

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia 2019 Recomendaciones de Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino – año 2015

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino año 2019, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino año 2015, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la Tratamiento Quirúrgico de la Escoliosis en personas menores de 25 años del año 2010, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 10 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?

- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Los resultados de la encuesta de evaluación de vigencia clínica fueron presentados y revisados por el equipo elaborador en reunión presencial, para finalmente definir por consenso las recomendaciones vigentes.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Recomendaciones vigente al 2019, de la Guías Clínicas AUGE Cáncer Cérvico Uterino año 2015
Se recomienda usar un método de triage en las mujeres VPH positivas para decidir su derivación a colposcopia. El triage recomendado actualmente en Chile es un PAP sólo o acompañado de genotipificación VPH16/18.
Se recomienda vacunar contra VPH a niñas entre los 9 y 13 años en esquema de 2 dosis, 0 y 12 meses.
No se recomienda realizar tamizaje a mujeres menores de 20 años ya que los daños potenciales del tamizaje a las mujeres en este grupo de edad son mayores que los beneficios.
Se recomienda realizar tamizaje con PAP a mujeres entre 25 y 64 años.
Se recomienda mantener prevención secundaria en la población vacunada.
Se recomienda utilizar Códigos Diagnósticos Ministeriales o Nomenclatura homologable a Sistema de Clasificación de PAP Cervical Bethesda vigente.
Se recomienda derivar a colposcopia a toda PAP positiva.
Se recomienda frente a un ASCUS realizar genotipificación VPH 16-18, o repetir PAP a los 6 meses. Frente a una genotipificación VPH 16-18 positiva o PAP repetida alterada referir a colposcopia.
Se recomienda que todo ASC-H y AGUS referir colposcopia.
A mujeres VPH positivo con PAP negativa, se recomienda genotipificación VPH 16-18, o control a los 12 meses con VPH.
Para lesiones histológicas NIE I (lesión de bajo grado) se recomienda la observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses por 2 años.
En mujeres mayores de 25 años, se recomienda el tratamiento escisional a toda paciente con NIE II o III.
En mujeres menores de 25 años con NIE II, se sugiere observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses.
En mujeres menores de 25 años con NIE III, se recomienda tratar con procedimiento escisional.

En mujeres con lesiones NIE II y III tratadas, se recomienda seguimiento con PAP y colposcopia cada 6 meses por tres veces o realizar genotipificación viral 16-18 a los 12 meses.
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia, el procedimiento diagnóstico definitivo es la escisión.
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia escisional, si los márgenes son positivos se debe realizar un segundo procedimiento también por escisión.
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ en mujer que ha completado su paridad la opción preferente es la histerectomía.
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA1 escamosos, sin compromiso linfovascular, se recomienda histerectomía total vía abdominal, vaginal o laparoscópica, en caso de no desear preservar la fertilidad.*
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA1, si la paciente desea preservar fertilidad, se recomienda realizar conización con márgenes negativos. **
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA2, se recomienda histerectomía radical tipo B, más linfadenectomía pelviana completa, en caso de paridad cumplida.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB1, se recomienda la histerectomía radical tipo C, más linfadenectomía pelviana completa.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA1, se recomienda realizar histerectomía radical tipo C con linfadenectomía pelviana completa más colpectomía.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA2, se recomienda quimiorradioterapia.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IIIA y IIIB, se recomienda radio quimioterapia.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IVA, se recomienda quimiorradioterapia.
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IVB, se recomienda tratamiento paliativo, incluyendo quimioterapia paliativa y/o radioterapia paliativa y alivio del dolor y cuidados paliativos. ***
Para pacientes con recidiva de cáncer invasor las alternativas de tratamiento deben ser discutidas en comité oncológico.
Para el seguimiento se recomienda control clínico cada tres meses durante los dos primeros años. Del tercer al quinto año control cada seis meses. Del quinto año en adelante, un control anual. ****

* Se agrega la precisión de "escamoso".

** Se borra "sin invasión linfovascular".

*** Se agrega quimioterapia paliativa y/o radioterapia paliativa y alivio del dolor y cuidados paliativos.

**** Se borra de pacientes con cáncer invasor.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de la Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino año 2015

Recomendaciones	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Se recomienda vacunar contra VPH a niñas entre los 9 y 13 años en esquema de 2 dosis, 0 y 12 meses.	Formulación Adecuada
No se recomienda realizar tamizaje a mujeres menores de 20 años ya que los daños potenciales del tamizaje a las mujeres en este grupo de edad son mayores que los beneficios.	Formulación Adecuada
No se recomienda realizar tamizaje citológico a mujeres entre 20 y 24 años.	Formulación Adecuada
Se recomienda realizar tamizaje con PAP a mujeres entre 25 y 64 años.	Formulación Adecuada
Se recomienda mantener prevención secundaria en la población vacunada.	Formulación Adecuada
Se recomienda utilizar Códigos Diagnósticos Ministeriales o Nomenclatura homologable a Sistema de Clasificación de PAP Cervical Bethesda vigente.	Formulación Adecuada
Se recomienda realizar tamizaje con PAP, a mujeres entre 25 a 64 años cada 3 años.	Formulación Adecuada
Se recomienda suspender tamizaje en mujeres de 65 o más años, cuando tengan un tamizaje previo adecuado.	Formulación Adecuada
Se recomienda derivar a colposcopia a toda PAP positiva.	Formulación Adecuada
Se recomienda frente a un ASCUS realizar genotipificación VPH 16-18, o repetir PAP a los 6 meses. Frente a una genotipificación VPH 16-18 positiva o PAP repetida alterada referir a colposcopia.	Formulación Adecuada
Se recomienda que todo ASC-H y AGUS referir colposcopia.	Formulación Adecuada
Se recomienda usar un método de triage en las mujeres VPH positivas para decidir su derivación a colposcopia. El triage recomendado actualmente en Chile es un PAP sólo o acompañado de genotipificación VPH16/18.	Formulación Adecuada
A mujeres VPH positivo con PAP negativa, se recomienda genotipificación VPH 16-18, o control a los 12 meses con VPH.	Formulación Adecuada
Para lesiones histológicas NIE I (lesión de bajo grado) se recomienda la observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses por 2 años.	Formulación Adecuada
En mujeres mayores de 25 años, se recomienda el tratamiento escisional a toda paciente con NIE II o III.	Formulación Adecuada
En mujeres menores de 25 años con NIE II, se sugiere observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses.	Formulación Adecuada
En mujeres menores de 25 años con NIE III, se recomienda tratar con procedimiento escisional.	Formulación Adecuada
En mujeres con lesiones NIE II y III tratadas, se recomienda seguimiento con PAP y colposcopia cada 6 meses por tres veces o realizar genotipificación viral 16-18 a los 12 meses.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia, el procedimiento diagnóstico definitivo es la escisión.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia escisional, si los márgenes son positivos se debe realizar un segundo procedimiento también por escisión.	Formulación Adecuada

Para el tratamiento de pacientes con Adenocarcinoma in Situ en mujer que ha completado su paridad la opción preferente es la histerectomía.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA1, sin compromiso linfovascular, se recomienda histerectomía total vía abdominal, vaginal o laparoscópica, en caso de no desear preservar la fertilidad.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento del cáncer cérvico uterino invasor IA1, con compromiso linfovascular, se recomienda histerectomía total asociada a linfadenectomía pelviana completa.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA1, si la paciente desea preservar fertilidad, se recomienda realizar conización con márgenes negativos.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA2, se recomienda histerectomía radical tipo B, más linfadenectomía pelviana completa, en caso de paridad cumplida.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB1, se recomienda la histerectomía radical tipo C, más linfadenectomía pelviana completa.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB2, se recomienda la quimioradioterapia.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA1, se recomienda realizar histerectomía radical tipo C con linfadenectomía pelviana completa más colpectomía.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA2, se recomienda quimioradioterapia.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IIIA y IIIB, se recomienda radio quimioterapia.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IVA, se recomienda quimioradioterapia.	Formulación Adecuada
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IVB, se recomienda tratamiento paliativo.	Formulación Adecuada
Para pacientes con recidiva de cáncer invasor las alternativas de tratamiento deben ser discutidas en comité oncológico.	Formulación Adecuada
Para el seguimiento se recomienda control clínico cada tres meses durante los dos primeros años. Del tercer al quinto año control cada seis meses. Del quinto año en adelante, un control anual.	Formulación Adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino año 2015

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
Se recomienda vacunar contra VPH a niñas entre los 9 y 13 años en esquema de 2 dosis, 0 y 12 meses.	Vigente
No se recomienda realizar tamizaje a mujeres menores de 20 años ya que los daños potenciales del tamizaje a las mujeres en este grupo de edad son mayores que los beneficios.	Vigente
No se recomienda realizar tamizaje citológico a mujeres entre 20 y 24 años.	No vigente**
Se recomienda realizar tamizaje con PAP a mujeres entre 25 y 64 años.	Vigente
Se recomienda mantener prevención secundaria en la población vacunada.	Vigente
Se recomienda utilizar Códigos Diagnósticos Ministeriales o Nomenclatura homologable a Sistema de Clasificación de PAP Cervical Bethesda vigente.	Vigente
Se recomienda realizar tamizaje con PAP, a mujeres entre 25 a 64 años cada 3 años.	No Vigente**
Se recomienda suspender tamizaje en mujeres de 65 o más años, cuando tengan un tamizaje previo adecuado.	Vigente
Se recomienda derivar a colposcopia a toda PAP positiva.	Vigente
Se recomienda frente a un ASCUS realizar genotipificación VPH 16-18, o repetir PAP a los 6 meses. Frente a una genotipificación VPH 16-18 positiva o PAP repetida alterada referir a colposcopia.	Vigente
Se recomienda que todo ASC-H y AGUS referir colposcopia.	Vigente
Se recomienda usar un método de triage en las mujeres VPH positivas para decidir su derivación a colposcopia. El triage recomendado actualmente en Chile es un PAP sólo o acompañado de genotipificación VPH16/18.	No Vigente**
A mujeres VPH positivo con PAP negativa, se recomienda genotipificación VPH 16-18, o control a los 12 meses con VPH.	Vigente
Para lesiones histológicas NIE I (lesión de bajo grado) se recomienda la observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses por 2 años.	Vigente
En mujeres mayores de 25 años, se recomienda el tratamiento escisional a toda paciente con NIE II o III.	Vigente
En mujeres menores de 25 años con NIE II, se sugiere observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses.	Vigente
En mujeres menores de 25 años con NIE III, se recomienda tratar con procedimiento escisional.	Vigente
En mujeres con lesiones NIE II y III tratadas, se recomienda seguimiento con PAP y colposcopia cada 6 meses por tres veces o realizar genotipificación viral 16-18 a los 12 meses.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia, el procedimiento diagnóstico definitivo es la escisión.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia escisional, si los márgenes son positivos se debe realizar un segundo procedimiento también por escisión.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con Adenocarcinoma in Situ en mujer que ha completado su paridad la opción preferente es la histerectomía.	Vigente

Para el tratamiento de cáncer cervicouterino invasor IA1, sin compromiso linfovascular, se recomienda histerectomía total vía abdominal, vaginal o laparoscópica, en caso de no desear preservar la fertilidad.	Vigente
Para el tratamiento del cáncer cervico uterino invasor IA1, con compromiso linfovascular, se recomienda histerectomía total asociada a linfadenectomía pelviana completa.	No Vigente**
Para el tratamiento de cáncer cervicouterino invasor IA1, si la paciente desea preservar fertilidad, se recomienda realizar conización con márgenes negativos.	Vigente
Para el tratamiento de cáncer cervicouterino invasor IA2, se recomienda histerectomía radical tipo B, más linfadenectomía pelviana completa, en caso de paridad cumplida.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB1, se recomienda la histerectomía radical tipo C, más linfadenectomía pelviana completa.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB2, se recomienda la quimioradioterapia.	No Vigente**
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA1, se recomienda realizar histerectomía radical tipo C con linfadenectomía pelviana completa más colpectomía.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA2, se recomienda quimioradioterapia.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IIIA y IIIB, se recomienda radio quimioterapia.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IVA, se recomienda quimioradioterapia.	Vigente
Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IVB, se recomienda tratamiento paliativo.	Vigente
Para pacientes con recidiva de cáncer invasor las alternativas de tratamiento deben ser discutidas en comité oncológico.	Vigente
Para el seguimiento se recomienda control clínico cada tres meses durante los dos primeros años. Del tercer al quinto año control cada seis meses. Del quinto año en adelante, un control anual.	Vigente
Se recomienda vacunar contra VPH a niñas entre los 9 y 13 años en esquema de 2 dosis, 0 y 12 meses.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológicamente (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso).
/ **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DE VIGENCIA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CÁNCER CÉRVICO UTERINO AÑO 2019

Nombre	Profesión, Instituciones
Carmen Paz Abarca Campos	Kinesióloga especialista en Oncología y Reeducción Pelviperineal. Centro integral de reeducación de piso pélvico (CIREP).
Carolina Paz Castillo Ibarra	Psicóloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud.
Clemente Arab Eblen	Médico, Obstetricia y Ginecología, Ginecología Oncológica. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Instituto Oncológico FALP
Gina Merino Pereira	Matrona. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.
Juan Herrera Burott	Matrón. División Atención Primaria, Ministerio de Salud.
Marcela Berrios Flores	Médico Oncólogo. Instituto Nacional del Cáncer, Fundación Arturo López Pérez.
María José Arce Castillo	Nutricionista. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.
Mónica Cuevas Saud	Médico Oncólogo Radioterapeuta. Instituto Nacional del Cáncer.
Nicolás Rodrigo Isa Osman	Médico Oncólogo Radioterapeuta. Clínica Oncológica Iram.
Pamela Burdiles Fraile	Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud.
Patricio Gayan Perez	Médico Cirujano. Instituto Nacional del Cáncer, Clínica Alemana, División de Gestión de la Red Asistencial.
Raimundo Correa Bulnes	Médico Ginecólogo Oncólogo y Medicina Paliativa. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné, Asesor del Ministerio de Salud PAD - CP, Clínica Las Condes.
Roberto Altamirano Assad	Médico Ginecólogo. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
Sara Inés Larenas Rojas	Matrona Oncología. Hospital Padre Hurtado.
Victoria Hurtado Meneses	Ingeniero Biomédico. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud.