

## Informe de Priorización de Preguntas Guía de Práctica Clínica de Cáncer Cérvico Uterino 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 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 GRADE para la elaboración de GPC, incentivó al panel de expertos<sup>3</sup> 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 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 **19 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 en algunos casos representantes de pacientes y representantes 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.

### VALORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Tras formular las potenciales preguntas, cada miembro del panel de experto tuvo la oportunidad de valorarlas 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:

- ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- ¿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 <sup>1</sup> de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=11)
En mujeres de 21 a 25 años ¿Se debe “realizar tamizaje con PAP” en comparación a “no realizar”?	4
En mujeres de 65 años y más ¿Se debe “realizar tamizaje con PAP” en comparación a “no realizar”?	3,2
En mujeres con histerectomía total de causa no cervical (benigna) ¿Se debe “realizar tamizaje con PAP” en comparación a “no realizar”?	2,7
En mujeres con cáncer cérvico uterino IB1 o más ¿Se debe “realizar resonancia” en comparación a “realizar TAC”?	3,8
En mujeres con cáncer cérvico uterino IB2 o más que requieran evaluación de compromiso ganglionar ¿Se debe “realizar PET/CT” en comparación a “realizar TAC”?	4,1
En mujeres con cáncer cérvico uterino IA1 con ILV(+), IA2, IB1 o IB2 ¿Se debe “realizar ganglio centinela” en comparación a “realizar linfadenectomía pelviana completa”?	4,4
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IA1, con compromiso linfovascular ¿Se debe “realizar estudio ganglionar” en comparación a “no realizar”?	4,7
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IA1 con invasión linfovascular y deseo de preservar fertilidad ¿Se debe “realizar cirugía con conservación de fertilidad más linfadenectomía pelviana” en comparación a “realizar cirugía no conservadora de fertilidad”?	4,3
En mujeres con cáncer invasor IB1 (escamoso o adenocarcinoma) con deseo de fertilidad ¿Se debe “realizar cirugía con preservación de fertilidad con estudio ganglionar” en comparación a “realizar histerectomía radical con estudio ganglionar”?	5,1
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 ¿Se debe “realizar histerectomía radical más linfadenectomía pelviana” en comparación a “realizar quimiorradioterapia”?	4,7

En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 escamoso con deseo de fertilidad ¿Se debe “realizar cirugía con preservación de fertilidad con estudio ganglionar” en comparación a “realizar histerectomía radical con estudio ganglionar”?	5,4
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB3 ¿Se debe “realizar quimioterapia neoadyuvante” en comparación a “realizar radioquimioterapia”?	5,8
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IVA con compromiso rectal ¿Se debe “realizar quimioradioterapia curativa” en comparación a “realizar tratamiento paliativos”?	5,9
En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 o menos ¿Se debe “realizar tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo” en comparación a “realizar tratamiento quirúrgico por laparotomía”?	4,8
En mujeres con cáncer cérvico uterino con enfermedad recurrente, persistente o metastásica ¿Se debe “añadir bevacizumab a quimioterapia” en comparación a “no añadir”?	5,1
En mujeres con cáncer de cuello uterino invasor recurrente o persistente central previamente irradiado ¿Se debe “realizar exenteración pelviana” en comparación a “no realizar”?	3,6
En mujeres con cáncer cérvico uterino localmente avanzado, con imagen sugerente de compromiso ganglionar pelviano (máximo 2), excluyendo cadena iliaca común ¿Se debe “realizar linfadenectomía paraaórtica” en comparación a “realizar radioterapia campo lumboaórtico”?	4,9
En mujeres con cáncer cérvico uterino e indicación de tratamiento ¿Se debe “realizar prehabilitación y rehabilitación” en comparación a “no realizar”?	1,4
En mujeres con NIE I persistente después de los 2 años de seguimiento ¿Se debe “realizar test de VPH” en comparación a “realizar ablación”?	4,7

3

<sup>1</sup> Escala entre 0 a 7, donde No importante de considerar en la actualización ponderaba “0”, Importante “3” y Muy importante “7”.

## PREGUNTAS PRIORIZADAS

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización con el Coordinador Clínico<sup>5</sup>, quien tuvo la oportunidad de precisar preguntas o hacer un ajuste a la priorización. Posteriormente, en las reuniones de revisión de evidencia de efectividad, se incorporaron precisiones a las preguntas para la selección de evidencia en los casos que fue necesario.

Finalmente, se incorporarán las siguientes preguntas de práctica clínica en la actualización de la GPC 2019:

### Diagnóstico:

- Dg.1. En mujeres con cáncer cérvico uterino IB2 o más que requieran evaluación de compromiso ganglionar ¿Se debe realizar PET/CT en comparación a realizar TAC?
- Dg.2. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor incluyendo IB2 (FIGO 2018), ¿Se debe realizar estudio ganglionar centinela en comparación a realizar linfadenectomía?

### Tratamiento:

- T.1. En mujeres con cáncer invasor IB1 (escamoso o adenocarcinoma) con deseo de fertilidad ¿Se debe realizar cirugía con preservación de fertilidad con estudio ganglionar en comparación a realizar histerectomía radical con estudio ganglionar?
- T.2. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 ¿Se debe realizar histerectomía radical más linfadenectomía pelviana en comparación a realizar quimiorradioterapia?
- T.3. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 escamoso con deseo de fertilidad ¿Se debe realizar cirugía con preservación de fertilidad con estudio ganglionar en comparación a realizar histerectomía radical con estudio ganglionar?
- T.4. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB3 ¿Se debe realizar “quimioterapia neoadyuvante previo a cirugía” en comparación a “realizar radioquimioterapia”?
- T.5. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IVA con compromiso rectal ¿Se debe realizar quimiorradioterapia curativa en comparación a realizar tratamiento paliativo?
- T.6. En mujeres con cáncer cérvico uterino con enfermedad recurrente, persistente o metastásica ¿Se debe añadir bevacizumab a quimioterapia en comparación a no añadir?
- T.7. En mujeres con cáncer de cuello uterino invasor recurrente o persistente central previamente irradiado ¿Se debe realizar exenteración pelviana en comparación a no realizar?
- T.8. En mujeres con cáncer cérvico uterino localmente avanzado, con imagen sugerente de compromiso ganglionar pelviano (máximo 2), excluyendo cadena iliaca común ¿Se debe realizar linfadenectomía paraaórtica en comparación a realizar radioterapia campo lumboaórtico?

---

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

La **pregunta En mujeres con cáncer cervicouterino invasor IA1, con compromiso linfovascular ¿Se debe “realizar estudio ganglionar” en comparación a “no realizar”?**, será abordada como una recomendación de **buena práctica**, dado que el comprador de “no realizar estudio ganglionar” en mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IA1 con compromiso linfovascular no es clínica ni éticamente viable, sin embargo el panel considera que es necesario formular esta recomendación en el contexto nacional.

Las restantes preguntas que no fueron priorizadas, 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**
**Panel de expertos**

Nombre	Profesión, instituciones
<b>Carmen Paz Abarca Campos</b>	Kinesióloga especialista en Oncología y Reeducción Pelvipereineal. Centro integral de reeducación de piso pélvico (CIREP).
<b>Clemente Arab Eblen</b>	Médico, Obstetricia y Ginecología, Ginecología Oncológica. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Instituto Oncológico FALP.
<b>Eugenio Ramírez Villalobos</b>	Bioquímico, virología, microbiología. Instituto de Salud Pública de Chile
<b>Gina Merino Pereira</b>	Matrona. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.
<b>Marcela Berrios Flores</b>	Médico Oncólogo. Instituto Nacional del Cáncer, Fundación Arturo López Pérez.
<b>Mónica Cuevas Saud</b>	Médico Oncólogo Radioterapeuta. Instituto Nacional del Cáncer.
<b>Nicolás Rodrigo Isa Osman</b>	Médico Oncólogo Radioterapeuta. Clínica Oncológica Iram.
<b>Patricio Gayan Pérez</b>	Médico Cirujano. Instituto Nacional del Cáncer, Clínica Alemana, División de Gestión de la Red Asistencial.
<b>Raimundo Correa Bulnes</b>	Médico Ginecólogo Oncólogo y Medicina Paliativa. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné, Asesor del Ministerio de Salud PAD - CP, Clínica Las Condes.
<b>Roberto Altamirano Assad</b>	Médico Ginecólogo. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
<b>Wanda Fernandez Maza</b>	Médico anatomopatólogo. Hospital Clínico San Borja Arriarán.