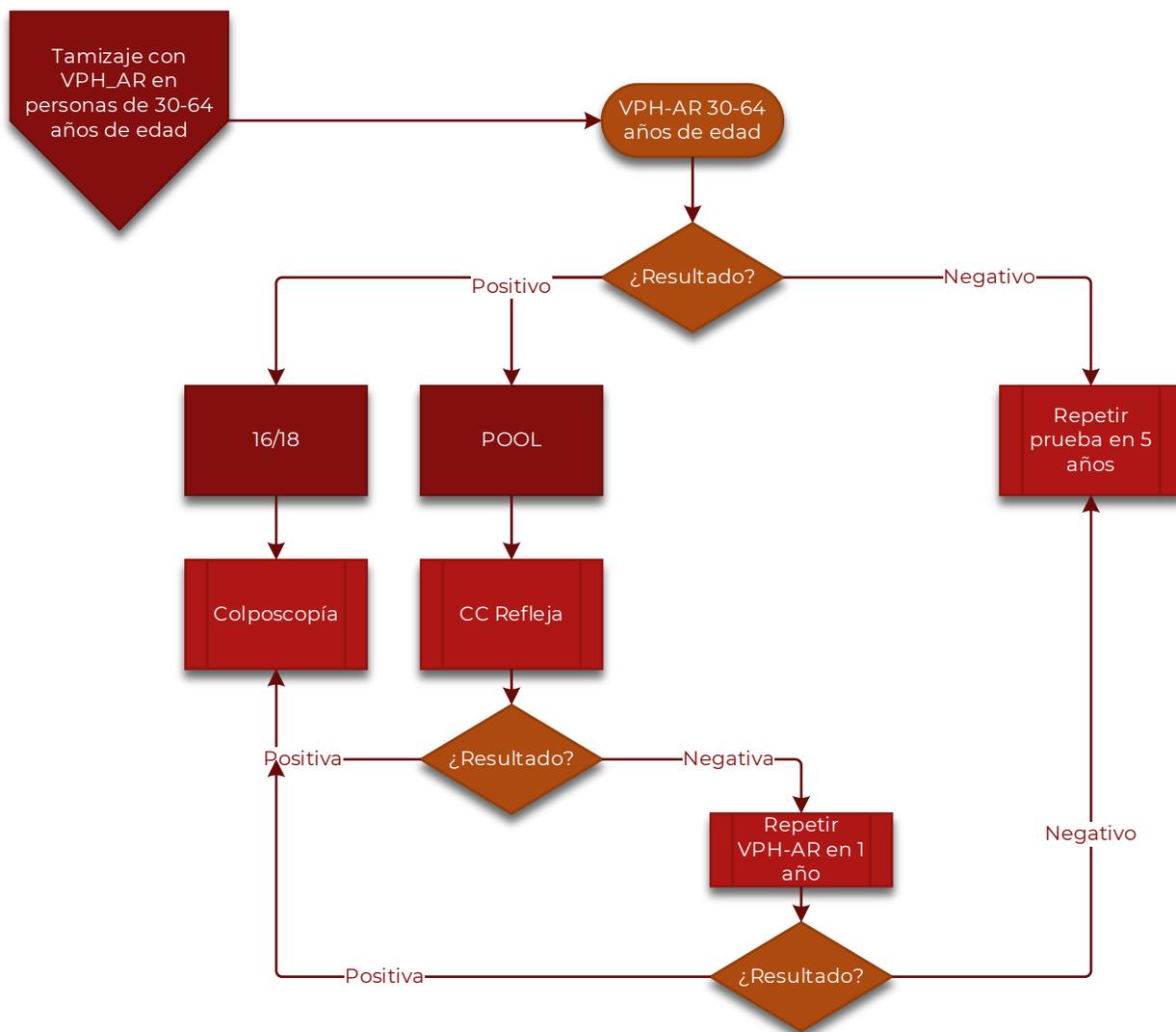


Algoritmo 2. Tamizaje con CC en personas de 25-29 años de edad

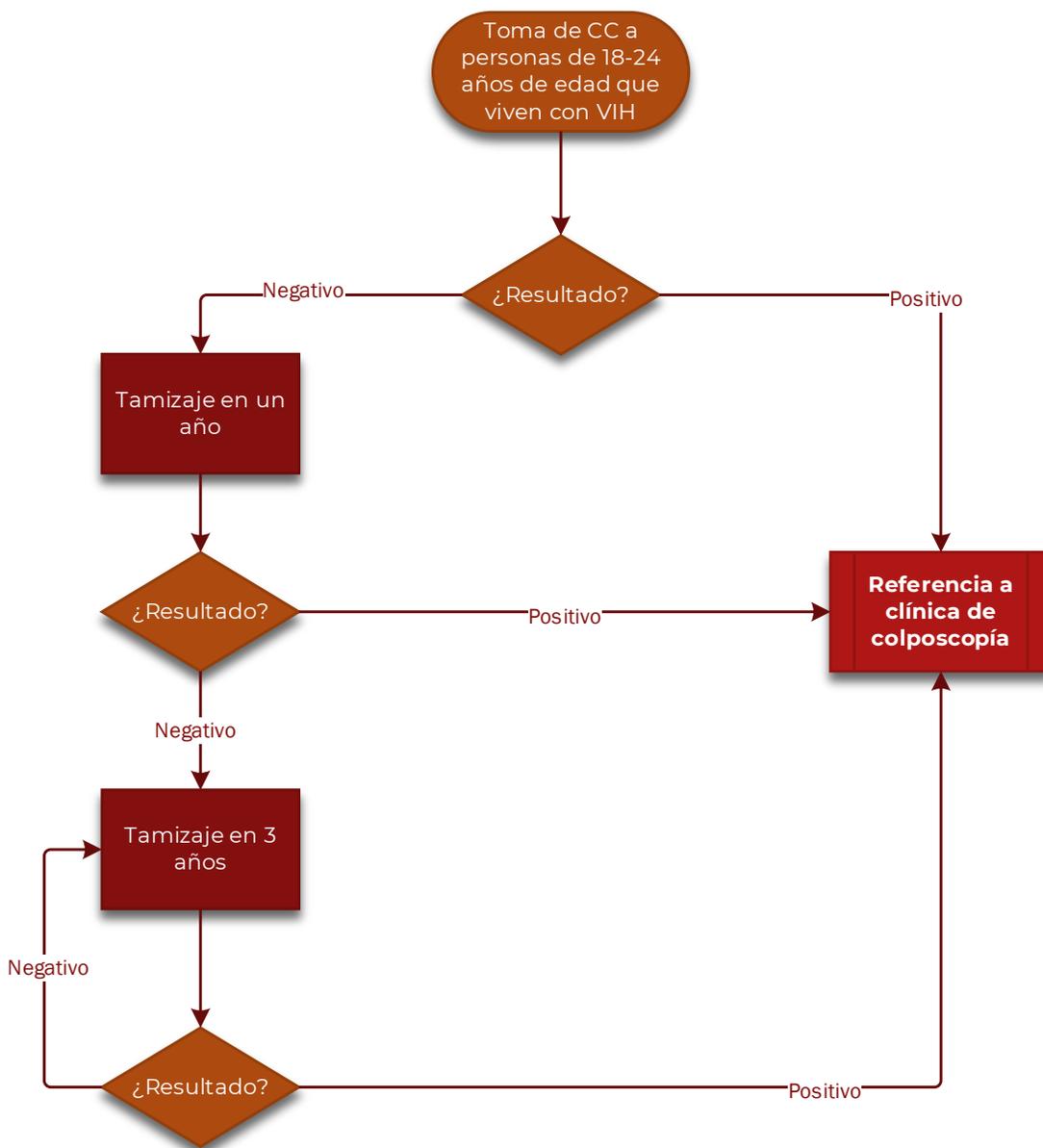


*Se puede presentar en cualquier momento del tamizaje

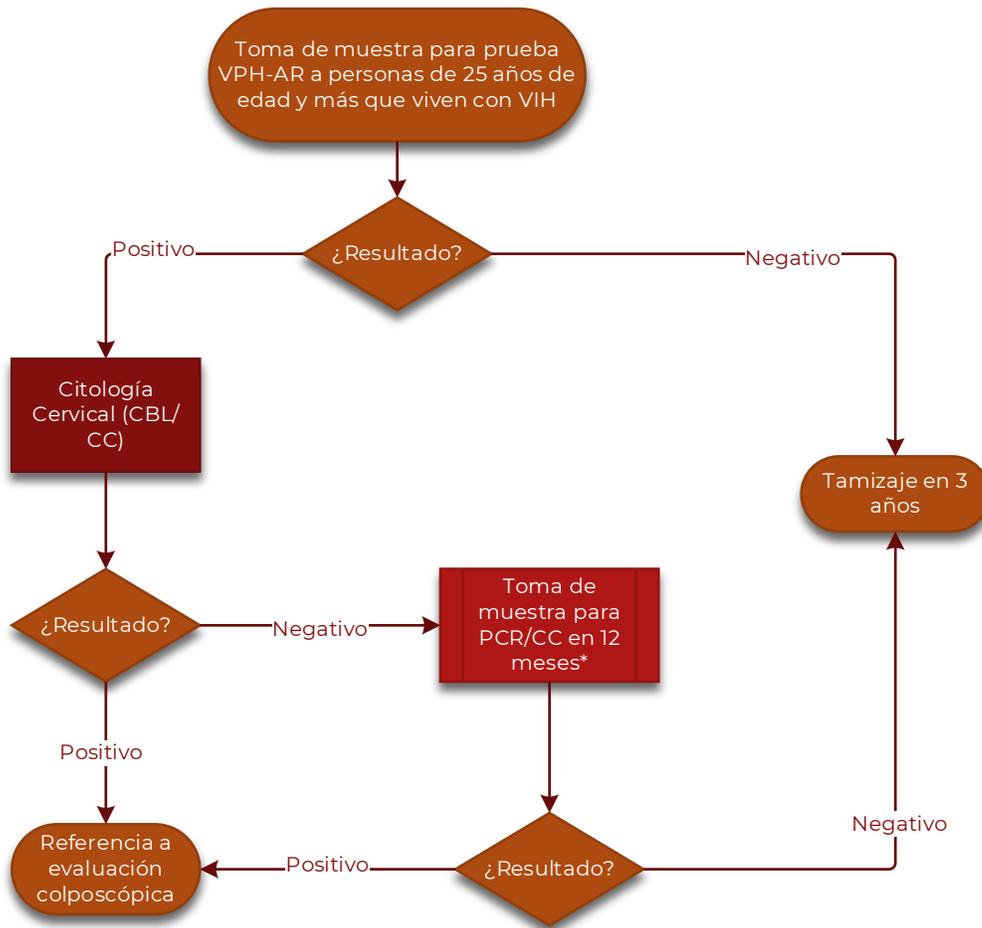
Algoritmo 3. Tamizaje con VPH-AR en personas de 30 a 64 años de edad



Algoritmo 4. Toma de CC a personas de 18 -24 años de edad que viven con VIH



Algoritmo 5. Toma de muestra para prueba VPH.AR a personas de 25 años de edad y más que viven con VIH



* En caso de que el resultado de VPH sea (+) por dos años consecutivos y su correspondiente CC sea (-), referir a la persona usuaria a la clínica de colposcopia.

2. LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO

PREVENCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda reciban vacuna contra el VPH con el fin de disminuir la carga de la enfermedad por lesiones precursoras y CCU, de acuerdo al siguiente esquema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una dosis para niñas de 9 a 14 años de edad • Una dosis para niñas y mujeres de 15 a 20 años de edad <p style="text-align: center;">Certeza moderada ⊕⊕⊕○ y baja ⊕⊕○○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 
<p>El grupo desarrollador de la GPC derivado de la poca evidencia bibliográfica que se encuentra disponible acordó que es importante que en personas que hayan sido víctimas de abuso sexual se aplique una dosis de vacuna hasta los 20 años de edad, si se dispone de insumos, la recomendación será de dos dosis, con intervalo de 0 a 6 meses.</p>	PBP
<p>A partir de los 9 a 45 años de edad, las personas inmunodeprimidas incluyendo las que viven con VIH, deben recibir al menos dos dosis y cuando sea posible, tres.</p>	PBP
<p>El embarazo no es una contraindicación, sin embargo, es preferible vacunar después de que finalice el evento obstétrico.</p>	PBP

DETECCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda que la detección del ARNm puede ser utilizado como tamizaje primario a intervalos de cinco años.</p> <p style="text-align: center;">Certeza de la evidencia moderada ⊕⊕⊕○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 

<p>Se recomienda utilizar como prueba de tamizaje primario la detección molecular de VPH-AR en lugar de la CC para la identificación oportuna de lesiones precursoras de CCU y adenocarcinoma, en personas de 30 a 49 años de edad con un intervalo de detección de cinco años. Pudiéndose extender el tamizaje a personas de 50 a 64 años de edad.</p> <p style="text-align: right;">Certeza Moderada ⊕⊕⊕○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 
<p>Se sugiere utilizar como prueba de tamizaje primario la detección molecular de VPH-AR en lugar de la CC a partir de los 25 años de edad, en personas que viven con VIH, para la identificación oportuna de lesiones precursoras de CCU y adenocarcinoma.</p> <p>Para personas que viven con VIH la evidencia muestra que el intervalo de detección es de 3 a 5 años.</p> <p>Las personas que viven con VIH y presentan bajos niveles de CD4, deben ser tamizadas cada 6 a 12 meses.</p> <p style="text-align: right;">Certeza moderada ⊕⊕⊕○</p>	<p>Condicional a favor</p> 
<p>Se deberá seguir tamizando después de los 65 años de edad en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona que nunca se ha tamizado • Persona inmunosuprimida y/o que vive con VIH, incluyendo a las sometidas a histerectomía. • Persona con histerectomía por lesión de alto grado o cáncer aún con seguimiento hasta por 25 años y con última prueba molecular positiva deberá continuar con tamizaje independientemente de la edad. • Persona con prueba molecular positiva, se deberá seguir tamizando de forma anual, hasta negativizarse. <p style="text-align: right;">(Algoritmo 1 y 3)</p>	<p>PBP</p>
<p>Cuando la detección con VPH-AR es positivo para genotipos 16 y 18 se debe realizar valoración colposcópica sin necesidad de triaje previo con citología.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 1)</p>	<p>PBP</p>
<p>En México, en el grupo de personas de 18 a 24 años de edad, que viven con VIH expuestas a VPH, está indicada la CC como tamizaje primario. Si esta es negativa, se repite la prueba al año. Con resultado negativo el próximo tamizaje con CC se realizará cada tres años. Si el tamizaje primario con CC es positivo, se refiere a clínica de colposcopia.</p> <p>Las personas usuarias de terapia antirretroviral, con bajo nivel de células CD4 permanecen con riesgo significativo a pesar de la terapia, por lo que deberían ser tamizadas frecuentemente (cada seis meses a un año).</p> <p style="text-align: right;">(Algoritmo 4)</p>	<p>PBP</p>
<p>En México, en el grupo de personas de 25 años de edad que viven con VIH, está indicada la prueba de VPH-AR como tamizaje primario. Si el resultado es negativo, se repite la prueba en tres años. Si el resultado es positivo, el</p>	<p>PBP</p>

<p>estudio debe ser complementado con Citología en base líquida (CBL) y si esta es negativa, se repite todo el proceso en un año. Si persiste la positividad a VPH y negatividad a CBL, se remite a clínica de colposcopia.</p> <p style="text-align: right;">(Algoritmo 3)</p>	
<p>En México, en el grupo de personas de 25 a 29 años de edad, de la población general, está indicada la CC como tamizaje primario. Si esta es negativa, se repite la prueba al año. Con dos resultados negativos consecutivos, el próximo tamizaje con CC se realizará al año. Si el tamizaje primario con CC reporta ASC-US, se indica VPH-AR; si reporta LIEBG, se realiza CC en un año y si reporta LEIAG, AGC o ASC-H se refiere a clínica de colposcopia. En el caso de ser positiva la prueba de VPH-AR pasa a colposcopia, si es negativa CC en 3 años.</p> <p style="text-align: right;">(Algoritmo 2)</p>	PBP

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Se recomienda que las personas que dieron positivo en una prueba de VPH-AR como tamizaje primario, y que son negativas en el triaje de VPH-AR 16/18 o triaje de colposcopia, vuelvan a hacerse la prueba de VPH-AR a los 12 a 24 meses y si dan negativo, pasen al intervalo de detección regular.</p> <p style="text-align: right;">Certeza baja ⊕⊕○○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 
<p>Actualmente en México el seguimiento a VPH-AR positivo con triaje negativo (CBL), se realiza cada 12 meses y si dan negativo, pasen al intervalo de detección regular.</p> <p style="text-align: right;">(Algoritmos)</p>	PBP
<p>En México, la prueba de detección de VPH-AR, genotípica 16/18 y pool de 12 serotipos de alto riesgo. Si la prueba es positiva para 16 o 18, se recomienda referir a colposcopia sin necesidad de realizar triaje con citología.</p> <p>Si el pool es positivo se realiza citología cervical con la misma muestra. Si ésta es positiva, se refiere a colposcopia. Si es negativa, se realiza nueva detección de VPH-AR en un año.</p> <p>Si ambas (VPH-AR y citología) son negativas, la próxima prueba se hará en 5 años.</p> <p style="text-align: right;">(Cuadro 1)</p>	PBP

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda que el tratamiento debe iniciarse antes del primer mes sin exceder los tres meses a partir de la confirmación histológica de NIC2+. Certeza Baja ⊕⊕○○	Fuerte a favor 
En México, el tiempo desde el diagnóstico histopatológico confirmado de NIC 2+, hasta el tratamiento no debe exceder de 20 días hábiles. (Cuadro 3)	PBP
Se sugiere que las personas incluyendo las que viven con VIH tratadas por diagnóstico de NIC 2+ o AIS, se reevalúen a los 12 meses con prueba de VPH-AR cuando esté disponible y si el resultado es negativo, volver a realizar la prueba a los 12 meses y si es negativa nuevamente, pasar al intervalo de tamizaje regular recomendado. De no contar con VPH-AR realizar CC. Certeza muy baja ⊕○○○	Fuerte a favor 
En mujeres embarazadas se debe diferir el tratamiento de lesiones precursoras de CCU, hasta después del embarazo.	PBP
Todas las personas con un tamizaje positivo deben tener una evaluación colposcópica antes del tratamiento.	PBP
Debe realizarse el tratamiento de las LEIAG con procedimiento escisional, una vez que se hayan cubierto los criterios para realizar cada una de las técnicas.	PBP
El uso de cada técnica dependerá de la edad, extensión y localización de la lesión (endocervical, exocervical o ambas), se deben corroborar los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Se debe visualizar toda la unión escamocolumnar fisiológica (Colposcopia) • No hay ninguna sugerencia de enfermedad invasora • No hay sospecha de enfermedad glandular invasora • Debe haber una correlación colpo-histológica $\geq 80\%$ (Cuadro 3)	PBP
Se debe realizar el seguimiento al tratamiento de LEIAG histológicamente confirmada con prueba VPH-AR, a los 6 o 12 meses, si el resultado es negativo, regresa al tamizaje habitual. Si no se cuenta con el recurso, se puede utilizar CC.	PBP

Otra alternativa sería el uso de la prueba de ARNm E6/E7 como marcador de progresión de la enfermedad.

(Cuadro 3)

SEGUIMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
<p>Para disminuir la recidiva de NIC 2+ en pacientes con VIH, se recomienda mantener apego al TAR, adecuado conteo de CD4+ y CVP indetectable.</p> <p style="text-align: right;">Certeza Baja ⊕⊕○○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 
<p>Se recomienda realizar LEEP en lugar de la crioterapia en personas que viven con VIH con diagnóstico positivo de LEIAG.</p> <p>Se recomienda realizar LEEP para las personas con NIC 2+ confirmada por evaluación histopatológica.</p> <p style="text-align: right;">Certeza Baja ⊕⊕○○</p>	<p>Fuerte a favor</p> 
<p>Se prefiere LEEP en lugar de tratamiento ablativo para tratar lesiones que se extienden al canal cervical o cubren más de 75% del ectocérvix.</p>	<p>PBP</p>
<p>El grupo desarrollador de la GPC considera que las siguientes estrategias pueden disminuir el índice de recidiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento escisional con bordes negativos • Vigilancia de la persistencia de VPH-AR por pruebas moleculares • Vigilar con biomarcadores de progresión (ARNm E6/7) y tinción dual (p16 y Ki67) • Mejorar el sistema inmunológico <p>Factores modificables del estilo de vida: eliminar el tabaquismo, actividad física, mejorar hábitos alimenticios, preservación de microbioma vaginal, infecciones vaginales (vaginosis bacteriana), infecciones de transmisión sexual y el uso por cinco años o más en forma continua de anticonceptivos que contienen progestágenos.</p>	<p>PBP</p>

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1.

Criterios para realizar la evaluación colposcópica

- Prueba de VPH-AR positiva para genotipos 16 o 18.
- Prueba de VPH-AR positiva más CBL positiva.
- Citología positiva con reporte de ASC-US o mayor.
- Dos citologías consecutivas inadecuadas.
- Condilomatosis genital.
- En persona menor de 25 años de edad tamizada por alguna situación especial, con reporte de ASC-US o más.
- Cuando la citología de seguimiento al año reporte ASC-H o LEIAG.
- Cuando la citología de seguimiento a los dos años reporte persistencia de ASC-US o de LEIBG.
- En persona embarazada con reporte de LEIAG, realizarla con intervalo de 60 días hábiles. Es aceptable aplazar la reevaluación hasta al menos 42 días hábiles luego de la resolución del embarazo.
- En persona inmunodeprimida o que vive con VIH con citología positiva o prueba de VPH-AR positiva.

Cuadro 2.

Criterios para realizar reporte histológico

- Motivo de la referencia.
- Grado de anormalidad de la citología previa.
- Si la colposcopia fue adecuada o no adecuada.
- Citología alterada.
- Presencia o ausencia de extensión vaginal o endocervical.
- Tipo de zona de transformación.
- Características colposcópicas de la lesión.
- Impresión colposcópica del grado de la lesión.
- Los estudios de apoyo en la evaluación diagnóstica son: biopsia de cérvix, muestreo del canal endocervical y si se dispone del recurso, prueba VPH-AR.

Cuadro 3.

INDICADORES	
INDICADOR	ESTÁNDAR
COBERTURA	
Cobertura de vacunación contra VPH	≥ 90% de cobertura de vacunación en población de 9 a 14 años de edad.
Cobertura de tamizaje con citología cervical de 25 a 64 años de edad	≥ 70% de tamizaje por citología cervical en personas de 25 a 64 años de edad.
Cobertura de tamizaje con VPH-AR	≥ 70% de cobertura de tamizaje con VPH-AR. En personas de 30 a 64 años de edad.
OPORTUNIDAD	
Oportunidad de evaluación colposcópica inicial	≥ 90% de evaluación colposcópica inicial menor de 10 días hábiles.
Oportunidad de recepción del reporte histopatológico	≥ 90% de recepción de reporte histopatológico menor a 15 días hábiles.
Oportunidad de inicio del tratamiento para LEIAG a partir del diagnóstico histopatológico	≥ 95% de oportunidad de inicio del tratamiento de LEIAG no mayor a 15 días hábiles.
EFICACIA	
Correlación colpo-histológica en LEIAG	≥ 80% de correlación colpo - histológica en LEIAG
Hallazgo de cáncer en cono cervical realizado por LEIAG	≤ 2% de Hallazgo de cáncer en cono cervical realizado por LEIAG
Oportunidad de referencia de cáncer invasor a oncología	≥ 80% de oportunidad de referencia de cáncer invasor a oncología no mayor a 10 días.
RESULTADO	
Éxito terapéutico a dos años de seguimiento	≥ 95% de éxito terapéutico a dos años de seguimiento