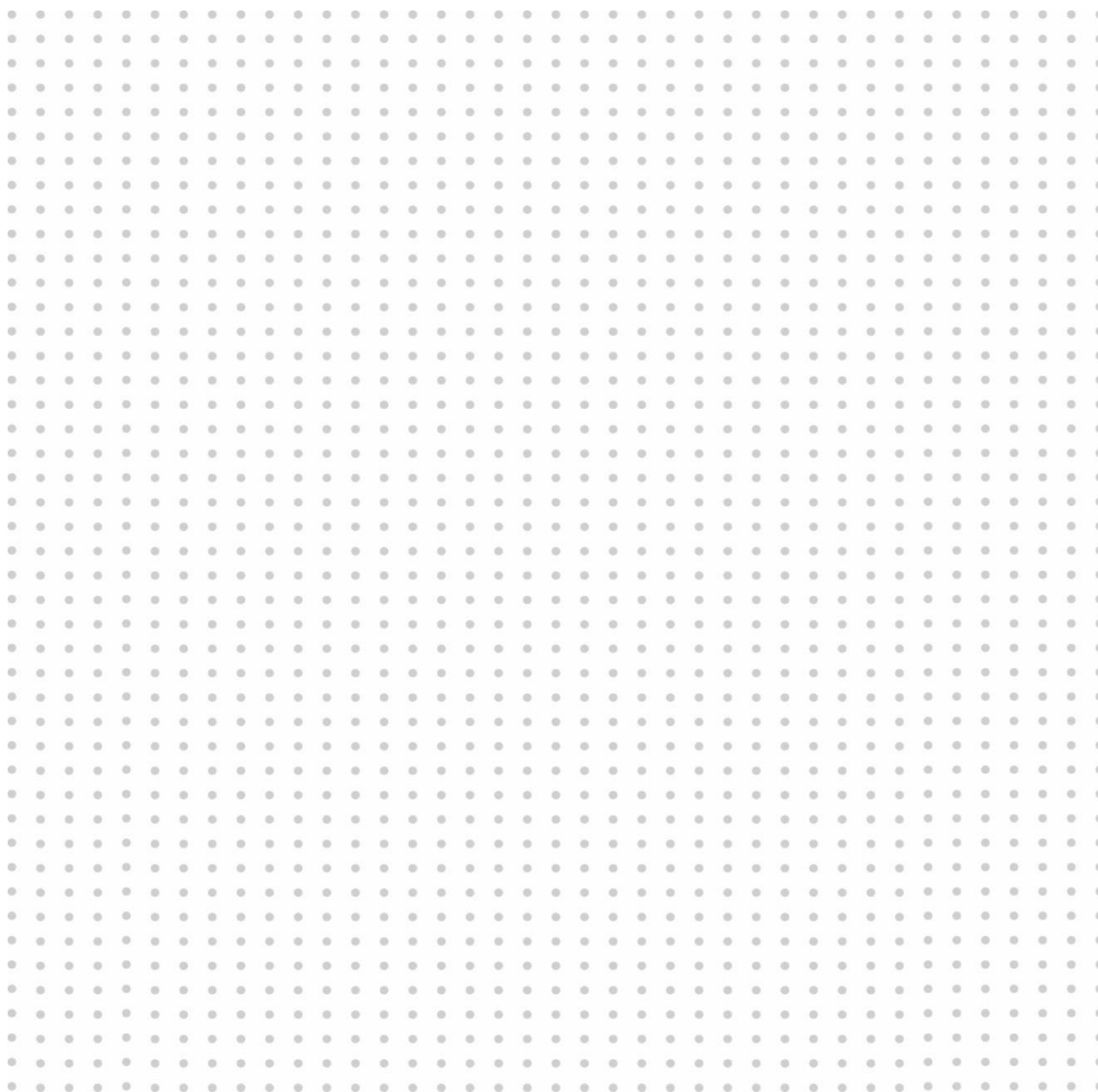




Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS



RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica de Clínica de Cáncer de Ovario Epitelial – 2018



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario Epitelial – 2018 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 DE OVARIO EPITELIAL. 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: Julio, 2019

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>T.1. En mujeres con diagnóstico primario/inicial de cáncer de ovario epitelial avanzado con posibilidad de resección quirúrgica para lograr la ausencia de residuo tumoral macroscópico (R0), el Ministerio de Salud SUGIERE realizar cirugía primaria (residuo tumoral microscópico) por sobre quimioterapia neoadyuvante (quimioterapia previa a la cirugía).</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El objetivo de la cirugía primaria es lograr la ausencia de residuo tumoral macroscópico (R0), es relevante indicar que esta cirugía la realiza Ginecólogo Oncólogo y que es necesario que en el protocolo operatorio quede explicitado el residuo tumoral. - Los Centros de Alta Complejidad Especializados son idóneos para realizar la cirugía primaria de cáncer de ovario, ya que cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos y equipos multidisciplinarios. - Pacientes de 75 años o más, con enfermedad diseminada en abdomen superior y que tengan capacidad funcional alterada y/o déficit nutricional, podrían beneficiarse de quimioterapia neoadyuvante. 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> 
<p>T.2. En mujeres menores de 50 años con diagnóstico de cáncer de ovario epitelial, Ministerio de Salud SUGIERE realizar determinación de mutaciones en los genes BRCA 1 y 2 por sobre no realizarlas.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La determinación de mutaciones en los genes BRCA 1 y 2 permite detectar precozmente a mujeres con un riesgo aumentado de cáncer de mama y realizar consejería genética a los familiares para detectar/prevenir cáncer de mama/ovario. - Actualmente en Chile no hay terapia molecular específica para BRCA 1 y 2, ni tampoco protocolos sobre el manejo clínico para mutaciones de BRCA 1 y 2. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> 

<p>T.3. En mujeres mayores de 15 años con sospecha o diagnóstico de cáncer de ovario epitelial en las que existan dudas respecto a lograr de resección quirúrgica con ausencia de residuo tumoral macroscópico (R0), el Ministerio de Salud SUGIERE realizar primero una laparoscopia diagnóstica para definir criterios de reseabilidad microscópica antes de realizar una laparotomía.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La laparoscopia puede ser útil para definir si la mujer es candidata a un tratamiento quirúrgico primario o quimioterapia neoadyuvante. - Existen algunos criterios que pueden ayudar a tomar esta decisión, por ejemplo, los Criterios de Fagotti. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>T.4. En mujeres con histerectomía por causa benigna o esterilización electiva, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar salpingectomía profiláctica u oportunista por sobre no realizarla.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esta recomendación aplica sólo a mujeres que se realicen la histerectomía por causa benigna o por una esterilización electiva. No aplica en cirugías en otros contextos. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>T.5. En mujeres mayores 15 años con cáncer de ovario epitelial recurrente, el Ministerio de Salud SUGIERE usar bevacizumab más quimioterapia por sobre sólo quimioterapia.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es el Comité Oncológico del establecimiento donde se entregará el tratamiento quien evalúa la indicación de añadir bevacizumab a quimioterapia. - Los costos actuales de bevacizumab constituyen una barrera de acceso. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>S.1. En mujeres mayores 15 años con cáncer de ovario epitelial tratado, el Ministerio de Salud RECOMIENDA realizar sólo seguimiento clínico y no agregar la medición del antígeno del cáncer 125 (CA-125) ni Tomografía Axial Computarizada (TAC) en forma rutinaria.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El seguimiento con CA-125 y TAC no aumenta la sobrevida global y afecta negativamente la calidad de vida. Además, expone a sobre-tratamiento a las pacientes. 	<p>FUERTE</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018 utilizando el sistema GRADE.

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	6
Etiopatogenia	6
Factores de riesgo	6
Aspectos anatomopatológicos	6
Presentación clínica.....	7
Estadificación.....	7
Contexto epidemiológico	9
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	11
Objetivo General.....	11
Tipo de pacientes y escenario clínico	11
Usuarios de la Guía.....	11
3. MÉTODOS	11
Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior.....	11
Definición y priorización de preguntas clínicas.....	12
Elaboración de recomendaciones GRADE	12
4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	13
Grado de la recomendación	13
Certeza de la evidencia	14
5. EQUIPO ELABORADOR	15
6. REFERENCIAS.....	17

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

Desde el punto de vista clínico-patológico, el cáncer de ovario se divide en tres grupos: carcinomas epiteliales, tumores germinales y carcinomas estromales. El carcinoma epitelial de ovario engloba neoplasias del ovario, trompas de Falopio y peritoneo. Esta presentación predomina en frecuencia y agresividad, de modo que alrededor del 75% de los casos se diagnostican como enfermedad avanzada(1).

Etiopatogenia

A excepción de la casuística que procede de la predisposición hereditaria, las dos principales y más aceptadas hipótesis que explican la carcinogénesis en el ovario son:

- Las sucesivas ovulaciones, que ocasionan traumas repetidos y reparación en el epitelio del ovario, lo cual puede inducir una mutación genética y una posterior neoplasia.
- El exceso de secreción de gonadotropinas, que conduce a altas concentraciones de estrógenos y consecuentemente a una proliferación epitelial y posible transformación maligna(1).

Factores de riesgo

Factores hormonales

Nuliparidad, infertilidad y fármacos que estimulan la fertilidad son los principales factores hormonales identificados. Asimismo, menarquia precoz, menopausia tardía, terapia hormonal sustitutiva e historia previa de cáncer de mama incrementan el riesgo. Por el contrario, entre los factores protectores destacan el embarazo, uso de métodos anticonceptivos hormonales, ligadura de trompas e histerectomía, condiciones que reducen el riesgo de cáncer de ovario en un 67%(1).

Factores ambientales

Se reporta una mayor incidencia en países industrializados. Asimismo, algunos estilos de vida no saludables como una dieta rica en carnes y grasas, el sedentarismo y la obesidad también aumentan el riesgo(1).

Predisposición hereditaria

Los cánceres de ovario hereditarios representan menos del 5% de la totalidad de estos tumores. Se caracterizan por tener una herencia autosómica dominante y su aparición se anticipa en 10 años respecto a la población normal. De este modo, se describen tres síndromes hereditarios que predisponen al cáncer de ovario:

- Síndrome de cáncer familiar mama-ovario: asociado a mutaciones de los genes BRCA 1 y 2.
- Síndrome de Lynch tipo II: se vincula con otros cánceres, tales como cáncer de colon, endometrio y algunos cánceres gastrointestinales.
- Síndrome de cáncer familiar de ovario: en aquellas con historia familiar de cáncer de ovario en primero o segundo grado(1).

Aspectos anatomopatológicos

Los tumores epiteliales de ovarios constituyen entre el 80 a 90% del total de tumores malignos de ovarios. De ellos, el 75% son de tipo seroso, el 20% mucinosos y el 2% son endometrioides; en tanto que el resto lo componen los tumores de células claras, el tumor de Brenner, los indiferenciados y los tumores mixtos(1).

Presentación clínica

En estadios iniciales suele ser asintomático o con síntomas inespecíficos, tales como molestias digestivas o genitourinarias, dolor de espalda, estreñimiento o irregularidades menstruales. Sin embargo, en fases avanzadas se aprecian como una masa abdominal con distensión, estreñimiento, baja de peso, anorexia o saciedad precoz. Esta presentación clínica está relacionada con la presencia de ascitis o masas que comprimen el intestino o el omento(2).

Estadificación

La estadificación Proceso por el cual se define que tan propagado está el cáncer y a qué distancia, existen diferentes sistemas de clasificación, a continuación se describe el *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) y el sistema de clasificación del cáncer TNM del AJCC (*American Joint Committee on Cancer*). Estos sistemas se basa en tres factores para clasificar este cáncer: extensión (tamaño) del tumor (T); la propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (N); y metástasis (M) (3–5).

Tumor primario TNM (T) y estadios FIGO.

TX: Tumor primario no evaluable.

T0: No hay evidencia de tumor primario.

T1 (I): tumor limitado a los ovarios.

T1a (IA): tumor limitado a un ovario (cápsula intacta) o superficie de la trompa de Falopio. No hay células malignas en la ascitis ni en los lavados peritoneales.

T1b (IB): tumor limitado a uno o ambos ovarios (cápsulas intactas) o trompas de Falopio. No hay tumor en la superficie de las trompas de ovario o de Falopio, no hay células malignas en la ascitis o en los lavados peritoneales.

T1c (IC): tumor limitado a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio con cualquiera de los siguientes:

T1c1 (IC1): Derrame quirúrgico.

T1c2 (IC2): cápsula rota antes de la cirugía o tumor en la superficie del ovario o trompa de Falopio

T1c3 (IC3): células malignas en ascitis o lavados peritoneales.

T2 (II): el tumor afecta a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio con extensión pélvica debajo del borde pélvico o cáncer peritoneal primario.

T2a (IIA): extensión y / o implantes en el útero y / o las trompas de Falopio y / o los ovarios; No hay células malignas en la ascitis ni en los lavados peritoneales.

T2b (IIB): extensión a otros tejidos intraperitoneales pélvicos.

T3 (III): el tumor afecta uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, o cáncer primario y / o peritoneal, con confirmación citológica o histológica.

N1: propagación del tumor al peritoneo fuera de la pelvis y / o metástasis a los ganglios linfáticos retroperitoneales.

N1 (IIIA1): solo metástasis en ganglios linfáticos retroperitoneales (citología o histología comprobada).

N1a (IIIA1i): metástasis a ganglios linfáticos de hasta 10 mm en su mayor dimensión.

N1b (IIIA1ii): metástasis a ganglios linfáticos de más de 10 mm en su mayor dimensión.

T3a (IIIA2): compromiso peritoneal microscópico extra pélvico (por encima del borde de la pelvis) con o sin ganglios linfáticos retroperitoneales positivos.

T3b (IIIB): metástasis peritoneal macroscópica más allá de la pelvis hasta 2 cm en su mayor dimensión o menos en su mayor dimensión con o sin metástasis en los ganglios linfáticos

retroperitoneales

T3c (IIIC): metástasis peritoneal macroscópica más allá de la pelvis de más de 2 cm en su dimensión mayor con o sin metástasis en los ganglios linfáticos retroperitoneales (excluye la extensión del tumor a la cápsula del hígado y el bazo sin la participación del parénquima en ninguno de los órganos)

M1 (IV): metástasis a distancia excluyendo metástasis peritoneales

M1a (IVA): derrame pleural con citología positiva

M1b (IVB): metástasis del parénquima y metástasis a órganos extra abdominales (incluidos los ganglios linfáticos inguinales y los ganglios linfáticos que se encuentran fuera de la cavidad abdominal).

Ganglios linfáticos regionales (N) y estadios FIGO.

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.

N0: No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

N1: metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

N1a: metástasis a ganglios linfáticos de hasta 10 mm en su dimensión mayor.

N1b: metástasis a ganglios linfáticos de más de 10 mm en su dimensión mayor.

Metástasis a distancia (M) y etapas FIGO.

M0: No hay metástasis a distancia.

M1: metástasis a distancia

M1a: derrame pleural con citología positiva

M1b: metástasis parenquimatosas y metástasis a órganos extra abdominales (incluidos los ganglios linfáticos inguinales y los ganglios linfáticos externos a la cavidad abdominal).

p TNM clasificación patológica

Las categorías pT y pN corresponden a las categorías T y N.

pM1: metástasis a distancia confirmada microscópicamente.

pM0 y pMX no son categorías válidas.

pN0: El examen histológico de una muestra de linfadenectomía pélvica generalmente incluirá 10 o más ganglios linfáticos; si los ganglios linfáticos son negativos, pero el número examinado no se cumple, clasifíquelo como pN0.

Escenario	Agrupación por etapas		
	EXTENSIÓN (TAMAÑO) DEL TUMOR	PROPAGACIÓN A LOS GANGLIOS (NÓDULOS) LINFÁTICOS ADYACENTES	METÁSTASIS
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
IC1	T1c1	N0	M0
IC2	T1c2	N0	M0
IC3	T1c3	N0	M0
IIA	T2a	N0	M0
IIB	T2b	N0	M0
IIC	T2c	N0	M0
IIIA1	T1/T2	N1	M0
IIIA2	T3a	N0/N1	M0
IIIB	T3b	N0/N1	M0
IIIC	T3c	N0/N1	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	Cualquier M

Fuente: TNM and FIGO classification, staging of tumors of the ovary, fallopian tube and primary peritoneal carcinoma(3).

Contexto epidemiológico

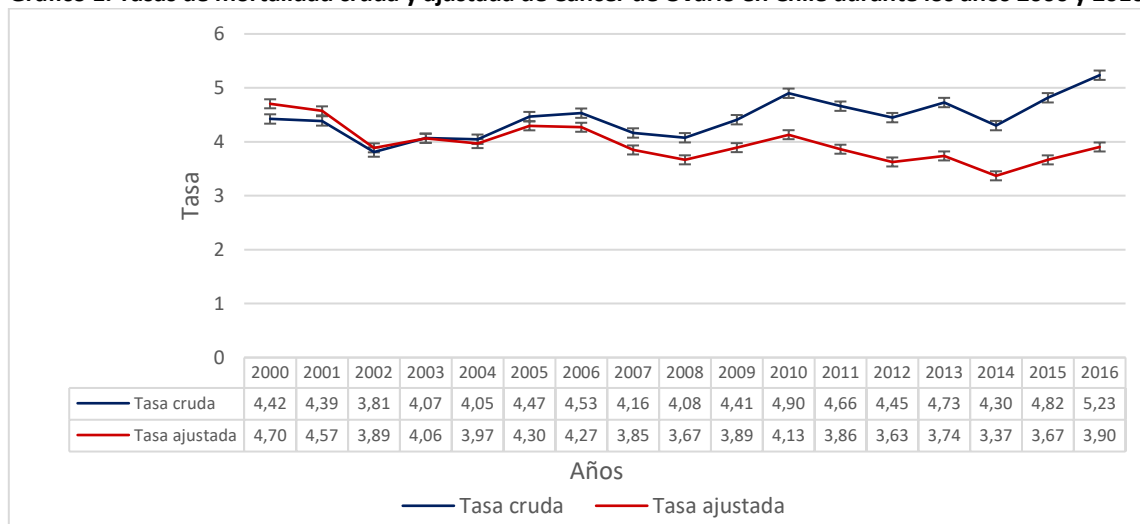
A nivel mundial, se estima que el cáncer de ovario es el octavo tumor maligno más frecuente en la población femenina con 349.947 casos nuevos reportados el año 2018, cuya tasa de incidencia ajustada se calculó en 6,6 por cada 100.000 mujeres. Por otra parte, los decesos femeninos por esta causa se estimaron en 184.799, con una tasa de mortalidad ajustada de 3,9 por cada 100.000 mujeres en el año 2018 (6).

En Chile, el Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer del quinquenio 2003-2007 estimó 553 casos nuevos de cáncer de ovario al año, calculando una tasa de incidencia cruda de 6,7 por cada 100.000 mujeres y una tasa de incidencia ajustada de 6,4 por cada 100.000 mujeres. De acuerdo a estas estimaciones, las 5 mayores incidencias del país se encuentran en las regiones de Magallanes (12,2 por cada 100.000 mujeres), Biobío (8,1 por cada 100.000 mujeres), Tarapacá (7,4 por cada 100.000 mujeres), Los Lagos (7,3 por cada 100.000 mujeres) y Los Ríos (7,2 por cada 100.000 mujeres)(7).

Respecto a la mortalidad, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) reportó 481 muertes por cáncer de ovario en el país durante el año 2016, alcanzando una tasa de mortalidad cruda de 5,2 por cada 100.000 mujeres y una tasa de mortalidad ajustada de 3,9 por cada 100.000 mujeres.

La evolución de las tasas de mortalidad ajustadas presentaron una reducción de 4,7 a 3,9 por 100.000 mujeres en el período 2000-2016(8), cuyo detalle se muestra en el gráfico 1.

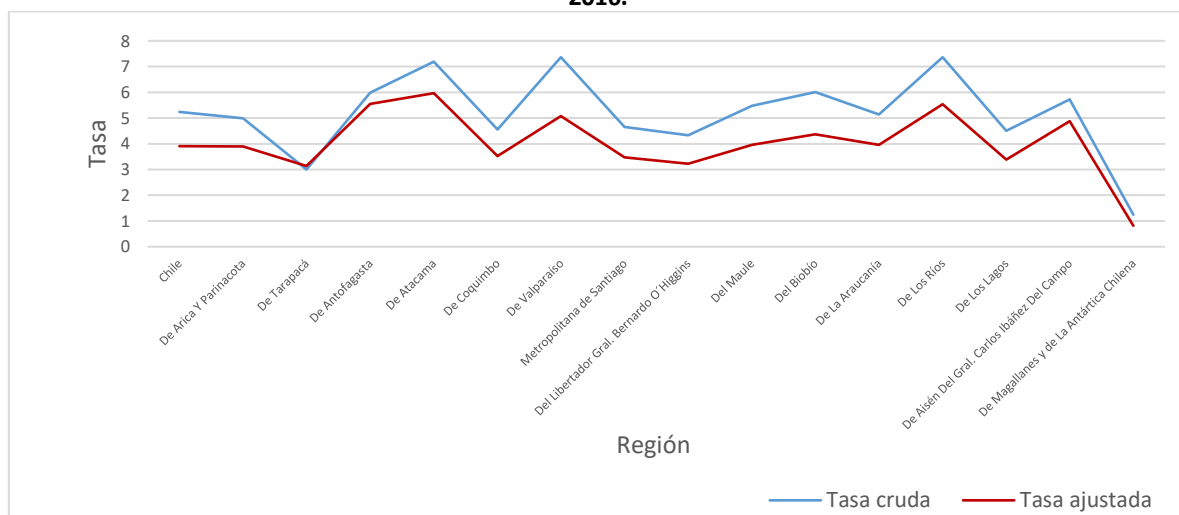
Gráfico 1. Tasas de mortalidad cruda y ajustada de Cáncer de Ovario en Chile durante los años 2000 y 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a Serie de tumores malignos del DEIS 2000-2016(8).

Respecto a la distribución regional de las tasas de mortalidad ajustadas por Cáncer de Ovario en el año 2016, es preciso señalar que 8 regiones superan el promedio nacional de 3,9 por cada 100.000 mujeres. Las regiones que presentaron mayores tasas de mortalidad ajustada con respecto al promedio nacional, fueron la región de Atacama (5,97 por cada 100.000 mujeres), Antofagasta (5,55 por cada 100.000 mujeres), Los Ríos (5,53 por cada 100.000 mujeres) y Valparaíso (5,08 por cada 100.000 mujeres). La distribución de tasas de mortalidad bruta y ajustada se muestra en el gráfico 2 (8).

Gráfico 2. Distribución regional de las tasas de mortalidad cruda y ajustada del Cáncer de Ovario en Chile. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a Serie de tumores malignos del DEIS 2000-2016(8).

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con cáncer de ovario.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Personas con cáncer de ovario que reciben atención en el nivel secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas con cáncer de ovario: médicos generales, ginecólogos oncólogos, patólogos, radiólogos, oncólogos, médicos radioterapeutas, enfermeras, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, kinesiólogos, psicólogos clínicos, químicos farmacéuticos y técnicos paramédicos.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud.

Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Cáncer de Ovario Epitelial 2018, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía Clínica AUGE Ovario Epitelial del 2013, 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, son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso. Se consideraron como vigentes al año 2018, las siguientes recomendaciones claves de la Guía Clínica AUGE Ovario Epitelial del 2013:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018, de la Guía Clínica AUGE Ovario Epitelial del 2013.
Ante un tumor pélvico es necesario el diagnóstico diferencial con múltiples otras patologías que pueden presentarse de esta forma.
La confirmación diagnóstica definitiva de CaOE, se realiza por anatomía patológica.
Pacientes con sospecha de mutación genética relacionada con Cáncer de Mama / Ovario es recomendable la determinación de mutación genética (BRCA 1 / 2) y la consejería familiar.
La etapificación es quirúrgica, se realiza por laparotomía exploradora o bien por laparoscopia. Para la etapificación se recomienda utilizar la clasificación FIGO.
Para los estadios IA (G3), IB, (G2, G3), IC y II A, y también en los tumores de células claras en cualquier grado y estadio, se recomienda tratamiento con quimioterapia con base a platino y taxano.

Para los estadios II B y II C o con factores de mal pronóstico (cirugía sub-óptima, tumores indiferenciados G3) y estadios III y IV se recomienda tratamiento con quimioterapia con cisplatino/carboplatino con taxano.

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2013](#).

Definición y priorización de preguntas clínicas

Posteriormente se realizó la **definición y 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 preguntas:

- 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”?
- 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”?
- 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”?
- 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”?
- En mujeres > 15 años con cáncer de ovario epitelial recurrente ¿Se debe usar bevacizumab más quimioterapia en comparación a realizar sólo quimioterapia?*
- 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”?

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE) (7). Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

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 [Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló de 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, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

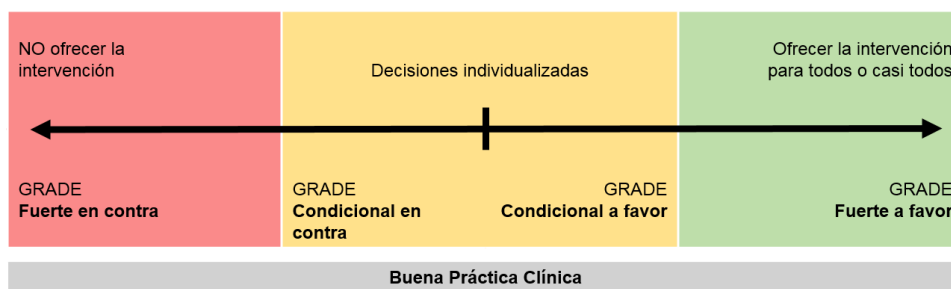
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Cáncer de Ovario Epitelial 2018](#) completa.

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.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



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

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS O EN CASI TODOS LOS CASOS**. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación.

Esta 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 en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

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

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas 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 el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

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

5. EQUIPO ELABORADOR

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

Roberto Altamirano Assad	Coordinador Clínico Médico Cirujano, Especialista en Ginecología Oncológica. Hospital Clínico San Borja Arriaran. Universidad de Chile.
Juvenal Ríos Leal	Coordinador Temático Médico Cirujano, PhD en Biología Celular y Molecular. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. Ministerio de Salud.
Carolina Paz Castillo Ibarra	Coordinadora Metodológica Psicóloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Alejandra Barahona Miranda	Químico Farmacéutico. Hospital del Salvador.
Claudia Schramm Lathrop	Químico Farmacéutico. Hospital Base de Valdivia.
Clemente Arab Eblen	Médico Cirujano, Especialista en Ginecología Oncológica. Sociedad Chilena de Ginecología Oncológica
Constanza Piriz Tapia	Terapeuta Ocupacional. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. Ministerio de Salud.
Fabiola Rosso Chamorro	Ingeniero Comercial. Secretaría Técnica GES. Ministerio de Salud.
Lidia Díaz González	Médico Cirujano, Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Militar. Clínica Santa María.
María José Arce Castillo	Nutricionista, Mg. en Salud Pública. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. Ministerio de Salud.
Paola Aguilera Ibaceta	Matrona. Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud.
Raimundo Correa Bulnes	Médico Cirujano, Especialista en Ginecología Oncológica y en Cuidados Paliativos. Hospital Luis Tisné.
Gina Merino Pereira	Matrona, Mg. en Salud Pública. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. Ministerio de Salud.

Asesor metodológico

Ignacio Neumann Burotto	GRADE working group. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Universidad Católica de Chile.
--------------------------------	--

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Macarena Morel Marambio; Rocío Bravo; María Francisca Verdugo; y Luis Ortiz. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Carolina Paz Castillo Ibarra²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de valores y preferencias de los pacientes
Carolina Paz Castillo Ibarra² Paola Aguilera Ibaceta³	Elaboración de informes de costos en Chile de las intervenciones.
Carolina Paz Castillo Ibarra²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de costo-efectividad.

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

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

³ Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud.

6. REFERENCIAS

1. Cruz Hernández J.J y colaboradores. Oncología Clínica. 6ª Edición. 2017.
2. Govidan R y Morgenstren D. Manual Washington de Oncología. Tercera. 2016.
3. Buza, Natalia; Zynger D. Pathologic TNM and FIGO classification, staging of tumors of the ovary, fallopian tube and primary peritoneal carcinoma [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 26]. Available from: <http://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarytumorstage.html>
4. World Health Organization. Global Cancer Observatory [Internet]. [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
5. Ministerio de Salud. Series y Gráficos de Mortalidad - DEIS [Internet]. 2003. Available from: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>
6. Ministerio de Salud de Chile. Primer Informe de Registro Poblacionales de Cáncer de Chile del quinquenio 2007-2003. 2003.
7. 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 2018 Jan 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>