

Cuadro 3. Recomendaciones para conducta inicial frente a los resultados alterados de exámenes citopatológicos en las unidades de Atención Básica

Diagnóstico citopatológico	Grupo de edad	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	< 25 años	Repetir en 3 años
	Entre 25 y 29 años	Repetir la citología en 12 meses
	≥ 30 años	Repetir la citología en 6 meses
	No se puede alejar una lesión de alto grado (ASC-H)	Encaminar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminar para colposcopia
Células atípicas de origen indefinida (A01)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau	Encaminar para colposcopia
Lesión de bajo grado (LSIL)	< 25 años	Repetir en 3 años
	≥ 25 años	Repetir la citología en 6 meses
Lesión de alto grado (HSIL)		Encaminar para colposcopia
Lesión intraepitelial de alto grado no pudiendo excluir microinvasión		Encaminar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor		Encaminar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) o invasor		Encaminar para colposcopia



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer
<http://controlecancer.bvs.br/>

Ministério da Saúde
 Instituto Nacional de Câncer
 José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Directrices Brasileñas para el Rastreo del Cáncer de Cuello Uterino

Sumario Ejecutivo para la Atención Básica

Esta publicación es una síntesis direccionada a la Atención Básica de la 2ª edición de las Directrices Brasileñas para el Rastreo del Cáncer de Cuello Uterino, publicadas por el Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

El Sumario Ejecutivo orienta al lector sobre la fuerza de las recomendaciones y presenta orientaciones para una detección precoz del cáncer de cuello uterino, con sus respectivas recomendaciones y directrices clínicas.

MÉTODO

Las nuevas recomendaciones fueron elaboradas a partir de búsqueda, análisis y aplicaciones en el escenario nacional de evidencias en la literatura científica, en cohesión con la Ley nº 12.401, de 2011, el Decreto nº 7.508, de 2011, y la Política Nacional de Gestión de Tecnologías en Salud (BRASIL, 2010).

La revisión y actualización de los capítulos de la versión anterior contó con la colaboración de especialistas de diversas partes del país. Fueron realizadas búsquedas en la literatura nacional e internacional con el objetivo de determinar las mejores evidencias sobre el equilibrio entre riesgos y beneficios de cada intervención. Las nuevas contribuciones incorporadas y ratificadas resultaron en un texto que fue sometido a consulta pública y posteriormente publicado en su versión completa en el sitio del INCA (www.inca.gov.br).

2018 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.



Esta obra está disponible en los términos de la Licencia Creative Commons – Atribución – No Comercial – Comparte igual 4.0 Internacional. Es permitida la reproducción parcial o total de esta obra, desde que citada la fuente.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/>).

Tiragem: 500 ejemplares - 2018

Elaboración, distribución e informaciones
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
 Coordenação de Prevenção e Vigilância
 Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
 Rua Marquês de Pombal, 125
 Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20230-240
 Tel.: (21) 3207-5512 | E-mail: atenção_oncologica@inca.gov.br

Elaboración de contenido: Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede.

Edición y Producción Editorial: Christine Dieguez.

Revisión: Rita Rangel de S. Machado.

Proyecto Gráfico y Diagramación: Mariana Fernandes Teles.

Edición
 COORDENAÇÃO DE ENSINO
 Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica
 Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-Científicos
 Rua Marquês de Pombal, 125
 Centro – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20230-240
 Tel.: (21) 3207-5500



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL

Fuerza de la recomendación

Para la caracterización de la fuerza de las recomendaciones y los niveles de evidencia, los métodos utilizados son adaptados de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (Cuadros 1 y 2). Cada recomendación es seguida por una letra mayúscula entre paréntesis, que denota su fuerza, basada en un grado de certeza que se deriva de la mejor evidencia científica y hace un juicio sobre los riesgos y los beneficios envueltos.

Grado	Definición*	Sugestiones para la práctica
A	La práctica es recomendada. Hay alta convicción de que el beneficio neto es substancial	Ofrecer o proporcionar la práctica
B	Se recomienda la práctica. Hay una alta convicción de que el beneficio neto es moderado o existe una moderada convicción de que el beneficio neto es moderado o sustancial	Ofrecer o proporcionar la práctica
C	La práctica no se recomienda rutinariamente. Puede haber consideraciones que fundamentan la práctica para un individuo. Existe al menos una moderada convicción de que el beneficio neto es pequeño	Ofrecer o proporcionar la práctica sólo si otras consideraciones sustentan esta decisión para un individuo
D	No se recomienda la práctica. Existe una moderada o alta convicción de que la práctica no tiene beneficio neto o los daños superan los beneficios	Desalentar el uso de esta práctica
I	La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance entre beneficios y daños derivados de la práctica. No hay evidencia o es de baja calidad o conflictiva y el balance entre beneficios y daños derivados de la práctica no puede ser determinado	Si la práctica es ofrecida, los pacientes deben entender que existe incertidumbre del balance entre beneficios y daños

* La USPSTF define la convicción como la probabilidad de que la evaluación por la USPSTF del beneficio neto de una práctica preventiva es correcta. El beneficio neto se define como el beneficio menos el daño de la práctica cuando se implementa en una población general.

Nivel de certeza*	Descripción
Alta	La evidencia disponible usualmente incluye resultados consistentes de estudios bien diseñados y bien conducidos en poblaciones representativas de los cuidados a los que se aplican. Estos estudios evalúan los efectos de la práctica preventiva sobre los resultados de la salud. Esta conclusión es entonces improbable de ser fuertemente afectada por los resultados de estudios futuros
Moderada	La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos de la práctica preventiva sobre los resultados de la salud, pero la confianza en esta estimación está limitada por factores como: <ul style="list-style-type: none">Número, tamaño o calidad de los estudios individuales Inconsistencia de hallazgos entre los estudios individuales Limitada posibilidad de generalización de los hallazgos a la práctica rutinaria Falta de coherencia en la cadena de evidencia A medida que más información se haga disponible, la magnitud o dirección del efecto observado puede cambiar y ese cambio puede ser lo suficientemente grande para alterar la conclusión
Baja	La evidencia disponible es insuficiente para evaluar los efectos en los resultados para la salud porque: <ul style="list-style-type: none">Número o tamaño limitado de los estudios Importantes limitaciones en los dibujos de los estudios o en sus métodos Inconsistencia de hallazgos entre los estudios individuales Fallas en la cadena de evidencia Los hallazgos no son generalizables para la práctica rutinaria Falta de información sobre importantes resultados para la salud Más información puede permitir estimaciones de efectos en los resultados para la salud

* La USPSTF define la convicción de que la evaluación por la USPSTF del beneficio neto de una práctica preventiva es correcta. El beneficio neto se define como el beneficio menos el daño de la práctica cuando se implementa en una población general.

El uso juicioso de estas recomendaciones, considerando la experiencia profesional y los valores de la paciente, configura una buena práctica médica y debe orientar la toma de decisión en busca del mayor beneficio y calidad de vida para el mayor número de mujeres brasileñas.

RECOMENDACIONES PARA EL RASTREO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1. Periodicidad y población objetivo

Las decisiones de cómo rastrear, a quién rastrear y cuándo rastrear el cáncer de cuello uterino y sus lesiones precursoras en poblaciones asintomáticas son complejas y requieren un análisis balanceado y cuidadoso de sus ventajas y desventajas para las mujeres. En este balance, se debe considerar la ansiedad causada en la mujer o las posibles consecuencias del abordaje diagnóstico o terapéutico en el futuro obstétrico con una prueba modificada. El patrón predominante del rastreo en Brasil es oportunista, es decir, las mujeres que se han realizado el examen de Papanicolaou cuando buscan los servicios de salud por otras razones. Así, hay un contingente de mujeres rastreadas en exceso y otro contingente sin ningún examen de rastreo.

Periodicidad

Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las recomendaciones que dieron origen a las normas brasileñas en 1988, un estudio publicado un año antes había demostrado que la protección conferida en hasta diez años por un examen previo negativo era del 58% y del 80% si dos exámenes eran negativos (evidencia alta). Los estudios más recientes han confirmado que el examen citológico realizado cada tres años es seguro después de dos o tres resultados negativos (evidencia moderada).

Población objetivo

La incidencia del cáncer invasor de cuello uterino en mujeres hasta 24 años es muy baja y el rastreo es menos eficiente para detectarlo. Por otro lado, el inicio más precoz representaría un significativo aumento de diagnósticos de lesiones de bajo grado, que presentan gran probabilidad de regresión, resultando en un aumento significativo de colposcopias y en la posibilidad de tratamientos innecesarios, acarreando mayor riesgo de morbilidad obstétrica y neonatal asociado a una futura gestación. Así, los riesgos del rastreo indiscriminado en mujeres hasta 24 años superan los posibles beneficios.

En las mujeres más maduras, incluso en países con una población de alta longevidad, no hay datos objetivos de que el rastreo sea efectivo después de los 65 años.

Recomendaciones

El método de seguimiento del cáncer de cuello uterino y de sus lesiones precursoras es el examen citopatológico. Los dos primeros exámenes deben ser realizados con intervalo anual y, si ambos resultados son negativos, los próximos deben ser realizados cada tres años (A).

El inicio de la recolección debe ser a los 25 años para las mujeres que ya han tenido o tienen actividad sexual (A). El rastreo antes de los 25 años debe ser evitado (D).

Los exámenes periódicos deben seguir hasta los 64 años y, en aquellas mujeres sin antecedentes de enfermedad neoplásica preinvasiva, interrumpidos cuando estas mujeres tienen al menos dos exámenes negativos consecutivos en los últimos cinco años (B).

Para mujeres de más de 64 años y que nunca se sometieron al examen citopatológico, se deben realizar dos exámenes con intervalo de uno a tres años. Si ambos exámenes son negativos, estas mujeres pueden ser dispensadas de exámenes adicionales (B).

2. Situaciones especiales

Gestantes

No hay restricciones para la recolección del examen citopatológico durante la gestación, incluso con muestra endocervical.

Recomendaciones

El rastreo en gestantes debe seguir las recomendaciones de periodicidad y franja etaria como para las demás mujeres, debiendo siempre ser considerada una oportunidad la demanda al servicio de salud para la realización de prenatal (A).

Mujeres postmenopáusicas

Recomendaciones

Las mujeres posmenopáusicas deben ser rastreadas de acuerdo con las directrices para las demás mujeres (A). En caso necesario, proceder a la estrogenización previa a la realización de la recolección, como se sugiere a continuación (véase examen citopatológico normal - resultado que indica atrofia con inflamación) (B).

Mujeres sin historia de actividad sexual

Recomendaciones

Las mujeres sin antecedentes de actividad sexual no deben someterse al rastreo del cáncer de cuello uterino (D).

Para otras situaciones especiales, como mujeres hysterectomizadas e inmunosuprimidas, consultar la versión completa de las directrices.

3. Adecuación de la muestra

En la actual Nomenclatura Citológica Brasileña, la adecuación de la muestra se define como satisfactoria o insatisfactoria.

Muestra insatisfactoria para la evaluación

Se considera insatisfactoria la muestra cuya lectura está perjudicada por factores de naturaleza técnica y otros de muestreo celular.

Recomendaciones

El examen debe repetirse en 6 a 12 semanas con corrección, cuando sea posible, del problema que motivó el resultado insatisfactorio (A).

Muestra satisfactoria para la evaluación

Recomendaciones

Los frotis normales sólo con células escamosas en las mujeres con cuello del útero presente deben repetirse con un intervalo de un año y, con dos exámenes normales anuales consecutivos, el intervalo pasará a ser de tres años (B). Para asegurar una buena representación celular del epitelio del cuello uterino, el examen citopatológico debe contener una muestra del canal cervical, preferiblemente recogida con cepillo apropiado, y de la ectocérvix, recogida con espátula tipo punta larga (espátula de Ayre) (A).

4. Resultados Citológicos

4.1 Resultado citológico normal, alteraciones benignas y quejas ginecológicas

Resultado citológico dentro de los límites de la normalidad en el material examinado

Es un diagnóstico completamente normal. La inclusión de la expresión "en el material examinado" tiene por objeto establecer, de forma clara e inequívoca, aspectos del material sometido al examen (evidencia alta).

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A).

Alteraciones celulares benignas (reactivas o reparativas) o metaplasia escamosa inmadura o indicando reparación

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A).

Inflamación sin identificación de agente

Recomendaciones

En caso de queja de flujo o contenido vaginal anormal, la paciente deberá ser conducida conforme la directriz dirigida para el tratamiento de la secreción genital y las enfermedades de transmisión sexual (A). Seguir la rutina de seguimiento citológico como para las mujeres con resultado normal (A). En ausencia de queja o evidencia clínica de colpitis, no hay necesidad de encaminamiento para examen ginecológico, tratamiento o repetición del examen citopatológico (D). El examen citopatológico no debe utilizarse para el diagnóstico de los procesos inflamatorios o infecciosos vaginales (D).

Resultado citológico indicando atrofia con inflamación

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A). En la eventualidad del laudo del examen citopatológico mencionar dificultad diagnóstica derivada de la atrofia, la estrogenización debe ser hecha por medio de la vía vaginal, con crema de estrógenos conjugados en baja dosis (0,5 g de un aplicador, lo que contiene 0,3 mg del principio activo) o estriol vaginal, un gramo con aplicador vaginal cada noche, durante 21 días (B). La nueva citología se recolectará entre cinco y siete días después de la parada del uso (B).

En las pacientes con antecedentes de cáncer de mama u otras contraindicaciones, el uso de estrógenos debe ser evaluado para cada paciente individualmente. El esquema recomendado puede ser el mismo utilizado para las mujeres de la población general, como se ha descrito anteriormente, por el período máximo de 21 días (B).

Resultado citológico indicando alteraciones derivadas de radiación o quimioterapia

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A). La radioterapia o la quimioterapia previas deben mencionarse en la solicitud del examen (A).

Hallazgos microbiológicos

Lactobacillus sp, cocos y otros bacilos.

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A). La paciente con sintomatología, como secreción, prurito u olor genital anormal, en presencia de agentes patógenos (*Gardnerella 1 mobiluncus sp*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp*) debe ser abordada según la directriz específica (A).

Citología con células endometriales normales fuera del período menstrual o después de la menopausia

Recomendaciones

Seguir la rutina de seguimiento citológico (A). Evaluar la indicación de investigación de la cavidad endometrial (I).

Situaciones especiales

Las mujeres en posmenopausia, gestantes e inmunodeprimidas con cambios celulares benignos no demandan recomendaciones especiales.

4.2 Resultados citológicos positivos

Resumen de las recomendaciones para la Atención Básica a la salud

A continuación, se encuentra el resumen de recomendaciones para conducta inicial frente a los resultados alterados de exámenes citopatológicos en las unidades de Atención Básica.