

## Informe de Priorización de Preguntas Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario Epitelial - 2018

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas<sup>1</sup>.

### FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud<sup>2</sup>, después de instruir en la metodología Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para la elaboración de GPC, incentivó a los Panelistas<sup>3</sup> a formular preguntas de decisión clínicas centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica en Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés, la intervención de comparación<sup>4</sup>.

1

**Tabla n°1:** Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los Panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon 12 preguntas clínicas (ver Tabla n°2).

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

<sup>2</sup> Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

<sup>3</sup> Expertos clínicos, referentes del MINSAL y de FONASA convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

<sup>4</sup> Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

#### PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Luego de formuladas las preguntas, y a través de un cuestionario online, se solicitó a los panelistas que valorarán cada una, asignando un puntaje entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Los criterios usados para valorar las preguntas fueron:

- a. ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- b. ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- c. ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- d. ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?
- e. ¿Es una pregunta clínica nueva que no ha sido abordada en la guía anterior?

Luego se les solicitó que hicieran una evaluación general considerando los criterios anteriores, utilizando la misma escala:

- **Considerando lo anterior ¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica?**

Una vez evaluadas las preguntas formuladas por los panelistas, se calculó la mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica y se ordenaron de manera descendente.

**Tabla n°2:** Preguntas clínicas formuladas y Mediana de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas 2018	Mediana <sup>1</sup> de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=11)
En mujeres con diagnóstico primario/inicial de cáncer de ovario epitelial*, ¿Se debe realizar cirugía primaria (residuo tumoral microscópico) en comparación a realizar “quimioterapia neoadyuvante”?	7
En mujeres >15 años con cáncer de ovario epitelial tratado, ¿Se debe realizar “seguimiento con CA-125 y TAC” en comparación a realizar “seguimiento clínico”?	7
En mujeres (grupos esterilización y patología benigna) ¿Se debe realizar “salpingectomía profiláctica u oportunistas” en comparación a realizar “conservación de la trompa en histerectomía o esterilización con técnica clásica”?	6
En mujeres < 50 años con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, ¿Se debe realizar “determinación de BRCA 1 y 2 mutado” en comparación “no realizarla”?	6
En mujeres > 15 años con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial recidivado/recurrente, ¿Se debe realizar “cirugía secundaria/terciaria” en comparación a realizar “quimioterapia”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con diagnóstico primario/inicial de cáncer de ovario epitelial, ¿Se debe realizar “quimioterapia intraperitoneal” en comparación a realizar “quimioterapia endovenosa (tradicional)”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con diagnóstico primario o recurrente de cáncer de ovario epitelial*, ¿Se debe realizar “quimioterapia endovenosa más antiangiogénicos” en comparación a realizar “quimioterapia endovenosa exclusiva”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con diagnóstico primario o recurrente de cáncer de ovario epitelial*, ¿Se debe realizar “quimioterapia endovenosa más inhibidores de poli ADP ribosa polimerasa (PARP)” en comparación a realizar “quimioterapia endovenosa”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial recurrente, ¿Se debe usar “4 o más líneas de tratamiento de quimioterapia” en comparación a usar “3 o menos líneas de tratamiento de quimioterapia”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con sospecha de cáncer de ovario epitelial, ¿Se debe usar “sistema de puntaje de predicción clínica: International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) / Gynecologic Imaging Reporting and Data System (GI-RADS) / Índice de Riesgo de Malignidad (IRM)” en comparación a “no usarlo”? <sup>2</sup>	5
En mujeres > 15 años con sospecha y/o diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, ¿Se debe realizar “laparoscopia para definir criterios de reseccabilidad microscópica” en comparación a “no realizarla”? <sup>2</sup>	5
En mujeres >15 años con cáncer de ovario epitelial recidivado, ¿Se debe realizar “tomografía por emisión de positrones / tomografía computada (PET/CT)” en comparación a “no realizarlo”? <sup>2</sup>	5

<sup>1</sup> Escala de entre 1 y 7, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”

<sup>2</sup> En caso que fuera necesario desempatar preguntas con el mismo puntaje a la pregunta “¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica?”, fue el Coordinador Clínico de la Guía, profesional clínico elegido por el panel para representarlo, quién definió las preguntas a priorizar.

## PREGUNTAS PRIORIZADAS

Para la versión 2018 de la GPC, se priorizaron 6 preguntas clínicas.

- T.1. En mujeres con diagnóstico primario/inicial de cáncer de ovario epitelial avanzado con posibilidad de operabilidad y r0 ¿Se debe realizar cirugía primaria (residuo tumoral microscópico) comparado con quimioterapia neoadyuvante?
- T.2. En mujeres < 50 años con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial ¿Se debe realizar determinación de BRCA 1 y 2 mutado en comparación no realizarla?
- T.3. En mujeres > 15 años con sospecha y/o diagnóstico de cáncer de ovario epitelial ¿Se debe realizar laparoscopia para definir criterios de resecabilidad microscópica en comparación a no realizarla?
- T.4. En mujeres con histerectomía por causa benigna o esterilización electiva ¿Se debe agregar salpingectomía profiláctica u oportunista en comparación a no agregar?
- T.5. En mujeres > 15 años con cáncer de ovario epitelial recurrente ¿Se debe usar bevacizumab más quimioterapia en comparación a realizar sólo quimioterapia?
- S.1. En mujeres > 15 años con cáncer de ovario epitelial tratado ¿Se debe realizar seguimiento con CA-125 y TAC en comparación a realizar seguimiento clínico?

Dado que ocho preguntas tenían el mismo puntaje (Tabla n°2), las preguntas que abordan las intervenciones “laparoscopia para definir criterios de resecabilidad microscópica” y “usar bevacizumab más quimioterapia” fueron seleccionadas por el Coordinador Clínico, la primera en base a que es una intervención que se realiza potencialmente a un mayor número de mujeres; mientras que la segunda por ser una intervención relativamente innovadora en el país.

La pregunta T.1 originalmente fue planeada originalmente como *En mujeres con diagnóstico primario/inicial de cáncer de ovario epitelial ¿Se debe realizar quimioterapia neoadyuvante comparado con cirugía primaria (residuo tumoral microscópico)?* Sin embargo, en un análisis posterior el panel planteó que las intervenciones de quimioterapia comparado con cirugía primaria es respecto a subgrupos específicos: son dos alternativas de tratamiento para pacientes que cumplen con los criterios de operabilidad (Status de calidad de vida) y con los criterios de resecabilidad (tomografía, laparoscopia, clínica, poca enfermedad diseminada, etc), por lo que se decidió modificarla.

La pregunta T.4 originalmente fue planeada originalmente como *En mujeres (grupos esterilización y patología benigna) ¿Se debe realizar “salpingectomía profiláctica u oportunista” en comparación a realizar “conservación de la trompa en histerectomía o esterilización con técnica clásica”?* Sin embargo, en un análisis posterior el panel destacó que la salpingectomía profiláctica u oportunista es una intervención añadida a la histerectomía.

La pregunta T.5 se modificó por el panel de expertos, dado que el antiangiogénico más utilizado en esta población es el bevacizumab además la población se centró en población con cáncer de ovario epitelial recurrente y no es primario. La pregunta original era *“En mujeres > 15 años con diagnóstico primario o recurrente de cáncer de ovario epitelial ¿Se debe realizar quimioterapia*

*endovenosa más antiangiogénicos en comparación a realizar quimioterapia endovenosa exclusiva?”.*

Las restantes preguntas formuladas por el panel y que no fueron priorizadas para esta actualización, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

**MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Nombre	Profesión	Instituciones
<b>Alejandra Barahona Miranda</b>	Químico farmacéutico	Hospital del Salvador
<b>Claudia Schramm Lathrop</b>	Químico farmacéutico	Hospital Base de Valdivia
<b>Clemente Arab Eblen</b>	Médico Ginecólogo - Oncólogo	Sociedad Chilena de Ginecología Oncológica
<b>Constanza Piriz Tapia</b>	Terapeuta Ocupacional	Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. MINSAL.
<b>Fabiola Rosso Chamorro</b>	Ingeniero Comercial	Secretaría Técnica GES. MINSAL.
<b>Juvenal Ríos Leal</b>	Médico Cirujano	Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. MINSAL.
<b>Lidia Díaz Gonzalez</b>	Médico Anatomopatólogo	Hospital Militar. Clínica Santa María.
<b>Maria José Arce Castillo</b>	Nutricionista	Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. MINSAL.
<b>Paola Aguilera Ibaceta</b>	Matrona	Subdepartamento de plan de beneficios. Fondo Nacional de Salud.
<b>Raimundo Correa Bulnes</b>	Médico Ginecólogo - Oncólogo	Hospital Regional de Talca.
<b>Roberto Altamirano Assad</b>	Médico Ginecólogo - Oncólogo	Hospital Clínico San Borja Arriaran.