

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento del **CÁNCER CERVICOUTERINO**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-333-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.
© Copyright CENETEC.

Editor General.
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino**. México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>

C53X Tumor Maligno del cuello del útero GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Cérvicouterino

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar, M en C	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Jefa de Área de Guías de Práctica Clínica. CUMAE División De Excelencia Clínica México, D.F.	Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1
-------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	--	--

Autores :

Dr. Joel Bañuelos Flores	Cirugía Oncológica		Médico Adscrito al servicio de oncología UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia No. 4 2Dr. Luis Castelazo Ayala"	Sociedad, Asociación, etc
Dr. Manuel Ismael González Geroniz	Radiología		Médico Adscrito al servicio de Oncología UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza"	Sociedad Mexicana de Gineco-Obstetricia
Dra. Nelly Judith González López	Gineco-Obstetricia Gineco-Oncología	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico adscrito a Oncología UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3 CMN "La Raza" México, D.F.	Sociedad, Asociación, etc
Dr. Rigoberto González Hernández	Cirugía Oncológica		Médico adscrito a Oncología UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia CMN Occidente Guadalajara, Jalisco.	Sociedad Mexicana de Oncología
Dra. Lorena Lio Mondragón	Radio-oncólogo		Médico Adscrito al servicio de Radioterapia de la UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI México, D.F.	Sociedad Mexicana de Radiología
Dr. Rosa María Patlán Pérez	Cirugía Oncológica		Médico Adscrito al servicio de Oncología UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza" México, DF	Sociedad Mexicana de Oncología
Dr. Ancízar Pérez Puente	Oncología Medica		Médico adscrito a Oncología Medica C/U.M.M.A. No. 231 Metepec, Toluca Estado de México Poniente	Sociedad Mexicana de Oncología
Dr. Juan Alejandro Silva	Oncología Médica		Jefe de servicio de Oncología Médica de la UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI México, D.F.	Sociedad Mexicana de Oncología
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar, M en C		Jefa de Área de Guías de Práctica Clínica. CUMAE División De Excelencia Clínica México, D.F.	Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1

Validación interna:

Dr. Gonzalo Esteban.Pol Kippes	Gineco-Oncología	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico adscrito al Hospital de Ginecobstetricia No. 60 Delegación Estado de México, Oriente Tlalnepantla, Estado de México	Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia Sociedad Mexicana de Oncología Asociación de Médicos .Especialistas del Hospital de Ginecobstetricia Num. 3 CMNR
Dr. Nicolás Ramírez Torres	Cirugía Oncológica		Médico adscrito a la UMAE / Hospital de Gineco - Obstetricia No. 3 CMN "La Raza" México, D.F.	Sociedad Mexicana de Oncología Consejo Mexicano de Oncología

Validación externa:

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández				Academia Mexicana de Cirugía
------------------------------------	--	--	--	------------------------------

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES.....	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.3 PROPÓSITO.....	7
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.5 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	10
4.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	11
4.2.1 LABORATORIO Y GABINETE.....	11
4.3 TRATAMIENTO.....	13
4.3.1 TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD	13
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA	21
4.4.1 REFERENCIA DEL SEGUNDO A TERCER NIVEL	21
4.5 DIAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA	23
5. ANEXOS.....	25
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	25
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	27
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	32
5.4 MEDICAMENTOS.....	35
5.5 ALGORITMOS.....	41
6. GLOSARIO.....	51
7. BIBLIOGRAFÍA.....	54
8. AGRADECIMIENTOS.....	56
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	57
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	58
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	59

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-333-09	
Profesionales de la salud.	Cirujano Oncólogo, Oncólogo Médico, Radio-oncólogo, Gineco-oncólogo
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: C53X Tumor Maligno del Cuello del útero
Categoría de GPC.	Segundo y tercer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Ginecólogo, Ginecooncólogo, Cirujano Oncólogo, Oncólogo Médico, Radiooncólogo, Radiólogo, Epidemiólogo, Patólogo, Psicólogo, Psiquiatra, Tanatólogo y Anestesiólogo (Algólogo).
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Mujeres con Diagnóstico de Cáncer Cérvicouterino
Fuente de financiamiento / patrocinador.	<Instituto Mexicano del Seguro Social>
Intervenciones y actividades consideradas.	Historia Clínica Tratamiento quirúrgico Radioterapia Quimioterapia Colposcopia Tomografía computarizada Resonancia Magnética Rayos X (Telerradiografía de tórax, urografía excretora) Gamagrama óseo Tomografía por emisión de positrones Cistoscopia Rectosigmoidoscopia Estudio histopatológico Laboratorio (Biometría Hemática completa, química sanguínea, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, examen general de orina y tiempos de coagulación) Ultrasonido pélvico ginecológico y transvaginal. Tratamiento alérgico Cuidados Paliativos
Impacto esperado en salud.	Diagnóstico y Tratamiento adecuado y específico. Disminución de la morbi-mortalidad. Mejoría en la sobrevida y calidad de vida
Metodología^a.	Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o o compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 30 Guías seleccionadas: 8 Revisiones sistemáticas: 0 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Estudios clínicos no aleatorizados: 4 Reporte de casos: 1 Consensos: 4 Otras fuentes seleccionadas: 12
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Número de registro IMSS-333-09 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la conducta que debe seguirse ante la sospecha de cáncer cérvicouterino?
2. ¿Cuáles son los estudios de apoyo en la estadificación para el cáncer cérvicouterino?
3. ¿Cuál es el papel del cono en el diagnóstico de cáncer cérvicouterino?
4. ¿Cuáles son los elementos Histopatológicos que debe incluir un reporte de Cáncer cérvicouterino?
5. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio 0?
6. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino Estadio 1A1?
7. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino Estado 1A2?
8. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IB1?
9. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IB2?
10. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IIA?
11. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IIB?
12. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IIIA y IIIB?
13. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IVA?
14. ¿Cuál es el tratamiento para el cáncer cérvicouterino estadio IVB?
15. ¿En qué consiste la vigilancia de las pacientes tratadas de cáncer cérvicouterino?
16. ¿Cuál es el manejo de la persistencia tumoral?
17. ¿Cuál es el tratamiento de la recurrencia local?
18. ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad metástasica?
19. ¿Cuál es el manejo de las complicaciones postradioterapia?
20. ¿Cuál es la participación del equipo multidisciplinario?
21. ¿Cuál es el manejo del cáncer cérvicouterino y embarazo?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

El cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer al producir hasta 11 muertes por día afectando al grupo de edad de 25 – 69 años y solamente es superado por el cáncer de mama. En nuestro país es considerado un problema de salud pública que se presenta principalmente en la población de nivel socioeconómico bajo; y frecuentemente se encuentra en estadios avanzados al momento del diagnóstico.

A pesar de los programas de detección establecidos para enfermedad preinvasora, se continúan realizando diagnósticos tardíos, y por lo tanto los tratamientos son poco oportunos y muchas veces solo de tipo paliativo. Esto origina un mal pronóstico y una menor sobrevida en la paciente.

Los síntomas asociados al cáncer cérvicouterino son comunes y poco específicos pero indicativos de una patología que requiere estudio clínico completo con el propósito de establecer el diagnóstico mediante confirmación histológica.

El tratamiento depende del estadio en que se diagnostique, la mayor parte de las veces es multidisciplinario. Si bien existen lineamientos generales, el mayor conocimiento de la historia natural de la enfermedad ha dado lugar a circunstancias particulares que tienden a individualizar los enfoques terapéuticos posibilitando la emergencia de tratamientos conservadores tanto de la función hormonal y/o reproductiva en etapas tempranas.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de esta guía se justifica para que el médico de segundo y tercer nivel de atención conozca las acciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer cérvico-uterino, contribuyendo a disminuir la mortalidad, mejorar la sobrevida y calidad de vida, homogenizando la distribución y utilización de los recursos humanos y materiales.

3.3 PROPÓSITO

Brindar al médico de segundo y tercer nivel de atención recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre cáncer cérvicouterino con el fin de estandarizar las acciones sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer cérvicouterino**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar los criterios sobre las acciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer cérvicouterino en el segundo y tercer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer cérvicouterino.
3. Establecer los criterios de referencia del cáncer cérvicouterino al tercer nivel de atención y contrarreferencia al primer y segundo nivel de atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	Z++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p data-bbox="456 1121 1109 1255">El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvicouterino debe incluir historia clínica completa, examen físico completo. Toma de citología y biopsia</p>	<p data-bbox="1295 1121 1317 1150">D</p> <p data-bbox="1227 1155 1386 1184">[E: Shekelle]</p> <p data-bbox="1138 1188 1370 1218"><i>Singapore 1/ 2003</i></p> <p data-bbox="1289 1222 1328 1251">2A</p> <p data-bbox="1138 1260 1284 1289">NCCN 2010</p>
 <p data-bbox="456 1344 1109 1545">La estadificación clínica del cáncer cervical es usando los criterios de la Federación Internacional de Gineco-obstetricia (FIGO), la cual no toma en cuenta los resultados de Tomografía axial computada (TAC), Resonancia magnética nuclear (RMN) ni Tomografía por emisión de positrones (PET).</p>	<p data-bbox="1295 1377 1317 1407">IV</p> <p data-bbox="1227 1411 1386 1440">[E: Shekelle]</p> <p data-bbox="1138 1444 1273 1474"><i>SIGN 2008</i></p>
 <p data-bbox="456 1600 1109 1768">La paciente con hallazgo incidental histopatológico definitivo de cáncer cérvicouterino sometida a cirugía por otra causa se debe valorar la extensión de la enfermedad (Algoritmo 8 y 9)</p>	<p data-bbox="1289 1633 1328 1663">2A</p> <p data-bbox="1138 1667 1284 1696"><i>NCCN 2010</i></p>
 <p data-bbox="456 1818 1109 1881">La paciente con hallazgo incidental histopatológico definitivo de cáncer cérvicouterino sometida a cirugía</p>	2A

por otra causa se debe valorar la extensión de la enfermedad (Algoritmo 8 y 9) *NCCN 2010*

4.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

4.2.1 LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R Toda paciente con sospecha de cáncer cérvicouterino deberá ser corroborado mediante colposcopia y toma de estudio histopatológico el cual se realizará mediante: toma de biopsia dirigida, curetaje endocervical y/o cono diagnóstico</p>	<p>D [E: Shekelle] <i>Moh Clinical Practice Guidelines 1/2003</i> 2+ <i>SIGN 2008</i></p>
<p>R El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvicouterino debe incluir: biometría, química sanguínea, incluyendo pruebas de función renal y hepática. En las pacientes que se tenga sospecha de estar involucrado vejiga o recto deberá solicitarse cistoscopia y rectosigmoidoscopia con toma de biopsia</p>	<p>D [E: Shekelle] <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore1/2003</i> 2A <i>NCCN 2010</i></p>
<p>R La tomografía axial computarizada es recomendable como el estudio mínimo para la estadificación y planificación del tratamiento</p>	<p>2^a <i>NCCN 2010</i></p>
<p>R La resonancia magnética (RM) y/o tomografía por emisión de positrones (PET) Son estudios recomendables para la planeación del tratamiento en pacientes con etapas no operables, sin embargo su realización dependerá de los recursos de cada centro hospitalario.</p>	<p>2 ++ <i>NCCN, 2010</i> 2 ++ <i>SIGN 2008</i></p>
<p>R El cono cervical es fundamental para estadificar el</p>	<p>2^a</p>

cáncer microinvasor y/o determinar invasión.

NCCN 2010
D
[E: Shekelle]
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003

R

El reporte del cono cervical debe incluir tamaño del espécimen, estado de los márgenes de resección, profundidad y extensión de la invasión, y determinar afección linfovascular

2^a
NCCN 2010
D
[E: Shekelle]
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003

2+
SIGN 2008

El reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica de los tumores cervicales deben incluir :

R

Tipo histológico
 tamaño tumoral (en al menos dos dimensiones)
 Grado
 Extensión tumoral
 Profundidad de invasión
 Patrón de invasión
 Invasión al espacio linfovascular
 Estado del margen
 Estado ganglionar (debe incluir sitio y número de ganglios afectados)
 Presencia de enfermedad pre-invasiva

2+
SIGN 2008
D
[E: Shekelle]
Dataset For Histological Reporting of Cervical Neoplasia (2nd edition) June 2008

R

La paciente con carcinoma in situ del cérvix pueden ser tratadas con método conservador o histerectomía total abdominal, cada caso se debe individualizar.

EII
2006 Consensus Guidelines for the management of women with cervical intraepithelial or adenocarcinoma in situ.
IIA
Am, Fam Physician 2006

R

	La decisión de realizar ooforectomía dependerá de la edad de la paciente y el estado funcional de los ovarios.	IVD <i>Principles and practice of Radiation Oncology Four Edition 2005</i>
R	Cuando la paciente desea tener hijos puede ser tratada conservadoramente con terapia de conización con asa diatérmica, láser o con bisturí frío.	2ª NCCN 2010 2+ <i>Guías clínicas cáncer cervicouterino Chile 2005</i>
E	El estado de los márgenes del cono son importantes en la decisión de la terapia conservadora o de un procedimiento con histerectomía	2A NCCN 2008
R	La radioterapia puede ser usada en pacientes con contraindicación quirúrgica o cuando la lesión incluye la vagina o puede ser multifocal La radioterapia está indicada en pacientes con etapa clínica I B2 para arriba y en aquellas pacientes con etapa operable pero que presenten contraindicación quirúrgica	2A NCCN 2010 IVD <i>Principles and practice of Radiation Oncology Four Edition 2005</i>

4.3 TRATAMIENTO

4.3.1 TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD

4.3.1.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Para los estadios tempranos la cirugía conserva los ovarios evitando la menopausia temprana, vagina más corta y fibrosa preservando la función sexual, en comparación con la radioterapia radical	2++ <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network January, 2008</i>

E	<p>La cirugía es la primera opción en pacientes jóvenes sin contraindicaciones quirúrgicas. Con la realización de la cirugía se obtiene muchos factores pronósticos que incluye el tamaño del tumor primario, profundidad de la invasión estromal, presencia o ausencia de márgenes del tumor cerca de vagina o parametrios y estado ganglionar</p>	<p>2++ <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network January,2008</i></p>
E	<p>Las pacientes con estadio IA1, el tratamiento estándar consiste en conización con márgenes libres y/o histerectomía extrafacial. (Algoritmo 2)</p>	<p>IIIB <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003</i></p> <p>2A <i>NCCN 2010</i></p> <p>2+ <i>SIGN 2008</i></p> <p>IIIB <i>Cervical Cancer: ESMO Clinical Recommendations for Diagnosis, Treatment and Follow-up</i></p>
E	<p>En el estadio IA1 y ausencia de infiltración linfovascular el porcentaje de afección ganglionar es menor de 1 % y en caso de afección linfovascular el porcentaje es de 8.2%</p>	<p>IIIB <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003</i></p>
E	<p>En ausencia de infiltración linfovascular, la disección linfática no está indicada y la histerectomía es el tratamiento de elección si la paciente tiene paridad satisfecha, con conservación de ovario en las mujeres jóvenes Y las mujeres con deseo de conservación de la fertilidad el cono es el tratamiento de elección (Algoritmo 2)</p>	<p>IIIB <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003</i></p>
E	<p>Con invasión linfovascular el tratamiento debe individualizarse considerando Histerectomía radical</p>	<p>2+ <i>SIGN 2008</i></p> <p>2A <i>NCCN 2010</i></p>

modificada más linfadenectomía pélvica o en caso que no se pueda realizar cirugía la radioterapia intracavitaria es una opción.

III
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003

E

En las pacientes con estadio IA2 la afección ganglionar es del 4 al 10%

Ila
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003

E

En estadio IA2 el tratamiento es histerectomía radical Piver III con linfadenectomía pélvica y muestreo ganglionar para aórtico.
En caso de que se quiera preservar la fertilidad se realizará traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica y muestreo para aórtico.

2+
SING 2008
2A
NCCN 2010

R

En caso que no se pueda realizar cirugía la terapéutica será con teleterapia y Braquiterapia con dosis de 75 a 80 Gy

2A
NCCN 2010
Ila
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003

E

Las pacientes con estadificación IB1 y IIA1 (tumores menores de 4 cm).
El tratamiento se realizará con histerectomía Piver III radical linfadenectomía pélvica y muestreo linfático para aórtico.
Solo en lesiones estado IB1 con tumor menor de 2cm que se quiera preservar la fertilidad se puede realizar traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica y muestreo para aórtico (Algoritmo 3)

2A
NCCN 2010
Ib
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003
2++
SIGN,2008

E

La otra opción de tratamiento es radioterapia pélvica (teleterapia) +Braquiterapia Punto A con dosis de 85-90 Gy.
La opción de tratamiento depende de algunos factores que incluyen:
-Preferencia de la paciente,
-Preservación de la función vaginal y ovárica, -
Condiciones de enfermedades concomitantes que limitan la cirugía por un alto riesgo quirúrgico. (Algoritmo 4)

Ib
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003

E	Ambos tratamiento resultan equivalentes en porcentajes en control local y supervivencia global.	<p style="text-align: right;">II-1 <i>Clinical Practice Guidelines Management Of Cervical Cancer April /2003</i> <i>Ministerio De Salud En Malaysia</i></p> <p style="text-align: right;">Ib <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003</i></p>
E	En las pacientes con estadificación IB1 menores de 2 cm. se tiene la alternativa en mujeres sin paridad satisfecha la opción de traquelectomía más linfadenectomía pélvica y paraórtica	<p style="text-align: right;">2+ <i>SIGN, 2008</i></p> <p style="text-align: right;">2A <i>NCCN 2010</i></p>
R	Cuando ganglios pélvicos positivos son identificados durante la histerectomía radical, la práctica de abortar la cirugía no ha sido aprobado por ningún estudio aleatorizado	<p style="text-align: right;">2++ <i>SIGN,2008</i></p>
E	La recurrencia después de completar la histerectomía radical y reseca los ganglios positivos fue significativamente menor en comparación a la resección incompleta de los ganglios (25% comparado con 56%)	<p style="text-align: right;">2++ <i>SIGN,2008</i></p>
E	<p>Hallazgos quirúrgicos: Ganglios negativos: se puede mantener solo en observación. Si se combina con factores de alto riesgo como tamaño del tumor, invasión estromal profunda o invasión al espacio linfovascular, se puede aplicar radioterapia pélvica</p>	<p style="text-align: right;">1 <i>NCCN 2010</i></p> <p style="text-align: right;">2++ <i>SIGN,2008</i></p>
E	<p>Ganglios pélvicos positivos, o márgenes quirúrgicos positivos. Se dará radioterapia pélvica con quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia vaginal</p>	<p style="text-align: right;">1 <i>NCCN 2010</i></p> <p style="text-align: right;">2++ <i>SIGN,2008</i></p>
E	<p>Ganglios paraórticos positivos: Solicitar TAC y/o PET, si no hay datos de metástasis a distancia iniciar Radioterapia a ganglios paraórticos,</p>	<p style="text-align: right;">2A <i>NCCN 2010</i></p> <p style="text-align: right;">2++</p>

quimioterapia concomitante a base de platino, *SIGN,2008*
Radioterapia a pelvis y braquiterapia vaginal.



El tratamiento con radioterapia a campo extendido y quimioterapia concomitante en pacientes con ganglios para aórticos positivos ha mostrado mayor morbilidad aguda, por lo que su administración queda a consideración y experiencia del equipo tratante.

Punto de Buena Práctica



Con datos de metástasis a distancia positivo, valorar toma de biopsia de lugares sospechosos y de confirmarse valorar terapia sistémica individualizada + Radioterapia

2A
NCCN 2010
2++
SIGN,2008



En las pacientes con estadio IVB el tratamiento para paliación de síntomas y las opciones de tratamiento es con quimioterapia sistémica basada en platino y/o radioterapia pélvica o a sitios sintomáticos y cuidados paliativos. (Ver GPC Cuidados Paliativos) (Algoritmo 7)

Ila
Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/2003



Las pacientes con persistencia central se deben tratar como la recurrencia central. (Algoritmo 10)

2A
NCCN 2010
III
Guidelines for the Treatment of Recurrent and Metastatic Cervical Cancer 2002



La recurrencia local posterior a radioterapia es potencialmente curativa con histerectomía radical y/ o exenteración pélvica, siendo la supervivencia de un 30 a 60 % con factores pronósticos favorables.

2A
NCCN 2010
III
Guidelines for The Treatment of Recurrent and Metastatic Cervical Cancer 2002



Pacientes cuidadosamente seleccionadas con tumores centrales menores de 2 cm son candidatas a histerectomía radical

2 A
NCCN 2010



El tratamiento del cáncer cervical recurrente depende de la forma primaria de tratamiento, de la extensión y del sitio de la recurrencia.

D

[E: Shekelle]

Clinical Practice Guidelines Management of Cervical Cancer April /2003
 Ministerio de Salud en Malaysia

Radioterapia y Quimioterapia



En el estadio IB2 las opciones de tratamiento son:
 Radioterapia pélvica + quimioterapia concomitante que contenga cisplatino* + braquiterapia con dosis en el punto A de 85 Gy.
 Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica con muestreo par aórtico.
 Radioterapia pélvica + quimioterapia concomitante que contenga cisplatino + histerectomía complementaria (Algoritmo 6)

2A

NCCN 2010

2+

Guías clínicas cáncer cervicouterino Chile 2005



En las pacientes a partir del estadio IB2, IIA2 (tumores mayores de 4 cm), IIIA, IIIB y IVA el estándar de tratamiento es radioterapia pélvica más quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia. (Algoritmo 6)

1+

G 2008

1

NCCN 2010



El esquema de quimioterapia concomitante a radioterapia es a base de Cisplatino 40mg/m² semanal durante el periodo de radioterapia externa.
 Las posibilidades de su administración dependerá de cada centro hospitalario

1

NCCN 2010



La recurrencia sistémica cuando es en múltiples sitios es quimioterapia paliativa o manejo paliativo.

2 A

NCCN 2010



Cuando la recurrencia es en un sitio localizado se planteara la resección o quimioterapia y radioterapia

2 A

NCCN 2010



Si en la pieza quirúrgica hay presencia de tumor en algún límite quirúrgico se debe enviar a radioterapia radical.

2 A
NCCN 2010

Complicaciones de la radioterapia



Las complicaciones de la radioterapia se pueden presentar en forma aguda en la piel presentando descamación, piel seca o húmeda.

IV
[E: Shekelle]
SIGN 2008

La morbilidad vesical pueden ser:



Aguda con presentación de aumento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional, hematuria, disuria, Y en forma tardía con presencia de aumento de la frecuencia urinaria, urgencia miccional, estenosis uretral y ureteral, (1-3%), hematuria, disuria, incontinencia urinaria ulceración, perforación, necrosis y fistula vesico vaginal <2%.

IV
[E: Shekelle]
SIGN,2008



El tratamiento de las complicaciones vesicales consiste en hidratación, irrigación vesical, antibiótico terapia, hemotransfusión en los casos requeridos.

1+
SIGN, 2008



La proctitis aguda por radioterapia es frecuentemente presentada por síntomas de tenesmo, urgencia, diarrea, mala absorción, disfunción esfínter anal, descarga de mucosa, ulceración, en ocasiones sangrado, obstrucción intestinal o perforación (< 5%) y estenosis de sigmoides.

IV
[E: Shekelle]
SIGN 2008



La paciente con proctitis post radioterapia debe ser valorada por el proctólogo

Punto de Buena Práctica



Otras complicaciones secundaria a la radioterapia pueden ser necrosis y estenosis vaginal, edema de pierna, necrosis de tejidos blandos, fractura de cabeza femoral (<5%), mielosupresión, y absceso pélvico.

2++
SIGN 2008



La radioterapia puede presentar sus efectos en forma

1+

	tardía (más de 3 meses después de haber finalizado el tratamiento).	<i>SIGN,2008</i>
R	Todas las pacientes que serán sometidas a tratamiento con quimioterapia o radioterapia deberán corregirse su anemia llegando con mínimo de hemoglobina de 12g/dl. Se utilizara productos derivados de hierro, eritropoyetina o incluso transfusión sanguínea	2++ <i>SIGN,2008</i>
R	Todas las pacientes con Estadio IA con metástasis ganglionar requieren tratamiento adyuvante con Quimioterapia y Radioterapia concomitante teniendo como base farmacológica el cisplatino	1 <i>NCCN 2008</i> 1+ <i>SING 2008</i> IB <i>Cervical Cancer: ESMO Clinical Recommendations for Diagnosis, Treatment and Follow-up</i>
E	En las pacientes con estadio IVB se recomienda el tratamiento para paliación de síntomas y las opciones de tratamiento son quimioterapia sistémica basada en cisplatino + paclitaxel y/o radioterapia a sitios sintomáticos o cuidados paliativos(Ver GPV Cuidados Paliativos)	Ila <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003</i> 1 <i>NCCN 2010</i>
E	En las pacientes que presentan persistencia tumoral posterior a tratamiento de radioterapia si ésta no es quirúrgicamente accesible se debe otorgar quimioterapia con fines paliativos.	1 <i>NCCN 2010</i> 1++ <i>SIGN 2008</i>
E	Los estrógenos vaginales disminuyen la Dispareunia, alteraciones del epitelio vaginal y estenosis	2+ <i>SIGN 2008</i>
R	La terapia hormonal de reemplazo se indica cuando existe sintomatología de síndrome climatérico causado por el tratamiento oncológico	C <i>SIGN, 2008</i>

Manejo de la paciente embarazada con Cáncer cervicouterino

E	El legrado o raspado endocervical es un procedimiento contraindicado formalmente en la mujer embarazada	III [E: Shekelle] <i>Guías Prácticas clínicas COMEGO 2008</i>
E	En las embarazadas la colposcopia es una intervención diagnóstica adecuada y debe ser realizada por médicos experimentados.	III [E: Shekelle] <i>Guías Prácticas clínicas COMEGO 2008</i>
E	La biopsia de lesiones sospechosas de NIC II; III o cáncer es una intervención aceptable	III [E: Shekelle] <i>Guías Prácticas clínicas COMEGO 2008</i>
E	Las pacientes diagnosticadas con cáncer cérvicouterino antes de las 16 semanas de gestación deberán ser tratadas de forma inmediata independientemente de la etapa	2++ <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network January, 2008</i>
R	La paciente embarazada con diagnóstico de cáncer cérvicouterino debe ser analizado su caso por un comité multidisciplinario de la institución, individualizando el problema y con el consentimiento informado de la paciente.	C <i>SIGN 2008</i>

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1 REFERENCIA DEL SEGUNDO A TERCER NIVEL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	IIIB <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003</i> 2A <i>NCCN 2010</i> 2+
R	IIIB <i>Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003</i> 2A <i>NCCN 2010</i> 2+

cáncer cérvicouterino in situ deberán ser tratadas en un segundo nivel de atención.

SING 2008

IIIB

Cervical Cancer : ESMO Clinical Recommendations for Diagnosis, Treatment and Follow-up, 2009



Pacientes a las que se realizó cono y diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 sin infiltración linfovascular, deberán de ser tratadas en segundo nivel de atención.

IIIB

Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003



Pacientes a las que se le realizo cono y diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 con infiltración linfovascular deberán ser enviadas en un servicio de oncología o centro oncológico

2+

SING 2008

III

Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003



Pacientes a las que se realizó cono y diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 sin infiltración linfovascular, deberán de ser tratadas en segundo nivel de atención.

IIIB

Moh Clinical Practice Guidelines Singapore 1/ 2003



Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A2 con y sin infiltración linfovascular deben ser atendidas en el servicio o centro oncológico

Punto de Buena Práctica



Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica IB a la IV debe ser atendida en el servicio o centro oncológico

Punto de Buena Práctica



Punto de Buena Práctica

Pacientes con antecedente de cáncer cervicouterino que durante su vigilancia presenten recurrencia locorregional y/o sistémica deben ser referidas al servicio o centro oncológico.



La paciente con cáncer cérvicouterino que termina su periodo de vigilancia por 5 años en servicio o centro oncológico debe ser contrarreferida a su unidad de medicina familiar para su vigilancia permanente

Punto de Buena Práctica



La paciente con cáncer cérvicouterino y lesión en otros órganos debe ser enviada a valoración y manejo por el Médico especialista específico

Punto de Buena Práctica



La morbilidad vesico-rectal posterior a radioterapia debe ser tratada por el especialista correspondiente

Punto de Buena Práctica

4.5 DIAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>Pacientes con tratamiento cono cervical, se requieren 7 días de recuperación e incapacidad.</p>	Punto de Buena Práctica
<p>Pacientes con tratamiento cono cervical más linfadenectomía pélvica se requiere 21 a 28 días de recuperación e incapacidad, de acuerdo a la valoración</p>	Punto de Buena Práctica

médica.



Pacientes con traquelectomía se requiere 21 días de recuperación e incapacidad

Punto de Buena Práctica



Pacientes con tratamiento de histerectomía total abdominal extrafacial y radical se requiere 28 días de recuperación e incapacidad.

Punto de Buena Práctica



Pacientes con radioterapia radical oscila entre 80 a 100 días de recuperación e incapacidad, individualizando cada caso.

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer cérvicouterino

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento deL Cáncer cérvicouterino.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: cervical intraepithelial or adenocarcinoma, Cervical Cancer Uterine, Metastatic Cervical Cancer . En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, Sutgery, Pathology, etiology, radiotherap y se limitó a la población de adultos mayores de 19 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 1382 resultados, de los cuales se utilizaron 31 fuentes , siendo 8 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Uterine Cervical Neoplasms/classification"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/complications"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/diagnosis"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/drug therapy"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/etiology"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/pathology"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/radiotherapy"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/surgery"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasms/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, Female, Clinical Trial, Editorial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years AND ("2000/01/01"[PDAT] : "2010/12/6"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda

1. Cervical Cancer, cervical cancer uterine Uterne cervical neoplasma: [Mesh]
2. classification and complications: [Subheading]
3. diagnosis: [Subheading]
- 4 epidemiology py: [Subheading]
5. etiology: [Subheading]
6. mortality: [Subheading]
7. pathology y:[Subheading]
8. /pharmacology and control: [Subheading]
9. Surgery [Subheading]
10. Therapy
- 11 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
- 12 #1 AND 10
12. "2000" [PDAT]: "2010"[PDAT]
13. #2 AND #10
14. Humans: [Mesh]
15. Female
15. #14 AND #15
16. English:[Lang] **Spanish**
- 17: #15 AND # 16
18. Meta-Analysis[ptyp]
19. Practice Guideline[ptyp])
- 20.- **Randomized Controlled Trial**
- 21.- **Review**
22. # 18 OR #21
21. # 17 AND # 20
22. Young adult"[MeSH Terms]
23. adult"[MeSH Terms]
24. Middle aged"[MeSH Terms
25. aged, 80 and over"[MeSH Terms])
26. # 22 OR # 23 OR # 24 OR # 25
27. #21 AND #26
28. #1 AND (#2 OR # 3 OR # 4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9) AND # 12 AND #14 AND (#16) AND (# 18 OR # 19) AND (# 22 OR #23 OR #24 OR #25)

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 29 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	SIGN	2	2
2	TripDatabase	22	1
3	NCCN	2	1
4	Singapore Guidelines Moh	1	1
5	Cervical Cancer	1	1
6	NHS	1	1
7	MINSAL	1	1
Totales		30	8

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de cáncer cérvicouterino. No utilizando ninguna para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento

médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Iib. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**SING SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK
MANAGEMENT OF CERVICAL CANCER
A NATIONAL CLINICAL GUIDELINE
JANUARY 2008**

Claves del estado de evidencia y grados de recomendaciones

Nivel de Evidencia

Nivel	Tipo de evidencia científica
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de RCTs, o RCTs con un muy bajo riesgo de sesgo
1+	Metanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas, o RCTs con un bajo riesgo de sesgo
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas, o RCTs con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios cohorte o casos-control Estudios de cohorte o casos control de alta calidad, con un muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una alta probabilidad que la relación es causal
2+	Estudios de casos control o cohorte bien conducidos con un bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad que la relación es causal
2-	Estudios de casos-control o cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y un significativo riesgo que la relación no es causal
3	Estudios no analíticos, ej.: reporte de casos, serie de casos, etc.
4	Opinión de expertos

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Grado	Recomendación
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o RCT con un nivel de 1++, directamente aplicable a toda la población Un grupo de evidencias consistentemente con estudios de nivel 1+ directamente aplicable a toda la población y demostrando toda la consistencia de resultados.
B	Un grupo de evidencias consistente de estudios con nivel 2++, directamente aplicable a toda la población y demostrando toda la consistencia de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios con nivel 1++ ó 1+
C	Un grupo de evidencias consistentes de estudios con nivel 2+, directamente aplicable a toda la población y demostrando toda la consistencia de los resultados ó Evidencia extrapolada de estudios con nivel 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, ó Evidencia extrapolada de estudios con nivel 2+

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA

√	Recomendación basada en la mejor practica sobre la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía
---	---

RCT. Estudios randomizados controlados

**CLINICAL PRACTICE GUIDELINES
MANAGEMENT CERVICAL CANCER
MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA
ACADEMY OF MEDICINE
APRIL 2003**

ESCALA DE NIVEL DE EVIDENCIA

Nivel	Evidencia
I	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado randomizado
II-1	Evidencia obtenida de un estudio controlado bien designado sin randomización
II-2	Evidencia de estudios cohorte bien designados o estudios analíticos de casos-control, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series con o sin intervención. Los resultados dramáticos en experimentos no controlados (tal como los resultados de la introducción del tratamiento de la penicilina en 1940s), puede también estar apegado a este tipo de evidencia.
III	La opinión de autoridades respectivas, basado sobre la experiencia clínica; estudios descriptivos y reportes de casos; o reportes de comités expertos.

Fuente: U.S./CANADIAN PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

**NCCN NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY
v.1.2010**

NCCN CATEGORÍAS DE EVIDENCIA Y CONSENSO

Categoría 1. Esto es un consenso uniforme de NCCN, basado sobre evidencia de alto nivel, esta recomendación es la apropiada.

Categoría 2A. Este es un consenso uniforme de NCCN, basado sobre un bajo nivel de evidencia incluyendo experiencia clínica, esta recomendación es la apropiada.

Categoría 2B. Este es un consenso no uniforme de NCCN (pero no un mayor desacuerdo), basado sobre un nivel de evidencia bajo incluyendo experiencia clínica, esta recomendación es la apropiada.

Categoría 3. Este es un mayor desacuerdo de NCCN que la recomendación es adecuada.

Todas las recomendaciones son 2A, excepto en las especificadas.

**CLINICAL PRACTICE GUIDELINES
CERVICAL CÁNCER
MOH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES 1/2004
SINGAPORE**

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Nivel	Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios controlados randomizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado randomizado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien designado sin randomización
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental bien designado de otro tipo
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien designados, tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos u opinión y/o experiencia clínica de autoridades respetables.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Grado	Recomendación
A (niveles de evidencia Ia, Ib)	Requiere de al menos un estudio randomizado controlado como parte de toda la literatura de muy buena calidad y agregando la consistencia de la recomendación específica.
B (niveles de evidencia IIa, IIb y III)	Requiere ser avalado por estudios clínicos bien conducidos pero no randomizados sobre los tópicos de la recomendación.
C (nivel de evidencia IV)	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos ó opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetables. Indicando ausencia de estudios clínicos aplicables de buena calidad.
GPP (puntos prácticos buenos)	Recomendaciones basadas sobre la mejor practica sobre la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la práctica.

**CLINICAL RECOMMENDATIONS
CERVICAL CANCER
ESMO EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY
CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR
DIAGNOSIS, TREATMENT AND FOLLOW-UP
ANNALS OF ONCOLOGY 19 (SUPPLEMENT 2): III17-III18, 2008**

Niveles de evidencia [I-IV] y grados de recomendación [A-D] como el usado por la Sociedad Americana de Oncología Clínica transcritas tal como son. Establecidas sin graduación fueron consideradas en la práctica clínica un estándar justificado por autores expertos y la facultad ESMO.

**GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF RECURRENT
AND METASTATIC CERVICAL CANCER
THE ONCOLOGIST 2002; 7: 342-347**

NIVELES DE EVIDENCIA

Nivel	Evidencia
I	Esta evidencia es obtenida de una revisión sistemática de todos los estudios randomizados relevantes
II	Esta evidencia es obtenida al menos de un estudio randomizado
III	Esta evidencia es obtenida de estudios de casos bien controlados
IV	Esta evidencia es basada sobre la opinión de expertos

El sistema de nivel de evidencia está basado sobre el sistema desarrollado por U.S. Preventative Services Tasks Force,

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I. ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO
FIGO 2009^A**

ESTADIO	HALLAZGOS PATOLÓGICOS
ESTADIO 0	Primario. Carcinoma in situ
ESTADIO I	El cáncer está estrictamente confinado al cerviz, la extensión del cuerpo debe ser descartada
Estadio 1A	Carcinoma invasivo el cual puede ser diagnosticado sólo por microscopía, con una invasión de profundidad 5 milímetros y una extensión no ≥ 7 mm. La invasión del cáncer solo puede valorarse por microscopía. Todas las lesiones macroscópicamente visibles, aun con invasión Superficial son etapas 1B
Estadio 1A1	Invasión estromal de ≤ 3 mm en profundidad y no mayor de 7 mm en su extensión horizontal.
Estadio 1A2	Invasión estromal de 3 a 5 mm de profundidad y no mayor de 7 mm en su extensión horizontal
Estadio 1B	Tumor clínicamente visible confinado al cervix o lesión microscópica Mayor a 1A2 *
Estadio 1B1	Tumor clínicamente visible, menor de 4 cm. en su dimensión mayor
Estadio 1B2	Tumor clínicamente visible, mayor de 4 cm. en su dimensión mayor
ESTADIO II	Tumor que invade más allá del útero, pero no alcanza la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina
Estadio IIA.	Sin invasión parametrial
IIA1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su dimensión mayor
IIA2	Lesión clínicamente visible >4 cm in su dimensión mayor
Estadio IIB	Con invasión parametrial obvia
ESTADIO III	Tumor que invade hasta la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina y/o provoca hidronefrosis o riñón no funcional.**
Estadio IIIA	Tumor que invade el tercio inferior de la vagina, no invade la pared pélvica.
Estadio IIIB	Tumor que invade la pared pélvica, que causa hidronefrosis o riñón no funcional
ESTADIO IV.	El cáncer se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o infiltra (confirmación histológica) la mucosa del recto y la vejiga. (La presencia de un edema buloso no permite clasificar el tumor como estadio IV)
Estadio IVA	Invasión a órganos adyacentes
Estadio IVB	Metástasis a distancia

*Todas las lesiones visibles macroscópicamente aún con invasión superficial son clasificadas como estadio IB. La invasión es limitada. La invasión se limita a una invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal de 7 mm.

La profundidad de la invasión no puede ser mayor de 5 mm tomada de la base del epitelio del tejido original-superficial o glandular. La profundidad de la invasión puede ser siempre reportada en mm aún en aquellos casos con temprana (mínima) invasión estromal (~1mm)

** El examen rectal, no hay un espacio libre de cancer entre el tumor y la pared pélvica. Todos los casos con hidronefrosis o riñón no funcional son incluidos a menos que se relacione con otra causa.

^A FIGO Committee on gynecologic oncology

CUADRO II FORMATO DE REPORTE PARA CANCER CERVICAL EN ESPECIMENES DE BIOPSIAS

Nombre.....Apellidos.....edad.....
Hospital.....No. Afiliación.....
Fecha de recepción.....Fecha de reporte.....No. reporte.....
Nombre del patólogo.....Nombre cirujano.....
Descripción del espécimen y cortes macroscópicos.....
Peso.....Asa.....Cono.....Biopsia de cérvix mm.....X mm.....
y mmdel espesor de la profundidad.
Número de fragmentos recibidos, medidas de cada uno de ellos y número asignado al bloque.....

Descripción de los cortes microscópicos.
Invasión Maligna.
Tipo: Carcinoma escamoso.....Carcinoma adenoescamoso.....
Carcinoma Neuroendocrino..... Otros (especificar).....

Diferenciación del carcinoma: Bien/grado I.....Moderado/grado II.....
Pobremente/grado III.....No aplica.....

Descripción del componente de la invasión: Unifocal.....Multifocal.....

Tamaño Tumoral: Dimensión máxima horizontal.....mm
Grosor máximo/profundidad de la invasión.....mm

La invasión está presente en 3 o más laminillas subsecuentes de tejido...Si.....No.....

Otras características:
NIC (neoplasia intraepitelial cervical) presente.....ausente.....
Grado.....I.....II.....III.....

NICG (neoplasia intraepitelial glandular): presente.....ausente
Grado.....I.....II.....III.....

Márgenes de la escisión. (Especificar si está incluido) NIC.....NICG).....
Margen endocervical: Libre.....infiltrado.....
Margen rectocervical: Libre.....infiltrado.....
Profundidad de resección del margen lateral y radial. Libre.....infiltrado.....
Invasión al espacio linfovascular: presente.....ausente.....

Nota: Si un foco de invasión es visto en 3 o más laminillas de tejido secuenciadas, la tercera dimensión de la lesión (la cual no es rutinariamente medida) puede exceder de 7 mm (por ejemplo más del estadio 1^a2).

Estadio histopatológico de la FIGO:
Estadio.....pTNM estadio: pT.....pN.....M.....
Firma del patólogo.....fecha.....

Tomado de: Standars and Datasets for Reporting cancers.
Dataset for Histological reporting of cervical neoplasia.
The Royal College of Pathologists. June 2008.

(WHO), de los tumores del cérvix uterino.

CUADRO III CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO), DE LOS TUMORES DEL CÉRVIX UTERINO.

<p>Tumores epiteliales Tumores escamosos y Precusores Carcinoma de células Escamosas de patrón no Especifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queratinizante • No queratinizante • Basaloide • Verrucosos • Papilar • Linfoepitelioma • Escamoso transicional <p>Carcinoma de Células Escamosas de Invasión Temprana (microinvasor)</p> <p>Tumores Glandulares y Precusores Adenocarcinoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma mucinoso - Endocervical - Intestinal Células en anillo de sello - Desviación mínima - Villoglandular <p>Tumores Melanocíticos Melanoma Maligno Nevo azul</p>	<p>Tumores epiteliales (cont.) Adenocarcinoma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma endometroide • Adenocarcinoma de células claras • Adenocarcinoma seroso • Adenocarcinoma mesonefrico <p>Adenocarcinoma de invasión temprana</p> <p>Otros Tumores Epiteliales Carcinoma adenoescamoso Carcinoma variedad de células vítreas Carcinoma adenoideo-quístico Carcinoma adenoideo basal</p> <p>Tumores neuroendocrinos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinoide • Carcinoide atípico • Carcinoma de células pequeñas • Carcinoma neuroendocrino de células grandes <p>Carcinoma indiferenciado</p> <p>Tumores Misceláneos</p> <p>Tumores de células tipo germinal</p> <p>Tumores de saco de Volk Quístico dermoide Teratoma quístico maduro</p>	<p>Tumores mesenquimatosos y Tumores similares</p> <p>Leiomioma Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado Sarcoma endocervical indiferenciado Sarcoma botroides Sarcoma alveolar de partes blandas Angiosarcoma Tumor maligno periférico de la vaina nerviosa Leiomioma Rabdomioma genital Nódulo postoperatorio de células espinosas</p> <p>Hematopoyéticos y Linfoides</p> <p>Linfoma (tipo específico) Leucemia (tipo específico)</p>	<p>Tumores mesenquimatosos y epiteliales mixtos</p> <p>Carcinosarcoma (Tumor mulleriano mixto maligno) Adenosarcoma Tumor de Willm Adenofibroma Adenomioma</p>
---	---	---	---

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICOUTERINO

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de Uso)	Efectos Adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3046	Cisplatino	75mg/m ²	Frasco ampula con liofilizado o solución de 10 mg. Envase con un frasco ampula	Cisplatino 75mg/m ² IV ciclos cada 21 días	Insuficiencia renal aguda, sordera central, leucopenia, neuritis periférica, depresión de la médula ósea. Náusea y vómito que comienzan de una a cuatro horas después de la administración y duran un día. Hay casos de reacción anafilactoide.	Los aminoglucósidos y furosemide aumentan los efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción renal. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en mielosupresión, infecciones severas o trastornos auditivos.

5435	Paclitaxel	80 a 90 mg/m ² sc semanal 175 mg/m ² sc día 1. i.v.	Frasco ampula de 30 mg. Caja con 10	Semanal x 12 Cada 21 días	Mielosupresión. Hipersensibilidad Hipotensión. Mucositis. Nausea, vómito, diarrea. Artralgias. Mialgias. Fiebre. Fatiga. Neuropatía periférica. Es genotóxico	Aumentan toxicidad de paclitaxel: Cisplatino. Doxorubicina. Ciclofosfamida, ketoconazol, verapamilo. Radiaciones.	Hipersensibilidad al fármaco y medicamentos formulados con aceite de ricino polioxitilado. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en neutropenia.
4442	Aprepitant	Adultos: 125 mg durante el primer día. 80 mg durante el segundo día y tercer día	Envase con una cápsula de 125 mg y 2 cápsulas de 80 mg.	Adultos: 125 mg durante el primer día. 80 mg durante el segundo día y tercer día del Tratamiento oncológico	Fatiga, náusea, constipación, diarrea, anorexia, cefalea, vómito, mareo, deshidratación, dolor abdominal, gastritis.	No están reportadas interacciones	Hipersensibilidad al fármaco, terfenadina, astemizol y cisaprida.
4439	Granisetron	Adultos: 1 mg cada 12 horas o 2 mg cada 24 horas. Iniciar 1 hora antes de la quimioterapia.	Envase con dos grageas. Cada Gragea es de 1 mg	Por el tiempo necesario en el postratamiento con quicio o radioterapia con náuseas y vómitos	Cefalea y constipación nasal, rara vez reacciones de hipersensibilidad con exantema cutáneo y anafilaxia. Aumento leve de transaminasas hepáticas.	Aumenta su depuración plasmática con fenobarbital. No interacciona con la quimioterapia contra el cáncer ni con los medicamentos antiulcerosos, benzodiazepinas, ni con los neurolépticos.	Hipersensibilidad al fármaco.

4440	Granisetron	Infusión intravenosa. Adultos: 3 mg. por día. Niños mayores de 2 años: 10 µg/kg de peso corporal por día.	Ampolletas Cada ampolleta contiene Clorhidrato de granisetron equivalente a 31mg de granisetron. Envase con 1 ml.	Por el tiempo necesario en el postratamiento con quicio o radioterapia con náuseas y vómitos	Cefalea y constipación nasal, rara vez reacciones de hipersensibilidad con exantema cutáneo y anafilaxia. Aumento leve de transaminasas hepáticas.	Aumenta su depuración plasmática con fenobarbital. No interacciona con la quimioterapia contra el cáncer ni con los medicamentos antiulcerosos, benzodiazepinas, ni con los neurolépticos.	Hipersensibilidad al fármaco.
4431	Carboplatino	AUC 6. i.v.	Frasco ampula con liofilizado de 150 mg	Cada 21 a 28 días	Mielosupresión Náusea. Vómito. Insuficiencia renal. Parestesias.	Drogas nefrotóxicas.	Mielosupresión. Insuficiencia renal severa.
5438	Gemcitabina	. 1250 mg/m ² sc	Frasco ampula de 1 g. caja con 1 vial	Adultos: 1 000 mg / m ² de superficie corporal, cada 7 días, por 3 semanas.	Anemia, edema, hematuria, leucopenia, proteinuria, trombocitopenia, broncoespasmo, hipertensión arterial	Con medicamentos inmunosupresores como azatioprina, corticoesteroides, ciclofosfamida aumentan efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en pacientes con mielosupresión y trastornos cardiovasculares.

