



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TAMIZAJE,
DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRE-
CANCEROSAS PARA PREVENCIÓN DEL CÁNCER
DE CUELLO UTERINO, REPÚBLICA DOMINICANA.
VERSIÓN RESUMIDA**

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
TAMIZAJE, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LESIONES PRE-CANCEROSAS PARA
PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO
UTERINO, REPÚBLICA DOMINICANA.
VERSIÓN RESUMIDA**

República Dominicana
Marzo, 2025



® Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Título original:

Guía de Práctica Clínica de Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Pre-Cancerosas para Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, República Dominicana. Versión resumida.

Coordinación editorial:

Viceministerio de Salud Colectiva

Formato gráfico:

Enmanuel Trinidad. Dirección de Normas, Guías y Protocolos

eISBN: 978-9945-644-93-7

Primera edición

Marzo, 2025

Las Sociedades Médicas Especializadas, expertos, diversos perfiles profesionales y representantes de pacientes que participaron en el proceso de adaptación, revisión y consulta de contenido de la presente Guía de Práctica Clínica, contribuyeron bajo Declaración de Confidencialidad y No Conflicto de Interés. Su participación se llevó a cabo en las mesas técnicas y en el panel de expertos, como parte del proceso de elaboración y adaptación de este conjunto de recomendaciones.

Esta guía fue asesorada técnicamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), con la colaboración de la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abarcando tanto la realización del Panel de Expertos como la diagramación e impresión de este producto documental. Asimismo, agradecemos al Instituto Nacional de Salud y al Ministerio de Salud de El Salvador por su valiosa colaboración técnica en la adaptación de esta guía para la República Dominicana.

Copyright ©Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución sólo autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades médicas especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud. Así como de la adaptación de la **Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino**, 2023 del Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de El Salvador, la cual guarda derechos reservados; algunos derechos han sido cedidos para la elaboración de esta guía, en fecha 19 de junio de 2024, mediante OFICIO No. 2024-6018-00136, la cual corresponde a la versión en español de la Guía **WHO Guidelines for The Use of Thermal Ablation for Cervical PreCancer Lesions**, de la OMS/OPS. Para otros usos relacionados al derecho de autor, debe requerirse la autorización correspondiente a las instituciones autoras.



AUTORIDADES

Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Luis Nelson Rosario Socias
Viceministro para las Direcciones Provinciales

Dra. Gina Estrella Ramia
Viceministra para la Gestión de Riesgo y Salud Ambiental

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA

EQUIPO RESPONSABLE

Dr. Ricardo Alberto Elías Melgón. Director de Salud de la Población

Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos

Dra. Elsa Camilo Pantaleón. Encargada del Departamento de Curso de Vida

Dr. Tamy Santana Monsanto. Encargado del Programa Materno Infantil

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

Dra. Berónica De la Rosa H. Coordinadora del componente de Prevención del Cáncer del Cuello Uterino y Cáncer de Mama

Dra. Sabrina Marte Vásquez. Analista del componente de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama

EQUIPO METODOLÓGICO

Lcda. Anel Payero González. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

Dra. Ibsen Veloz Suárez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Delia Castillo Marmolejos. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación Sanitaria

EQUIPO TÉCNICO OPS/OMS

Mgr. Alba Roperó. Representante OPS RD

Dra. Vhania Batista. Asesora Nacional de Enfermedades No Transmisibles, Factores de Riesgo y Salud Mental, OPS RD

Dr. Mauricio Maza. Asesor Regional de Prevención y Control de Cáncer, OPS HQ

Dr. Ludovic Reveiz. Jefe Unidad de Ciencia y Conocimiento para la Acción de la Salud, OPS HQ

Dra. Ana Marcela Torres. Consultora. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, OPS HQ

Dra. Sara Benítez. Consultora. Unidad de Prevención de Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Lesiones, OPS HQ

EQUIPO TEMÁTICO

Dr. Álvaro Gartner. Ginecobstetra Oncólogo, Presidente de la Sociedad de Ginecología Oncológica

Dr. José Miguel Cruz Arias. Patólogo, Presidente de la Sociedad de Patología

Dra. María Del Orbe. Coordinadora Programa de Planificación Familiar, MISPAS

Dra. Carmen Roa. Ginecobstetra Oncóloga, Gerente Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital General de la Policía

Dra. Carolina Méndez. Ginecobstetra Oncóloga, Gerente del Departamento de Oncología Ginecológica del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter

Dr. Garry Jean. Ginecobstetra Oncólogo, Gerente Departamento de Oncología Ginecológica del El Hospital de la Mujer Doña Renée Klang de Guzmán

Dr. Elvis Alí Alonzo. Ginecólogo oncólogo, Gerente Departamento de Oncología Ginecológica Hospital General San Vicente de Paul

Dra. Natalia Frías. Ginecóloga oncóloga, Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Pérez de Taveras - INCART

Dra. Erika Liebermann. Assistant Professor, University of Rhode Island, Fellow, Betty Irene Moore Fellowship for Nurse Leaders and Innovators

Dra. Pura M. Franco. Médico Familiar, CPN Villa Carmela

Lcda. María A. Castillo Bueno. Lcda. en Enfermería, MISPAS

PANEL DE EXPERTOS

Dr. Roberto Nina. Obstetra Ginecólogo, Presidente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia

Dr. Luis Rojas Grullón. Ginecobstetra Oncólogo, Gerente Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital Docente Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dr. Henry Mesa. Ginecobstetra Oncólogo, Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dr. William Romero. Ginecobstetra Oncólogo, Coordinador Residencia de Oncología Ginecológica, Hospital Docente Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dr. José Mordan. Obstetra Ginecólogo, Gerente de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina

Dra. Erika Jiménez. Encargada del Departamento de Diseño y Revisión de Planes de Salud de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)

Sra. Yessica Ruiz. Representante de la Liga Dominicana contra el Cáncer

Dra. Rut Villegas. Ginecobstetra Oncóloga, Hospital de la Mujer Dominicana Dra. Evangelina Rodríguez

Dra. Mónica Carrión. Salubrista, Coordinadora Programa de Adolescentes, MISPAS

Dra. Katherine Rodríguez. Coordinadora del Programa de Detección del Cáncer, Servicio Nacional de Salud (SNS)

Dra. Marisol Jiménez. Encargada de la Unidad coordinadora de atención integral del Programa de ITS/VIH y Hepatitis, MISPAS

Claudia A Cabrera. Coordinadora de Citología, Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

Dr. Joaquín Paniagua. Médico General, Centro de Atención Primaria de San Cristóbal

REPRESENTANTE DE PACIENTE

Dra. Ircania Castillo. Representante de Paciente, Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART)

PACIENTE

Gisela de los Santos. Paciente

REVISORES EXTERNOS

Dr. Michael Trinidad. Obstetra Ginecólogo, Gerente del Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia

Dr. José Agustín Guzmán. Ginecobstetra Oncólogo, Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Taveras (INCART)

Dra. Yeysy Donastor. Investigadora Principal de la Unidad de Vacunas e Investigación, Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de la Piel Dr. Huberto Bogaert Díaz

COLABORADORES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MISPAS)

Dra. Andelys de la Rosa. Directora de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

COLABORADORES EXTERNOS

Dr. Martín Ortiz. Director Materno Infantil del Servicio Nacional de Salud (SNS)

Dra. Madhelin Delgado Habet. Médico Salubrista

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Resolución Núm. 0007-2025

Que pone en vigencia los Documentos Normativos y Técnicos Sanitarios para Diversos Eventos Clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la Ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes, ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral No. 001-0974857-4, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana.

Considerando (1): Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

Considerando (2): Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (3): Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (4): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (5): Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competentes al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

Considerando (6): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (7): Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (8): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (9): Que, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (10): Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, proclamada el 27 de octubre de 2024.

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

Vista: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 9 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Visto: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

Primero: Se instruye, con carácter obligatorio, a todos los establecimientos y servicios de salud, tanto públicos como privados, así como a patronatos y organizaciones no gubernamentales (ONG), a cumplir con la aplicación de la Guía de Práctica Clínica, las Directrices de Atención y el Perfil de Salud para los principales eventos en el proceso asistencial. Estas herramientas operativas son fundamentales para la mejora continua de la calidad de los servicios prestados

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Pre-Cancerosas para Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, República Dominicana
2. Guía de Práctica Clínica de Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Pre-Cancerosas para Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, República Dominicana. Versión resumida.
3. Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género
4. Perfil de Salud de la Población Adulta de la República Dominicana

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) promoverá el uso de la Guía de Práctica Clínica, las Directrices de Atención y el Perfil de Salud, dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL


Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los establecimientos y servicios de salud, ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONGs.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025).


Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



CONTENIDO

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS.....	14
PRESENTACIÓN	15
OBJETIVOS	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos.....	16
POBLACIÓN DIANA	16
USUARIOS	16
ALCANCE	17
ENFOQUE DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO	17
METODOLOGÍA.....	18
PROCESO DE ADAPTACIÓN RÁPIDA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	19
RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES.....	20
RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES.....	22
MÓDULO DE IMPLEMENTACIÓN	31
Actores responsables de la implementación de las recomendaciones de la GPC	31
Estructura del programa de guías en el marco del sistema de gestión de la calidad	32
Barreras y estrategias de implementación	33
INDICADORES.....	35
ALGORITMOS	39
Prueba de ADN de HPV en Mujeres de población general mayor o igual a 30 años y menor o igual a 65 años.....	39
Prueba de VPH en mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a mayor o igual a 65 años.....	40
HPV con genotipificación en población general de mujeres mayor o igual a 30 años a mayor o igual a 65 años y mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a mayor o igual a 65 años	41
Citología en población general de mujeres mayor o igual a 30 años a menor o igual a 65 años y mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a menor o igual a 65 años	42
BIBLIOGRAFIA	43

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ADN	Ácido desoxirribonucleico
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASCUS	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CBL	Citología de base líquida
CC	Citología convencional
CCI	Cáncer del cérvix invasivo
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
DASIS	Dirección de Análisis de Situación de Salud, Monitoreo y Evaluación de Resultados
DT	Detección y tratamiento
ECA	Ensayos clínicos aleatorizados
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos (por sus siglas en inglés)
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
GPC	Guía de práctica clínica
GDG	Grupo desarrollador de guía
GED	Grupo elaborador de la directriz
HC2	Captura híbrida 2
VPH	Virus del Papiloma Humano
hrHPV	Virus del papiloma Humano de alto riesgo
VIH	Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana
HR	Hazard Ratio
IARC	Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (por sus siglas en inglés)
IC	Intervalo de confianza
ICER	Ratio de Coste Efectividad Incremental (por sus siglas en inglés)
IVAA	Inspección visual con ácido acético
LAST	Lower Anogenital Squamous Terminology
LEEP	Loop electrosurgical excision procedure
LEI AG	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
LEI BG	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
LLETZ	Large Loop excision of the transformation zone
MC	Manejo de colposcopia
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
NIC 2+	Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado o mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS/PAHO	Organización Panamericana de la Salud/Pan American Health Organization
OR	Odds Ratio
PAAN	Prueba de amplificación de ácido nucleico
PBP	Punto de buena práctica
PBS/PDSS	Plan Básico de Salud/ Plan de Servicios de Salud
Rc	Recomendaciones claves
ROC	Receiver Operating Characteristic
RR	Riesgo Relativo
RS	Revisión sistemática
SNS	Servicio Nacional de Salud
SISALRRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
UEC	Unión escamoso-cilíndrica
YLS	Year of life saved
CONANI	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia

PRESENTACIÓN

El Cáncer del Cuello Uterino representa una de las principales causas de muertes en las mujeres, sobre todo en los países de medianos y bajos ingresos y constituye la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de más de 40 años. La presente Guía de práctica clínica es el resultado de las coordinaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) de la República Dominicana y del esfuerzo articulado de profesionales del Servicio Nacional de Salud y Sociedades Especializadas, con el apoyo metodológico de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud OPS-OMS, con el objetivo de proveer una herramienta de utilidad a los prestadores de los servicios de salud y a las pacientes sobre el tamizaje, detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino. Si estas lesiones no se tratan de manera oportuna pueden desencadenar en cáncer de cérvix, siendo uno de los cánceres más frecuentes a pesar de que se puede detectar en los programas de prevención regulares de la mujer.

En este documento se presenta el proceso que se realizó para adaptar la Guía para el Manejo de las Neoplasias de Cérvix 2010 de República Dominicana a la Guía de Práctica Clínica informada por la Evidencia para El Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino, versión completa de noviembre 2023 de El Salvador.¹ Con este fin, el Grupo Desarrollador de la Guía (GDG) consideró la evidencia local del sistema de salud del país, los lineamientos vigentes y sus directrices, el balance de riesgos y beneficios, preferencias de las pacientes y las condiciones de la implementación (equidad, recursos, aceptabilidad y factibilidad) en el contexto de la República Dominicana.

Las recomendaciones presentadas en esta guía fueron discutidas y aceptadas en un panel multidisciplinario de profesionales, con participación de pacientes, sociedades médicas especializadas y expertos en el tema de diferentes centros del Servicio Nacional de Salud, quienes contribuyeron a definir la fuerza de las recomendaciones.

En la guía se describen algunos puntos de buenas prácticas, que son actividades operativas informadas en la experiencia que, aunque no son informadas en la evidencia, son parte de las buenas prácticas para el abordaje de las pacientes con lesiones premalignas de cuello uterino, de acuerdo con las recomendaciones. Como parte de la guía se incluyen flujogramas adaptados y elaborados para la población de mujeres en general y con infección por VIH, que fueron validados por el GDG y una propuesta de implementación donde se identifican las posibles barreras y factores críticos; además, se detallan los indicadores que permitirían evaluar la eficacia del proceso.

Esta guía no aborda aspectos relacionados al manejo de complicaciones y manejo del cáncer invasivo del cuello uterino.

OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar las recomendaciones con informaciones necesarias informadas en evidencias científicas para definir el tamizaje, detección oportuna y tratamiento de las lesiones precancerosas, para prevenir el cáncer de cuello uterino en mujeres de la población en general y población de mujeres con VIH en la República Dominicana.

Objetivos Específicos

- Definir el uso de pruebas de detección temprana y clasificación de lesiones precancerosas del cuello uterino
- Dar a conocer la edad promedio recomendada para realizar la primera prueba de tamizaje
- Establecer el seguimiento adecuado según el resultado de las pruebas de tamizaje
- Implementar las intervenciones dirigidas al diagnóstico y al tratamiento de lesiones precancerosas del cérvix
- Determinar el uso de antibioterapia posterior a un procedimiento de escisión

POBLACIÓN DIANA

Está constituida por la población general de mujeres mayores de 30 años y mujeres con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), mayores de 25 años.

USUARIOS

El MISPAS busca a través de esta guía, proveer recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección y tratamiento de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres. Las recomendaciones están dirigidas a:

- Personal del sector salud responsable de la atención integral de las pacientes en los diferentes establecimientos del SNS y Centros de Atención privados.
- Personal médico: generales y de familia, colposcopistas, ginecólogos, infectólogos.
- Personal de enfermería, enfermeras obstétricas.
- Encargados de los programas maternos infantiles de las Direcciones Provinciales de Salud y Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Programas de salud sexual y reproductiva.
- Programas de control de ITS/VIH.
- Otros prestadores de servicios que brindan atención a la población de pacientes incluida en esta guía.
- También está destinada para tomadores de decisiones y miembros de entidades gubernamentales y no gubernamentales con el fin de facilitar el proceso de implementación.

ALCANCE

Esta guía tiene un alcance a nivel nacional.

ENFOQUE DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

En el enfoque de detección y tratamiento la decisión de tratar se basa en un cribado primario positivo de una prueba solamente.¹⁰

En el **"enfoque de detección, triaje y tratamiento"** la decisión de tratar se basa en un resultado primario positivo, prueba de detección seguido de una prueba positiva (una prueba de "triaje") con o sin diagnóstico histológicamente confirmado.

En un **"enfoque de detección y tratamiento"** se proporciona en base a una prueba de detección primaria positiva únicamente, sin clasificación (es decir, sin una segunda prueba de detección y sin diagnóstico histopatológico).

En un enfoque de **detección y tratamiento**, el tratamiento se proporciona en base a una prueba de detección primaria positiva únicamente, sin clasificación (es decir, sin una segunda prueba de detección y sin diagnóstico histopatológico).

Cuando el paciente es elegible para el tratamiento ablativo, lo ideal es que se haga de inmediato, en la misma visita que la prueba de detección (el enfoque de visita única). En algunas instalaciones, esto no es factible y se necesita una segunda visita (el enfoque de visitas múltiples).

Las mujeres que no son elegibles para la ablación pueden recibir tratamiento de escisión el mismo día si la clínica tiene la capacidad para la escisión de asa grande de la zona de transformación (LLETZ).^{1*} Si LLETZ no está disponible en el lugar, las mujeres deben ser derivadas para el tratamiento de escisión o para una evaluación adicional.

En un **enfoque de detección, clasificación y tratamiento**, la prueba de clasificación se realiza si la prueba de detección primaria es positiva, y la decisión de tratar se toma cuando tanto la prueba primaria como la prueba de clasificación son positivas.

Una prueba de triaje positiva puede dar lugar a una colposcopia con biopsia y examen histopatológico para diagnóstico para determinar el tratamiento adecuado. Sin embargo, la implementación de la colposcopia y la biopsia puede ser un desafío, por lo que esta guía también considera estrategias de clasificación que no dependen de la disponibilidad de la colposcopia.

^{1*} En esta guía, el término LLETZ se utiliza para referirse a la escisión de la zona de transformación. En algunos países, esta terminología se cambió a LEEP (procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa), y los dos términos a menudo se usan indistintamente.

METODOLOGÍA

Esta sección se basa en la plantilla para la elaboración de guías informadas en la evidencia que se encuentra en la Directriz para el Fortalecimiento de Programas Nacionales de Guías informadas por la evidencia.¹¹

Esta guía de práctica clínica es una adaptación parcial de “GPC para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cáncer Cervical Uterino” del país de El Salvador, (bajo la anuencia y consentimiento del país de origen), se procedió a seleccionar la misma debido a la similitud de las poblaciones priorizadas de mujeres de acuerdo a las características de ambos países. La guía adaptada, es un documento informado por las evidencias científicas y desarrollada de forma sistemática que pretende ayudar a los profesionales a consensuar la toma de decisiones en la práctica clínica sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en la prevención del cáncer de cuello de útero.

El Instituto de salud del país de El Salvador, realizó una adaptación de tres guías de la OMS, las cuales fueron: WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. 2021¹⁰; WHO guidelines form the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions, 2019¹²; WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). 2nd ed. 2021.¹³

Se clasificó la población general de mujeres mayores de 30 años (de acuerdo con las guías internacionales) y las que presentan factores de riesgos asociados para ser incluidas como población objeto de esta guía y las poblaciones vulnerables fueron seleccionadas las pacientes que viven con VIH.

Modelamiento de la evidencia para cáncer de cérvix ¹

Este proceso fue llevado a cabo por OMS en la guía original del 2021 “WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. 2021”¹⁰ análisis de la eficacia y seguridad de intervenciones para la prevención del cáncer de cérvix utilizó el modelamiento matemático el cual es una herramienta que permite identificar desenlaces relevantes a largo plazo.

Los objetivos del análisis desarrollado para la guía de OMS son: modelar la ampliación del tratamiento del cáncer incluyendo la vacunación contra el VPH y el tamizaje de cuello uterino y evaluar el impacto de lograr los objetivos de la triple intervención 90-70-90 (cobertura del 90 % de la vacunación contra el VPH, una cobertura del 70 % de la detección dos veces durante la vida y un acceso del 90 % a los servicios de tratamiento y cuidados paliativos del cáncer y precáncer de cuello uterino para 2030) sobre la mortalidad por cáncer de cuello uterino y las muertes evitadas durante el próximo siglo y evaluar el potencial de la estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino para lograr una reducción de un tercio en la

mortalidad prematura por cáncer de cuello uterino para 2030.

Para elaborar el modelo se consideró la transmisión dinámica de la infección por VPH (y, por lo tanto, pudieron capturar los efectos de la inmunidad colectiva); se proyectó el impacto de la vacunación contra el VPH, el tamizaje cervical y el tratamiento de lesiones precancerosas y la ampliación del tratamiento clínico y del cáncer detectado por tamizaje a nivel de país. Las estimaciones del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN) de 2018 se basan en la información del registro de cáncer certificado por la IARC y se utilizaron para alimentar los datos del modelo cuando estuvieron disponibles en un país (incluyendo El Salvador) o en una serie de métodos de estimación si no hay datos de registro verificados disponibles.

También, se consideraron revisiones sistemáticas de eficacia, seguridad, y utilidad diagnóstica para alimentar el modelo.

PROCESO DE ADAPTACIÓN RÁPIDA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Composición del grupo desarrollador

El grupo desarrollador contó con la participación de profesionales miembros del MISPAS, de sociedades especializadas, establecimientos de salud del SNS del área de colposcopia, ginecología, oncología ginecológica, epidemiología, y la representación técnica de la OPS/OMS el cual priorizó las preguntas PICO (*Ver anexo 1*) y las recomendaciones provenientes de la Guía para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cáncer Cervical Uterino publicada en el año 2023 por el Instituto de Salud de El Salvador. La guía mencionada se basa en 2 guías (Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino del Salvador 2023¹ y WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, 2nd ed. 2021¹⁰). El aspecto metodológico de la guía fue coordinado por la parte técnica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del MISPAS y asesoría metodológica de la OPS/OMS.

Las estrategias de búsqueda, evidencia adicional de la guía de OMS y tablas de estudios incluidos se encuentran en el anexo 2, 3, 4 respectivamente.

En esta guía se incluye lo siguiente:

- Pruebas de detección primaria de lesiones premalignas.
- Edad promedio para realizar el primer tamizaje y para discontinuar.
- Intervalos recomendados para el tamizaje.
- Tratamiento para lesiones precancerosas.
- Seguimiento de las pacientes.

Esta guía no aborda aspectos relacionados al manejo de complicaciones y manejo del cáncer invasivo de cérvix.

El detalle de esta Guía puede consultarse en la versión ampliada de La Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas para la Prevención del Cáncer del Cuello Uterino disponible en el Repositorio Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/841>

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Cómo usar esta guía

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan indicaciones para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cáncer Cervical Uterino. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE:

Juicio	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy Baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación, es decir el grado de confianza, de acuerdo con el sistema GRADE:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación. SE SUGIERE HACERLO
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación. SE SUGIERE NO HACERLO
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO
PBP	Punto de Buena Práctica

Durante el panel, también se formularon puntos de buena práctica clínica para aquellas circunstancias en donde no sería razonable la implementación de alternativas diferentes y se fortalecen las recomendaciones. Al término de cada discusión que dio origen a las recomendaciones, se verificó que el panel estuviera de acuerdo con el sentido y fortaleza de esta, al tiempo que su contenido fuese específico y dirigido. El proceso de deliberación y votación al igual que los resultados, se registraron en un formato virtual diseñado para tal fin y la relatoría de la discusión se guardó como soporte posterior.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones son pertinentes para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino.

Re: Recomendación clave para el proceso de implementación que podría generar el mayor impacto en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.

Pregunta 1. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso de la prueba de detección de ADN del VPH como prueba de detección primaria frente a otras pruebas para la detección de lesiones precancerosas del cérvix en mujeres de la población general y mujeres con VIH?

Uso de la Prueba de Detección de ADN del VPH

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
Fuerte a favor Re	1	Se recomienda utilizar la prueba de detección de ADN del VPH como la prueba de detección primaria en lugar de la inspección visual con ácido acético (IVAA) o citología en los enfoques de detección y tratamiento, en mujeres incluyendo población de mujeres con VIH. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
PBP	√	La citología debe continuar como la prueba de detección primaria hasta que la prueba de ADN del VPH esté disponible en los centros de salud de la red pública y privada.
Fuerte a favor	2	En mujeres de población general incluyendo la población de mujeres con VIH, al realizar la prueba de detección de ADN del VPH, se recomienda usar las muestras tomadas por un trabajador de salud o por la misma paciente (auto-toma). Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○

Pregunta 2. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias de detección y tratamiento para el manejo de mujeres de la población en general?

Pregunta 3. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de las estrategias de detección, clasificación y tratamiento versus otra estrategia de detección, clasificación y tratamiento en las mujeres de la población general incluyendo la población de mujeres con VIH?

Detección y tratamiento/Detección, clasificación y tratamiento

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
<p>Condicional a favor</p> <p>Rc</p>	3	<p>En las mujeres en población general, al usar la prueba de tamizaje de ADN del VPH para la estrategia de detección y tratamiento, se sugiere iniciar tratamiento en las pacientes con resultado positivo de la prueba.</p> <p>Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>
<p>Fuerte a favor</p> <p>Rc</p>	4	<p>En población general de mujeres incluyendo mujeres con VIH, al usar la prueba de detección de ADN del VPH como prueba primaria para el tamizaje, clasificación y el tratamiento, se recomienda usar la genotipificación parcial, la colposcopia, la inspección visual con ácido acético o la citología para clasificar a las mujeres después de conocer el resultado positivo de una prueba de detección de ADN del VPH.</p> <p>Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>
<p>PBP</p>	√	<p>Los beneficios, daños y costos programáticos de las opciones de triaje son similares; por lo tanto, la elección del método de clasificación dependerá de la viabilidad, la capacitación, la garantía de calidad del programa y los recursos con los que dispongan los centros de salud.</p>

Pregunta 4. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica de las pruebas de detección de lesiones precancerosas del cuello uterino en una edad específica en mujeres de la población general?

Pregunta 5. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica para usar la edad después de los 50 años frente a los 50 años como umbral para detener la detección del cáncer del cuello uterino en mujeres de la población general y mujeres con VIH?

Edad para iniciar o detener el tamizaje

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
Condicional favor a	5	<p>En población general de mujeres, se sugiere comenzar a realizarse de forma rutinaria las pruebas de detección (ADN de VPH) del cáncer del cuello uterino a los 30 años.</p> <p>Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>
PBP	√	<p>Se puede considerar el tamizaje con prueba de ADN de VPH para mujeres menores de 30 años (de la población general y mujeres con VIH), sí se identifican factores de riesgo para ocurrencia de lesiones premalignas del cérvix.</p>
Condicional favor a	6	<p>Después de los 50 años, en población general de mujeres incluyendo la población de mujeres con VIH, se sugiere dejar de realizarse la prueba de detección (ADN de VPH) después de dos resultados negativos con los intervalos rutinarios recomendados para la prueba.</p> <p>Certeza de la evidencia baja ⊕⊕○○ a muy baja ⊕○○○</p>
PBP	√	<p>Los profesionales de la salud deben tomar en cuenta que la inspección visual con ácido acético y el tratamiento ablativo no son métodos adecuados para la detección o el tratamiento de mujeres en quienes la zona de transformación no es visible.</p> <p>La visualización se dificulta después de la menopausia ya que la unión escamocolumnar y la zona de transformación se desplazan dentro del canal cervical.</p>
PBP	√	<p>Se debe dar prioridad al tamizaje de mujeres de la población en general en edades de 30 a 49 años. Cuando las pruebas de ADN del VPH estén disponibles para aplicarlas a mujeres de 50 a 65 años también se deben priorizar a aquellas en ese grupo de edad que nunca han sido examinadas.</p>

Pregunta 6: ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres de población general y mujeres con VIH en periodos de tres, cinco o diez años después de un resultado negativo con la misma prueba de detección o con una diferente?

Intervalos de detección

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
Condicional a favor	7	<p>Se sugiere un intervalo de detección regular cada cinco a diez años, cuando se usa ADN del VPH como la prueba de detección primaria entre la población general de mujeres.</p> <p>Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>
Condicional a favor	8	<p>Se sugiere realizar la prueba con un intervalo rutinario cada tres años cuando se usa citología como prueba de detección primaria en mujeres en general incluyendo la población de mujeres con VIH.</p> <p>Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>
PBP	√	<p>Se puede considerar un intervalo rutinario de cada dos años cuando se decida realizar el tamizaje primario con citología negativa para mujeres de la población general y mujeres con VIH menores de 30 años o de 60 años tomando en cuenta el recuento de células CD4.</p>

Pregunta 7 ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres de la población general y mujeres con VIH en periodos de 12 y/o 24 meses posterior a una prueba de detección positiva y un triaje negativo, con la(s) prueba(s) igual o diferente(s)?

Seguimiento después de una prueba de triaje negativa o después del tratamiento

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
<p>Fuerte a favor</p> <p>Rc</p>	<p>9</p>	<p>Se recomienda para la población general de mujeres que dieron positivo en una prueba de detección primaria de ADN del VPH y luego negativa en una prueba de triaje, vuelvan a realizar la prueba de ADN del VPH a los 12 meses y si el resultado es negativo, pasen al intervalo de detección regular recomendado.</p> <p>Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>
<p>Fuerte a favor</p>	<p>10</p>	<p>Se recomienda en el caso de mujeres en población general incluyendo la población de mujeres con VIH tomando en cuenta el recuento de células CD4, que obtienen un resultado positivo en la detección primaria usando la citología y luego presentan resultados normales en una colposcopia, realizar la prueba de detección de ADN del VPH a los 12 meses y si el resultado de esa prueba es negativo, continuar con el intervalo de pruebas rutinario recomendado.</p> <p>Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>
<p>Fuerte a favor</p>	<p>11</p>	<p>Se recomienda en el caso de mujeres en general incluyendo la población de mujeres con VIH, que hayan recibido tratamiento como resultado de una prueba de detección positiva o por diagnóstico confirmados de NIC 2, NIC 3 o adenocarcinoma in situ (AIS) de forma histopatológica, repitan la prueba a los 12 meses y si está disponible, usen una prueba de detección de ADN del VPH, en lugar de una citología, una inspección visual con ácido acético o las dos pruebas y si los resultados son negativo, continúen con el intervalo de pruebas rutinario recomendado.</p> <p>Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>

PBP	√	<p>A medida que los programas introduzcan la prueba de ADN para el VPH, utilice esta prueba en la próxima fecha de examen de rutina de la mujer independientemente de la prueba que se utilizó en la detección anterior.</p> <p>En los programas que emplean la citología en el tamizaje primario, la reevaluación con el mismo método debe continuar hasta que la prueba de ADN del VPH se encuentre disponible y operativa.</p>
-----	---	---

Pregunta 8: ¿Cuál es la eficacia y seguridad de realizar como tratamiento la ablación térmica, versus crioterapia o LLETZ o cono frío para mujeres con NIC 2-3 confirmada Histológicamente?

Pregunta: 9: ¿Cuál es la eficacia y seguridad de realizar la escisión con asa versus conización con bisturí frío en mujeres de la población general con adenocarcinoma in situ incluyendo las mujeres con VIH?

Tratamiento para la población general de mujeres y mujeres con el VIH

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
<p>Fuerte a favor</p> <p>Rc</p>	12	<p>Se recomienda LLETZ (escisión con asa de la zona de transformación), crioterapia o ablación térmica para tratar a todas las mujeres de la población general y las que viven con VIH que presenten enfermedad NIC 2 + confirmada histológicamente.</p> <p>Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○</p>
PBP	√	<p>Una vez que se toma la decisión de tratar a una mujer, ya sea de la población general de mujeres o de la población de mujeres con VIH, es una buena práctica tratarla lo antes posible dentro de los seis meses siguientes, para reducir el riesgo de pérdida durante el seguimiento. Sin embargo, en mujeres que están embarazadas, la buena práctica incluye el aplazamiento hasta después del embarazo.</p> <p>En circunstancias en las que el tratamiento no se proporciona dentro de este plazo, es una buena práctica reevaluar a la mujer antes del tratamiento.</p>
PBP	√	<p>La elección de LLETZ, crioterapia o ablación térmica depende de la experiencia, la capacitación, el equipo, los insumos disponibles, la infraestructura y los recursos de un programa.</p>
PBP	√	<p>Todos los centros del Sistema De Salud Dominicano deben desarrollar un proceso de capacitación planificada, organizada y específica, como un mecanismo de promover el acceso al derecho a la salud de las personas para incidir sobre los problemas de salud, entre ellos el cáncer cérvico uterino y de mama.</p>
PBP	√	<p>Sí el resultado es positivo a lesión escamosa intraepitelial y elegible para aplicar el tratamiento de ablación y la institución no cuenta con personal capacitado para aplicación del método de ablación, se debe coordinar con el Servicio Nacional de Salud (SNS) para activar el sistema de referencia y contra referencia a fin de realizar tratamiento.</p>
PBP	√	<p>Los lineamientos técnicos para la prevención y control de cáncer cervicouterino y de mama del MISPAS, establecen para la paciente embarazada con resultado VPH positivo, que se debe referir y evaluar a la paciente en clínica de colposcopia. Sí la impresión colposcópica es displasia moderada, severa o carcinoma in situ la embarazada debe</p>

		<p>continuar su control prenatal en clínica de alto riesgo o ginecológico. Además, se debe dar seguimiento con colposcopia cada tres meses y evaluar el progreso de la lesión durante el resto del embarazo. Posteriormente, se deberá programar evaluación colposcópica a las 12 semanas post parto, en la que se evalúe la toma de biopsia y/o legrado endocervical para descartar invasión.</p> <p>Si se confirma invasión en la embarazada (por evaluación histopatológica) ^{*2}, el personal de salud debe referir inmediatamente a la mujer a un centro de ginecología oncológica, para evaluar el tratamiento y continuar su control prenatal en consulta externa de alto riesgo.</p>
Fuerte a favor	13	<p>Se recomienda realizar una escisión con asa quirúrgica de la zona de transformación (LLETZ) o una conización con bisturí En la población de mujeres con adenocarcinoma in situ confirmado por evaluación histopatológica, en el caso de mujeres en general incluyendo la población de mujeres con VIH.</p> <p>Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>
PBP	√	<p>La escisión con asa quirúrgica (LLETZ) puede ser preferible en mujeres en edad reproductiva, en entornos con mayor disponibilidad de este método y por proveedores que estén capacitados y habilitados en el procedimiento. La conización con bisturí puede ser preferible cuando la interpretación de los márgenes de la muestra histológica es imprescindible.</p>

² Por evaluación histopatológica: Tomando en cuenta que la clasificación será determinada a través de la evaluación histopatológica. La biopsia será tomada de acuerdo con la edad gestacional de la paciente.

Pregunta 10: ¿Cuál es la eficacia y la seguridad del uso profiláctico de antibióticos para la prevención de infecciones después de un procedimiento de escisión en mujeres con antecedentes de lesión pre-maligna del cérvix?

Uso profiláctico de Antibióticos

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
Condiciona a favor	14	Se sugiere no utilizar antibióticos de forma profiláctica de la población en general posterior al procedimiento de escisión de la zona de transformación del cuello. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○ y muy baja ⊕○○○
PBP	√	Se recomienda mantener las técnicas de asepsia y antisepsia previa a todo procedimiento.

Pregunta 11: ¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso de la prueba de detección de ADN del VPH, como triaje de detección primaria de lesiones precancerosas del cérvix en mujeres con VIH?

Pregunta 12: ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento de las mujeres con VIH en periodos de tres, cinco o diez años después de un resultado negativo con la misma prueba de detección?

Uso de la prueba de ADN del VPH con triaje/ Intervalos de detección

Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
Fuerte a favor	15	En la población de mujeres con VIH, se recomienda usar la prueba de ADN del VPH como triaje para la detección primaria, para detectar tempranamente el cáncer cervicouterino. Certeza de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕○
Condiciona a favor	16	Se sugiere un intervalo de detección regular de cada tres a cinco años cuando se utiliza la detección del ADN del VPH como prueba de detección primaria En la población de mujeres con VIH. Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○

Pregunta 13: ¿Cuál es la utilidad diagnóstica de las pruebas de detección de lesiones precancerosas del cuello uterino en una edad específica en mujeres con el VIH?

Edad para iniciar la detección

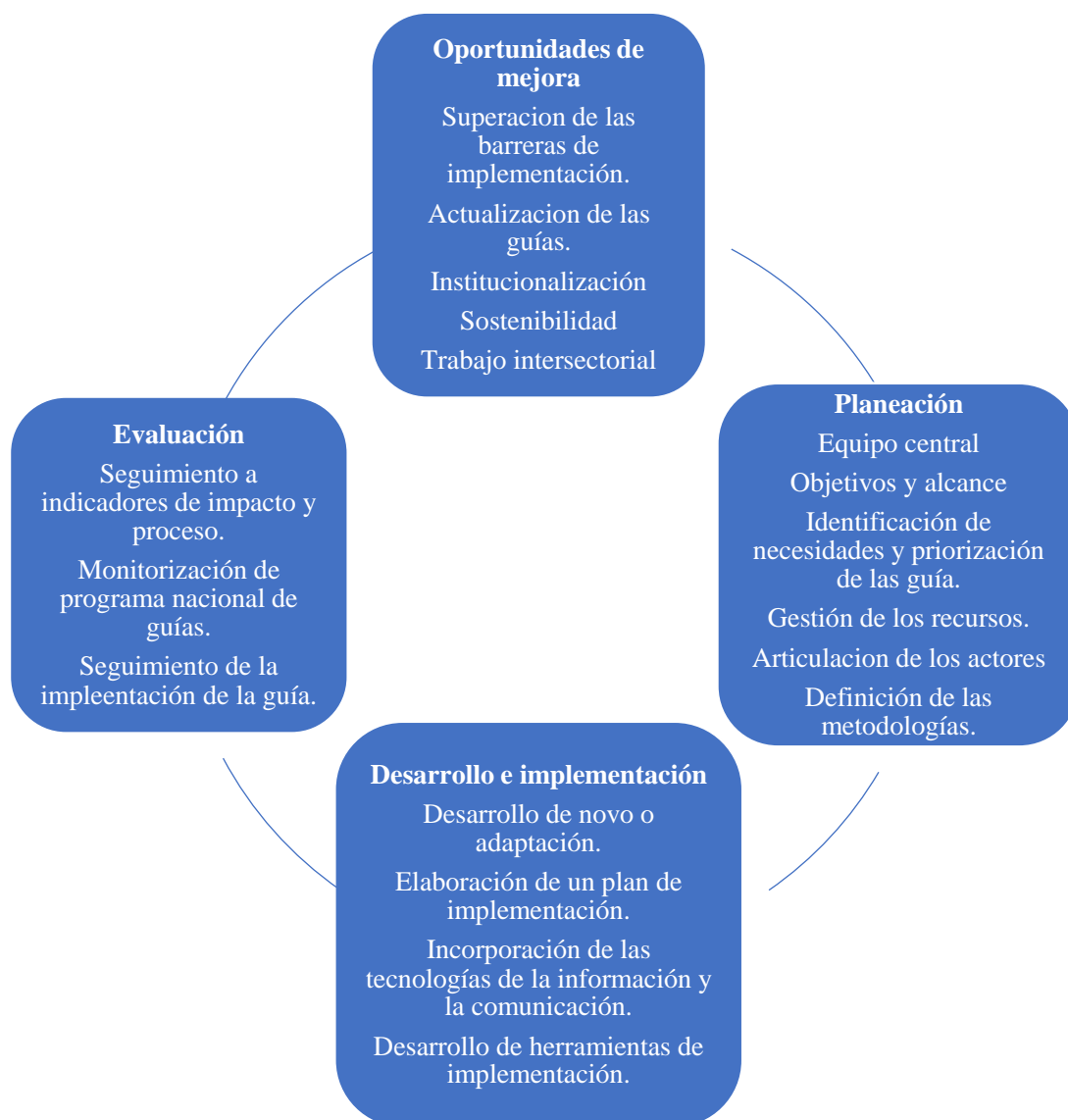
Fuerza de la recomendación	No.	Recomendación
PBP	√	En la población de mujeres con VIH, debido a su estado de inmunosupresión, se sugiere comenzar a realizarse las pruebas de detección (ADN del VPH) del cáncer del cuello uterino a los 20 años.
PBP	√	Se debe dar prioridad a la detección de mujeres con VIH de 20 a 49 años. Cuando los métodos para realizar tamizaje estén disponibles, se deberá priorizar a las mujeres con VIH de 50 a 65 años que nunca se han realizado pruebas.

MÓDULO DE IMPLEMENTACIÓN

Actores responsables de la implementación de las recomendaciones de la GPC

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)
- Servicio Nacional de Salud (SNS)
- Instituciones académicas
- Sociedad Dominicana Ginecología y Obstetricia
- Sociedad Dominicana de Ginecología Oncológica
- Asociación de Pacientes
- Asociación Nacional de Enfermeras
- Unidades responsables de desarrollar guías de atención y protocolos de salud nacionales

Estructura del programa de guías en el marco del sistema de gestión de la calidad



Fuente: Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia ¹¹

Barreras y estrategias de implementación

Aspecto	Barreras	Facilitadores	Estrategias de implementación
Recurso humano	<p>-Falta de personal capacitado para la atención de pacientes con lesiones precancerosas del cuello uterino.</p> <p>-Inequidad en la distribución del personal de citólogos y patólogos en el territorio nacional para lectura y procesamiento de las muestras de las pruebas de detección, diagnóstico.</p> <p>-Falta de un programa de formación de educación continua en el área de colposcopia e investigación en salud.</p>	<p>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)</p> <p>Servicio Nacional de Salud (SNS)</p> <p>Instituciones académicas (universidades-escuelas de residencias médicas).</p> <p>Asociaciones médicas nacionales e internacionales.</p> <p>Organismos cooperantes nacionales e internacionales.</p>	<p>-Reforzar los conocimientos del recurso existente y capacitar en el tamizaje, clasificación y tratamiento de las lesiones anormales del cuello uterino.</p> <p>-Formación del recurso en la interpretación de las pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de las pacientes.</p> <p>-Gestionar la adquisición de los recursos necesarios para el adiestramiento del recurso humano.</p> <p>-Formar recursos en temas relacionados en investigación, análisis e interpretación de estudios clínicos y bioestadística.</p>
Conocimiento de la guía	<p>Desconocimiento de la existencia de la recopilación de evidencias científicas contenidas en la guía</p> <p>-Falta de acceso, interés y aceptación de los profesionales de salud y autoridades que dirigen los centros de atención en el respaldo que proporciona la evidencia científica propuesta en la guía.</p> <p>-Falla en las estrategias de socialización de la guía.</p>	<p>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).</p> <p>Servicio Nacional de Salud (SNS).</p> <p>Instituciones académicas (universidades-escuelas de residencias médicas).</p> <p>Asociaciones médicas nacionales e internacionales.</p> <p>Organismos cooperantes nacionales e internacionales.</p>	<p>-Socializar la guía a todos los profesionales de salud en particular a los usuarios específicos de la guía.</p> <p>-Difusión en aplicaciones móviles, revistas, y boletines.</p> <p>-Colocar la guía en las páginas web de los repositorios nacionales de guías: páginas web de entidades gubernamentales, sociedades médicas, hospitales y redes sociales.</p> <p>-Proponer la metodología de realimentación continua que permita verificar la implementación de la guía.</p> <p>Recordatorios en historias clínicas electrónicas donde aplique.</p> <p>-Incentivar la investigación en salud, gestionar las bases de datos</p>

			nacionales para publicación de investigaciones y registros datos estadísticos (registro de tumores).
Insumos, Equipo y medicamentos	<p>- Insuficiencia en la provisión y sostenibilidad en el tiempo de insumos y equipos en los diferentes establecimientos de salud para el tamizaje, clasificación y tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello del útero.</p>	<p>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).</p> <p>Servicio Nacional de Salud (SNS).</p> <p>Asociaciones médicas nacionales e internacionales.</p> <p>Organismos cooperantes nacionales e internacionales</p>	<p>-Diagnóstico y análisis de las necesidades de insumo, equipo y medicamento de forma periódica a nivel del SNS.</p> <p>-Gestión y aseguramiento por parte de los tomadores de decisiones para que los insumos, medicamentos y equipos necesarios estén disponibles. Esto incluye el fortalecimiento de procesos regulatorios, logísticos y de presupuesto.</p> <p>-Establecer alianzas estratégicas con organizaciones cooperantes gubernamentales y no gubernamentales para el fortalecimiento de la capacidad instalada de los establecimientos de salud.</p> <p>-Vigilancia, utilización y resguardo adecuado de insumos y equipos asignados para la atención de las pacientes.</p> <p>-Disposición de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.</p>
Acceso a la atención	<p>-Demoras en la identificación, en reporte de resultados de las pruebas de detección, y referencia oportuna de pacientes.</p> <p>-Falla en la notificación de los reportes de las pruebas de detección y en el seguimiento postdiagnóstico por parte de los prestadores.</p>	<p>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).</p> <p>Servicio Nacional de Salud (SNS).</p> <p>Instituciones formadoras (universidades).</p> <p>Asociaciones médicas nacionales e internacionales.</p>	<p>-Fortalecimiento de programas nacionales y políticas que buscan mejorar el acceso a los servicios de salud de las pacientes.</p> <p>-Fortalecer el sistema de referencia en todos los niveles de atención.</p> <p>-Establecer alianzas con líderes comunitarios y con la intersectorialidad para favorecer el acceso a los servicios de salud.</p> <p>- Implementar campaña masiva de divulgación y concientización de la importancia para la detección temprana y prevención del cáncer</p>

	-Limitaciones sociodemográficas y culturales, de reconocimiento sobre signos y síntomas y en la búsqueda de la atención en el sistema de salud por parte del paciente.	Organismos cooperantes nacionales e internacionales.	cervicouterino para la población diana. -Implementar un sistema de notificación para los profesionales usuarios y las pacientes. -Establecer una base de datos de seguimiento en tiempo real y el mantenimiento de esta.
--	--	--	--

Fuente: Adaptada de la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino¹

INDICADORES

A continuación, los indicadores y sus características¹⁶

Elemento	Característica
Indicador 1	Número de mujeres de 30 a 65 años que se han sometido por primera vez a una prueba de tamizaje de cuello uterino en un periodo de 12 meses
Tipo de indicador	Desempeño
Método de cálculo	Número de mujeres de 30 a 65 años que se han sometido por primera vez a una prueba de tamizaje de cuello uterino en un periodo de 12 meses/Número de mujeres de 30 a 65 años en la población en el mismo periodo
Fuente	Numerador proporcionado por el Servicio Nacional de Salud y Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS y el Denominador por los datos nacionales a través de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y Censos
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS/Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

Elemento	Característica
Indicador 2	Porcentaje de mujeres de 30 a 65 años con resultado positivo de tamizaje de cuello uterino en un periodo de 12 meses
Tipo de indicador	Resultados
Método de cálculo	Total, de mujeres de 30-65 años con resultado positivo de tamizaje de cuello uterino en un periodo de 12 meses / el total de mujeres de 30-65 años tamizadas x 100 en el mismo periodo
Fuente	Servicio Nacional de Salud y Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS / Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

Elemento	Característica
Indicador 3	Cobertura de detección del cáncer de cuello uterino entre mujeres de 30 a 65 años en un periodo de 12 meses
Tipo de indicador	Resultado
Método de cálculo	Número de mujeres de 30 a 65 años que se han sometido a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino al menos una vez entre las edades establecidas, utilizando cualquiera de estos métodos: inspección visual con IVAA con ácido acético, prueba de Papanicolaou y Pruebas del virus del papiloma humano* ³ / Número total de mujeres de 30 a 65 años en el periodo establecido Si es VIH positivo utilizar el rango de edad de 25 - 65 años
Fuente	Servicio Nacional de Salud y Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS, Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS, Datos Nacionales a través de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y Censos
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS / Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

³ *El dato actualmente se obtiene de los centros públicos de salud a través del sistema de información del Servicio Nacional de Salud, queda pendiente realizar los ajustes y acuerdo de lugar para los datos de los centros privados a través de SISARRIL y aseguradoras públicas y privadas.

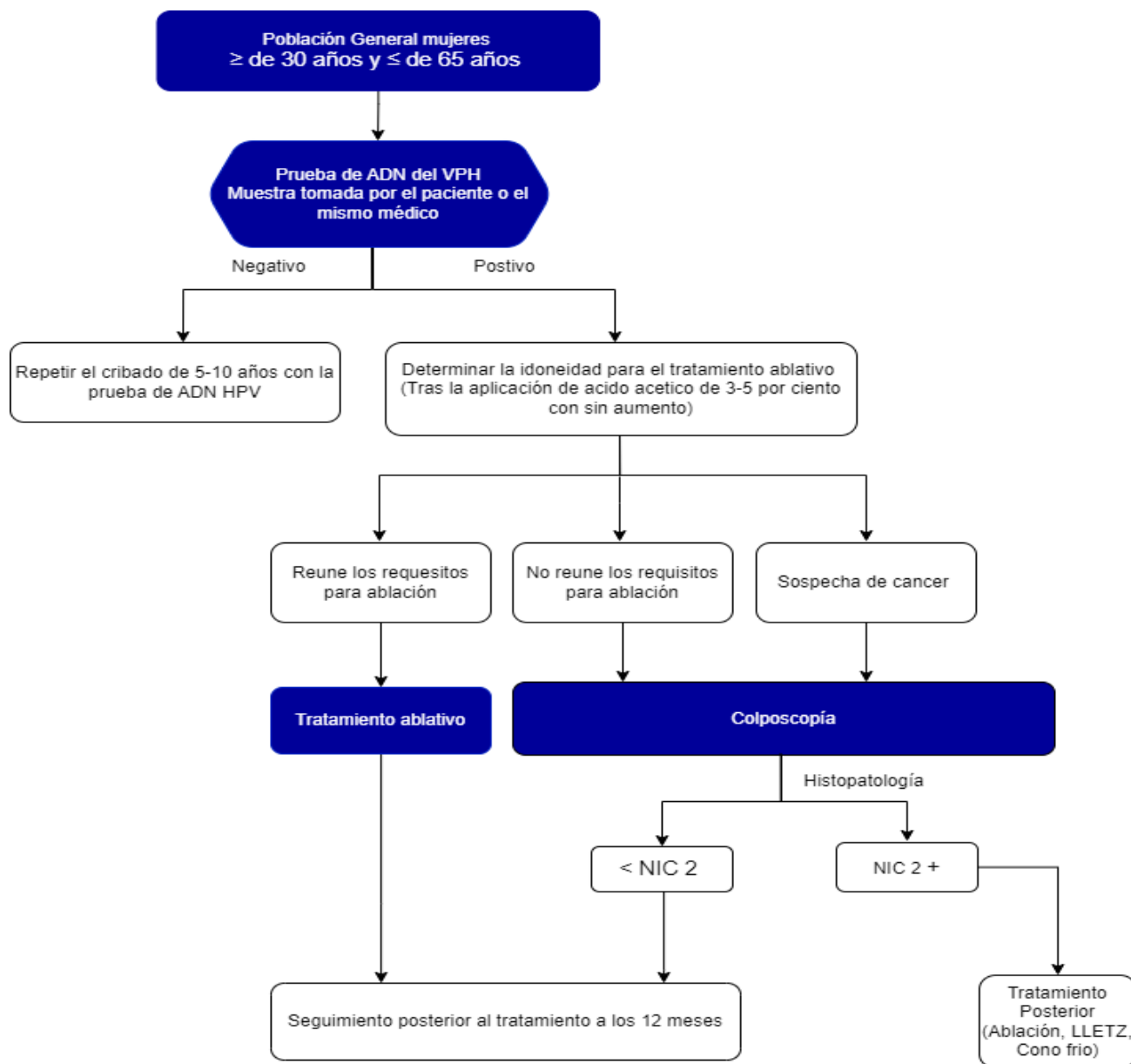
Elemento	Característica
Indicador 4	Porcentaje de mujeres de 30-65 años que han recibido tratamiento posterior a resultados anormales en las pruebas de tamizaje
Tipo de indicador	Proceso
Método de cálculo	Total, de mujeres con resultados anormales que han recibido tratamiento indicado/ Total, de mujeres con diagnóstico de resultados anormal en las pruebas de tamizaje x 100.
Fuente	Servicio Nacional de Salud y Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS /Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

Elemento	Característica
Indicador 5	Incidencia: Número nuevos de Cáncer de Cuello Uterino diagnosticados en una población específica durante un periodo de 12 meses
Tipo de indicador	Impacto
Método de cálculo	Número de casos nuevos diagnosticados en la población de mujeres de 30 a 65 años, en un periodo de 12 meses / Número de mujeres de 30-65 años en el mismo periodo x 100,000. (En pacientes VIH positiva varía el rango de edad de 25-65 A.)
Fuente	Para la población de mujeres se utilizará la información proporcionada por la Dirección General de Epidemiología / Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS y Censos Nacionales a través de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS / Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

Elemento	Característica
Indicador 6	Tasa de mortalidad general por cáncer del cuello uterino
Tipo de indicador	Resultado
Método de cálculo	Número total de defunciones registradas por tumores malignos de cuello de útero, en un periodo determinado/ total de población de mujeres de 30-65 años en el mismo periodo x 100,000. (En pacientes VIH positiva varía el rango de edad de 25-65 A.)
Fuente	Para la población general se utilizará la información proporcionada por la Dirección General de Epidemiología /Registro Nacional de Defunciones - Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS y Censos Nacionales a través de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)
Periodicidad (frecuencia de medición)	Quinquenal
Responsable del seguimiento	Dirección de Análisis de Salud (DASIS) del MISPAS / Componente de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y Mama del Ministerio de Salud Pública

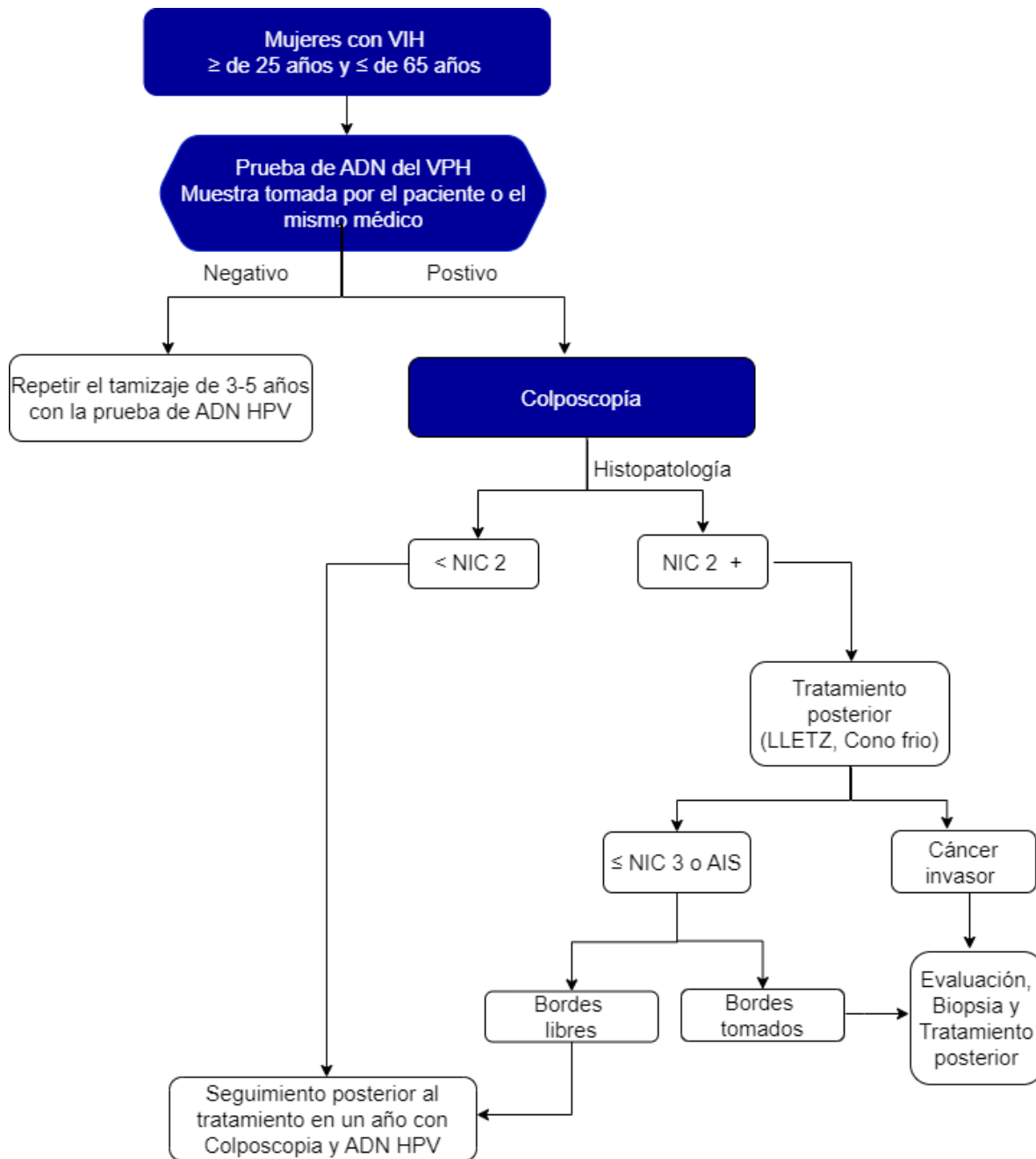
ALGORITMOS

Prueba de ADN de HPV en Mujeres de población general mayor o igual a 30 años y menor o igual a 65 años



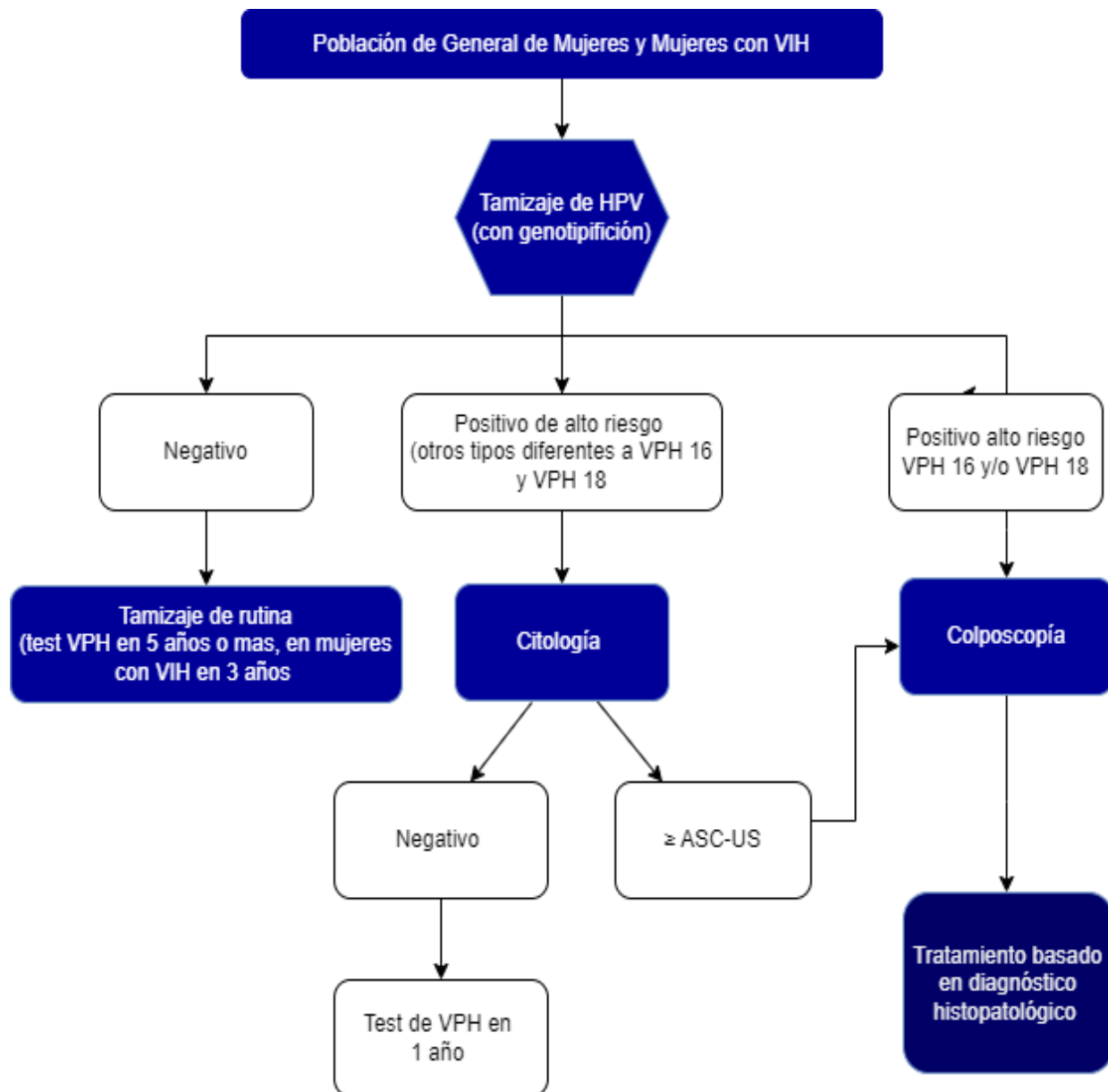
Fuente: World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2021¹⁰

Prueba de VPH en mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a mayor o igual a 65 años



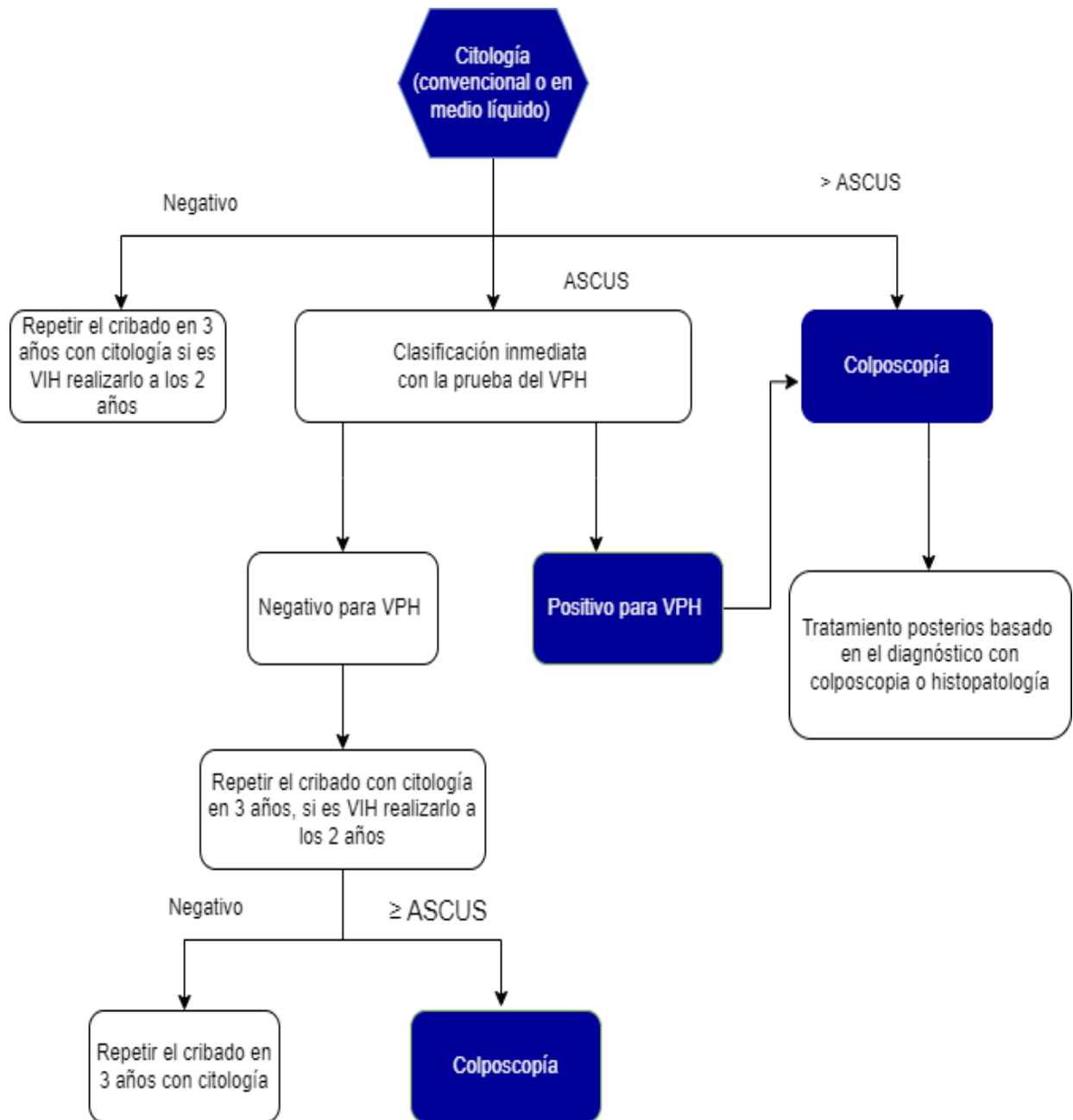
Fuente: World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2021¹⁰

HPV con genotipificación en población general de mujeres mayor o igual a 30 años a mayor o igual a 65 años y mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a mayor o igual a 65 años



Fuente: World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2021¹⁰

Citología en población general de mujeres mayor o igual a 30 años a menor o igual a 65 años y mujeres con VIH mayor o igual a 25 años a menor o igual a 65 años



Fuente: World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2021¹⁰

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud de El Salvador. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Tamizaje, Detección y Tratamiento de Lesiones Precancerosas del Cuello Uterino. Docs.bvsalud. El Salvador. [Internet]; 2023; 1-204 pgs. [Citado en agosto 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1437636/gpc_precancerosos-del-cuello-uterioversioncompleta.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de Cuello Uterino. [internet]; [Actualizado 17 de noviembre 2023; citado 22 de agosto 2024]; 5-7 pgs aprox. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. Control integral del cáncer cervicouterino: una guía de prácticas esenciales, segunda edición. Ginebra: Mundo Salud Organización;2014 (<https://www.who.int/reproduktivmosanarth/publicaciones/cánceres/guia-cancer-cervicouterino/es/>).
4. Sendagorta-Cudósa E, Burgos-Cibriánb J, Rodríguez-Iglesias M. Infecciones genitales por el virus del papiloma humano. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. España. Elsevier. [Internet] 2019 37(5); 324-334. [citado 13 de Agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infecciones-genitales-por-el-virus-S0213005X19301223>
5. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. Dominican Republic Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023 https://hpvcentre.net/statistics/reports/DOM_FS.pdf
6. Repositorio del Servicio Nacional de Salud. Tableros Dinámicos. [internet]; [Actualizado 11 de agosto 2024; citado 22 de agosto 2024]. 2 pgs. aprox. Disponible en: <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>
7. Organización Mundial de la Salud. problema de salud pública Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/359000/9789240039124-spa.pdf?sequence=1>
8. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública problema. Ginebra: mundo D salud Organización;2020 (<https://www.who.int/publicaciones/yo/articulo/9789240014107>).
9. FASGO. Manejo del tamizaje anormal y de las lesiones histológicas del cuello uterino Nueva_Guia_2022. [Internet]. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. [Citado el 4 de septiembre de 2024]. 1-11 pgs. disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Nueva_Guia_2022_FINAL_SAP7GIyC_SOGIBA_FASGO.pdf
10. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>

11. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2018. [citado 13 de Agosto de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49145>
12. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 2 de septiembre de 2022]; 1-56 págs. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329299/9789241550598-eng.pdf?sequence=1>
13. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention [Internet]. 2nd ed.: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2 de septiembre de 2022]; 1-63 págs. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350652/9789240040434-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resolución 000014-2020 que crea el Registro de Cáncer de la República Dominicana. Repositorio.MSP. [Internet] 2020; 1-3 Pgs. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/>
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Resolución 0025-2023 sobre el Esquema Básico de Inmunización del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Vacuna Contra el VPH. Repositorio.MSP. [Internet] 2023; 1-4 Pgs. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/>
16. Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Eliminación del Cáncer de Cuello Uterino 2020-2030. República Dominicana, diciembre 2021
17. Arguelles MP, & Cols. Persistencia y Progresión de Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I en el Hospital de la Mujer Dominicana, en el Periodo julio 2018-septiembre 2019. [Internet]. Santo Domingo RD: Repositorio.UNPHU; 2019. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2336>
18. Liebermann E, Frías N, Hammer M, VanDevanter N, et al. Dominican Provider Practices for Cervical Cancer Screening in Santo Domingo and Monte Plata Provinces. J Cancer Edu. 2021; 36 (4):693-701. [citado 13 de Agosto de 2024].
19. Liebermann E, Frías N, Van N, et al. Dominican Provider Attitudes Towards HPV Testing for Cervical Cancer Screening and Current Challenges to Cervical Cancer Prevention in the Dominican Republic: A Mixed Methods Study. J. Cancer Edu. 2021; 36 (6):1170-1185. [citado 13 de Agosto de 2024].
20. Liebermann E, Frías N, Van N, et al. Barriers to Cervical Cancer Screening and Treatment in the Dominican Republic: Perspectives of Focus Group Participants in the Santo Domingo Area. J of transcul Nurs. 2021;1-7. [citado 13 de Agosto de 2024].
21. AGREE II web [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4gHJahzNny0J:scholar.google.com/+Consortio+AGREE.+\(2009\)+Instrumento+AGREE+II.&hl=es&as_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4gHJahzNny0J:scholar.google.com/+Consortio+AGREE.+(2009)+Instrumento+AGREE+II.&hl=es&as_sdt=0,5)

22. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack AE, Dupree W, Wright TC. Screen-and-Treat Approaches for Cervical Cancer Prevention in Low-Resource Settings: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2 de noviembre de 2005;294(17):2173.
23. Bouvard V, Wentzensen N, Mackie A, Berkhof J, Brotherton J, Giorgi-Rossi P, et al. The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. *N Engl J Med*. 2021;11.
24. IARC. Cervical Cancer Screening [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Cervical-Cancer-Screening-2022>
25. Joshi S, Muwonge R, Kulkarni V, Deodhar K, Mandolkar M, Lucas E, et al. Incidence of cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus (HIV) with no evidence of disease at baseline: Results of a prospective cohort study with up to 6.4 years of follow-up from India: Incidence of CIN in HIV-infected women. *Int J Cancer*. 1 de marzo de 2019;144(5):1082-1091.
26. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM, et al. HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India. *N Engl J Med*. 2 de abril de 2009;360(14):1385-94.
27. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl*. 8 de febrero de 2014;383(9916):524-32.
28. Rebolj M, Rimmer J, Denton K, Tidy J, Mathews C, Ellis K, et al. Primary cervical screening with high risk human papillomavirus testing: observational study. *BMJ*. 6 de febrero de 2019;1240.
29. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 10 de agosto de 2017 [citado 29 de agosto de 2022];2018(7). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008587.pub2>
30. Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Resolución 581-01 y 02 sobre El incremento del per cápita previsto mensual que respalda los efectos de la ampliación de los beneficios en el Catálogo de Prestaciones del PDSS y de la indexación. SISALRIL. [Internet] feb. 2024; 1-16 Pgs. [citado 10 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.sisalril.gob.do/index.php/sobre-nosotros/resoluciones>
31. Bulkmans N, Berkhof J, Rozendaal L, van Kemenade F, Boeke A, Bulk S, et al. Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer: 5-year follow-up of a randomised controlled implementation trial. *The Lancet*. noviembre de 2007;370(9601):1764-72.
32. Elfstrom KM, Smelov V, Johansson ALV, Eklund C, Naucler P, Arnheim-Dahlstrom L, et al. Long term duration of protective effect for HPV negative women: follow-up of primary HPV screening randomised controlled trial. *BMJ*. 16 de enero de 2014;348(jan16 1):g130-g130.
33. Swift BE, Wang L, Jembere N, Kupets R. Risk of Recurrence After Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia 3 and Adenocarcinoma In Situ of the Cervix:

- Recurrence of CIN 3 and AIS of Cervix. *J Low Genit Tract Dis.* julio de 2020;24(3):252-8.
34. Debeaudrap P, Sobngwi J, Tebeu PM, Clifford GM. Residual or Recurrent Precancerous Lesions After Treatment of Cervical Lesions in Human Immunodeficiency Virus–infected Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Treatment Failure. *Clin Infect Dis.* 15 de octubre de 2019;69(9):1555-65.
 35. Randall TC, Sauvaget C, Muwonge R, Trimble EL, Jeronimo J. Worthy of further consideration: An updated meta-analysis to address the feasibility, acceptability, safety and efficacy of thermal ablation in the treatment of cervical cancer precursor lesions. *Prev Med.* enero de 2019;118:81-91.
 36. World Health Organization. WHO guidelines for the use of thermal ablation for cervical pre-cancer lesions [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 2 de septiembre de 2022]. 108 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329299>
 37. Jiang Y, Chen C, Li L. Comparison of Cold-Knife Conization versus Loop Electrosurgical Excision for Cervical Adenocarcinoma In Situ (ACIS): A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE.* 26 de enero de 2017;12(1):e0170587.
 38. Hurtado-Roca Y, Becerra-Chauca N, Malca M. Efficacy and safety of cryotherapy, cold cone or thermocoagulation compared to LEEP as a therapy for cervical intraepithelial neoplasia: Systematic review. *Rev Saude Publica.* 2020;54:27.
 39. Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, Kehar R, Gandhi S, Chen Y, et al. Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Obstet.* marzo de 2016;132(3):266-271.
 40. D’Alessandro P, Arduino B, Borgo M, Saccone G, Venturella R, Di Cello A, et al. Loop Electrosurgical Excision Procedure versus Cryotherapy in the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2018;7(4):145-51.
 41. Kietpeerakool C, Chumworathayi B, Thinkhamrop J, Ussahgij B, Lumbiganon P. Antibiotics for infection prevention after excision of the cervical transformation zone. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 21 de enero de 2017 [citado 1 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009957.pub2>
 42. Arbyn M, Sankaranarayanan R, Muwonge R, Keita N, Dolo A, Mbalawa CG, et al. Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer.* 1 de julio de 2008;123(1):153-160.
 43. Resistencia a los antibióticos [Internet]. [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antibióticos>



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA

