

## RESUMEN EJECUTIVO

### GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CÁNCER CÉRVICO UTERINO



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino en:**  
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO 2019. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2020

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<b>RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO</b>		
En personas con cáncer cervicouterino etapa IB2 o más que requieren evaluación de compromiso ganglionar, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar PET/CT por sobre realizar TAC.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
En personas con cáncer cervicouterino invasor incluyendo la etapa IB2, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar estudio ganglionar centinela por sobre realizar linfadenectomía.	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○
<b>RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO</b>		
En personas con deseo de fertilidad con cáncer cervicouterino invasor etapa IB1, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar traquelectomía radical por sobre realizar histerectomía radical.  Comentarios del panel de expertos: - La decisión de realizar esta técnica debe ser evaluada en conjunto con el comité oncológico. - Idealmente, para obtener mejores resultados oncológicos y reproductivos, esta intervención debería ser realizada en centros de alto volumen	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
En personas con deseo de fertilidad con cáncer cervicouterino invasor etapa IB2, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar histerectomía radical por sobre traquelectomía radical.  Comentarios del panel de expertos: - La decisión de realizar esta técnica debería ser evaluada en conjunto con el comité oncológico. - Idealmente, tanto la histerectomía como la traquelectomía deberían ser realizadas en centros de alto volumen, dada la complejidad técnica de la traquelectomía y la potencial morbilidad asociada a la histerectomía. - En caso de que la persona desee preservar su fertilidad, se le podría ofrecer quimioterapia neoadyuvante previo a traquelectomía. Dado que esta decisión implica asumir riesgos, el panel sugiere que se discuta el caso con el comité oncológico y se le planteen los	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○

<p>potenciales riesgos y beneficios en detalle a los pacientes.</p>		
<p>En personas con cáncer cervicouterino invasor en etapa IB2, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar histerectomía radical más linfadenectomía pelviana, por sobre realizar radioquimioterapia concomitante.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En aquellas mujeres con cáncer cervicouterino invasor etapa IB2 en que se decida no realizar una cirugía, se podría ofrecer como alternativa la radioquimioterapia. Dado que esta decisión implica asumir riesgos, el panel sugiere que se discuta el caso con el comité oncológico y se le planteen los potenciales riesgos y beneficios en detalle a los pacientes.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
<p>En personas con cáncer cervicouterino invasor en etapa IB3 el Ministerio de Salud, SUGIERE realizar radioquimioterapia por sobre quimioterapia neoadyuvante.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>En personas con cáncer cervicouterino invasor etapa IVA con compromiso rectal, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar radioquimioterapia con intención curativa por sobre tratamiento con intención paliativa.</p> <p>Comentarios del panel de expertos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El panel sugiere que el manejo de estos pacientes sea planificado en conjunto con los equipos de cuidados paliativos.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
<p>En personas con cáncer cervicouterino con enfermedad recurrente, persistente o metastásica, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar quimioterapia sin agentes biológicos por sobre añadir bevacizumab.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien el panel considera que la mayoría de las personas no se beneficiaría importantemente del uso de bevacizumab, pudieran existir casos seleccionados en que su uso esté justificado. El comité oncológico pudiera recomendar su uso para estos casos seleccionados, de acuerdo con las características y el contexto personal de cada paciente.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 

<p>En personas con cáncer cervicouterino invasor recurrente o persistente central previamente irradiadas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar exenteración pelviana por sobre no realizarla.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La exenteración pelviana es una intervención compleja que generalmente necesita de una rehabilitación importante. Por lo cual el panel sugiere que el procedimiento se realice en centros de referencia que cuenten con un equipo multidisciplinario y con experiencia en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes.</li> <li>- La falta de financiamiento formal de este procedimiento y de los cuidados relacionados podría dificultar la implementación de esta recomendación.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> 
<p>En personas con cáncer cervicouterino localmente avanzado, con imagen sugerente de compromiso ganglionar pelviano (máximo 2), excluyendo cadena iliaca común, el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar linfadenectomía para-aórtica por sobre realizarla.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien para la mayoría de las mujeres no realizar una linfadenectomía para-aórtica pudiera ser la mejor opción, esta podría efectuarse en mujeres con mayor riesgo de progresión y un bajo riesgo quirúrgico, siempre que se cuente con un equipo experimentado en la técnica y con acceso oportuno a pabellón en caso de una complicación.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 

#### RECOMENDACIÓN DE BUENA PRÁCTICA

<p>En personas con cáncer cervicouterino invasor etapa IA1, con compromiso linfovascular el Ministerio de Salud sugiere realizar estudio ganglionar por sobre no realizarlo</p>	<p><b>BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</b></p>
---	--------------------------------------

Las recomendaciones fueron formuladas durante el octubre 2019 y enero 2020 utilizando el sistema GRADE

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular de lenta progresión originado en el epitelio del cuello uterino. Esta progresión se manifiesta en estadios que evolucionan desde la displasia severa que compromete sólo la superficie epitelial, y posteriormente, a carcinoma invasor cuando existe traspaso hacia la membrana basal (1). Los tipos histológicos más frecuentes son el carcinoma de células escamosas (80-85% de todos los casos) y el adenocarcinoma (10-12% del total de casos) (1).

### Epidemiología

Según las estimaciones realizadas por la International Agency for Research on Cancer (IARC), al año 2018 el CaCu representó la cuarta neoplasia femenina más común en el mundo en cuanto a incidencia y mortalidad con tasas de 13,1 y 6,9 por cada 100.000 mujeres, respectivamente. En Chile al año 2018 representó el 6,6% de todos los casos nuevos de cáncer, constituyendo esta enfermedad el tercer tipo más frecuente en incidencia y sexto en mortalidad. La estimación de tasas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad fue de 12,2 y 5 por cada 100.000 mujeres, respectivamente (2). Al año 2017, se reportaron 601 defunciones por esta enfermedad. La tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 5 por cada 100.000 mujeres (3).

### Historia natural de la enfermedad

La principal causa del desarrollo del CaCu es la adquisición y persistencia del Virus de Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo oncológico. Los tipos más frecuentes y asociados a un 70% de los carcinomas invasores son los genotipos 16 y 18 (4). La progresión natural de la enfermedad consta de unos 10 a 20 años, desde la adquisición y persistencia de la infección hacia el desarrollo de CaCu (4). Cuando ocurre la infección por VPH, las porciones oncogénicas del DNA del VPH comienzan a integrarse al DNA de la célula huésped, generando inestabilidad genómica. Los pasos involucrados en este proceso son: degradación del gen supresor p53 e interferencia de la función apoptótica, por parte de la proteína E6 presente en el VPH; desestabilización y pérdida del control del ciclo mediado por pRb, por parte de E7; y desorden de funciones mitóticas generando aberraciones estructurales y numéricas (5). Se estima que las displasias de alto grado, pueden progresar a cáncer cervicouterino en un 60% si no son tratadas oportunamente (6).

### Factores de riesgo

El riesgo de adquirir esta infección está determinado por los comportamientos sexuales e incluyen la iniciación sexual a temprana edad y el número elevado de parejas sexuales. No obstante, existe sólo un pequeño porcentaje de las personas que adquieren este virus y que desarrollarán CCU. Se estima que el 90% de las infecciones por VPH suelen ser transitorias, es decir, controladas por el sistema inmune y desaparecen espontáneamente en un período aproximado de 2 años. Los factores que determinan que una infección persiste y progrese a CaCu no están del todo aclarados, sin embargo, se han asociado al uso de tabaco, inmunosupresión, multiparidad y presencia de otras infecciones de transmisión sexual (4).

### Clasificación FIGO 2018

Etapa	Descripción
I	Carcinoma limitado al cuello uterino
IA	Carcinoma con una profundidad máxima de invasión menor a 5 mm
IA1	Invasión menor a 3 mm de profundidad
IA2	Invasión mayor o igual a 3 y menor a 5 mm profundidad
IB	Carcinoma con invasión mayor o igual a 5 mm
IB1	Invasión mayor o igual a 5 mm y menor a 2 cm
IB2	Invasión mayor o igual a 2 cm y menor a 4 cm
IB3	Invasión mayor o igual a 4 cm en su mayor dimensión
II	Carcinoma con invasión fuera del útero pero sin extensión al tercio inferior de la vagina ni pared pélvica
IIA	Carcinoma limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial
IIA1	Invasión menor a 4 cm
IIA2	Invasión mayor o igual a 4 cm
IIB	Compromiso parametrial sin extensión a la pared ósea
III	Carcinoma con invasión al tercio inferior de la vagina y/o extensión pared pélvica y/o hidronefrosis y/o invasión ganglionar pélvica y/o paraaórtica
IIIA	Invasión tercio inferior vaginal, sin extensión a la pared pélvica
IIIB	Extensión pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionando
IIIC	Invasión linfonodos pélvicos y/o paraaórticos
IIIC1	Invasión linfonodos pélvicos
IIIC2	Invasión linfonodos paraaórticos
IV	Extensión fuera de la pelvis o metástasis a distancia
IVA	Extensión órganos pélvicos adyacentes
IVB	Metástasis a distancia

Elaboración propia con datos obtenidos desde International Journal of Gynecology & Obstetrics. FIGO CANCER REPORT 2018.

Fuente: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12611>

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**OBJETIVO GENERAL:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del tratamiento de cáncer cervicouterino.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Contribuir a reducir la morbilidad, mejorar la supervivencia y calidad de vida por cáncer cervicouterino.

Proporcionar una base científica sólida y actualizada a los equipos de salud.

**TIPO DE PACIENTES Y ESCENARIO CLÍNICO:** Esta guía es una referencia para la atención de:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino con o sin deseo de preservación de fertilidad.
- Mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino con enfermedad recurrente o metastásica.

**USUARIOS DE LA GUÍA:** Esta guía aborda recomendaciones sobre detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer cervicouterino a profesionales que componen equipos multidisciplinarios, autoridades sanitarias, prestadores de salud privados y públicos, estudiantes e investigadores.

## 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía Cáncer Cérvico Uterino 2020](#)
- Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía Clínica AUGE 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.

Recomendaciones vigentes al 2020, de la Guía Clínica AUGE Cáncer Cérvico Uterino año 2015	
1.	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.
2.	Se recomienda vacunar contra VPH a niñas entre los 9 y 13 años en esquema de 2 dosis, 0 y 12 meses. *
3.	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.
4.	Se recomienda realizar tamizaje con PAP a mujeres entre 25 y 64 años.
5.	Se recomienda mantener prevención secundaria en la población vacunada.
6.	Se recomienda utilizar Códigos Diagnósticos Ministeriales o Nomenclatura homologable a Sistema de Clasificación de PAP Cervical Bethesda vigente.
7.	Se recomienda derivar a colposcopia a toda PAP positiva.
8.	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.
9.	Se recomienda que todo ASC-H y AGUS referir colposcopia.
10.	A mujeres VPH positivo con PAP negativa, se recomienda genotipificación VPH 16-18, o control a los 12 meses con VPH.
11.	Para lesiones histológicas NIE I (lesión de bajo grado) se recomienda la observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses por 2 años.
12.	En mujeres mayores de 25 años, se recomienda el tratamiento escisional a toda paciente con NIE II o III.
13.	En mujeres menores de 25 años con NIE II, se sugiere observación y seguimiento citocolposcópico cada 6 meses.
14.	En mujeres menores de 25 años con NIE III, se recomienda tratar con procedimiento escisional.
15.	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.
16.	Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ diagnosticado por biopsia, el procedimiento diagnóstico definitivo es la escisión.
17.	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.
18.	Para el tratamiento de pacientes con adenocarcinoma in Situ en mujer que ha completado su paridad la opción preferente es la histerectomía.
19.	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. **
20.	Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA1, si la paciente desea preservar fertilidad, se recomienda realizar conización con márgenes negativos. ***
21.	Para el tratamiento de cáncer cérvico uterino invasor IA2, se recomienda histerectomía radical tipo B, más linfadenectomía pelviana completa, en caso de paridad cumplida.

22. Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IB1, se recomienda la histerectomía radical tipo C, más linfadenectomía pelviana completa.
23. Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA1, se recomienda realizar histerectomía radical tipo C con linfadenectomía pelviana completa más colpectomía.
24. Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IIA2, se recomienda quimiorradioterapia.
25. Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor estadio IIIA y IIIB, se recomienda radio quimioterapia.
26. Para el tratamiento de pacientes con cáncer invasor IVA, se recomienda quimiorradioterapia.
27. 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. ****
28. Para pacientes con recidiva de cáncer invasor las alternativas de tratamiento deben ser discutidas en comité oncológico.
29. 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. *****

\* Desde el año 2019 se amplió la cobertura a hombres entre los 9 y 13 años

\*\* 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.

Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino](#)

## PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Se realizó la priorización de las preguntas para la actualización. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes 11 preguntas:

### DIAGNÓSTICO:

1. 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?
2. 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:

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?
4. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB2 ¿Se debe realizar histerectomía radical más linfadenectomía pelviana en comparación a realizar quimiorradioterapia?
5. 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?
6. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IB3 ¿Se debe realizar “quimioterapia neoadyuvante previo a cirugía” en comparación a “realizar radioquimioterapia”?
7. En mujeres con cáncer cérvico uterino invasor IVA con compromiso rectal ¿Se debe realizar quimiorradioterapia curativa en comparación a realizar tratamiento paliativo?
8. En mujeres con cáncer cérvico uterino con enfermedad recurrente, persistente o metastásica ¿Se debe añadir bevacizumab a quimioterapia en comparación a no añadir?
9. En mujeres con cáncer de cuello uterino invasor recurrente o persistente central previamente irradiado ¿Se debe realizar exenteración pelviana en comparación a no realizar?
10. 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?

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino 2020](#)

## ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>1</sup>. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

• Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

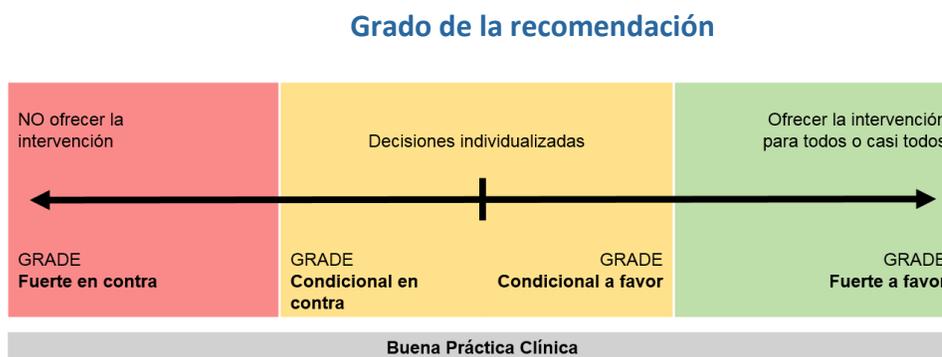
El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Cáncer Cérvico Uterino versión extensa](#).

## 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS** o **CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS** O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<b>Clínica: Roberto Altamirano Assad.</b> Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
	<b>Temática: Gina Merino Pereira.</b> Matrona. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.
<b>Metodólogos</b>	<b>Coordinador: S. Pamela Burdiles Fraile.</b> Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Apoyo: Paula Nahuelhual Cares.</b> Kinesióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Asesor: Ignacio Neumann Burotto.</b> Médico Internista. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

## PANEL DE EXPERTOS

<b>Carmen Paz Abarca Campos</b>	Kinesióloga especialista en Oncología y Reeducción Pelviperineal. 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>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>Wanda Fernandez Maza</b>	Médico anatomopatólogo. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
<b>Paulette Aguirre</b>	Kinesióloga. Instituto Nacional de Cáncer.
<b>Roberto Altamirano</b>	Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
<b>Fancy Gaete</b>	Médico anatomopatólogo. Hospital Dr. Luis Tisné.
<b>Juan Herrera</b>	Matrón. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
<b>Sara Larenas</b>	Matrona. Unidad Patología Cervical Hospital Padre Hurtado. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

## RESPONSABLES DE LA BÚSQUDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

<b>Epistemonikos Foundation<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Centro de evidencia UC<sup>1</sup></b>	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; y Macarena Morel Marambio: Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Luis Pimentel Poulain<sup>2</sup></b>	Valores y preferencias de los pacientes.
<b>Victoria Hurtado Meneses<sup>2</sup></b>	Evaluaciones de costo-efectividad de la intervenciones.
<b>Paola Aguilera Ibaceta<sup>3</sup></b>	Costos en Chile de las intervenciones.

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

## DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo elaborador, las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

**Marcela Berríos Flores.** Merck Sharp Dome, Astra Zeneca.

**Patricio Gayan Pérez.** Conferencias financiadas por Laboratorio Roche.

Luego de analizar las declaraciones, el equipo elaborador decidió no limitar su participación.

## 6. REFERENCIA

1. Ministerio de Salud de Chile. Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino. 2015.
2. GLOBOCAN. Estimated number of new cases in 2018, worldwide, females, all ages. World Heal Organ [Internet]. 2018;849:1. Available from: [http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=5&group\\_](http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_)
3. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones y Mortalidad por causas - DEIS [Internet]. [cited 2015 Dec 23]. Available from: <http://www.deis.cl/?p=2541>
4. Organización Mundial de la Salud. Incorporación de la prueba de VPH en programas de prevención de Cáncer Cervicouterino [Internet]. 2016. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31394/9789275319109-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Nazzal N O, Suárez P E, Larraguibel P R, Rojas F L, Bronda M A. Lesiones Preinvasoras De Cuello Uterino: Una Visión Actual. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2006;71(5). Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)