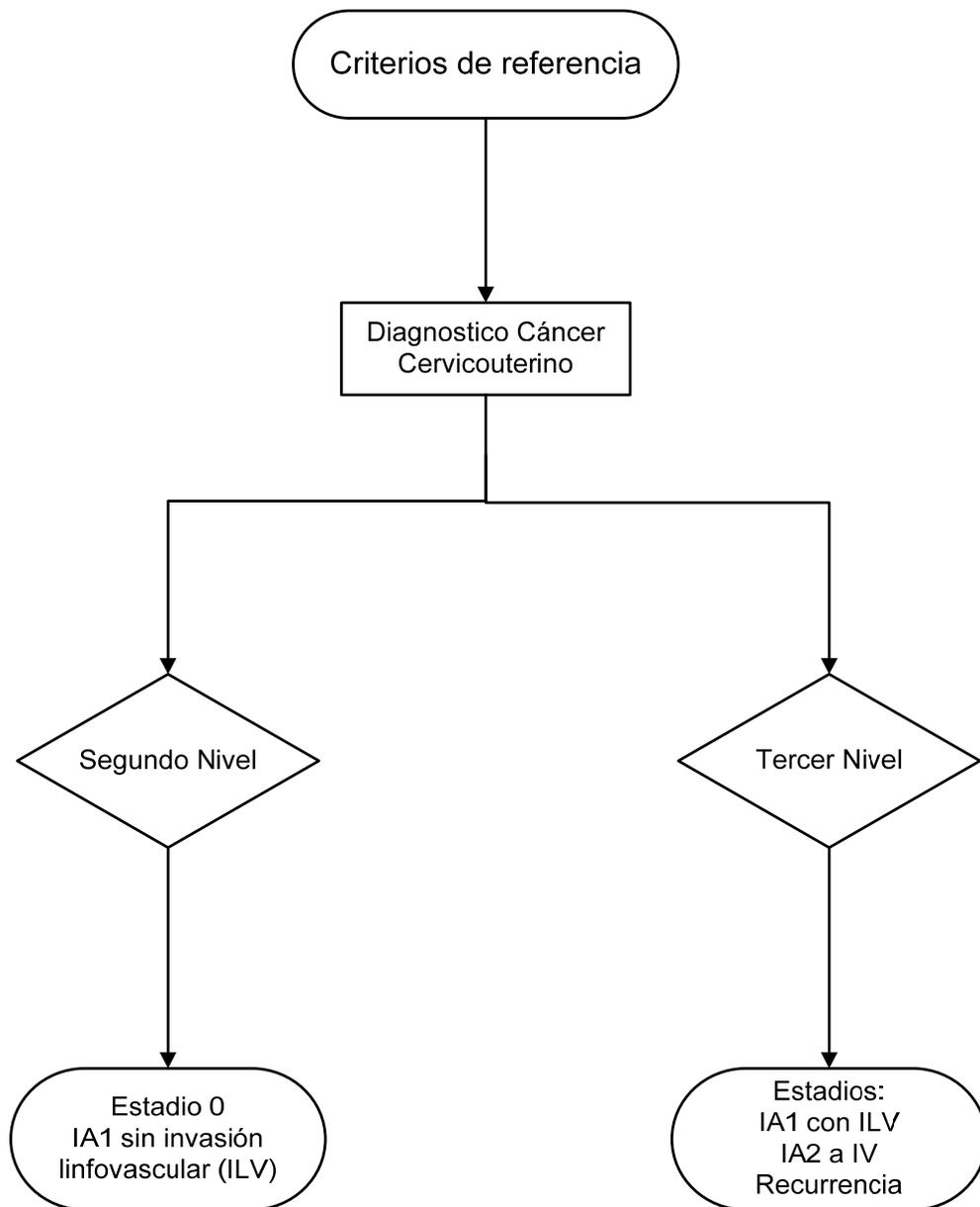
5428	Ondasetrón	<p>SOLUCION INYECTABLE</p> <p>Cada ampolleta contiene: Clorhidrato dihidratado de ondansetrón equivalente a</p> <p style="text-align: center;">8 mg</p> <p>de ondansetrón</p> <p>Envase con 3 ampolletas con 4 ml.</p> <p>TABLETAS 4 y 8 mg caja con 10 tabletas</p>	<p>Intravenosa lenta o por infusión.</p> <p>Adultos: Una ampolleta, 15 minutos antes de la quimioterapia. Repetir a las 4 y 8 horas después de la primera dosis.</p> <p>Infusión intravenosa: 1 mg/hora hasta por 24 horas.</p> <p>.</p> <p>1 tableta 30 minutos antes de alimentos.</p>	<p>Intravenosa lenta o por infusión.</p> <p>Adultos: Una ampolleta, 15 minutos antes de la quimioterapia. Repetir a las 4 y 8 horas después de la primera dosis.</p>	<p>Cefalea, diarrea, estreñimiento y reacciones de hipersensibilidad ..</p>	<p>Inductores o inhibidores del sistema enzimático microsomal hepático modifican su transformación</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en lactancia.</p>
4437	Palonosetron	1 vial 5 mg	0.25 mg dosis única 30 minutos antes de la quimioterapia	<p>Intravenosa.</p> <p>Adultos: 0.25 mg. Dosis única aplicada en bolo en un lapso de 30 segundos, 30 minutos antes del inicio de la quimioterapia.</p>	<p>Vómito inducido por la quimioterapia Cefalea Mareos Diarrea Estreñimiento Cefalea Mareos Diarrea Estreñimiento</p>	<p>En estudios clínicos controlados se ha administrado con seguridad junto con agentes corticosteroides, analgésicos, antieméticos/antínusea,</p>	<p>Hipersensibilidad Estreñimiento y datos de obstrucción intestinal aguda Embarazo Lactancia.</p>

						antiespasmódicos y anticolinérgicos . No inhibe la actividad antitumoral de agentes quimioterapéuticos.	
3432	Dexametasona	0.5 mg envase con 30 tabletas Ampolletas de 4 y 8 mg	12 mg IV o VO día 1 8 mg día 2 a 4 IV o VO	. Adultos: inicial, varía de 0.5 a 16 mg, por vía intramuscular o intravenosa. En virtud de que la dosificación y vía requeridas son variables, estas se deben individualizar de acuerdo con el tipo de indicación y respuesta a ésta.	Coadyuvante en el manejo de las náuseas y vómitos por la quimioterapia Euforia,, insomnio, hipertensión., edema , glaucoma, úlcera péptica, aumento del apetito, hiperglucemia, retraso en curación de heridas, acne, debilidad muscular, hirsurtismo, insuficiencia suprarrenal	Fenobarbital, fenitoina y rinfapicina disminuyen su efecto por biotransformación , la indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de úlcera péptica y los diuréticos y la furosemida favorecen la hipopotasemia	Infecciones micóticas diseminadas, hipersensibilidad al fármaco. Úsese con precaución en persona con úlceras pépticas e hipertensión arterial , osteoporosis , diabetes y trombo embolia
1233	Ranitidina	Tabletas o	grageas de	Cinco días o en	Neutropenia ,	Los antiácidos	Usarse e

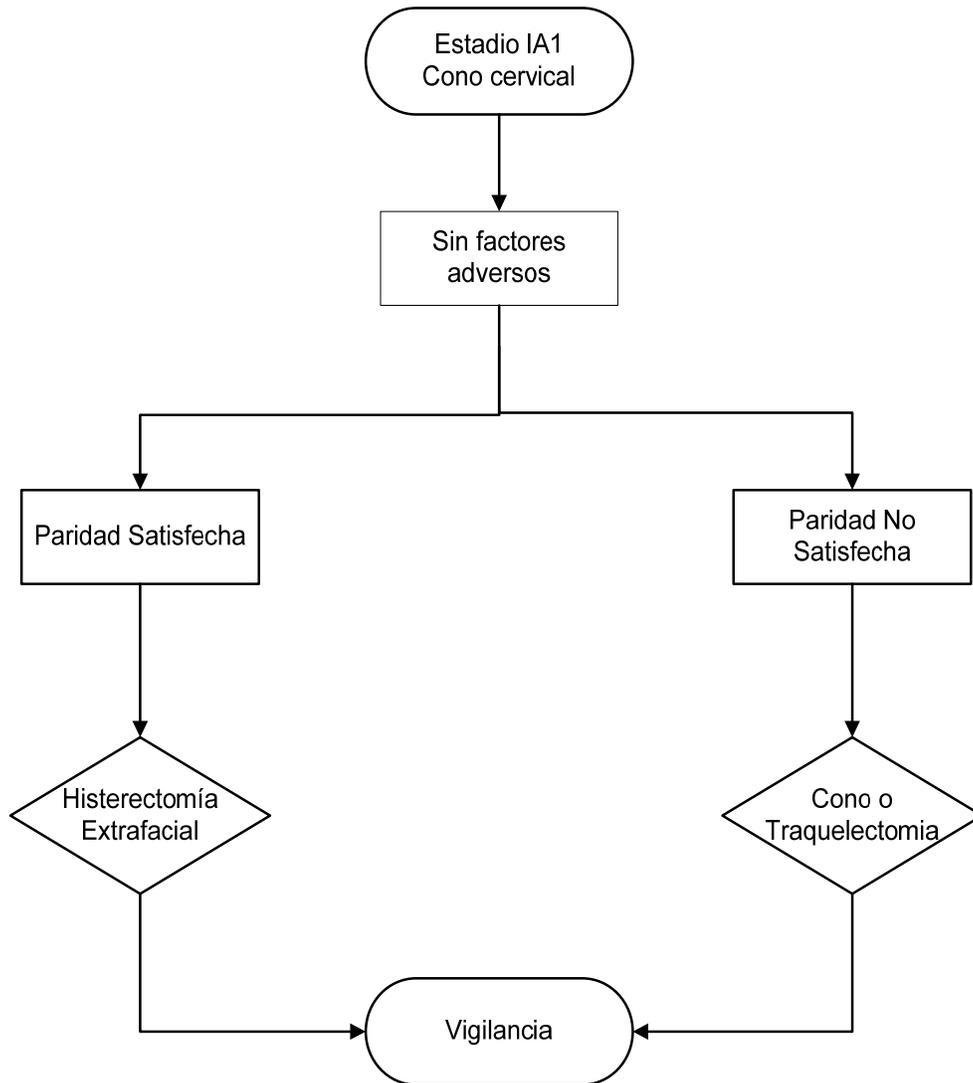
		grageas de 150 mg. Caja con 20 tabletas o grageas	150 mg 1 cada 12 horas	base a evolución clínica	trombocitopenia , cefalea , malestar , mareos, confusión, bradicardia , nauseas , estreñimiento, ictericia y exantema	interfieren con la absorción del diacepam , aumenta el efecto gliplicida con la procaína mida y la warfarina tiene efectos contradictorios	Con precaución en insuficiencia hepática. Hipersensibilidad.
1234	Ranitidina	Ampolletas de 50 mg caja con una ampolleta	50 mg D.U I.V. Tabletado o	Cinco días o en base a evolución clínica	Neutropenia , trombocitopenia , cefalea , malestar , mareos, confusión, bradicardia , nauseas , estreñimiento, ictericia y exantema	Los antiácidos interfieren con la absorción del diacepam , aumenta el efecto gliplicida con la procaína mida y la warfarina tiene efectos contradictorios	Usarse e Con precaución en insuficiencia hepática. Hipersensibilidad.

5.5 ALGORITMOS

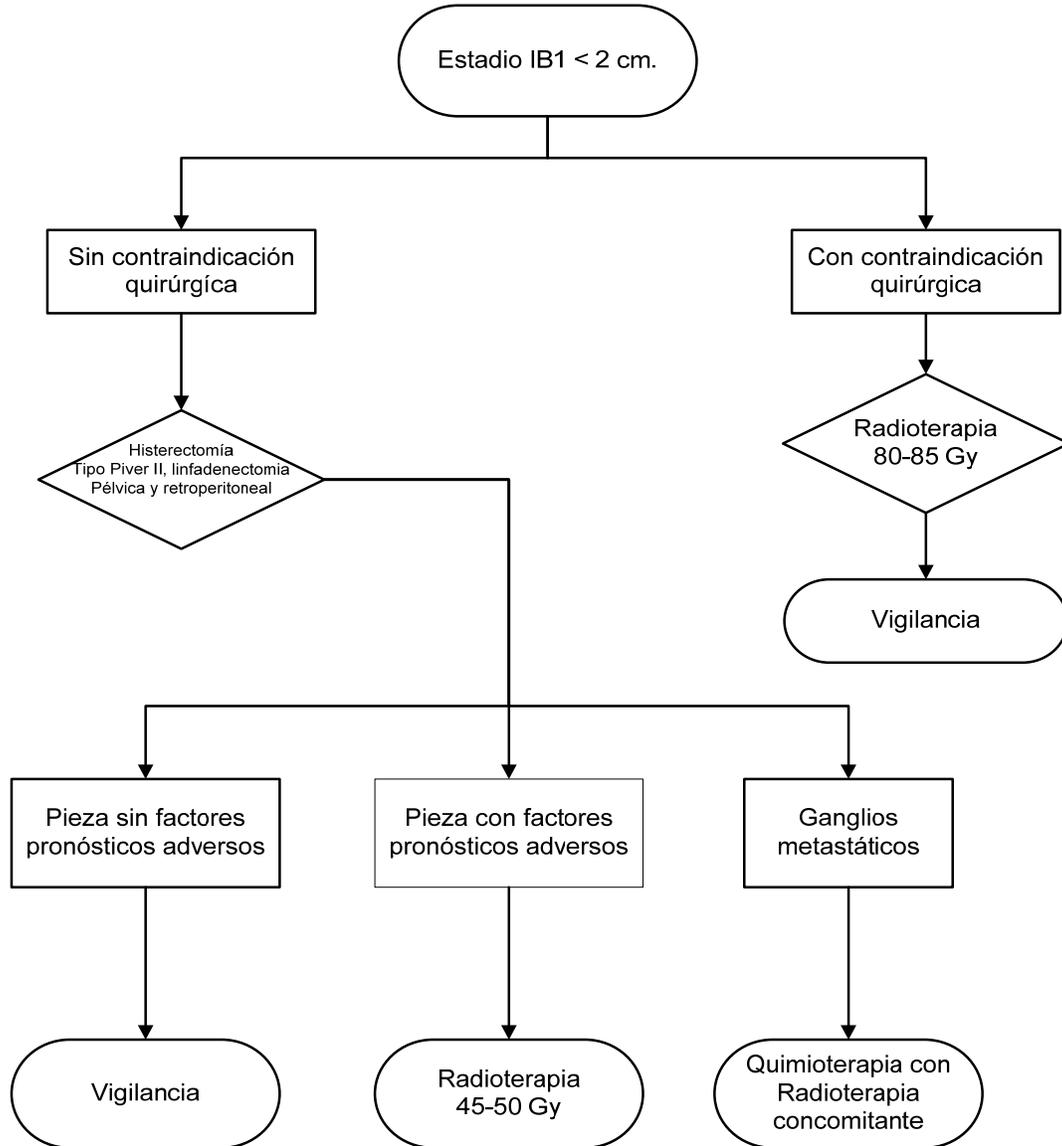
ALGORITMO 1: REFERENCIA DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO INVASOR POR ESTADIFICACIÓN



ALGORITMO 2: TRATAMIENTO DEL ESTADIO IA1

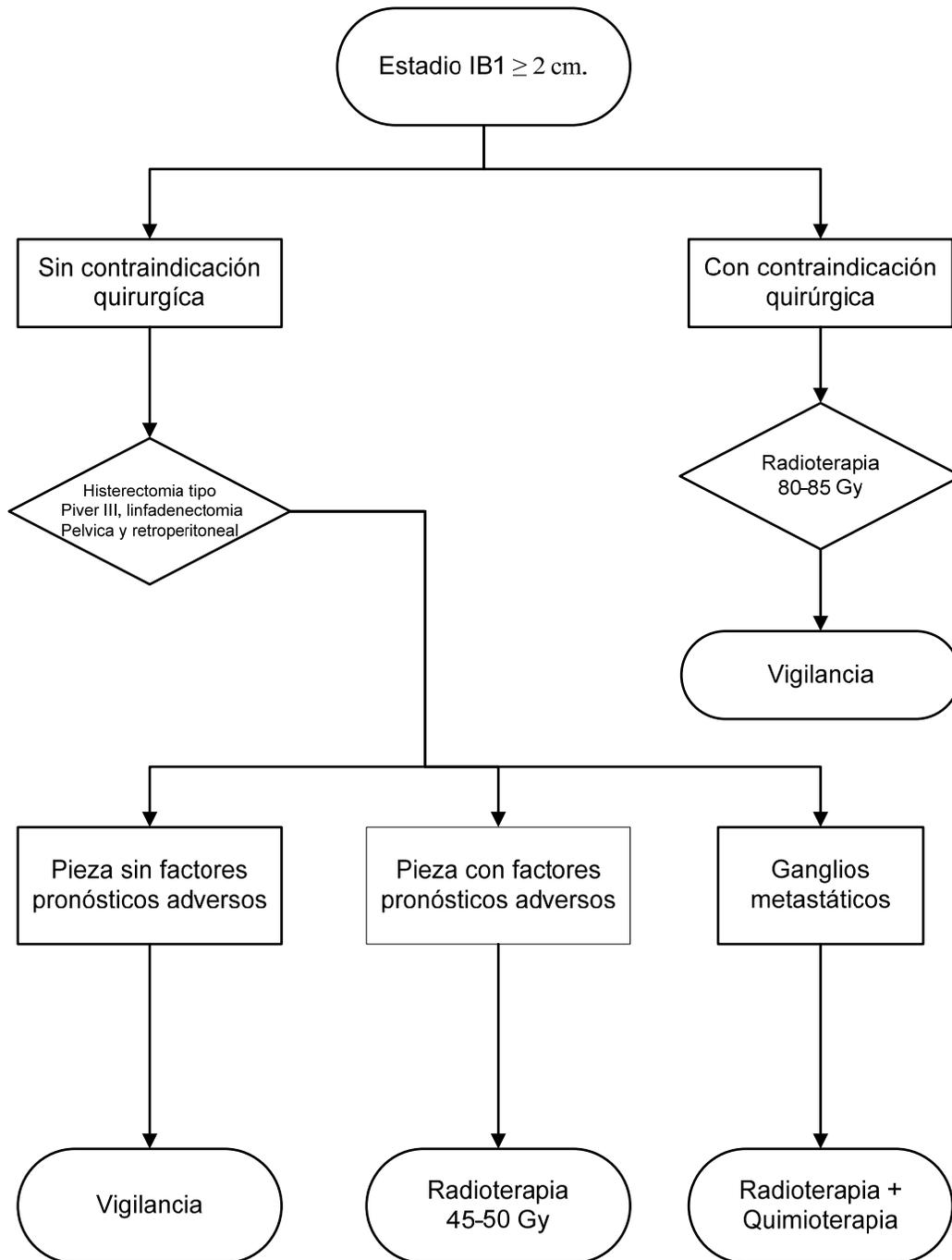


ALGORITMO 3: TRATAMIENTO DEL ESTADIO IB1 < DE 2 CM

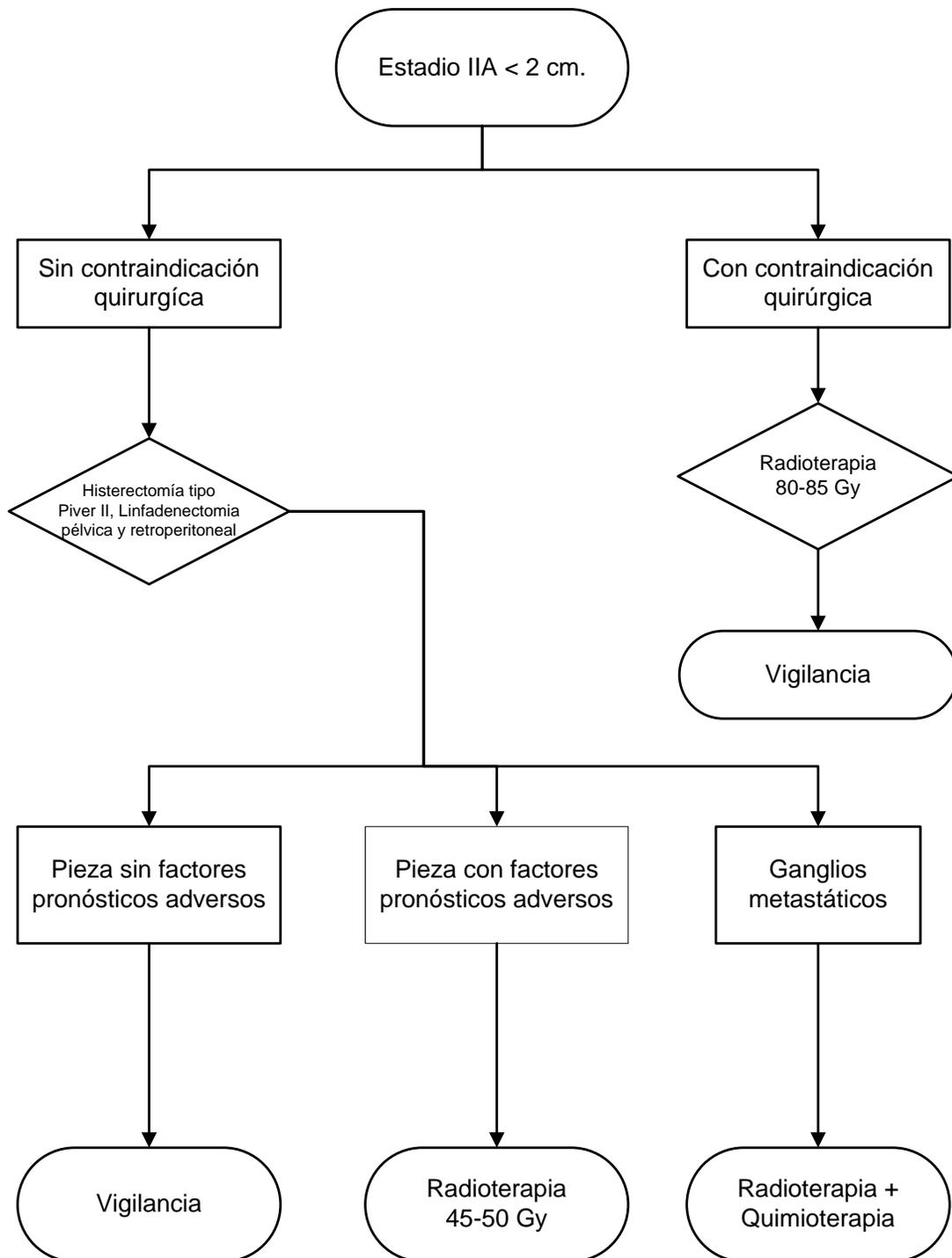


€ Pacientes sin paridad satisfecha debe considerarse traquelectomía radical

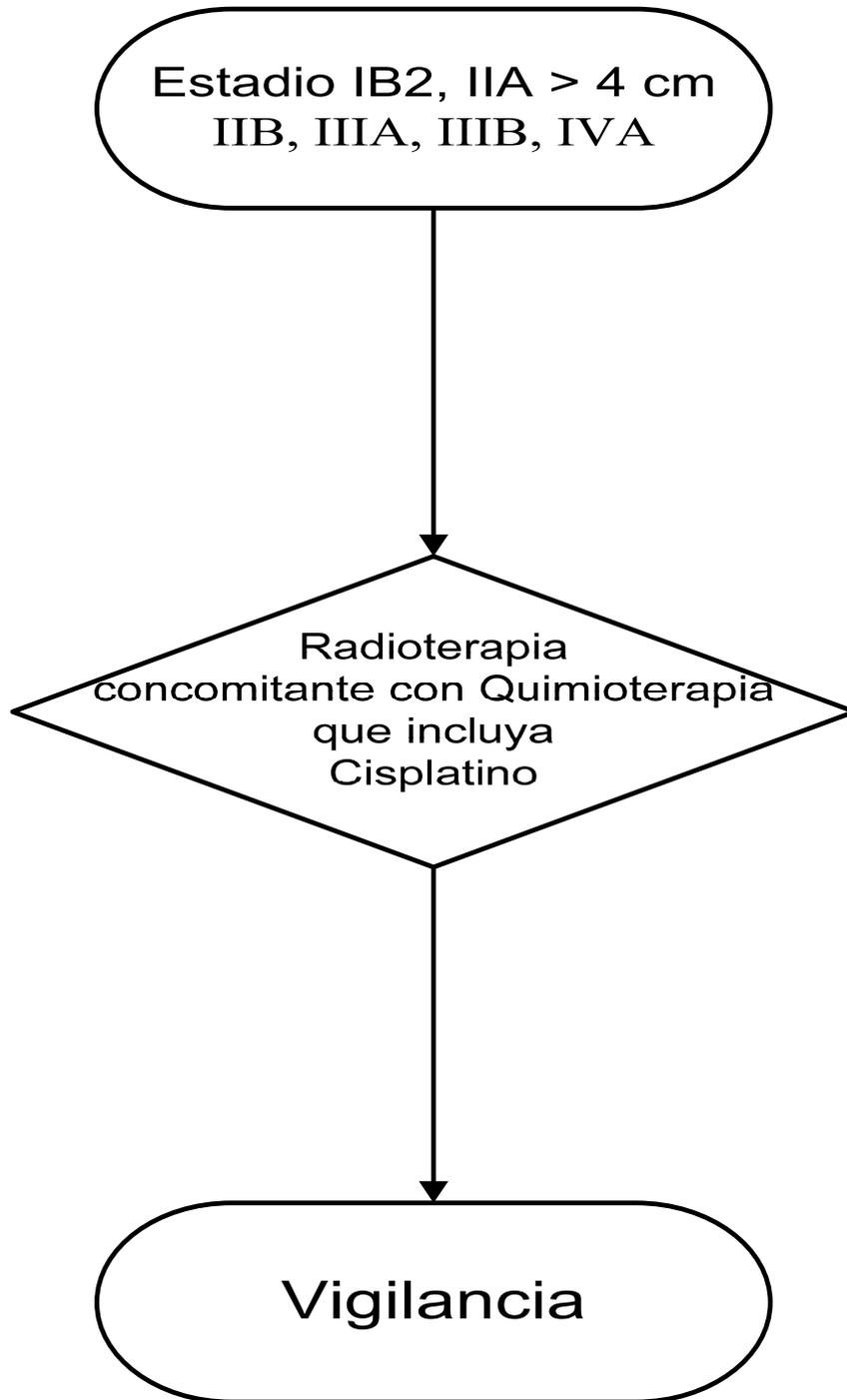
ALGORITMO 4: TRATAMIENTO DEL ESTADIO IB1 2 CM



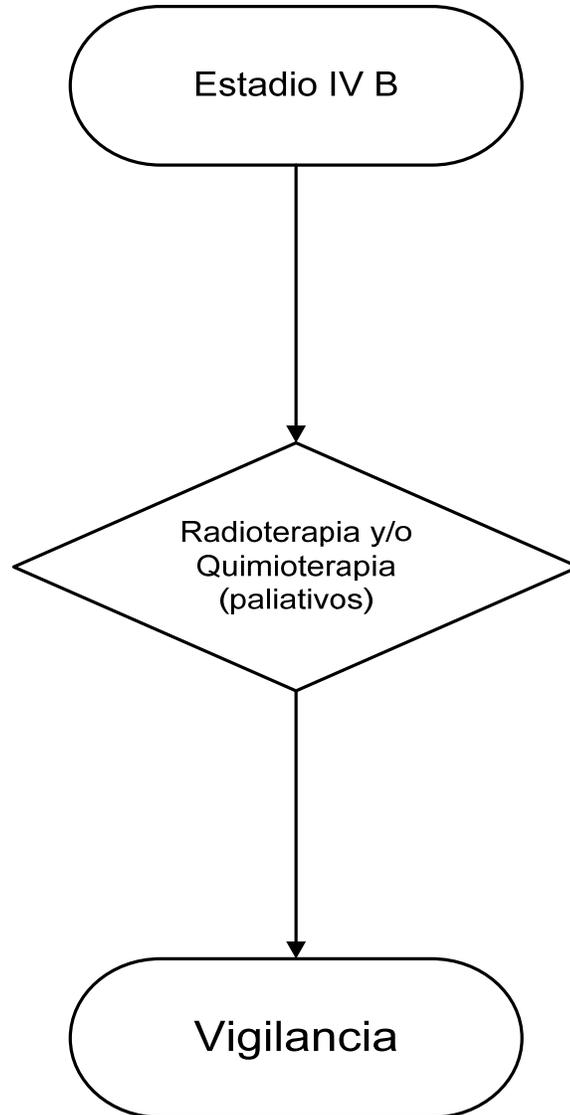
ALGORITMO 5: TRATAMIENTO DEL ESTADIO IIA < 2 CM



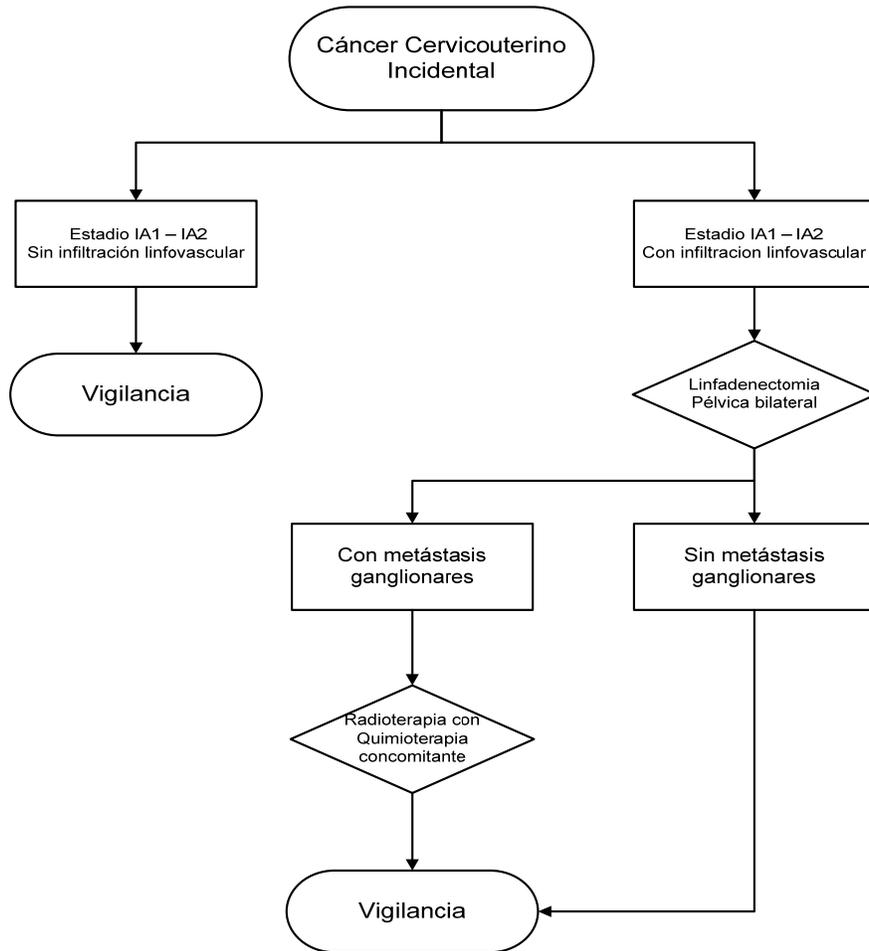
ALGORITMO 6. TRATAMIENTO DE LOS ESTADIOS IB2, IIA > 4 cm, IIB, IIIA, IIIB, IVA



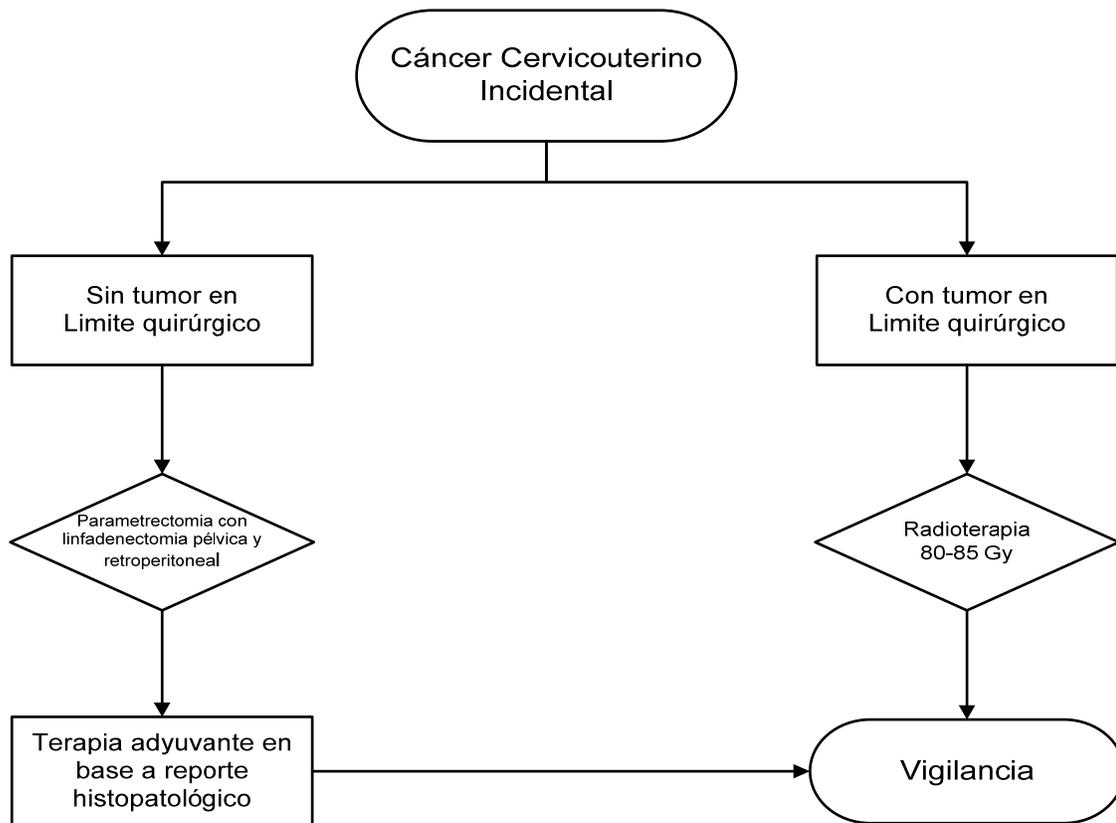
ALGORITMO 7: TRATAMIENTO DEL ESTADIO IVB



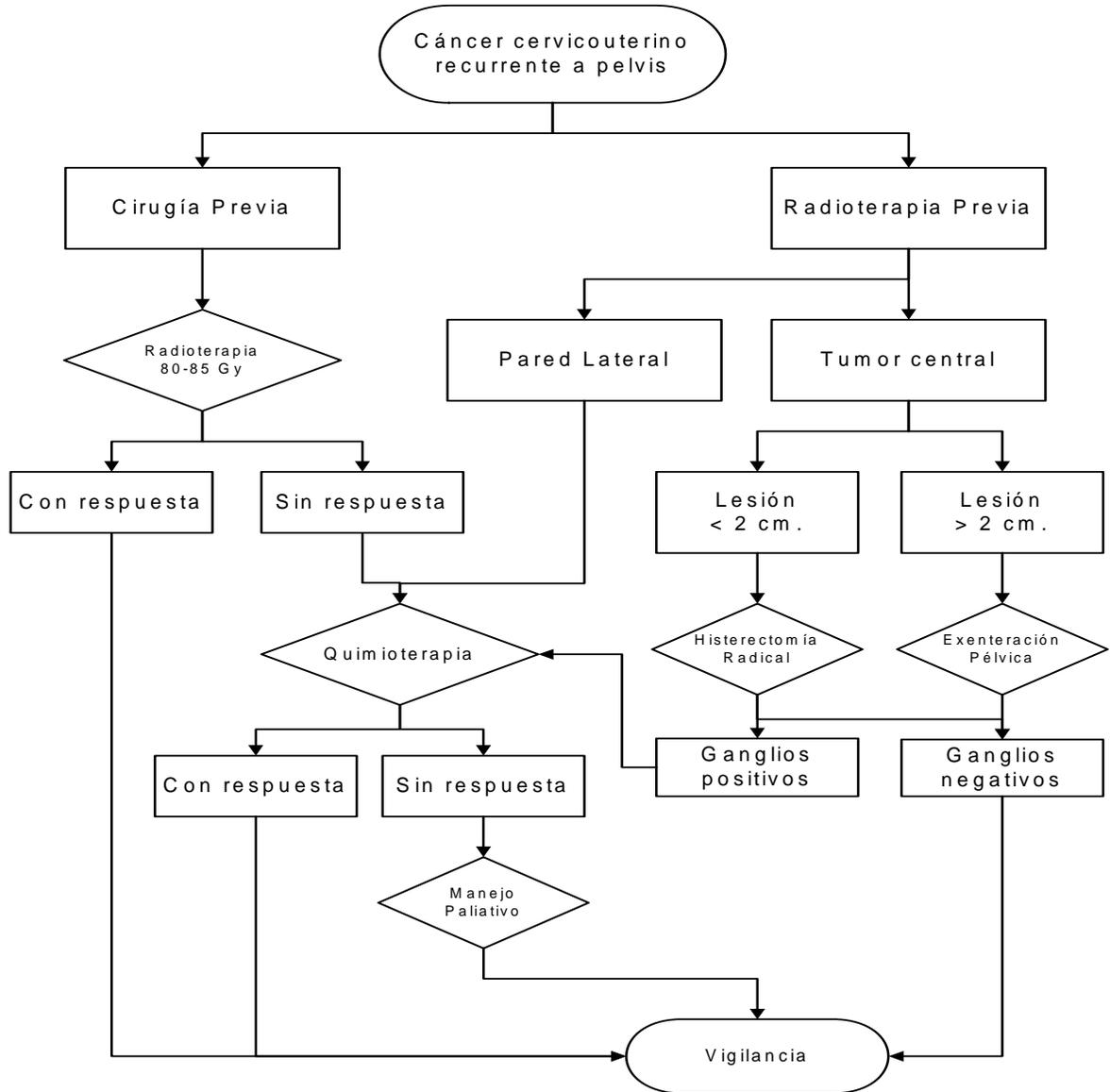
ALGORITMO 8: TRATAMIENTO DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO INCIDENTAL POR HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS DE MICRO INVASIÓN.



ALGORITMO 9. TRATAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO INVASOR INCIDENTAL



ALGORITMO 10: TRATAMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO RECURRENTE A PELVIS



6. GLOSARIO.

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Biopsia: Proceso de extracción de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo, para examen microscópico con fines de diagnóstico histopatológico.

Braquiterapia: Aplicación de fuentes radioactivas a corta distancia de la zona tumoral, con fines terapéuticos.

Campo extendido o técnica de pala: Aplicación seriada de radiaciones dirigidas al área pélvica y retroperitoneal.

Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Cáncer microinvasor: Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5 mm y una extensión horizontal máxima de 7 mm.

Centro o Servicio oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria, reservada para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con afecciones debidas a lesiones precursoras o cáncer.

Ciclo pélvico: Aplicación seriada de radiaciones dirigidas al área pélvica, con fines de tratamiento.

Cirugía derivativa: Se dice de aquella cirugía que se realiza a fin de permitir el paso de fluidos corporales, eludiendo obstrucciones existentes (tumoraes entre otros) y que modifica el paso anatómico-funcional normal (Ej. vejiga ileal, colostomía, entre otros).

Complicaciones por radioterapia: Son aquellas que se presentan posterior a la aplicación del tratamiento y pueden ser catalogadas como: morbilidad aguda aquella que se presenta desde el primer día de tratamiento, hasta los 3 primeros meses después de terminada y morbilidad crónica o tardía, aquella que se presenta después de los 3 meses de finalizado el tratamiento.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado estereoscópico, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar el tracto genital inferior y ano, visualizándose las condiciones de su epitelio y al cual se le pueden aplicar distintas sustancias como solución fisiológica, ácido acético diluido, Lugol u otras con fines de orientación diagnóstica.

Colposcopia no satisfactoria: Una colposcopia es no satisfactoria cuando no se puede visualizar la unión escamo-columnar o los límites de la lesión en el cuello uterino.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información por la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Conización: Resección de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

El criterio diagnóstico utilizado en la conización es, en primer lugar diagnóstico y secundariamente terapéutico cuando es suficiente.

Cono suficiente: Es aquel en el cual el corte pasa a 5 mm o más del borde la lesión y en los márgenes no hay lesión.

Cono insuficiente: Es aquel en el cual el borde de sección está a menos de 5 mm de la lesión o son positivos a enfermedad.

Cono con bisturí: Consiste en la extirpación de una cuña de tejido del cérvix uterino. La amplitud de tejido seccionado dependerá de las áreas que no capto el lugol en la zona de transformación, las dimensiones varían dependiendo de las características del cérvix, de la extensión de la lesión si se encuentra o se introduce al canal endocervical y de la edad de la paciente.

Diagnóstico incidental de cáncer cérvico-uterino post-histerectomía: Es el diagnóstico histopatológico de cáncer cervical en paciente que fue sometida a cirugía por otro causa.

Electrocirugía: Empleo de la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5 mm.

Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Histerectomía extrafascial: Extirpación quirúrgica del útero por fuera de su fascia.

Histerectomía radical: Es la remoción en bloque de útero, cérvix, tejido parametrial y parte superior de vagina usualmente combinado con linfadenectomía pélvica

Histopatología: Estudio macroscópico y microscópico de las alteraciones en los tejidos y órganos extirpados.

Legrado endocervical: Procedimiento diagnóstico instrumentado mediante el cual se obtiene una muestra representativa del epitelio endocervical, para determinar grado o extensión de la lesión exocervical o endocervical.

Linfadenectomía: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpan ganglios linfáticos, con fines diagnóstico-terapéuticos.

Linfadenectomía pélvica: Es la extirpación de los ganglios linfáticos iliacos externos, iliacos internos, de la fosa obturatriz y los parametriales.

Linfadenectomía retroperitoneal es la extirpación de los ganglios linfáticos paraorticos derecho desde la bifurcación de la aorta a la emergencia de la arteria mesentérica inferior.

Metástasis: diseminación de la enfermedad más allá del sitio primario.

Persistencia: Presencia de la neoplasia después de haber recibido tratamiento con fines curativos.

Quimioterapia: uso de medicamentos citotóxicos utilizados en el tratamiento del cáncer.

Radioterapia: uso de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos.

Recurrencia: presencia de la neoplasia, confirmada histológicamente, después haber tenido un lapso de 6 meses sin enfermedad posterior a tratamiento con fines curativos.

Tratamiento conservador: Es aquel que permite eliminar o destruir el tejido lesionado manteniendo el resto del órgano y sus funciones sin cambio.

Tratamiento paliativo: modalidades de manejo dirigidas a mejorar el tiempo y la calidad de vida del paciente oncológico con enfermedad no

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. ASTRO 49TH Annual Meeting, October 28 November 1,2007, Scientific Abstracts and Educational Syllabi. Los Angeles Convention Center, Los Angeles, California.
2. Consensus Guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia os adenocarcinoma in situ. Thomas C Wright Jr Md, L. Stewart Massad, MD, Charles J. Dunton, MD, Mark Sphitzer, MD; Edward J. Wilkinson, MD; Diane Solomon, MD; for the 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Sponsored Consensus Conference. AJOG. October 2007
3. Cervical Screening: A Clinical Practice Guideline. CM Mclachlin V, Mai J. Murphy, M. Fung Kee Fung, A Chambers and members of the Cervical Screening Guidelines Development Committee of the Ontario Cervical Screening Program and the Gynecology Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario. Report Date:Date: May 20, 2005
4. Meder - Haie, P. Morice & M. Castiglione On behalf of the ESMO Guidelines Working Group Annals of Oncology 19 (Supplement 2): ii17–ii18, 2008 Clinical recommendations Cervical cancer: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up
5. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Cervical Cancer Feb 2003 Ministry of Health, Singapore
6. Clinical practice guidelines management of cervical cancer april 2003, ministry of health malaysia Academy of medicine.
7. COLPOSCOPY AND PROGRAMME MANAGEMENT. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. NHSCSP Publication No 20. April 2004
8. Charles A. Leath III, J.Michael Straughn Jr. Snchal M Bhoola, Edward E. Partridge, Larry C. Kilgore, and Ronald D. Alvarez, Dato' Dr. N.Sivalingam,Kuala Lumpur Hospital,Dr. Suresh Kumarasamy,Dr. Gerard Lim,Dr. Norshidah Abdullah,Kuala Lumpur Hospital,Dr Nor Filzatun Borhan,Dr. B.K. Lim,Dr Fuad Ismail Clinical PracticSe Guidelines 1/2003
9. -Dataset for histological reporting of cervical neoplasia 2nd edition June 2008
10. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
11. FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY .Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix and endometrium. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105(2009) 103-104
12. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107:377-382.
13. Guía clínica de cancer cérvicouterino del gobierno Chileno www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CancerCervicouterino.pdf
14. Guidelines for the Treatment of Recurrent and Metastatic Cervical Cancer Michael Friedlander, Michelle Grogan The Oncologist 2002; 7:342-347t
15. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097
16. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
17. Hermann hertel, chisthardt köhler, dorothee grund, peter hillemanns, Marc possover, Wolfgang Michels, Achim Schneider. Radical vaginal trachelectomy (RVT) combined wiht laparoscopic pelvic lymphadenectomy; Prospective multicenter study of 100 patients with early cervical cancer. Gynecologic Oncology 103 (2006) 506-511.
18. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743

19. Lynn Dr Hirschowitz, Dr Raji Ganesan, Dr Naveena Singh The Royal College of Pathologists Eric K. Hansen, Mack Roach III, Handbook of Evidence-based Radiation Oncology, springer 2007.
20. Marcus Bernardini, Jon Barrett, Gareth Seaward, Allan Covens. Pregnancy outcomes in patients after radical trachelectomy, American journal Obstet Gynecol 2003; 189:1378-82.
21. National Comprehensive Cancer Network, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cervical cancer V.I. 2008. www.nccn.org
22. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino. Diario Oficial 31-Mayo-2007.
23. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72
24. Saslow Debbie, Carolyn D, Runowicz, Diane Solomon, Anna-Barbara Moscicky, Robert A, Smith Harmon J, Eyre and Carmel Cohen. A Cancer Journal for Clinicians. American cancer Society for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA Cancer J Clin 2002;52;342-362
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of cervical cancer. A national clinical guideline. January, 2008
26. Sonoda Yukio, Nedeem R Abu-Rustum. Mary L. Gemignani, Dennis S. Chi, Carol L. Brown, Elizabeth A. Poynor, Richard R Barakat A fertility-sparing alternative to radical hysterectomy: how many patients may be eligible Gynecologic Oncology 95 (2004) 534-538.
27. The effects of cancer treatment on reproductive functions. Guidance on management. Report of a Working Party. November 2007. Pag 1-55.
28. The role of radical parametrectomy in the treatment of occult cervical carcinoma after extrafascial hysterectomy. Gynecologic Oncology 92 (2004) 215-219.
29. Vaginal radical trachelectomy: an oncologically safe fertility-preserving surgery. An updated series of 72 cases and review of the literature, Gynecologic Oncology 22 (2004) 1-10

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Delegado Delegación Norte del D.F.México
Dr. Ricardo Avilez Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Norte del D.F.México
Lic. Salvador Enrique Rochin	Delegado Delegación Sur del D.F.México
Dr. Gilberto Tena Álvarez	Director General UMAE HGO 4 “Dr. Castelazo Ayala” Dístrito Federal, México
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur del D.F.México
Lic. Benito Gerado Carranco	Delegado Delegación Jalisco
Dr. Manuel Cervantes Ocampo	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Jalisco
Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez	Director General UMAE HGO 3 CMNR Dístrito Federal, México
Dr. Elias Ahumada Ramírez	Director Médico UMAE HGO 3 CMNR Dístrito Federal, México
Dr. Germán Castelazo Rico	Jefe de Servicio de Oncología UMAE HGO 3 CMNR Dístrito Federal, México

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente