

“Resumen de Recomendaciones US. Declaración de Prevención para HPV (USPSTF)” 9 de octubre de 2017.

“Recommendation Summary U S. Prevention Statement Task Force for HPV” (USPSTF) October 2017.

Qué significan los grados y sugerencias para la práctica

El USPSTF actualizó su definición y sugerencias de práctica para la recomendación de grado C en el tratamiento y manejo de HPV.

Esta nueva definición se aplica a las recomendaciones de USPSTF votadas después de julio de 2012.

Describir la fuerza en la práctica de una recomendación es una parte importante de comunicar su importancia a los clínicos y otros usuarios.

Aunque la mayoría de las definiciones de los grados han evolucionado desde que comenzó la USPSTF, ninguna ha cambiado más notablemente que la definición de una recomendación de categoría C, que ha sido objeto de tres revisiones importantes desde 1998.

A pesar de estas revisiones, la esencia de la recomendación C ha permanecido constante: a nivel de la población, el saldo de beneficios y daños es muy estrecho y la magnitud del beneficio neto es pequeña. Dado este pequeño beneficio neto, el USPSTF no ha hecho una recomendación "a favor o en contra" de la utilización (1998), recomendó "contra" la utilización rutinariamente de proporcionar la práctica (2007) o recomendó "selectivamente" proporcionar el servicio de detección de HPV. (2012).

Entendiéndose por practica: “cribado con citología cervical o la prueba de tipos de HPV de alto riesgo ("hrHPV testing")”

Las recomendaciones de grado C son particularmente sensibles a los valores y circunstancias del paciente. Determinar si la práctica debe ser ofrecida o proporcionada a un paciente individual normalmente requerirá una conversación informada entre el clínico y el paciente.

Importancia

Las muertes por cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos han disminuido drásticamente desde la implantación del cribado generalizado del cáncer de cuello uterino, y continúan disminuyendo, de 2,8 muertes por 100,000 mujeres en 2000 a 2,3 muertes por 100,000 mujeres en 2014.¹

La mayoría de los casos de cáncer cervical ocurren en mujeres que tienen no han sido examinadas adecuadamente ². Estrategias que tienen como objetivo asegurar que todas las mujeres sean

examinadas adecuadamente y reciban un seguimiento adecuado tienen más probabilidades de tener éxito en la reducción adicional de la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos.

Detección

El USPSTF encontró pruebas convincentes de que el cribado con citología cervical o la prueba de tipos de HPV de alto riesgo ("hrHPV testing") pueden detectar lesiones cervicales precancerosas de alto grado y cáncer de cuello uterino.

Beneficios de la detección temprana y el tratamiento

La USPSTF encontró evidencia convincente de que el cribado de mujeres de 21 a 65 años reduce sustancialmente la incidencia y mortalidad del cáncer cervical.

En mujeres de 21 a 29 años, el cribado cada 3 años con citología sola reduce sustancialmente la incidencia y mortalidad del cáncer cervical.

En las mujeres de 30 a 65 años, la detección cada 3 años con citología sola o cada 5 años con la prueba de hrHPV sola reduce sustancialmente la incidencia y mortalidad del cáncer cervical.

En mujeres mayores de 65 años que han tenido un examen previo adecuado y que no están en riesgo de cáncer de cuello uterino proporciona poco beneficio.

El USPSTF encontró pruebas suficientes de que el cribado de mujeres **menores de 21 años no reduce la incidencia de cáncer cervical y la mortalidad en comparación con el inicio de la detección a los 21 años.**

En mujeres que han tenido una histerectomía con la extirpación del cuello uterino para obtener indicaciones que no sean una lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervical no proporciona ningún beneficio. Tabla I.

"Resumen de Recomendaciones U S. Declaración de Prevención Task Force for HPV" (USPSTF).

Población	Recomendación	Grado (¿Qué es esto?)
Mujeres de 21 a 65 años	El USPSTF recomienda la detección del cáncer cervical cada 3 años con citología cervical sola en mujeres de 21 a 29 años. La recomendación se realiza cada 3 años con citología cervical sola o cada 5 años con pruebas de alto riesgo de papilomavirus humano (hrHPV) solo en mujeres de 30 a 65 años. Vea la sección Consideraciones clínicas sobre los beneficios y los daños relativos de las estrategias de detección alternativas para las mujeres de 30 años o más	A
Mujeres de mayores a 65 años	El USPSTF no recomienda el cribado para el cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 65 años que han tenido una adecuada selección previa y no están en otro lugar de alto riesgo de cáncer de cuello uterino. Vea la sección de Consideraciones Clínicas para una discusión de un examen previo adecuado y los factores de riesgo que apoyan la detección después de los 65 años de edad	D

Mujeres menores de 21 años	El USPSTF no recomienda la detección del cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 21 años.	D
Mujeres con histerectomía	El USPSTF recomienda que no se lleve a cabo el cribado del cáncer de cuello uterino en mujeres que han tenido una histerectomía con extirpación del cuello uterino y que no tienen antecedentes de lesión precancerosa de alto grado (es decir, neoplasias cervicales intraepiteliales grado 2 o 3)	D

Las recomendaciones de grado C son particularmente sensibles a los valores y circunstancias del paciente. Determinar si el servicio debe ser ofrecido o proporcionado a un paciente individual normalmente requerirá una conversación informada entre el clínico y el paciente

Algunas definiciones de la USPSTF Tabla II:

Se basa en beneficio neto de la práctica en un resultado sustancial o no.

Grado	Definición	Sugerencia de elección de practica
A	El USPSTF recomienda la práctica. Existe una gran certeza de que el beneficio neto es sustancial.	Ofrezca o proporcionar la practica

<p style="text-align: center;">B</p>	<p>El USPSTF recomienda la práctica. Existe una gran certeza de que el beneficio neto es moderado o hay una certeza moderada de que el beneficio neto sea sustancial.</p>	<p>Ofrezca o proporcionar la practica</p>
<p style="text-align: center;">C</p>	<p>El USPSTF recomienda ofrecer o proporcionar la práctica selectivamente a pacientes individuales basados en el juicio profesional y las preferencias del paciente. Debe haber por lo menos una certeza moderada que el beneficio neto es pequeño.</p>	<p>Ofrecer o proporcionar esta practica a pacientes seleccionados dependiendo de las circunstancias individuales.</p>
<p style="text-align: center;">D</p>	<p>El USPSTF no recomienda la práctica. Existe una certeza moderada o alta de que la práctica no tiene beneficio neto o que los daños compensan los beneficios.</p>	<p>Desalentar el uso de la práctica.</p>
<p style="text-align: center;">Estado I</p>	<p>El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de beneficios y daños de la práctica. La evidencia falta evidencia o es de mala calidad, o conflictiva, y el balance de beneficios y daños no puede ser determinado.</p>	<p>Si se ofrece la practica, las pacientes deben comprender la incertidumbre sobre el equilibrio de beneficios y daños.</p>

Definición de los niveles de certeza respecto al beneficio neto acorde a USPSTF.

Nivel de certeza	Descripción
Alto	<p>La evidencia disponible generalmente incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y bien realizados en poblaciones representativas de atención primaria. Estos estudios evalúan los efectos del servicio preventivo en los resultados de salud. Por lo tanto, es poco probable que esta conclusión se vea fuertemente afectada por los resultados de futuros estudios</p>
Moderado	<p>La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos de la practica preventiva sobre los resultados de salud, pero la confianza en la estimación está limitada por factores tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El número, tamaño o calidad de los estudios individuales. - Incoherencia de los resultados a través de estudios individuales. - Generalización limitada de los hallazgos a la práctica habitual de atención primaria. - Falta de coherencia en la cadena de evidencia. <p>A medida que se disponga de más información, la magnitud o dirección del efecto observado podría cambiar, y este cambio puede ser lo suficientemente grande como para alterar la conclusión.</p>
Bajo	<p>La evidencia disponible es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud. La evidencia es insuficiente debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El número limitado o el tamaño de los estudios. - Fallas importantes en el diseño del estudio o en los métodos.

	<ul style="list-style-type: none">- Incoherencia de los resultados a través de estudios individuales.- Brechas en la cadena de evidencia.- Hallazgos no generalizables a la práctica habitual de atención primaria.- Falta de información sobre los resultados sanitarios importantes. <p>Más información puede permitir la estimación de los efectos sobre los resultados de la salud</p>
--	--

Daño que puede provocar la detección de HPV:

El cribado con citología cervical o prueba de hrHPV puede conducir a daños, incluyendo pruebas de seguimiento y procedimientos de diagnóstico invasivos (por ejemplo, colposcopia y biopsia cervical, tratamiento con ácidos, electrofulguración, etc.), así como tratamiento innecesario en mujeres con resultados falsos positivos.

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) y los estudios observacionales indican que los daños derivados de los procedimientos diagnósticos incluyen sangrado vaginal, dolor, infección y falta de diagnóstico (debido a un muestreo inadecuado).

Los resultados anormales de las pruebas de detección también están asociados con los daños psicológicos.

En particular, las mujeres que recibieron resultados positivos de hrHPV reportaron mayor angustia y menor satisfacción con compañeros sexuales pasados y actuales que con mujeres que recibieron resultados citológicos anormales.

Trastornos del tratamiento del HPV:

Los daños del tratamiento incluyen los riesgos derivados del procedimiento de tratamiento y las consecuencias potencialmente posteriores del tratamiento.

La evidencia de estudios observacionales indica que ciertos tratamientos para las lesiones precancerosas (por ejemplo, la conización con cuchillo frío y la escisión con LEEP) se asocian con resultados adversos posteriores del embarazo, tales como parto prematuro y complicaciones relacionadas.²

La USPSTF encontró evidencia convincente de que muchas lesiones cervicales precancerosas regresión, y que otras lesiones son indolentes y de crecimiento lento y no llegarán a ser clínicamente importantes durante la vida de una mujer; la identificación y el tratamiento de estas lesiones constituyen **sobre diagnóstico**.

Es difícil estimar la magnitud exacta del **sobrediagnóstico** asociado con cualquier estrategia de detección o tratamiento, pero es preocupante ya que **no confiere ningún beneficio y conduce a una vigilancia innecesaria, pruebas diagnósticas y tratamientos, con los daños asociados.**

El USPSTF encontró pruebas suficientes de que los daños de la detección de cáncer de cuello uterino con citología sola o hrHPV pruebas solas en mujeres de 30 a 65 años son moderados. Las estrategias de detección que incluyen las pruebas de hrHPV son ligeramente más sensibles que las que incluyen la citología sola, pero también producen más resultados falsos positivos.

El USPSTF encontró evidencia adecuada de que los daños de la detección del cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 65 años de edad que han sido sometidos a exámenes previos adecuados y que de otra manera no están en alto riesgo son al menos pequeños.

La USPSTF encontró **pruebas suficientes de que los daños de la detección del cáncer cervical en mujeres menores de 21 años son moderados.**

La USPSTF encontró pruebas suficientes de que la detección del cáncer de cuello uterino en mujeres que han tenido una histerectomía y que no tienen antecedentes de una lesión precancerosa de alto grado o cáncer de cuello uterino se asocia con daños

Evaluación USPSTF

El USPSTF concluye con **alta seguridad** que los beneficios de la detección cada 3 años con la citología solo superan sustancialmente los daños en las mujeres de 21 a 29 años.

El USPSTF concluye con **alta certeza** que los beneficios de la detección cada 3 años con la citología sola o cada 5 años con la prueba hrHPV solo superan los daños en las mujeres de 30 a 65 años.

El USPSTF concluye con una **certeza moderada** de que los beneficios de la detección no compensan los daños potenciales en las mujeres mayores de 65 años que han tenido un examen previo adecuado y que no tienen riesgo de cáncer de cuello uterino.

El USPSTF concluye con una **certeza moderada** de que los daños de la detección superan los beneficios en mujeres menores de 21 años.

El USPSTF concluye con **alta certeza** que los daños de la detección superan los beneficios en mujeres que han tenido una histerectomía con la extirpación del cuello del útero para indicaciones que no sean una lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervical.

Población del paciente bajo consideración

Esta declaración de recomendación se aplica a las mujeres asintomáticas, independientemente de su historia sexual.

Esta declaración de recomendación no se aplica a las mujeres que han sido diagnosticadas con una lesión cervical precancerosa de alto grado o cáncer de cuello uterino, mujeres con

exposición in útero al dietilestilbestrol o mujeres que tienen un sistema inmunológico comprometido (por ejemplo, mujeres que viven con VIH).

Evaluación del Riesgo

Está bien establecido que la infección por hrHPV se asocia con casi todos los casos de cáncer de cuello uterino, y que las mujeres están expuestas a hrHPV a través de relaciones sexuales.

Aunque una gran proporción de infecciones por VPH se resuelven espontáneamente, la alta probabilidad de exposición a VPH significa que las mujeres están en riesgo de lesiones precancerosas y cáncer de cuello uterino.

Ciertos factores de riesgo aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino, incluida la infección por el VIH, un sistema inmunológico comprometido, la exposición in útero al dietilestilbestrol y el tratamiento previo de una lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervical.

Las mujeres con estos factores de riesgo no están incluidas en esta recomendación y deben recibir seguimiento individualizado.

Las mujeres que han tenido una histerectomía con la extirpación del cuello uterino y no tienen antecedentes de una lesión precancerosa de alto grado o cáncer de cuello uterino no están en riesgo de cáncer de cuello uterino y no deben ser examinados. Como parte de la evaluación clínica, los médicos deben confirmar mediante la revisión de registros quirúrgicos o examen directo que el cuello uterino fue removido.

Pruebas de cribado:

La disminución de los casos de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos durante las últimas décadas se atribuye a la efectividad y la absorción generalizada del cribado del cáncer cervical, primero en forma de citología convencional y posteriormente en forma de citología líquida.

La evidencia actual indica que no hay diferencias clínicamente importantes entre la citología líquida y la citología convencional.

Una variedad de plataformas se utilizan para detectar hrHPV; la mayoría utiliza métodos de amplificación de señales o de ácidos nucleicos. Los ensayos publicados de hrHPV usaron hibridación in situ, reacción en cadena de polimerasa y tecnología de captura híbrida para probar cepas de HPV asociadas con cáncer de cuello uterino. La prueba de hrHPV se ha utilizado para el cribado primario, cotesting con la citología, y la prueba del seguimiento de resultados positivos de la citología ("refleja hrHPV").

Tanto el cribado con la citología sola como el examen hrHPV por sí solo ofrecen un equilibrio razonable entre los beneficios y los daños para las mujeres de 30 a 65 años; las mujeres deben discutir con su proveedor qué estrategia de prueba es mejor para ellos.

Evidencia de ECA sugiere que el cribado con citología por sí solo es ligeramente menos sensible para la detección de CIN2 y CIN3 que el cribado con hrHPV prueba sola, mientras que el cribado con hrHPV prueba solo detecta más casos de CIN2 y CIN3 pero resultados en más diagnóstico colposcopios para cada caso detectado.

El modelado de análisis de decisión sugiere que el cribado cada 5 años con pruebas de hrHPV solo en mujeres de 30 a 65 años se traduce en una tasa de mortalidad ligeramente inferior (aproximadamente 10 años de vida ganados por cada 1.000 mujeres examinadas) que la detección cada 3 años con citología sola pero mucho mayor las tasas de seguimiento de las pruebas y colposcopia (39 colposcopias por cada caso de cáncer evitado para la citología sola frente a 640 colposcopias adicionales por cada caso de cáncer adicional evitado para la prueba hrHPV solo).³

Tanto la evidencia de los ensayos clínicos como el modelado sugieren que la participación aumenta el número de pruebas de seguimiento hasta dos veces y no conduce a una mayor detección de CIN3 + (CIN3 y todos los cánceres invasivos) o de cáncer de cuello uterino en comparación con el cribado con prueba de hrHPV sola. Por lo tanto, el USPSTF no incluyó la participación en esta declaración de recomendación.

Hay una serie de diferentes protocolos para el triaje de los resultados anormales de la detección con citología o hrHPV pruebas.

Tanto la evidencia de los ensayos clínicos como el modelado sugieren que los diferentes protocolos de triaje tienen generalmente tasas de detección similares para CIN2 y CIN3, pero **ir directamente a la colposcopia de diagnóstico sin triaje adicional conduce a un número mucho mayor de colposcopias en comparación con otros protocolos de triaje.**

El mantenimiento de la comparabilidad de los beneficios y los daños del cribado con la citología sola o la prueba del hrHPV solo requiere que los pacientes, los médicos y las organizaciones de atención sanitaria se adhieran a los protocolos actualmente recomendados para las pruebas repetidas, la colposcopia diagnóstica y el tratamiento.

Mujeres mayores de 21 años

El cáncer de cuello uterino es extremadamente raro antes de los 21 años de edad.

La USPSTF encontró poca evidencia para determinar si y cómo la historia sexual afecta a la edad en la que comenzar la exploración. La exposición de las células cervicales a hrHPV durante el coito vaginal puede conducir a la carcinogénesis cervical, pero el proceso tiene varias etapas, implica regresión, y generalmente no es rápido.

Debido a la lenta progresión de la enfermedad y la alta probabilidad de regresión en este grupo de edad, la evidencia sugiere que el cribado antes de la edad de 21 años, independientemente de la historia sexual, conduciría a más daño que beneficio. El tratamiento de CIN2 o CIN3 en mujeres menores de 21 años puede aumentar el riesgo de resultados adversos del embarazo.⁶

Esta recomendación no se aplica a las mujeres que viven con VIH o que de otro modo tienen un sistema inmunológico comprometido.

Mujeres mayores de 65 años

El USPSTF recomienda en contra de rutina de detección de cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 65 años de edad que han tenido un examen previo adecuado y no están en otro lugar de alto riesgo de cáncer de cuello uterino.

Las directrices conjuntas de la Sociedad Americana del Cáncer, la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical y la Sociedad Americana de Patología Clínica (ACS / ASCCP / ASCP) definen la selección previa adecuada como tres resultados citológicos negativos consecutivos o dos resultados negativos consecutivos dentro de los 10 años antes de detenerse, y la prueba más reciente ocurre dentro de los 5 años.⁴

Las pautas indican además que la exploración sistemática debe continuar durante al menos 20 años después de la regresión espontánea o el manejo adecuado de una lesión precancerosa de alto grado. Una vez que la detección se ha detenido, no debe reanudar en las mujeres mayores de 65 años, incluso si se informa de tener una nueva pareja sexual activa.

TodosImágenesNoticiasVideosMapsMás

PreferenciasHerramientas

Cerca de 28,400,000 resultados (0.24 segundos)

Resultados de búsqueda

Women Older Than Age 65 Years Who Have Not Been Adequately Screened

Screening may be clinically indicated in older women with an inadequate or unknown screening history. Recent data suggest that one-quarter of women ages 45 to 64 years have not been screened for cervical cancer in the preceding 3 years.⁷ In particular, women with limited access to care, women from racial/ethnic minority groups, and women from countries where screening is not available may be less likely to meet criteria for adequate prior screening. Certain considerations may also support screening in women older than age 65 years who are otherwise at high risk (i.e., women with a history of high-grade precancerous lesions or cervical cancer, in utero exposure to diethylstilbestrol, or a compromised immune system).

Women Older Than Age 65 Years Who Have Not Been Adequately Screened

Screening may be clinically indicated in older women with an inadequate or unknown screening history. Recent data suggest that one-quarter of women ages 45 to 64 years have not been screened for cervical cancer in the preceding 3 years.⁷ In particular, women with limited access to care, women from racial/ethnic minority groups, and women from countries where screening is not available may be less likely to meet criteria for adequate prior screening. Certain considerations may also support screening in women older than age 65 years who are otherwise at high risk (i.e., women with a history of high-grade precancerous lesions or cervical cancer, in utero exposure to diethylstilbestrol, or a compromised immune system).

Mujeres mayores de 65 años que no han sido evaluadas adecuadamente:

La detección puede estar indicada clínicamente en mujeres mayores con una historia de detección inadecuada o desconocida.

Datos recientes sugieren que una cuarta parte de las mujeres de 45 a 64 años no han sido examinadas para el cáncer de cuello uterino en los 3 años anteriores.⁷

En particular, las mujeres con acceso limitado a la atención, las mujeres pertenecientes a grupos raciales / étnicos minoritarios y las mujeres de países donde la detección no está disponible puede ser menos probable que cumplan los criterios para un adecuado screening previo.

Ciertas consideraciones también pueden apoyar la detección en mujeres mayores de 65 años que de otro modo están en alto riesgo (es decir, mujeres con antecedentes de lesiones precancerosas de alto grado o cáncer cervical, exposición in útero al dietilestilbestrol o un sistema inmune comprometido).

Intervalo de detección

El cribado con más frecuencia que cada 3 años con citología por sí sola confiere pocos beneficios adicionales, con grandes aumentos en los daños, incluyendo procedimientos adicionales y evaluación y tratamiento de lesiones transitorias.

El tratamiento de las lesiones que de otro modo resolverían por sí mismos es perjudicial porque puede conducir a procedimientos con efectos adversos no deseados, incluyendo el potencial de incompetencia cervical y de parto prematuro durante el embarazo.

Pruebas de ensayo limitadas y estudios de modelos sugieren que un intervalo de selección de 5 años ofrece el mejor balance de beneficios y daños. La detección con más frecuencia que cada 5 años con la prueba hrHPV sola no mejora sustancialmente el beneficio sino que aumenta significativamente el número de pruebas de detección y colposcopias.

Tratamiento

El cribado tiene como objetivo identificar lesiones cervicales precancerosas de alto grado para prevenir la progresión al cáncer cervical. Las lesiones cervicales de alto grado pueden ser tratadas con terapias excisionales y ablativas. El cáncer de cuello uterino en etapa temprana puede ser tratado con cirugía (histerectomía) o quimioterapia. El tratamiento de las lesiones precancerosas es menos invasivo que el tratamiento del cáncer

Raza / grupo étnico, geografía y cáncer de cuello uterino

Aunque las muertes por cáncer de cuello uterino han disminuido drásticamente desde la implementación del cribado, la incidencia y la mortalidad siguen siendo relativamente altas entre ciertas poblaciones. Las razones de mayor incidencia y mortalidad varían considerablemente entre diferentes poblaciones.

La tasa general de mortalidad por cáncer de cuello uterino en las mujeres afro-americanas es de 10,1 muertes por cada 100.000 mujeres, lo que es más del doble que entre las mujeres blancas (cuando se ajusta la tasa de histerectomía), aunque la brecha se ha reducido con el tiempo. La mortalidad es más alta entre las mujeres afroamericanas más antiguas. Varios estudios han encontrado que las mujeres afroamericanas son examinadas para cáncer de cuello uterino a tasas similares o más altas que las mujeres blancas y que un seguimiento inadecuado después de la selección y el tratamiento desigual pueden ser factores importantes que contribuyen. La mayor tasa de mortalidad en las mujeres afroamericanas también puede deberse, en parte, a la tasa de adenocarcinoma superior a la media, que tiene un peor pronóstico que el tipo más común de cáncer de cuello uterino (carcinoma de células escamosas) ⁸⁻¹⁰.

Las mujeres indígenas de Alaska / Nativo de Alaska también tienen tasas más altas de mortalidad por cáncer de cuello uterino (3,2 muertes por cada 100,000 mujeres [no ajustadas por la tasa de histerectomía]) que la media de los Estados Unidos. Los factores que impulsan esta tasa más alta pueden incluir tasas de detección más bajas (16,5% de las mujeres indígenas de América / Alaska en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento de 2012 informaron no haber recibido Papanicolaou en los últimos 5 años) las mujeres tienen una tasa de incidencia significativamente más alta y una tasa de mortalidad ligeramente superior (2,6 muertes por cada 100.000 mujeres [sin ajustar para la tasa de histerectomía]), con tasas especialmente altas en la frontera entre Texas y México.

Aunque las mujeres blancas en general tienen la menor tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, las mujeres blancas que viven en áreas geográficamente aisladas y médicamente desatendidas (particularmente Appalachia) tienen tasas de mortalidad mucho más altas que el promedio de Estados Unidos.^{11, 12} En cambio, que el promedio de los Estados Unidos, pero tasas de cribado más bajas, especialmente entre las mujeres que han emigrado recientemente a los Estados Unidos y pueden tener barreras lingüísticas o culturales al cribado.^{11, 12}

Además de la raza / etnicidad y la geografía, la cobertura de seguros juega un papel importante en el acceso a la detección del cáncer de cuello uterino: el 23,1% de las mujeres sin seguro de salud y el 25,5% de las mujeres sin proveedor de salud regular no recibieron una prueba de Papanicolau en los últimos 5 años, en comparación con el 11,4% de la población general. El análisis de los datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento demuestra que el estado del seguro interactúa con otros factores demográficos, como raza / etnia y edad, para aumentar las disparidades.¹¹ La discapacidad y la identificación como lesbianas o transexuales también están asociadas con barreras a la detección y menores tasas de detección.¹³⁻¹⁵

Los avances en la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer cervical han sido desiguales. Los factores más importantes que contribuyen a tasas más altas incluyen las barreras financieras, geográficas y culturales / lingüísticas para el cribado; barreras para el seguimiento; tratamiento desigual; y la diferencia en los tipos de cáncer, todos los cuales varían según las subpoblaciones. Por lo tanto, los médicos deben ser conscientes de los factores que afectan a su población de pacientes y tomar medidas para abordarlos. También se necesitan investigaciones y políticas más eficaces para asegurar un acceso equitativo a los exámenes de detección, el seguimiento adecuado y el tratamiento.

¿Cómo encaja la evidencia con la comprensión biológica?

La historia natural del cáncer cervical ha sido bien estudiada. La infección por VPH del cuello uterino es generalmente transitoria, pero cuando la infección no se elimina mediante una respuesta inmunitaria apropiada y el virus es de tipo oncogénico, la infección puede resultar en la incorporación de secuencias génicas del VPH en el genoma del huésped, lo que puede conducir a una enfermedad precancerosa lesiones.

La fase preclínica larga desde la infección hasta el desarrollo de lesiones precancerosas y el cáncer de cuello uterino permite la oportunidad de detectar eficazmente, identificar y tratar las lesiones precancerosas, reduciendo así la incidencia y la mortalidad del cáncer cervical.

Recomendación:

Esta recomendación sustituye a la recomendación del USPSTF de 2012.

El principal cambio en la recomendación actual es que el cribado con la prueba del hrHPV solo se recomienda como una alternativa al cribado de citología solo a partir de los 30 años de edad, ya no se recomienda la participación. Como en la recomendación de 2012, el USPSTF continúa recomendando contra el cribado en mujeres menores de 21 años de edad, en mujeres mayores de 65 años que han tenido una evaluación previa adecuada y no están en riesgo de cáncer de cuello

uterino y en mujeres que tienen o tuvieron una histerectomía con extirpación del cuello uterino y no tienen antecedentes de lesión precancerosa de alto grado o cáncer de cuello uterino

Recomendación de otras asociaciones:

ACS / ASCCP / ASCP recomiendan que las mujeres de 21 a 29 años sean examinadas cada 3 años con citología sola (citología cervical o prueba de Papanicolaou).

Las mujeres de 30 a 65 años de edad deben someterse a exámenes cada 5 años con citología y pruebas de VPH (cotesting) o cada 3 años con citología sola. Las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (es decir, las mujeres con un sistema inmunológico comprometido o la exposición a dietilestilbestrol) pueden necesitar ser examinadas más a menudo.

Las mujeres que han tenido CIN2 o peor deben continuar las pruebas de detección durante 20 años después del último resultado anormal de la prueba, incluso si extiende el tamizaje más allá de los 65 años de edad⁴. ASCCP y SGO publicaron una guía provisional en 2015 que recomendó el VPH primario a partir de los 25 años.

una alternativa a la citología por sí sola o la participación.⁵ Las guías de la Academia Americana de Médicos de Familia están de acuerdo con las pautas de ACS / ASCCP / ASCP.⁴⁴ El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos declaró en 2016 que la citología sola y la cotesting todavía se recomiendan específicamente en directrices actuales de la mayoría de las principales sociedades; sin embargo, el cribado primario del VPH en mujeres de 25 años o más puede ser considerado como una alternativa al cribado actual basado en citología si se realiza de acuerdo con ASCCP y orientación intermedia de SGO.⁴⁵ El Panel sobre Infecciones Oportunistas en Adultos y Adolescentes VIH- sobre la detección y el tratamiento del VPH en pacientes que viven con el VIH.¹⁷

Esta es una traducción reducida del **“Draft Recommendation Statement. Cervical Cancer: Screening on October 9, 2017 at 8:00 PM EST”**. Reañizada por la Dra. Alejandra Julia Giurgiovich.