

Informe de Priorización de Preguntas Guía de Práctica Clínica Cáncer Gástrico del 2019

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 priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología GRADE para la elaboración de GPC, incentivó al panel de expertos³ a formular preguntas de decisión clínica 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 de 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 y la intervención de comparación⁴.

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 **40 preguntas** clínicas (ver Tabla n°2).

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

² 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.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y en algunos caso representantes de pacientes y representantes de FONASA, convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ 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.

VALORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Tras formular las potenciales preguntas, en esta oportunidad la priorización individual se realizó en dos etapas a través de un cuestionario online, donde se les solicitó que evaluaran las preguntas y señalaran cuáles consideraban más importantes de considerar en la actualización 2019, en función de los siguientes criterios:

- 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?

Tras la votación se calculó el promedio de todas las preguntas formuladas, resultando lo siguiente:

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

Preguntas clínicas formuladas	Promedio ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=11)
1. En pacientes con cáncer gástrico metastásico HER 2 positivo ¿Se debe administrar quimioterapia más anticuerpo HER 2” en comparación a administrar quimioterapia	6,00
2. En pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico ¿Se debe “realizar TC de tórax abdomen y pelvis” en comparación a “realizar otros métodos imagenológicos”?	5,45
3. En pacientes con hallazgo de lesión sospecha endoscópica de cáncer gástrico ¿Se debe “confirmar el diagnóstico de cáncer gástrico histológicamente con biopsia” en comparación a “No realizar”?	4,91
4. En pacientes con cáncer gástrico avanzado con indicación de cirugía ¿Se debe “linfadenectomía D2” en comparación a “linfadenectomía D1+”?	4,91
5. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con histología difusa o poco cohesivo ¿Se debe “resección endoscópica submucosa” en comparación a “realizar cirugía”?	4,91
6. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con indicación de cirugía ¿Se debe “linfadenectomía D1 +” en comparación a “linfadenectomía D1”?	4,64
7. En pacientes con cáncer gástrico de uniones esofágicas (Sewert III) ¿Se debe “usar radioquimioterapia preoperatoria” en comparación a “quimioterapia perioperatoria”?	4,64
8. En pacientes con cáncer gástrico metastásico ¿Se debe “realizar estudio HER 2” en comparación a “No realizar”?	4,36
9. En pacientes con cáncer gástrico tratado con cirugía exclusiva ¿Se debe “quimioterapia con o sin radioterapia” en comparación a “observación y seguimiento”?	4,36
10. En pacientes con cáncer gástrico etapa 3 irresecable o 4 oligometastásico que responde a quimioterapia con o sin radioterapia ¿Se debe “cirugía de conversión con o sin metastasectomía” en comparación a “terapia paliativa”?	4,09

11. En pacientes con cáncer gástrico metastasico ¿Se debe “quimioterapia o radioterapia paliativa” en comparación a “terapia paliativa”?	3,82
12. En pacientes con cáncer gástrico operado con cirugía D2 ¿Se debe “radioquimioterapia” en comparación a “quimioterapia”?	3,55
13. En familiares directos de individuos con cáncer gástrico con test helicobacter pylori positivo en deposiciones ¿Se debe “realizar endoscopia” en comparación a “No realizar”?	3,27
14. En pacientes con cáncer gástrico ¿Se debe “realizar evaluación nutricional” en comparación a “no realizar”?	3,27
15. En pacientes con cáncer gástrico en etapa 4 que responde a quimioterapia ¿Se debe “cirugía de conversión” en comparación a “no realizar cirugía de conversión”?	3,27
16. En pacientes con cáncer gástrico operado con D menor a 2 ¿Se debe “radioquimioterapia ” en comparación a “quimioterapia ”?	3,27
17. En pacientes con endoscopia digestiva alta ¿Se debe “hacer el test de ureasa” en comparación a “no realizar”?	3,00
18. En pacientes con cáncer gástrico desnutridos o riesgo nutricional con tratamiento quirúrgico ¿Se debe “soporte nutricional preoperatorio” en comparación a “no realizar”?	3,00
19. En pacientes con cáncer gástrico no cardinal ¿Se debe “quimioterapia preoperatoria seguido de radioquimioterapia post operatoria” en comparación a “quimioterapia perioperatoria”?	3,00
20. En pacientes con cáncer gástrico con estadio III irresecable o metastasico con inestabilidad de alto grado (MSI) ¿Se debe “quimioterapia más inmunoterapia (anti PD1)” en comparación a “quimioterapia”?	3,00
21. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con indicación de cirugía ¿Se debe “realizar cirugía laparoscópica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?	2,73
22. En pacientes con cáncer gástrico avanzado locoregionalmente con histología difusa o poco cohesivo que van a neoadyuvancia ¿Se debe “realizar laparoscopia de etapificación” en comparación a “no realizar laparoscopia”?	2,73
23. En pacientes de 40 años o más en que se realiza endoscopia ¿Se debe “estratificar utilizando clasificación de Sídney” en comparación a “No realizar”?	2,45
24. En pacientes con cáncer gástrico avanzado con indicación de cirugía ¿Se debe “realizar cirugía laparoscópica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?	2,45
25. En pacientes con cáncer gástrico metastasico ¿Se debe “realizar estudio inestabilidad microsatelital (inmunohistoquímica)” en comparación a “No realizar”?	2,18
26. En pacientes con cáncer gástrico desnutridos o riesgo nutricional con tratamiento oncológico ¿Se debe “soporte nutricional” en comparación a “no realizar”?	2,18
27. En pacientes con cáncer gástrico difuso o poco cohesivo antral o tercio inferior ¿Se debe “realizar gastrectomía subtotal” en comparación a “realizar gastrectomía total”?	2,18
28. En población general mayores de 18 años con síntomas de dispepsia ¿Se debe “realizar test de helicobacter pylori en deposiciones” en comparación a “no realizar”?	1,91

29. En pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico ¿Se debe “cuidados paliativos precoces (al momento del diagnóstico)” en comparación a “cuidados paliativos en etapa avanzada”?	1,91
30. En pacientes con cáncer gástrico operado ¿Se debe “realimentación post operatoria precoz (antes de 48 hrs post operado)” en comparación a “retroalimentación post operatoria tardía”?	1,91
31. En población de riesgo (presencia de síntomas dispépticos mayor de 15 días y síntomas de alarma) de cáncer gástrico	1,64
32. En pacientes con cáncer gástrico desnutridos o en riesgo nutricional con tratamiento quirúrgico ¿Se debe “inmunonutrición perioperatoria” en comparación a “soporte nutricional sin inmunonutrición”?	1,64
33. En familias con individuos con helicobacter pylori positivos ¿Se debe “realizar test con helicobacter pylori en deposiciones y realizar tratamiento” en comparación a “tratar solo al individuo índice”?	1,09
34. En pacientes con cáncer gástrico con estadio III irresecable o metastasico ¿Se debe “quimioterapia más antiangiogenicos” en comparación a “quimioterapia”?	1,09
35. En población general mayores de 18 años ¿Se debe “screening para helicobacter pylori” en comparación a “no realizar screening”?	0,82
36. En pacientes con cáncer gástrico ¿Se debe realizar screening nutricional en comparación a no realizar?	0,82
37. En personas asintomáticos mayores de 40 años ¿Se debe “realizar pepsinogeno sanguíneo y antígeno helicobacter pylori” en comparación a “Endoscopia”?	0,82
38. En pacientes con resección parcial gástrica o resección laparoscópica ¿Se debe “realizar test con helicobacter pylori en deposiciones y realizar tratamiento” en comparación a “no realizar”?	0,82
39. En población general mayores de 18 años ¿Se debe realizar “screening antígeno de helicobacter pylori en deposiciones” en comparación a “test de ureasa en aire espirado”?	0,55
40. En pacientes mayores de 18 años ¿Se debe “realizar prueba de Epstein Bar” en comparación a “no realizar”?	0,55

¹ Escala de entre 0 -7 Sin evaluar “0”, Importante “3” y Muy importante “7”.

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización con los coordinadores clínicos⁵, el Dr. Enrique Lanzarini y la Dra. Bettina Müller quienes tuvieron la oportunidad de precisar preguntas o hacer ajustes a la priorización.

⁵ Coordinador Clínico: profesional elegido por el panel de expertos para representarlo y solucionar dudas clínicas del equipo metodológico.

A continuación las siguientes preguntas fueron despriorizadas con los argumentos correspondientes.

En pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico ¿Se debe “realizar TC de tórax abdomen y pelvis” en comparación a realizar otros métodos imagenológicos?

En la actualidad, no existe discusión ni controversia en cuál es el mejor método para etapificación del cáncer gástrico, siendo la tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis el standard. Todas las guías de práctica clínica actualizadas incluyen este método de imágenes para la etapificación, y sólo para casos especiales o "borderline" se utilizan otros métodos como resonancia magnética o PET-CT. Además, la pregunta está mal formulada ya que no especifica el comparador (qué método de imagen a comparar), por lo que debiese ser eliminada de la priorización.

En pacientes con hallazgo de lesión sospecha endoscópica de cáncer gástrico ¿Se debe “confirmar el diagnóstico de cáncer gástrico histológicamente con biopsia” en comparación a “No realizar”?

Es conocido por toda la comunidad médica que cualquier lesión sospechosa de cáncer debe ser biopsiada, ya sea en el momento del hallazgo o luego de un tratamiento para disminuir el componente inflamatorio. Esta pregunta se transforma en una respuesta obvia, sin evidencia que vaya a mostrar que no hay que biopsiar una lesión sospechosa de cáncer, lo que sería no ético.

En pacientes con cáncer gástrico metastásico ¿Se debe “realizar estudio HER 2” en comparación a “No realizar”?

Está implícita en pregunta 1 por lo que no me parece que se deba priorizar esta pregunta.

En reemplazo de estas se priorizaron las siguientes preguntas:

En pacientes con cáncer gástrico incipiente con indicación de cirugía ¿Se debe “realizar cirugía laparoscópica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?

Esta pregunta debiese ser priorizada. Existen varios RCTs y revisiones sistemáticas en la actualidad que comparan el abordaje laparoscópico versus el abierto en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, y en todos ellos la evidencia ha mostrado superioridad del abordaje laparoscópico en cuanto a menor sangrado, menor estadía hospitalaria, recuperación más precoz, es decir, todas las ventajas de la mini-invasividad, con los mismos resultados desde el punto de vista de sobrevida global y libre de enfermedad. Esto claramente impactará beneficiosamente sobre los pacientes tratados por esta patología, y una guía actualizada debe contener esta evidencia.

En pacientes con cáncer gástrico metastásico ¿Se debe “quimioterapia o radioterapia paliativa” en comparación a “soporte sintomático paliativo”?

Sería importante priorizar esta pregunta, ya que la Guía Clínica AUGÉ del 2014 sólo menciona la QT con Cisplatino 5FU y actualmente hay más esquemas que han demostrado utilidad.

En pacientes con cáncer gástrico desnutridos o riesgo nutricional con tratamiento quirúrgico ¿Se debe “soporte nutricional preoperatorio” en comparación a “no realizar”?

Es una pregunta importante y no está incluida en la Guía Clínica AUGÉ.

Posteriormente, en las reuniones de revisión de evidencia de efectividad se incorporaron precisiones a las preguntas para la selección de evidencia, eliminó una pregunta ya que el panel considero que respecto a la pregunta: *En pacientes con cáncer gástrico tratado con cirugía ¿Se debe realizar quimioterapia con o sin radioterapia en comparación a realizar seguimiento en los casos que fue necesario*, no existe incertidumbre y decidió priorizar la pregunta: *En pacientes con cáncer gástrico mayor a igual T2 y/o N+ operado con cirugía D2 ¿Se debe realizar “radioquimioterapia” en comparación a realizar quimioterapia ?*

La pregunta: 7. En pacientes con cáncer gástrico cardial ¿Se debe “usar radioquimioterapia preoperatoria” en comparación a “quimioterapia perioperatoria”? fue precisada de la siguiente manera: *En pacientes con cáncer gástrico de uniones gastroesofágicas (Siewert 3) ¿Se debe “usar radioquimioterapia preoperatoria” en comparación a “quimioterapia perioperatoria”?*

Finalmente las siguientes 10 preguntas fueron las priorizadas para la actualización en la versión 2019 de la GPC.

1. En pacientes con cáncer gástrico desnutridos o riesgo nutricional con tratamiento quirúrgico ¿Se debe realizar “soporte nutricional preoperatorio” en comparación a “no realizar”?
2. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con histología difusa o poco cohesivo ¿Se debe realizar “resección endoscópica submucosa” en comparación a “realizar cirugía”?
3. En pacientes con cáncer gástrico avanzado con indicación de cirugía ¿Se debe realizar “linfadenectomía D2” en comparación a realizar “linfadenectomía D1”?
4. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con indicación de cirugía ¿Se debe “realizar cirugía laparoscópica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?
5. En pacientes con cáncer gástrico incipiente con indicación de cirugía ¿Se debe realizar “linfadenectomía D2” en comparación a realizar “linfadenectomía D1”?
6. En pacientes con cáncer gástrico de uniones gastroesofágicas (Siewert 3) ¿Se debe “usar radioquimioterapia preoperatoria” en comparación a usar “quimioterapia perioperatoria”?
7. En pacientes con cáncer gástrico mayor a igual T2 y/o N+ operado con cirugía D2 ¿Se debe “radioquimioterapia” en comparación a “quimioterapia”?
8. En pacientes con cáncer gástrico etapa 3 irresecable o 4 que responde a quimioterapia con o sin radioterapia ¿Se debe realizar “cirugía de conversión con o sin metastasectomía” en comparación a realizar “terapia paliativa”?
9. En pacientes con cáncer gástrico metastásico o localmente avanzado irresecable HER 2 positivo ¿Se debe realizar “quimioterapia más terapia blanco anti HER 2 (i.e. trastuzumab)” en comparación a realizar “quimioterapia”.
10. En pacientes con cáncer gástrico metastásico ¿Se debe realizar “quimioterapia o radioterapia paliativa” en comparación a realizar “soporte sintomático paliativo”?

Las restantes preguntas que no fueron priorizadas, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

En relación a las preguntas que formuló el panel de expertos relacionadas con screening y prevención del cáncer gástrico serán consideradas en el protocolo de cáncer gástrico que se encuentra elaborando el Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores.

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

Nombre	Profesión, instituciones
Jennifer Matamala Peña	Médico especialista Anatomía Patológica , Hospital San Borja Arriarán
Valentina Chacón Bernal	Nutricionista, Hospital Gustavo Fricke
Paulina Peñalosa Montecinos	Médico especialista Anatomía Patológica, Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné
Miguel Alvarado Ramírez	Cirujano Oncólogo, Instituto Nacional del Cáncer
Sebastián Solé Zarhi	Oncólogo, Radioterapeuta Clínica IRAM
Juan Carlos Roa Strauch	Médico especialista Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica
Alfonso Calvo Belmar	Cirujano Digestivo –Endoscopía, Hospital Dr. Sotero del Rio
Claudio Solé Pesutic	Oncólogo, Radioterapeuta Clínica IRAM
Bettina Muller Schnabel	Oncólogo Médico, Instituto Nacional del Cáncer
Gareth Owen Jardine	Médico PHD. Investigador en Cáncer, Pontificia Universidad Católica
Alejandra Barahona Miranda	Químico Farmacéutico, Hospital Salvador.