

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SARCOMA DE KAPOSI Asociado a VIH

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-462-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 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: **Sarcoma de Kaposi asociado a Virus de la Inmunodeficiencia Humana**. México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: B210 Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi GPC: Sarcoma de Kaposi asociado a Virus de la inmunodeficiencia Humana

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Yuribia Karina Millán Gamez	Oftalmología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, IMSS
----------------------------------	--------------	--------------------------------------	---

Autores :

Dra. Gloria Martínez Martínez	Oncología Médica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital Gineco Obstetricia 4 Delegación 3 Suroeste
Dra. Rocío Crystal Grajales Álvarez	Oncología Médica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital Gineco Obstetricia 4 Delegación 3 Suroeste

Validación interna:

Dr. Jose Antonio Mata Marín	Infectología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital General de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernandez"
Dr. Marco Antonio López Hernandez	Medicina Interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital General Regional No. 1 " Dr. Carlos MacGregor Sánchez"

Validación externa:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>
Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>

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
3.4. OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.5. DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	10
4.1. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	11
4.1.1. FACTORES DE RIESGO.....	11
4.2 DIAGNÓSTICO	14
4.2.1. CUADRO CLÍNICO Y MÉTODO DIAGNÓSTICO	14
4.2.2. ETAPIFICACIÓN.....	19
4.4. TRATAMIENTO.....	20
4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	20
4.4.2. TRATAMIENTO LOCAL	28
4.5. CRITERIOS DE REFERENCIA	31
4.5.1. TÉCNICO-MÉDICOS.....	31
4.6. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.....	31
4.7. DÍAS DE INCAPACIDAD DONDE PROCEDA.....	33
5. ANEXOS.....	34
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	34
5.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	36
5.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	40
5.4. MEDICAMENTOS.....	42
5.5. ALGORITMOS.....	43
6. GLOSARIO.....	46
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50
8. AGRADECIMIENTOS.	53
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	54
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	55
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	56

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-462-11	
Profesionales de la salud.	Infectólogos Oncólogos Médicos Médico internista
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: B 210 Enfermedad por VIH, resultante en Sarcoma de Kaposi.
Categoría de GPC.	Diagnóstico y Tratamiento del Sarcoma de Kaposi en el Segundo y Tercer nivel de atención
Usuarios potenciales.	Oncólogos Médicos Oncólogo Quirúrgico Dermatólogo Infectólogos Médicos Internistas Médico Familiar Médico General Enfermeras Generales Médicos en Formación
Tipo de organización desarrolladora.	UMAE Hospital de Gineco Obstetricia 4, Delegación DF Sur División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, IMSS Hospital de Infectología
Población blanco.	Pacientes con VIH
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Primer nivel de atención Identificar los pacientes con VIH y riesgo de desarrollo de sarcoma. Referencia a un segundo nivel de atención para realizar diagnóstico. Segundo nivel de atención Confirmación diagnóstica de envío procedente del primer nivel de atención mediante Exploración física completa, toma de biopsia de lesión, estafitificación del riesgo Vigilancia y seguimiento del paciente contrarreferido del tercer nivel Tercer nivel de atención Manejo farmacológico terapéutico. Manejo con radioterapia. Seguimiento de la evolución hasta la estabilización Contrarreferencia del paciente estable al segundo nivel
Impacto esperado en salud.	Identificación de la población en riesgo Diagnóstico temprano Tratamiento oportuno Manejo multidisciplinario Aumentar la supervivencia global del paciente con SIDA. Mejorar la calidad de vida del paciente y familiares
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: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 8 Guías seleccionadas: 7 Revisiones sistemáticas: 3 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 0
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: División de Excelencia Clínica Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social <institución que validó por pares> Revisión institucional: Validación externa: Verificación final:
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-462-11

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. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar sarcoma de Kaposi?
2. ¿Qué estudios se deben solicitar al tener sospecha de sarcoma de Kaposi?
3. ¿Cuál es la tipificación del sarcoma de Kaposi, para toma de decisión de tratamiento?
4. De acuerdo a la clasificación de riesgo, ¿cuál es la mejor alternativa terapéutica?
5. ¿Cuál es el papel de la terapia antirretroviral?
6. ¿Cuál es el beneficio de inicio de terapia sistémica con quimioterapia en pacientes de bajo riesgo?
7. ¿Cuál es el mejor esquema de tratamiento sistémico con quimioterapia en pacientes con sarcoma de Kaposi de alto riesgo?
8. ¿Cuáles son las indicaciones de radioterapia en esta neoplasia?
9. ¿Qué papel tiene el interferón en el manejo del sarcoma de Kaposi?
10. ¿Cuáles son los criterios para decidir la referencia al tercer nivel?
11. De los pacientes que requirieron atención en tercer nivel, ¿cuáles son los criterios para su contra referencia a segundo nivel?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. ANTECEDENTES

El Sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por primera vez en 1872 en Viena por el dermatólogo austro-húngaro Moritz Kaposi con el nombre de Sarcoma Múltiple Pigmentado Idiopático, que afectaba a varones fundamentalmente judíos y del área mediterránea.

En 1956, se publicó una primera comunicación donde se describió una segunda variedad endémica en África ecuatorial, afectando particularmente a niños y hombres jóvenes. Este tipo de SK presenta dos formas: una variante cutánea y una linfadenopática muy agresiva con afectación visceral y curso casi fulminante. Constituye casi la mitad de todas las neoplasias de Kenia y Nigeria. En la década de los 60, se describió una tercera variedad epidémica en pacientes sometidos a trasplante renal e inmunodeprimidos. En la década de los 80, se comunicaron los primeros casos de SK en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) siendo en estos pacientes una forma mucho más severa, agresiva y fulminante a nivel mucocutáneo y visceral, con capacidad de diseminación al tracto gastrointestinal, pulmones e hígado hasta en 50% de los casos. También puede afectar a bazo, páncreas, glándulas suprarrenales, testículos y ganglios linfáticos. Tiene una mayor prevalencia entre la población homo-bisexual, aunque también puede encontrarse en la población heterosexual y drogodependientes. En los pacientes con SIDA tiene una menor respuesta al tratamiento, y se suele diagnosticar ya en una fase avanzada de diseminación mucocutánea o visceral. (Roiz 2010)

En este momento nos referiremos al SK en los pacientes con SIDA. Se veía más frecuentemente en hombres mayores de 50 años de edad con lesiones clínicas que evolucionaban por años causando raramente la muerte. En los últimos años se está observando un incremento mundial en el número de pacientes jóvenes e incluso niños con estos tumores cutáneos y de una agresividad no habitual, con mayor número de lesiones y diseminación corporal. (Santana 2000)

En México la neoplasia más frecuente en la población con SIDA es SK. En los últimos años ha disminuido la incidencia, con cifras que van de un 35% a un 10% debido al uso temprano de la terapia antirretroviral altamente activa en pacientes que cuentan con seguridad social. (Pérez 1999)

3.2. JUSTIFICACIÓN

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente asociada al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en la década de los 80's se reportó el primer caso de sarcoma asociado al VIH, a partir de ese momento, se consideró como una neoplasia endémica. Con la introducción del tratamiento antirretroviral altamente activo [(TARAA) pre-highly active antiretroviral therapy en inglés (HAART)] hubo un descenso de la incidencia de esta neoplasia, sin embargo continua siendo la neoplasia más frecuente en este grupo de pacientes.

El diagnóstico oportuno e inicio de manejo antirretroviral, así como sistémico con quimioterapia, es parte fundamental del control de la enfermedad.

El propósito de esta guía es ofrecer, a partir de la evidencia disponible, las mejores recomendaciones para la práctica clínica del paciente con SK, poniendo a disposición del personal de la salud involucrado en la atención de estos pacientes las herramientas necesarias para sospechar esta patología y realizar un envío al segundo nivel para establecer un diagnóstico temprano y de certeza por el Oncólogo. Además brindar apoyo en la toma de decisiones para realizar el tratamiento para cada caso, considerando diferentes factores, con el fin de prevenir el deterioro funcional mediante el tratamiento y seguimiento oportunos. El beneficio obtenido de esta intervención generará una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

3.4. OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Sarcoma de Kaposi Asociado a VIH**, 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:

Segundo nivel

1. Realizar exploración física a toda la población en riesgo.
2. Establecer criterios estandarizados para el escrutinio y diagnóstico.
3. Establecer el diagnóstico temprano y de certeza.
4. Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos para realizar un diagnóstico temprano.
5. Otorgar un tratamiento adecuado y oportuno.
6. Realizar vigilancia y seguimiento de población en tratamiento.
7. Ofrecer fuentes de rehabilitación psicológica.
8. Mantener la calidad de vida.
9. Envío temprano a tercer nivel en pacientes de alto riesgo.

Tercer nivel.

1. Establecer el diagnóstico de SK asociado a VIH en la población en riesgo.
2. Establecer criterios estandarizados para el escrutinio y diagnóstico.
3. Identificar riesgo del paciente para determinar el tratamiento óptimo.
4. Disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos para realizar un diagnóstico temprano.
5. Otorgar un tratamiento adecuado y oportuno.
6. Realizar vigilancia y seguimiento de población en tratamiento.
7. Ofrecer fuentes de rehabilitación psicológica.

8. Mantener la calidad de vida.
9. Realizar contrarreferencia al segundo nivel de aquéllos pacientes estables.

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 SK fue descrito por primera vez en 1872 por el dermatólogo Húngaro Moriz Kaposi y se define como una neoplasia maligna del endotelio vascular. Clínicamente se presenta como máculas o nódulos cutáneos. Histológicamente, el SK es un tumor compuesto por bandas intercaladas de células en forma de huso y vasculares, con eritrocitos extravasados, envueltos en una red y fibras de colágena, las cuales se cree que se originan de la proliferación maligna de las células endoteliales de vasos linfáticos y sanguíneos (Sánchez, 2005).

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	2++ (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	1a [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.

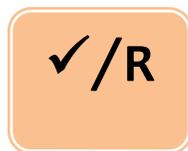
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1. FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Se evaluó la incidencia de SK en sujetos tratados con TARAA y se logró establecer una asociación entre la cuenta de linfocitos CD4+ y la incidencia de SK mostrando: RR 18.91 en los sujetos que tenían cuenta de linfocitos DC4+ < 200 células/mm³, RR 3.55 con cuenta de linfocitos CD4+ entre 200-349 células/mm³, y RR de 4.11 para 350-499 linfocitos DC4+ /mm³. Todos comparados con ≥ 500 linfocitos CD4+

IIb
[E. Shekelle]
Lodi 2010

E

El uso de TARAA con supresión de la replicación viral reduce de forma importante la incidencia de SK en pacientes adultos infectados por VIH y es uno de los principales objetivos del tratamiento.

II
Mofenson 2009
Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

E

La efectiva supresión de la replicación de VIH con terapia antiretroviral en pacientes infectados con VIH con SK puede prevenir la progresión de SK o el desarrollo de nuevas lesiones y debe ser considerada para todas las personas con SK

II
Mofenson 2009
Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

R

Se recomienda adecuado control del VIH mediante TARAA.

A/ B
Mofenson 2009
Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

B
[E. Shekelle]
Lodi 2010

E

El mecanismo de transmisión del herpes virus humano-8 (HHV-8) asociado con SK es desconocido. La evidencia epidemiológica sugiere transmisión sexual aunque también puede ocurrir en heterosexuales. El virus ha sido detectado más frecuentemente en saliva y semen de personas infectadas HHV-8 seropositivas. Sin embargo la eficacia de condón usado para prevenir la infección de HHV-8 no se ha establecido.

II
Flemiing. Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance 1999.

R

Las pruebas para identificar sujetos seropositivos a HHV-8 en individuos infectados por VIH no se recomienda en este momento

A
Fleming. Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance 1999.

D
Mofenson 2009 Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

E

La mayor asociación al desarrollo de SK fue la actividad sexual con una pareja sexual portadora de SK, seguido por las relaciones homosexuales. Dentro del uso de sustancias las más asociadas fueron sustancias inhaladas, alcohol, analgésicos y sedantes.

I Ib
[E. Shekelle]
Nawar 2005

E

El mayor riesgo de cáncer registrado en hombres homosexuales fue casi enteramente para el SK con 136 veces más riesgo de desarrollo, seguido por el carcinoma anal de células escamosas con 31.2 más riesgo y por ultimo linfoma no Hodgkin con 15.1 más riesgo que la población heterosexual

I Ib
[E. Shekelle]
Frisch 2003

R

Se recomienda evitar las prácticas sexuales de riesgo y fomentar el uso de preservativo en pacientes con VIH+.

B
[E. Shekelle]
Nawar 2005, Frisch 2003

A
Fleming. Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance 1999.

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1. CUADRO CLÍNICO Y MÉTODO DIAGNÓSTICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Como parte del examen anual de la piel, el médico debe examinar la cavidad oral y la superficie de la piel entera, incluyendo las plantas de los pies del cuero cabelludo, genitales externos, y las orejas, por la presencia anormal de lesiones pigmentadas.</p>	<p>I <i>New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>Los siguientes exámenes de laboratorio se deben realizar a cada paciente en su visita inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos del VIH (no dispone de resultados previos) o si el RNA VIH es indetectable • Cuenta de linfocitos CD4+ • ARN de VIH en plasma <p>Para pacientes con tratamiento previo de ARN del VIH >1.000 cp/ml, prueba de resistencia genotípica independientemente de si la terapia antirretroviral se iniciará de inmediato</p>	<p>Evidencia Tipo I <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping 2010</i></p>
<p>R</p>	<p>Debe realizarse un examen físico completo para determinar la extensión de la enfermedad, que incluya revisión de cavidad oral y exploración rectal. Además de una evaluación virológica-inmunológica que consista en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticuerpos del VIH (si no dispone de resultados previos) • En caso de inmunocompromiso avanzado y sospecha de VIH a pesar de ELISA negativo se sugiere realizar PCR para RNA VIH • Cuenta de Linfocitos CD4+ • Obtener Karnovsky y búsqueda de enfermedades concurrentes • Endoscopia bajo sospecha de SK gastrointestinal y/o broncoscopia 	<p>Option standard <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping 2010</i> C [E. Shekelle] <i>Di Lorenzo 2007</i></p>

E

Las lesiones se pueden encontrar en cualquier parte de la piel y en cualquier superficie mucosa. Las lesiones cutáneas son hiperpigmentadas, pápulas de color azul o púrpura o nódulos y puede estar asociado con linfedema.

IV
[E. Shekelle]
WHO Europe 2006

E

Son datos de progresión las lesiones dolorosas con necrosis central y ulceración; posteriormente se tornan friables, confluentes y suelen acompañarse de insuficiencia vascular y linfedema.

III
[E. Shekelle]
Di Lorenzo 2008

E

Con tomografía de coherencia óptica se determinó que lesiones tempranas de SK se presentan como área nodular con signos de atenuación en la dermis, correspondiendo a aspecto clínico e histológico de pequeños nódulos incipientes angio-sarcomatosos con ramas reticulares o redondas con pocas o ningunas estructuras visibles correspondiendo a espacios vasculares y claramente delimitados por la dermis perilesional no afectada.

III
[E. Shekelle]
Forsea 2010

E

Cuando el médico sospecha SK basado en la inspección visual, la biopsia de por lo menos una lesión se debe obtener para confirmar el diagnóstico y para diferenciar los sarcomas de otras lesiones pigmentadas.

III
New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007

R

El diagnóstico puede ser confirmado histológicamente después de la biopsia escisional y clasificación las lesiones en parche, placa o enfermedad nodular. El diagnóstico de la enfermedad puede confirmarse con el VHH-8

Recomendación
Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008
NICE Clinical Guidelines for the management of skin cancer and melanoma 2006

R

La biopsia es el estándar de oro para el diagnóstico de cáncer oral. El examen histopatológico es el método definitivo para el diagnóstico.

Consenso de expertos
HealthPartners Dental Group and Clinics Oral Cancer Guideline 2007

E

La apariencia típica en la piel u orofaringe, es inicialmente una lesión plana de color rosa o hematoma de color sangre, las lesiones de la piel que por lo general se convierten en placas o nódulos violáceos.

IV
[E. Shekelle]
WHO 2007

E

Las lesiones bucales se pueden encontrar en el paladar duro y en ocasiones en lengua, garganta, amígdalas o encías. Las lesiones son pápulas púrpura, generalmente sin dolor y en ocasiones grandes y pediculados.

IV
[E. Shekelle]
WHO Europe 2006

E

En ausencia de síntomas gastrointestinales, la evaluación radiográfica o endoscópica del tracto gastrointestinal no es recomendación rutinaria para la etapificación de SK

III
New York State Department
of Health. *Neoplastic
complications of HIV
infection 2007*

E

En el paciente con SK cutáneo presenta síntomas gastrointestinales inexplicables (particularmente dolor, sangrado, o signos de obstrucción), el clínico debe realizar una evaluación endoscópica de la parte superior y/o el tracto gastrointestinal inferior

I
New York State Department
of Health. *Neoplastic
complications of HIV
infection 2007*

E

Hasta el 40% de los pacientes presentan lesiones en tracto gastrointestinal al diagnóstico, de éstos, 20% las manifiestan en cavidad oral y pueden presentar además dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, sangrado gastrointestinal, obstrucción intestinal, malabsorción o diarrea

III
[E. Shekelle]
Arora 2010
Shah 2008
Kibria 2010

R

A todo paciente con sintomatología de tracto gastrointestinal se le debe realizar endoscopia de tubo digestivo alto y/o bajo.

C
[E. Shekelle]
Nkuize 2010

E

La afección respiratoria produce disnea, tos y hemoptisis. En casos avanzados puede manifestarse con infiltrado retículo nodular y derrame pleural.

III
[E. Shekelle]
Von Roenn 2003

E

Cuando un paciente conocido con SK cutáneo se presenta con disnea, sibilancias y/o hemoptisis, los médicos deben realizar un diagnóstico diferencial para KS pulmonar mediante la obtención de radiografías, escáneres, y /o broncoscopia para excluir infecciones y otros procesos neoplásicos (por ejemplo, linfoma, cáncer de pulmón).

I
New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007

E

Las lesiones pulmonares son infiltrantes con derrame pleural y con frecuencia conducen a insuficiencia respiratoria. La condición puede ser confundida con angiomatosis bacilar (bartonelosis), una enfermedad infecciosa que se ve en personas con VIH

IV
[E. Shekelle]
WHO Europe 2006

R

Como parte del protocolo se solicitará radiografía simple de tórax.

C
[E. Shekelle]
Di Lorenzo 2007

R

La radiografía de tórax se indica en la evaluación inicial de pacientes con SIDA y enfermedad respiratoria aguda. La mayoría de las enfermedades respiratorias también se asocian con hallazgos anormales en la radiografía de tórax. Si la radiografía es normal o no coincide y la sospecha clínica para la enfermedad es alta, la Tomografía Computada (TC) se puede realizar para evaluar la presencia de alteraciones pulmonares sutiles y linfadenopatías. La TC también juega un papel importante en la ponderación de un diagnóstico diferencial y para guiar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en pacientes con radiografía de tórax anormal. La gammagrafía nuclear, incluyendo la de galio 67 y Tc-DTPA, puede ser útil en el diagnóstico de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (carinii), y el examen combinando talio y galio ha demostrado ser utilidad en el diagnóstico de SK

D
[E. Shekelle]
*Haramati
ACR. Appropriateness.
Criteria acute respiratory
illness in HIV-positive
patient 2008*

R

El diagnóstico definitivo se establece por apariencia macroscópica o aspecto de la lesión observada mediante endoscopia, broncoscopia, o por histología

D**[E. Shekelle]***WHO 2007***R**

La enfermedad visceral es poco frecuente, afecta a alrededor del 10% al momento del diagnóstico, la TC, broncoscopia y endoscopia no se justifica en la ausencia de síntomas.

D**[E. Shekelle]***NICE Clinical Guidelines for the management of skin cancer and melanoma 2006***E**

Los médicos deben realizar estudios por imágenes para evaluar adenopatías patológicas no palpables, cuando los pacientes presentan síntomas constitucionales inexplicables que duran más de 2 semanas, tales como pérdida de peso, fiebre, y sudores nocturnos

I*New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007***E**

Los médicos deben obtener biopsias de los ganglios linfáticos que son de nuevo desarrollo, crecimiento anormal (> 2 cm), o crecimiento progresivo

I*New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007***R**

A menos que los ganglios linfáticos sean lo suficientemente grandes o asimétricos para justificar la biopsia para la exclusión de linfoma, no hay necesidad de biopsia de forma rutinaria de los ganglios linfáticos en pacientes con SK demostrada por biopsia en otro lugar.

Punto de Buena Practica
New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007

4.2.2. ETAPIFICACIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Oncology Committee ha publicado criterios para la evaluación del SK epidémico. El sistema de clasificación toma en cuenta el grado de la enfermedad, la gravedad de la inmunodeficiencia y la presencia de síntomas sistémicos (Anexo 5.3.1)</p>	<p>IIb <i>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008.</i></p>
<p>E</p>	<p>Un estudio prospectivo para validar el sistema de etapificación del ACTG en la era de TARAA demostró que la supervivencia a 3 años con la combinación de factores pronósticos adversos, fue significativamente menor que los pacientes sin estos factores (53 vs 88%), o con un solo factor: 80% por S1 solo; 81% por T1 solo, $p=0.0001$.</p>	<p>IIb <i>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008.</i></p>
<p>R</p>	<p>El tratamiento se aplica dependiendo de la etapa clínica de la enfermedad y puede incluir TARAA, radioterapia local, antraciclina liposomal y paclitaxel. (ver anexo 5.3.1)</p>	<p>A/B <i>Bower British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008.</i></p>
<p>R</p>	<p>Dupont et al observaron que el TARAA resultaba eficaz frente al SK incluso sin tratamiento "específico". Los autores comprobaron que la respuesta al tratamiento dependía de la recuperación del sistema inmune y encontraron como factores predictores de remisión completa a los 24 meses el aumento de linfocitos CD4 superior a $150 \times 10^6/l$ entre la inclusión y el mes 12 (OR 13,4, IC95% 2-82) y el etapa T₀ a la inclusión (OR 7, IC95% 1,1-42)</p>	<p>Consenso <i>Miralles 2002</i></p>

4.4. TRATAMIENTO**4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO****4.4.1.1. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	Los pacientes también deben recibir profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas	I <i>New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007</i>
R	La infección avanzada por el VIH, no es contraindicación para la quimioterapia en el tratamiento de SK	Punto de Buena Practica <i>New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007</i>
E	Fase inicial SK (estadio T0) <ul style="list-style-type: none"> • TARAA • Considere la posibilidad de la radioterapia local o antraciclina liposomal (solo en caso de enfermedad rápidamente progresiva o cosméticamente deformante) 	III <i>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008</i>
E	Fase avanzada SK (fase T1) <ul style="list-style-type: none"> • TARAA y antraciclina liposomal (ya sea DuanoXome 40mg/m² cada 14 días o Caelyx 20mg/m² cada 21 días) • SK antraciclinas refractarios 	Ib <i>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008</i>
E	Fase avanzada SK (fase T1) <ul style="list-style-type: none"> • TARAA y paclitaxel (100mg/m² cada 14 días) 	III <i>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008</i>

E

La supresión efectiva de la replicación del VIH con TARAA en los pacientes infectados por el VIH con SK puede prevenir la progresión o aparición de nuevas lesiones y se debe considerar a todas las personas con evidencia de SK y otras HHV-8-asociados trastornos linfoproliferativos malignos

Ia
[E. Shekelle]

Iscoe: Liposomal Anthracyclines in the Management of Patients with HIV-positive Kaposi's Sarcoma. Practice Guideline 2002

E

El uso de la TARAA con la supresión de la replicación del VIH ha conducido a una marcada disminución en la incidencia de SK entre los adultos infectados por el VIH y debe ser el objetivo del tratamiento siempre que sea posible

II

Mofenson 2009 Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

E

La evidencia disponible sugiere que la TARAA conduce a la regresión limitada del SK y puede ser la terapia sólo en la etapa temprana de la enfermedad (T0) y/o para enfermedad lentamente progresiva

Evidencia Tipo C

The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping 2010

E

El tratamiento del SK ha cambiado sustancialmente desde la era de la TARAA. El grado de inmunocompetencia, la extensión del tumor, tasa de progresión, comorbilidad del VIH y el índice de Karnofsky establecen el tratamiento de elección. Sin embargo, la terapia óptima antirretroviral es un componente clave del tratamiento (ver anexo 5.3.2)

Evidencia Tipo C

The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping 2010

E

Aunque varios agentes antivirales inhiben HHV-8 de replicación *in vitro* (por ejemplo, ganciclovir, foscarnet, cidofovir) no hay datos sobre su uso para prevenir el SK en personas coinfectadas con HIV/HHV-8

Ia
[E. Shekelle]

Iscoe: Liposomal Anthracyclines in the Management of Patients with HIV-positive Kaposi's Sarcoma. Practice Guideline 2002

E	Pese a las pruebas observacionales que sustentan el papel de la terapia anti-HHV-8 para prevenir el desarrollo del SK la toxicidad de la terapia supera los potenciales beneficios de su administración	<p style="text-align: center;">III</p> <p><i>Kaplan 2009</i> <i>Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents</i></p>
E	La quimioterapia adecuada, en combinación con la terapia antirretroviral potente, se debe considerar para los pacientes con SK visceral o linfoma primario de cavidades	<p><i>Mofenson 2009</i> <i>Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children</i></p>
R	Todos los pacientes deben iniciar con TARAA	<p style="text-align: center;">Consenso</p> <p><i>Miralles 2002</i></p>
R	Se sugiere que en pacientes con un índice de mal pronóstico (>12 puntos) debe tratarse inicialmente con TARAA y quimioterapia sistémica juntos mientras aquellos con índice de buen pronóstico (< 5 puntos) deben tratarse inicialmente solo con TARAA, aún si tienen enfermedad T1	<p style="text-align: center;">B [E.Shekelle]</p> <p><i>Stebbing 2006</i></p>
R	<p>SK temprano (etapa 0)</p> <ul style="list-style-type: none"> • TARAA • Considerar la posibilidad de la radioterapia local o antraciclina liposomal (solo en caso de enfermedad rápidamente progresiva o cosméticamente deformante) 	<p style="text-align: center;">C</p> <p>Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008</p>

R

Se recomienda adecuado control del VIH mediante (tratamiento antirretroviral) TARAA.

Fase inicial de SK (estadio T0)

- TARAA
- Radioterapia local o antraciclina liposomal cuando la enfermedad es de rápida progresión o este desfigurando cosméticamente

Fase avanzada de SK (fase T1)

- TARAA y antraciclina liposomal (ya sea DuanoXome 40mg/m² cada 14 días o Caelyx 20mg/m² cada 21 días)
- Antraciclinas en KS refractarios

Fase avanzada de SK (fase T1)

- TARAA y paclitaxel (100mg/m² cada 14 días)

A/ B

Mofenson 2009

Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children

B

[E. Shekelle]

Lodi 2010

B

Bower. British HIV

Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008

A

Bower. British HIV

Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008

R

La radiación local puede ser eficaz para paliar la enfermedad sintomática, pero incluso dosis relativamente bajas de radiación pueden estar asociadas con significativa toxicidad en sujetos infectados por VIH, por lo que solo es recomendada en lesiones asiladas y dolorosas como, dedos de los pies, linfedema, con pobre índice de Karnofsky, reserva medular y/o hepática reducida que impide aplicar quimioterapia

Opción Tipo C

**The Organization of European Cancer Institutes
A European Economic Interest Grouping
Word evidence 2010**

R

En los pacientes con T1 y / o de rápida proliferación de enfermedades, el tratamiento de primera línea de quimioterapia y TARGA es seguida por una terapia de mantenimiento con TARGA

Opción Tipo C

**The Organization of European Cancer Institutes
A European Economic Interest Grouping
Word evidence 2010**

4.4.1.2. QUIMIOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>En la actualidad, las antraciclinas liposomales son consideradas la quimioterapia estándar de primera línea para pacientes con SK avanzado.</p>	<p>Evidencia Tipo 1 <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010</i></p>
<p>E</p>	<p>Basada en la limitada evidencia disponible, el uso de terapia liposomal, o la combinación de terapia convencional constituyen opciones aprobadas igualmente validas en el tratamiento de paciente con VIH+ y SK</p>	<p>1a [E. Shekelle] <i>Iscoe: Liposomal Anthracyclines in the Management of Patients with HIV-positive Kaposi's Sarcoma. Practice Guideline 2002</i></p>
<p>E</p>	<p>Evidencia preliminar indica que la combinación de antraciclinas y TARAA es segura y efectiva.</p>	<p>Evidencia Tipo 2 <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010</i></p>
<p>E</p>	<p>La doxorubicina liposomal pegilada tiene más costo-eficacia en comparación con daunorubicina liposomal. Sin embargo, la doxorubicina, bleomicina combinado, y el régimen de vincristina representa una opción de tratamiento razonable en el SK, debido a su bajo costo de adquisición en comparación con antraciclinas liposomales. La terapia de combinación con vincristina y bleomicina, con o sin doxorubicina, se consideró régimen de quimioterapia estándar para el SK-SIDA en entornos con pocos recursos, pero esta estrategia ha sido suplantada por las antraciclinas liposomales en razón de su mayor eficacia y menor toxicidad</p>	<p>1a [E. Shekelle] <i>Vanni 2006</i></p>

R

La combinación de quimioterapia con terapia liposomal antraciclina representa una opción razonable de tratamiento para pacientes VIH+ con SK

1a
[E. Shekelle]

Iscoe: Liposomal Anthracyclines in the Management of Patients with HIV-positive Kaposi's Sarcoma. Practice Guideline 2002

R

Los pacientes con formas, particularmente virulentas: grandes masas tumorales, lesiones hemorrágicas y/o ulceradas y formas viscerales, como la afección pulmonar sintomática o formas hemorrágicas o con grandes masas de tubo digestivo u otros órganos. Cuando con el TARAA el SK progresa o no mejora transcurridos tres meses, cabe añadir antraciclinas liposómicas.

Consenso

Miralles 2002

R

Las dosis que se recomiendan para el tratamiento del SK son 20 mg/m² cada 3 semanas de doxorubicina liposómica y 40 mg/m² cada 2 semanas de daunorubicina liposómica.

En general suele obtenerse una remisión completa o parcial tras 6-8 dosis, momento en el que es posible continuar sólo con TARAA, dado que con el paso de los meses las lesiones continúan remitiendo y pueden desaparecer en su totalidad. Es posible que se produzcan recaídas semanas o meses después de la interrupción de la quimioterapia, en cuyo caso deberá reanudarse.

Consenso

Miralles 2002

E

El paclitaxel es efectivo en pacientes con SK resistente a antraciclinas. La droga (100 mg/m² IV cada 2 semanas) resulta en una sobre respuesta de 56-59%, con una duración media de respuesta de 10.4 meses. Basado en estos datos el paclitaxel es ahora usado después de falla del tratamiento sistémico de primera línea

Evidencia Tipo 3

The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010

R

La doxorubicina liposomal pegilada proporciona una tasa de respuesta mayor. El paclitaxel puede ser una opción para el tratamiento del SK avanzado en lugares prósperos.

A

[E. Shekelle]

Dedicoat 2003

R

Los pacientes con SK que no responden al tratamiento con antraciclinas liposómicas pueden ser tratados con paclitaxel (taxol), como tratamiento de segunda línea del SK. La dosis recomendada es 135 mg/m² en 3 h de infusión cada tres semanas.

Consenso
Miralles 2002

Los médicos deben usar la quimioterapia que consiste en una antraciclina liposomal (doxorubicina liposomal o liposomal daunorrubicina) o paclitaxel como tratamiento de primera línea para pacientes con las siguientes manifestaciones SK:

- SK pulmonar documentado
- SK sintomático visceral
- SK sintomático extenso , asociado con linfedema
- SK cutáneo rápidamente progresivo o sintomático y extenso

R

Para los pacientes que no requieren quimioterapia inmediata para KS potencialmente mortales o muy sintomáticos, se deben usar los siguientes métodos :

- Terapia local, inyectable o radioterapia de las lesiones de piel
- Interferón alfa a dosis baja
- Participación en ensayos clínicos de nuevos agentes terapéuticos dirigidos a los mecanismos patogénicos implicados en el SK

Major Recommendations
New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007

E

El SK puede tener un recrudecimiento durante los primeros 2-3 meses de la TARAA, como presentación del síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (IRIS). El síndrome se caracteriza por una rápida progresión del cáncer, a pesar de la supresión del VIH y la recuperación inmune, y por lo general ocurre en pacientes con alto recuento de células CD4 y / o la presencia de edema o neoplasia.

Evidencia Tipo 3
The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010

R

En el KS los efectos potencialmente aditivos de IRIS con el uso de esteroides contraindican su uso como terapia anti-inflamatoria, por lo que no deben ser utilizados. Si la progresión de KS es muy rápida y / o hay una amplia participación visceral, la quimioterapia puede ser necesaria.

Opción estándar
The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010

4.4.1.3. INMUNOTERAPIA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El modificador de la respuesta biológica IFN- α fue aprobado para el tratamiento del SK antes de la disponibilidad de TARAA y las antraciclinas liposomales

IV
[E. Shekelle]
Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies2008

R

Se recomienda el uso de IFN- α en casos de SK cutáneo, de bajo volumen tumoral, con CD4+ >200, y no debe utilizarse en enfermedad rápidamente progresiva ni visceral. Es común la toxicidad

Puede ser considerado en pacientes con SK residual en quienes tienen apropiadamente reconstituido el sistema inmune con TARAA pero rara vez es usado.

D
[E. Shekelle]
Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies2008

4.4.2. TRATAMIENTO LOCAL

4.4.2.1. RADIOTERAPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>En un estudio retrospectivo con 576 pacientes con SK/VIH tratados con RT, se presentaron reacciones cutáneas severas, (exudados, ulceración) en 323 (5%) de las 6,464 lesiones tratadas. Las secuelas tardías de RT incluyeron daño cutáneo permanente, hipopigmentación, y linfedema.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Kigula-Mugambe 2005</i></p>
<p>E</p>	<p>La radioterapia con técnicas de ortovoltaje y de profundidad media para lesiones superficiales de piel y mucosas, tiene la ventaja de rapidez de acción y menos recidivas a medio plazo que los tratamientos intralesionales, con el inconveniente de una radiodermatitis aguda muy sintomática en estos enfermos (sobre todo a nivel de mucosa oral, lo que obliga a dosis más bajas o a técnicas de radioterapia de contacto)</p>	<p>Consenso <i>Miralles 2002</i></p>
<p>E</p>	<p>La evidencia de un estudio observacional sugiere que la radioterapia es un tratamiento efectivo con alta respuesta en pacientes con SIDA y SK. La evidencia reporta que la terapia local incluye radioterapia y tratamiento con drogas tópicas efectivas en lesiones tempranas y la quimioterapia sistémica es una opción para pacientes con enfermedad sintomática, avanzada o extendida.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>NICE Clinical Guidelines for the management of skin cancer and melanoma 2006</i></p>
<p>R</p>	<p>La radiación local puede ser terapia paliativa efectiva para la enfermedad sintomática y viable en pacientes con lesiones aisladas dolorosas, como dedos de los pies con linfedema sintomático, o pacientes con pobres índices de Karnofsky, reserva hepática y / o de médula ósea reducida que contraindica la quimioterapia, la radioterapia puede ser una opción viable</p>	<p>Opción Tipo C <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010</i></p>

R

La radioterapia es efectiva para el tratamiento de lesiones cutáneas donde las dosis altas se asocian a una respuesta más prolongada a expensas de una mayor toxicidad. Las implicaciones de estos resultados para el tratamiento del SK asociado al VIH en países en desarrollo son inciertas

A**[E. Shekelle]***Dedicoat 2003*

4.4.2.2. TRATAMIENTO TÓPICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Aunque el uso de terapia local en el manejo del SK ha disminuido desde la introducción del TARAA, los tratamientos locales pueden ser útiles para el manejo de lesiones de SK localizadas voluminosos o por razones estéticas.

Evidencia Tipo 1

The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping

R

Los tratamientos locales pueden ser adecuados considerando el uso clínico individualmente para cada paciente

Opción individualizada

The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping

E

En 1999 la FDA autorizó el uso de un retinoide tópico: el ácido 9-cis-retinoico o alitretinoína, que se aplica dos o más veces al día durante meses. Es de fácil utilización, se señala como un buen complemento a terapias sistémicas (TARGA al menos), aunque la respuesta es tardía y su precio elevado.

Consenso*Miralles 2002***E**

Una revisión sistemática, de 5 ensayos con 915 personas llegó a la conclusión de que gel de alitretinoína o radioterapia es eficaz en el tratamiento del SK cutáneo y la doxorubicina liposomal pegilada es un tratamiento efectivo para SK avanzado.

IV**[E. Shekelle]**

Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008

E

Un estudio fase III comparado alitretinoína, que es un ácido retinoico natural al 0.1%, versus un gel placebo, demostró mayor respuesta y tiempo a la progresión en lesiones cutáneas de bajo volumen.

Ib
[E. Shekelle]
Walmsley 1999

E

Otros métodos locales de tratamiento incluyen la crioterapia, con nitrógeno líquido en sesiones repetidas cada 10-21 días. La cirugía por resección "en ojal", o por afeitado quirúrgico con electrocoagulación de la base, aprovecha el acto diagnóstico como terapéutica de lesiones aisladas, pero tiene recurrencias rápidas y frecuentes.

Consenso
Miralles 2002

E

En trabajos aislados se ha señalado una rentabilidad terapéutica muy alta con productos esclerosantes intralesionales sobre todo en la mucosa oral como colorantes y de Neodimio-Yag para el SK.

Consenso
Miralles 2002

R

En la mayoría de casos el objetivo del tratamiento local, no es curativo sino paliativo, intentando corregir problemas derivados del edema, la ulceración o el volumen de la lesión.

Aunque la terapia local puede ser única en lesiones aisladas o intolerancia a la quimioterapia sistémica, se acompaña de tratamiento sistémico para el control de lesiones concretas. La respuesta terapéutica está condicionada por la antigüedad de la lesión (las iniciales responden mejor que las más fibrosas), su ritmo de crecimiento y también por el estado inmunitario general. Los cambios pigmentarios residuales son frecuentes.

No existen pautas establecidas sobre esta parte del tratamiento del SK. (ver anexo 5.3.3)

Consenso
Miralles 2002

4.5. CRITERIOS DE REFERENCIA

4.5.1. TÉCNICO-MÉDICOS

4.5.1.1. REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se recomienda envío ordinario al tercer nivel de atención a pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recaída de SK en paciente con diagnóstico conocido de SIDA. • Todo paciente con SK referido al 3er nivel de atención debe contar con reporte histopatológico, conteo de CD4+ y carga viral. 	Punto de Buena Práctica
 <p>Se recomienda envío urgente al tercer nivel de atención a pacientes sintomáticos con lesiones en tracto digestivo y pulmonar sospechosos de SK a este nivel</p>	Punto de Buena Práctica

4.6. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Todos los pacientes deben tener seguimiento y atención multidisciplinaria regularmente. Para vigilar la respuesta a la terapia contra el cáncer, la recaída, la persistencia, la progresión, la infección por el VIH, la respuesta y toxicidad al TARA (plasma de ARN del VIH, el recuento de CD4), la comorbilidad del VIH (prevención y tratamiento de infecciones oportunistas), incluyendo el impacto de la quimioterapia sobre el sistema inmune y co-infecciones</p>	<p>Evidencia Tipo R <i>The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence</i></p>

E

El manejo de los pacientes infectados por VIH con el cáncer es una actividad muy especializada que requiere conocimientos especializados en oncología clínica, enfermedades infecciosas, la patología, inmunología y hematología

Evidencia Tipo C
The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping Word evidence 2010

R

Se recomienda que todos los pacientes con VIH y Cáncer sean referidos a centros donde se cuente con personal médico experto como oncólogos, hematólogos, cuidados paliativos para el manejo de la enfermedad

C
Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008

E

La evaluación de la enfermedad durante el seguimiento consiste en cuidados y examen físico. Estudios adicionales pueden ser realizados para pacientes sintomáticos con hallazgos en estudios de laboratorio o examen médico

Evidencia Tipo C
The Organization of European Cancer Institutes A European Economic Interest Grouping 2010

R

Los clínicos deben tener diagnósticos confirmados por expertos de un centro de referencia o de laboratorio comerciales siempre que sea posible

III
New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection 2007

R

Pacientes con control de la enfermedad (respuesta completa) posterior a tratamiento sistémico serán referidos para su seguimiento al 2º nivel de atención (ver Anexo 5.3.5)

D
[E. Shekelle]
Eisenhauer 2009

✓/R

Completado el tratamiento sistémico ya sea con quimioterapia o inmunoterapia se dará de alta con seguimiento en su unidad de adscripción por el Infectólogo o Internista de acuerdo a estándares de seguimiento de VIH.

Punto de Buena Práctica



Educación al paciente de los síntomas y signos de recurrencia, que incluyen: nuevas lesiones en piel, sangrado de tubo digestivo, tos, hemoptisis, pérdida de peso.

Punto de Buena Práctica



Para mantener vigilancia durante el seguimiento y evaluar la respuesta que se tiene al tratamiento se apoya en los criterios enumerados en el anexo 5.3.5

D
Bower. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008

4.7. DÍAS DE INCAPACIDAD DONDE PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Biopsia incisional. Se extenderá incapacidad por 7 días y su continuación será bajo criterio médico.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Quimioterapia. La incapacidad se otorgara individualizando cada caso, tomando en consideración tipo de quimioterapia y actividad laboral desempeñada por el paciente.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Radioterapia. La incapacidad se otorgara individualizando el caso, tomando en cuenta días y dosis de tratamiento.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento del Sarcoma de Kaposi

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 10 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 de sarcoma de Kaposi en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 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: Kaposi sarcoma. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): diagnosis, drug therapy en toda la población con VIH. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 63 resultados, de los cuales se utilizaron 7 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

```
("HIV"[Mesh] AND "Sarcoma, Kaposi"[Mesh]) OR ("Sarcoma, Kaposi/diagnosis"[Mesh] OR "Sarcoma, Kaposi/drug therapy"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "2001/06/16"[Pdat] : "2011/06/13"[Pdat])
```

Algoritmo de búsqueda

1. HIV [Mesh]
2. Kaposi sarcoma [Mesh]
3. #1 AND #2
4. Diagnosis [Subheading]
5. Drug therapy [Subheading]
6. #3 OR #4 OR #5
7. #3 AND #6
8. 2001[PDAT]: 2010[PDAT]
9. Humans [MeSH]
10. #8 AND # 9
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #10 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. Clinical Trial[ptyp]
- 18 Meta-Analysis[ptyp]
- 19 Practice Guideline[ptyp]
20. #16 OR # 17 OR #18 OR #19
21. #3 AND (#3 OR #4 OR #5)AND #8 AND #9 AND (#12 OR #13) AND (#16 OR # 17 OR #18 OR #19)

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 20 documentos, de los cuales se utilizaron 9 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	13	6
2	TripDatabase	6	2
3	NICE	1	1
4	Singapore Guidelines Moh	0	0
5	AHRQ	0	0
6	SIGN	0	0
Totales		20	9

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de sarcoma de Kaposi. Se obtuvieron 2 RS, 1 de los cuales tuvieron información relevante 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	
IIa. 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

Clasificación régimen de las recomendaciones de prevención y tratamiento de lactantes expuestos al VIH y el VIH-infectados y niños -de los Estados Unidos

Fuerza de la recomendación	
A	Una fuerte evidencia de eficacia y el beneficio clínico importante tanto el apoyo a las recomendaciones de uso. Siempre se debe ofrecer.
B	Moderada evidencia de las pruebas de eficacia o fuerte para la eficacia pero sólo se limita clínicos apoyan en los beneficios recomendaciones para su uso. Por lo general se les debe ofrecer.
C	Para la eficacia es insuficiente para apoyar una recomendación a favor o en contra del uso o de pruebas de la eficacia no podría superar las consecuencias adversas (por ejemplo, toxicidad de los medicamentos, las interacciones medicamentosas) o el coste del tratamiento que se trate. Facultativo.
D	Evidencia moderada por falta de eficacia o de los resultados adversos es compatible con una recomendación en contra de su uso. Por lo general no deben ser ofrecidos.
E	Buena evidencia por falta de eficacia o de los resultados adversos es compatible con una recomendación en contra de su uso. Nunca se les debe ofrecer.
Calidad de la evidencia que apoya la recomendación	
I	La evidencia de que al menos un ensayo aleatorizado bien diseñado y controlado.
II	Evidencia de al menos un buen diseño de ensayos clínicos sin aleatorización, de cohortes o de casos y controles estudios (preferiblemente de más de un centro), o de múltiples estudios de series de tiempo, o resultados dramáticos a partir de experimentos sin control.
III	Prueba de opiniones, experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos

Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections Among HIV-Exposed and HIV-Infected Children Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the American Academy of Pediatrics

Calidad de la evidencia de la Recomendación	
I	Las pruebas de uno o más propiamente al azar, ensayo controlado
II	La evidencia de una o más bien diseñado estudio clínico sin asignación al azar, de cohortes o de casos y controles estudios
III	La evidencia de las opiniones de autoridades respetadas basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de o comités de expertos
Calidad de la evidencia de la Recomendación:	
Punto clave	Los médicos deben estar atentos para el desarrollo de cánceres que no son específicamente asociadas con la infección por el VIH, pero que son comunes en la población general, como el cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de próstata
Principales recomendaciones	De acuerdo a la fortaleza de la evidencia

New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection. New York (NY): 2007 Jul. 19 p. [39 references]

Sistema utilizado para calificar la fuerza de las recomendaciones y la calidad de las pruebas correspondientes *

Calificación	Fortaleza de la recomendación
A	Una fuerte evidencia Tanto para la eficacia y sustancial recomendación clínica apoyo beneficio para su uso. Siempre debe ser ofrecido.
B	Evidencia moderada evidencia de eficacia - o una fuerte evidencia de eficacia, sino que sólo se benefician clínica limitada - apoya la recomendación para su uso. En general, debería ofrecidos.
C	Evidencia para la eficacia es insuficiente para apoyar una recomendación a favor o en contra de su uso. O las pruebas de eficacia no podrían superar las consecuencias adversas (por ejemplo, toxicidad de los medicamentos, las interacciones medicamentosas) o el costo de la quimioprofilaxis o enfoques alternativos. Facultativo.
D	Evidencia moderada por falta de eficacia o de resultados adversos es compatible con una recomendación en contra de su uso. Debe por lo general no se ofrecen
E	Buena evidencia por falta de eficacia o de resultados adversos es compatible con una recomendación en contra de su uso. Nunca debe ser ofrecido.
Calidad de la evidencia que apoya la recomendación	
I	La evidencia de que al menos un ensayo aleatorizado, controlado.
II	Evidencia de al menos un buen diseño de ensayos clínicos sin aleatorización, de cohortes o estudios analíticos de casos y controles (preferiblemente de más de un centro), o de múltiples estudios de series de tiempo. O resultados dramáticos de experimentos no controlados.
III	Prueba de las opiniones de autoridades respetadas basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

* Modificado de Bruto PA, TL Barrett, Dellinger EP, et al., 1994 (12). 1999 USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus U.S. Public Health Service (USPHS) and Infectious Diseases Society of America (IDSA) 2007

Neoplastic complications of HIV infection

Tipo de evidencia	
Evidencia tipo C	Consenso general: Existe un consenso generalizado consolidado. Los ensayos aleatorios llevados a cabo han sido insuficientes, pero la cuestión se resuelve sin gran controversia: Actualmente, no hay evidencia (aún más) experimental se considera necesaria.
Evidencia tipo 1	(Ensayo con asignación al azar (s) de la evidencia disponible, fuerte) resultados consecuentes han sido proporcionados por más de un ensayos aleatorios, y / o un meta-análisis realizado confiable era. En algunos casos, un ensayo aleatorio puede considerarse suficiente para apoyar este tipo de pruebas. Además los ensayos de confirmación no parecen necesarios.
Evidencia tipo 2	(Ensayo con asignación al azar (s) de la evidencia disponible, débil) Uno o más ensayos aleatorios han concluido, pero las pruebas que aportan no se considera definitivo (los resultados no son consistentes, y / o son metodológicamente satisfactorio, etc.) Algunas pruebas controladas tanto, se ha previsto, pero las pruebas de confirmación serían deseables.
Evidencia tipo 3	(Comparaciones externas controladas disponibles) Existen datos procedentes de estudios no aleatorios, con controles externos, permitiendo comparaciones. Algunas pruebas no controladas tanto, se ha previsto, pero los ensayos serían deseables.
Evidencia tipo R	(Deducción racional) Poca o ninguna evidencia directa de los estudios clínicos está disponible. Sin embargo, las conclusiones clínicas pueden ser racionalmente deducir de los datos disponibles y el conocimiento (por ejemplo, la combinación racional de piezas de información de los estudios publicados y observaciones, por una neoplasia poco frecuente, o la presentación, por analogía con un tumor relacionado, más común, o una presentación, etc.) La inferencia puede ser más o menos fuerte, y los juicios pueden, o no, sería conveniente (Aunque a veces inviable).
Tipo de recomendación	
Estándar	("Estándar", "recomendado" o "no recomendada") Esto puede ser considerado una opción convencional para el paciente promedio.
Individualizado	("Conveniente para el uso clínico individual") Esto no es una opción estándar, pero puede ser una opción adecuada para cada paciente. El paciente debe ser informado de que la opción no es estándar y la decisión debe ser compartida con el paciente.
Solo en investigación	("Investigación") Esto es algo que, en principio, se puede ofrecer al paciente sólo dentro de un estudio clínico.

<http://www.oeci-eeig.org/>

http://www.startoncology.net/site/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=58&lang=en

5.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

5.3.1. Sistema de Etapificación TIS para Sarcoma de Kaposi asociado a SIDA

Características	Bajo riesgo (0)	Alto riesgo (1)
	Todas las siguientes:	Cualquiera de las siguientes:
Tumor (T)	Tumor confinado a piel y/o ganglios linfáticos y/o enfermedad oral mínima	Edema o ulceración asociados a tumor; enfermedad oral extensa; SK gastrointestinal; SK en otra víscera no ganglionar
Sistema Inmune (I)	CD4 \geq 150/mm ³	CD4 < 150/mm ³
Enfermedad Sistémica (S)	Sin historia de infección oportunista o aftas; ausencia de síntomas B; Karnofsky \geq 70	Antecedente de infección oportunista y/o aftas; síntomas B; Karnofsky < 70

a: Mínima enfermedad oral se define como SK no ganglionar confinado a paladar.
b: Síntomas B: fiebre, diaforesis nocturna y/o pérdida ponderal involuntaria > 10%.
c: Escala de Karnofsky de Estado Funcional, Anexo 5.3.2.

Adaptado de Krown S, Testa M, Huang J. AIDS related Kaposi's sarcoma: Prospective validation of the AIDS Clinical Trials Group staging classification. *J Clin Oncol* 1997; 15:3085-92. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/kaposi/healthprofessional/page2>

5.3.2. Escala de Karnofsky de Estado Funcional

Escala (%)	Características
100	Normal, sin molestias. Sin evidencia de enfermedad
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, signos y/o síntomas menores
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y/o síntomas de enfermedad
70	Cuida de sí, pero es incapaz de llevar al cabo actividad normal ni trabajo activo
60	Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
50	Requiere asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos
40	Incapacitado; requiere cuidados y asistencia especial
30	Severamente incapacitado; está indicado hospitalizarlo, aunque la muerte no es inminente
20	Muy enfermo; la hospitalización es necesaria, requiere tratamiento de soporte activo
10	Moribundo; proceso fatal progresando rápidamente
0	Paciente muerto

Adaptado de Kemmler G, Holzner B, Kopp M, et al. Comparison of two QOL instruments for cancer patients. *J Clin Oncol* 1999; 17:2932.

5.3.3. Tipos de Terapia Local

NINGUNA	Lesiones asintomáticas, de lenta progresión y sin repercusión estética.
CRIOTERAPIA	Lesiones aisladas cutáneo-mucosas de tamaño pequeño e intermedio y también en localizaciones cartilaginosas (párpados).
CIRUGIA	Lesiones cutáneas tuberosas y pediculadas
RADIOTERAPIA	Lesiones cutáneas grandes, de evolución agresiva (ulceración, dolor...) o que cursen con linfedema frecuente en zona perinasal), y localizadas en cara o en pies (dolorosas en plantas); Lesiones similares en mucosas genital u oral (ésta más debatida por efectos secundarios), y ganglionares (inguinales con linfedema de extremidades inferiores). Indicada también para lesiones sintomáticas de tubo digestivo y pulmón
INTRALESIONAL	Lesiones cutáneas aisladas de tamaño intermedio, con componente nodular profundo. También empleados en mucosa oral
RETINOIDE TOPICO	Tratamiento "a domicilio" de lesiones cutáneas múltiples y poco agresivas.
LASER	Lesiones cutáneas superficiales. Con repercusión estética

Miralles, Pilar; Podzanczer, Daniel; de la Calle, María; Zarco, Carlos; Berenguer, Juan; López Aldegue, José; Valencia, Eulalia; Rubio, Rafael; Ribera, Josep-María. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al diagnóstico y tratamiento del sarcoma de Kaposi y el cáncer de cérvix uterino en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin. 2002; 118(20):788-95

5.3.4 Criterios de Respuesta por RECIST

Tipo de Respuesta	Características
Respuesta Completa (RC)	Desaparición de todas las lesiones blanco. Cualquier ganglio patológico debe haber reducido en su diámetro más corto a < 10 mm.
Respuesta Parcial (RP)	Al menos 30% de disminución en la suma de los diámetros de la lesión blanco, tomando en cuenta la suma basal de los diámetros.
Enfermedad Estable (EE)	No corresponde ni a progresión, ni a respuesta parcial.
Progresión (P)	Al menos un incremento del 20% en la suma de los diámetros de la lesión blanco, tomando como referencia la suma menor de los diámetros (esta incluye la suma de la lesión basal, si esta es la más pequeña). Lesión nueva se considera progresión.

Adaptado de Eisenhauer E, Ptherasse. New Response evaluation crietria in solid tumors: Revised RECIST Guideline (version 1.1). Eur J Cancer 2009; 45: 228-247.

5.4. MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH

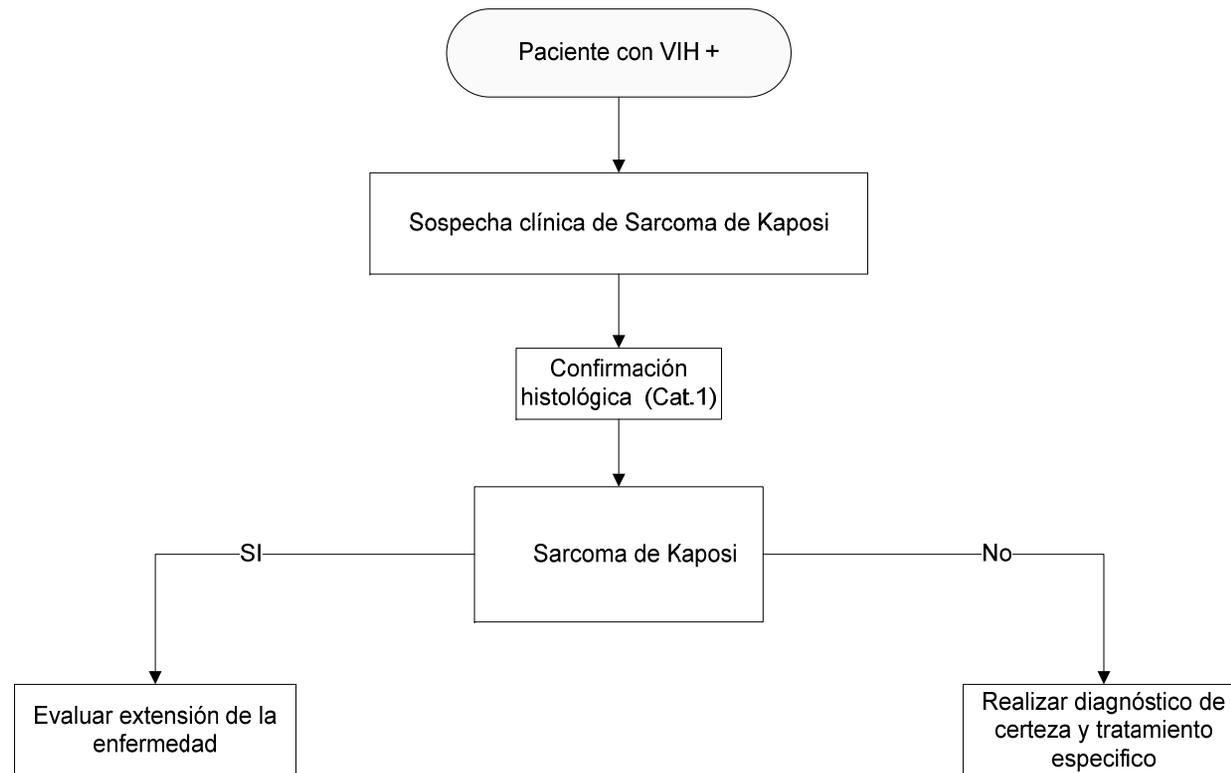
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1766	Doxorrubicina Liposomal	20 mg/m ² cada 14 días	Solución inyectable; frasco ampula de 20 mg	Infusión de 60 min; número de ciclos de acuerdo a respuesta y tolerancia	Síndrome mano pie en el 60% de los casos, fatiga leve, neutropenia	Sinergismo con platinos; menos eficacia con administración de jugo de toronja	Insuficiencia hepática, falla renal grave
5435	Paclitaxel	135-175 mg/m ² trisemanal	Solución inyectable; frasco ampula de 300 mg	Infusión en solución salina de 1 hr o infusión salina en 3 horas	Náusea leve, mialgias, artralgias, alopecia, leucopenia	Sinergismo con gemcitabine; aumenta concentración de anticoagulantes orales	Insuficiencia hepática, falla renal grave
5251	Interferón alfa 2b (IFN α 2B)	Dosis baja 3-8 millones de UI; dosis altas 20-30 millones de UI/m ²	Solución inyectable o liofilizada de 1 a 6 millones de UI	Administración subcutánea; jeringa prellenada	Síndrome flu-like, mialgias, artralgias, cefalea, depresión	Precaución con el uso concomitante de narcóticos, hipnóticos o sedantes	Insuficiencia hepática y renal grave; tendencia a la cetoacidosis
5428	Ondansetron	8-24mg día	Solución inyectable; frasco ampula 8mg	IV infusión 10 min	Estreñimiento	Sinergismo con esteroide	Insuficiencia hepática y renal grave
2195	Ondansetron	8 mg cada 12 horas	Tabletas de 8mg; caja con 10	Oral	Estreñimiento	Sinergismo con esteroide	Insuficiencia hepática y renal grave
473	Prednisona	50 mg cada 24 horas.	Tabletas de 50 mg; envase con 20	Oral	Hiperglucemia, hipertensión, retención de líquidos.	Sinergismo con antieméticos	Insuficiencia hepática y renal grave

5.5. ALGORITMOS



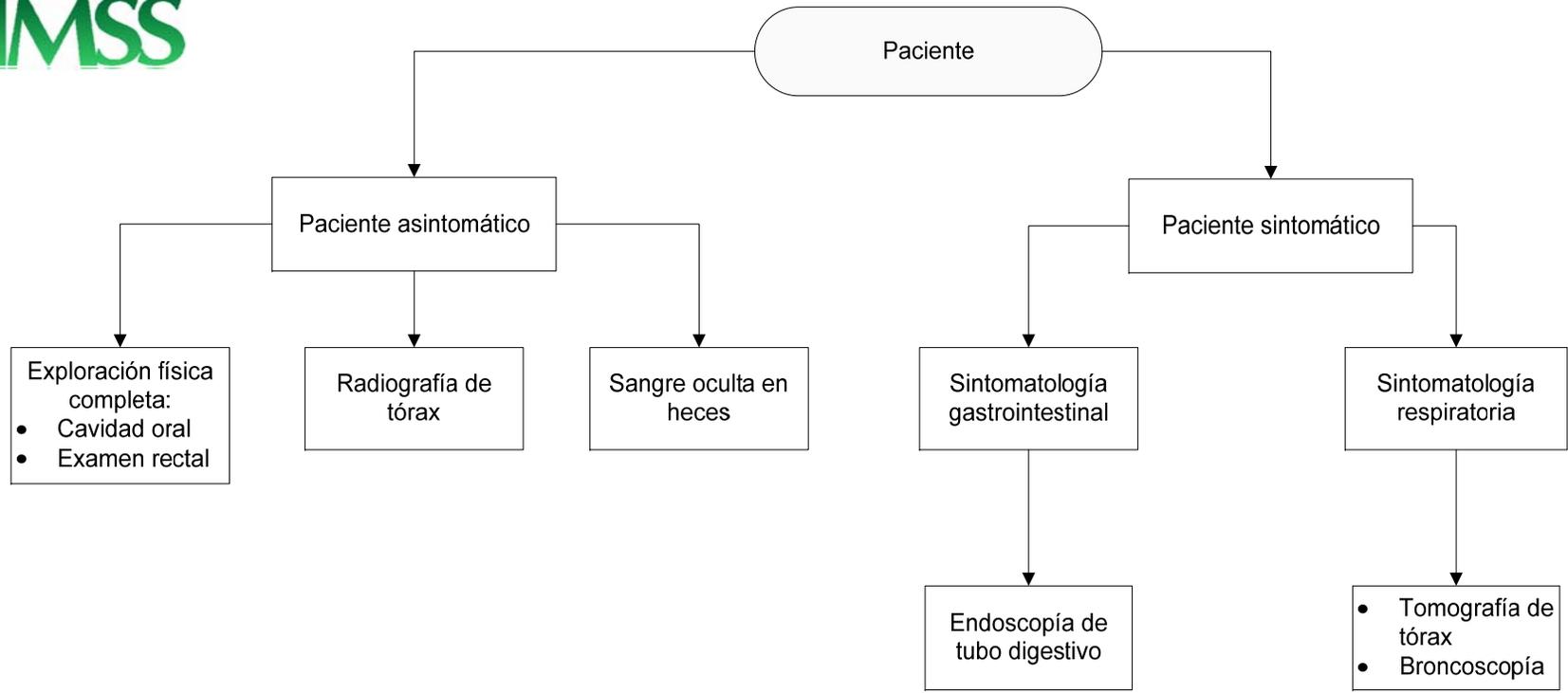
ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ABRIL 2011 REUNION OAXTEPEC





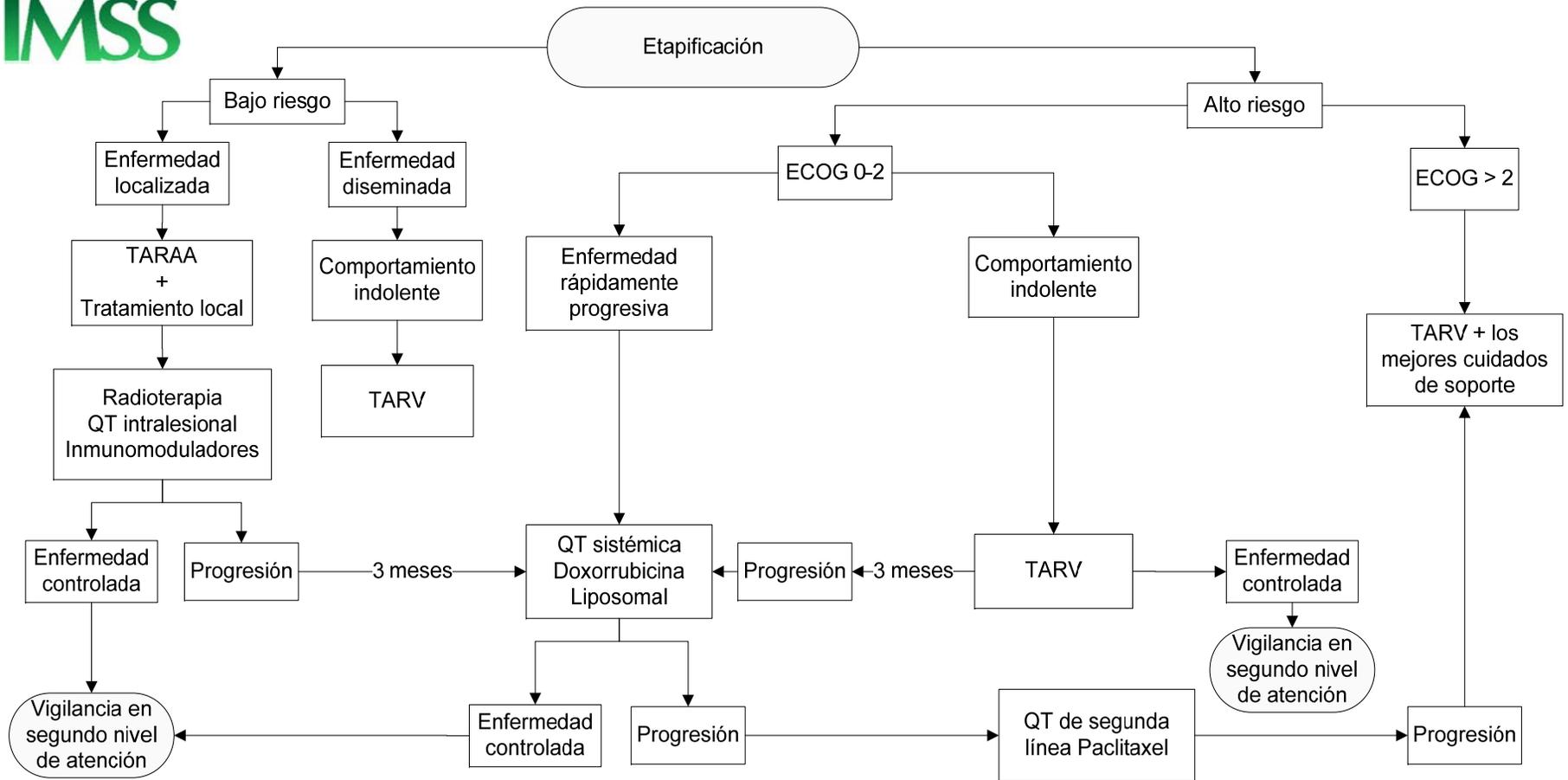
ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ABRIL 2011 REUNION OAXTEPEC





TRATAMIENTO DE ACUERDO AL RIESGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ABRIL 2011 REUNION OAXTEPEC



6. GLOSARIO.

Ácido Desoxirribonucleico (ADN): Macromolécula que forma parte de todas las [células](#), contiene la información [genética](#) usada en el [desarrollo](#) y el funcionamiento de los [organismos vivos](#) conocidos y de algunos [virus](#), y es responsable de su transmisión [hereditaria](#).

Angiogénesis: Desarrollo de vasos sanguíneos.

Biopsia: Bios=vida, ovis= vista o visión. Obtención de un fragmento vivo para su estudio tanto macro como microscópicamente.

Biopsia Excisional: Procedimiento que remueve totalmente la lesión con bordes periféricos de tejido normal. Generalmente empleada para diagnóstico y tratamiento. Procedimiento que se limitará para lesiones orales menores a 1 cm.

Biopsia Incisional: Procedimiento que remueve de manera parcial una parte representativa de la lesión con tejido adyacente normal. Generalmente empleada para diagnóstico y decidir/establecer tratamiento definitivo. Procedimiento que se limitará para lesiones orales mayores a 1 cm.

Broncoscopía: Inspección del árbol traqueobronquial a través de un broncoscopio.

Citocinas: [Proteínas](#) que regulan la función de las [células](#) que las producen u otros tipos celulares. Son los agentes responsables de la [comunicación intercelular](#), inducen la activación de receptores específicos de membrana, funciones de proliferación y diferenciación celular, [quimiotaxis](#), crecimiento y modulación de la secreción de [inmunoglobulinas](#).

De novo: Nuevo, por vez primera.

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): Grupo Cooperativo Oncológico del Este. ECOG: Escala clínica que valora el estado funcional de un paciente oncológico, que va desde 0 hasta 5

Enfermedad avanzada: enfermedad irsecable o metastásica.

Especificidad: Capacidad que tiene una prueba para descartar el diagnóstico de un padecimiento.

Etapificación: Procedimiento en el cual se establece la etapa clínica de acuerdo a criterios de AJCC, con apoyo de estudios diagnósticos de imagen.

Factor de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos para desarrollar alteraciones de la salud.

Estado funcional: Es la capacidad física del paciente para realizar actividades, se clasifica conforme ECOG.

Ganglios (N): número de ganglios con afección tumoral, se clasifica conforme la AJCC.

HAART (Highly Active AntiRetroviral Treatment): Tratamiento antirretroviral altamente activo, también llamado en español Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARAA).

Herpes Virus Humano Tipo 8 (HHV8): Virus del sarcoma de Kaposi, *Rhadinovirus*. Identificado en 1994 como responsable de ese tipo de cáncer, que ataca a las personas inmunodeprimidas.

Incidencia: Número de nuevos acontecimientos individuales que ocurren en una población durante un intervalo de tiempo determinado; por ejemplo, el número de casos nuevos de una enfermedad expresada por número de individuos al año.

Indolente: De curso lento.

Linfedema: Inflamación crónica de una parte anatómica, debido a la acumulación de líquido intersticial, secundario a obstrucción de vasos o ganglios linfáticos.

Linfocito T CD4+: Linfocitos efectores maduros siempre expresan su proteína de superficie [CD4](#).

Mácula: Mancha de la piel que no está elevada sobre su superficie.

Mejores cuidados de soporte: medidas farmacológicas (no citotóxicas), nutricionales y psicológicas para el tratamiento de cáncer avanzado.

Metástasis (M): presencia de enfermedad a distancia, clasificación de la AJCC.

NCI: National Cancer Institute.

Necrosis: Cambios morfológicos que indican muerte celular.

Neoplasia: Cualquier crecimiento nuevo y anormal, en especial aquel cuya multiplicación celular es incontrolable y progresiva.

NHS: National Health System.

Nódulo: Protuberancia sólida detectada al tacto.

OR: Odds ratio. Riesgo relativo. Mayor de 1 asocia a mayor riesgo efecto deletéreo, Menor de 1 protector, o ganancia.

Placa: Área con múltiples lesiones dermatológicas que se mezclan.

Predictor: Es una herramienta estadística que tiene por objetivo predecir lo que ocurrirá en el futuro en términos de certeza.

Prevalencia: Número total de casos de una enfermedad específica, que existen en una población dada en cierto momento.

Progresión: Aparición de nuevas lesiones, o al menos 20% de incremento en el diámetro mayor de la lesión previa.

Quimioterapia (QT): Tratamiento citotóxico empleado para el tratamiento de diferentes tipos de cánceres, que puede ser única droga o combinaciones de 2 o más.

Quimioterapia adyuvante: Administración de quimioterapia después de un tratamiento quirúrgico radical inicial en el sitio primario del tumor, su finalidad es incrementar la sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad.

Quimioterapia de combinación: esquema de tratamiento citotóxico con al menos 2 drogas.

Quimioterapia paliativa: Administración de quimioterapia en una etapa avanzada de la enfermedad cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y la sobrevida global.

Radioterapia externa: Es la terapia que utiliza radiaciones ionizantes generadas en una máquina y dirigidas al tumor desde fuera del paciente.

Radioterapia radical: Tratamiento con radioterapia con dosis radicales sola o en combinación con quimioterapia.

Radioterapia: Tratamiento del cáncer por medio de radiación ionizante, en donde se deposita energía que lesiona o destruye a las células en el área de tratamiento, al dañar el DNA de células individuales, impidiendo su crecimiento. La dosis total de radiación, se divide en fracciones que son administradas diariamente en sesiones de 10 a 15 minutos.

RHNM: Registro Histopatológico de Neoplasias en México.

Sarcoma de Kaposi clásico: De curso lento y benigno que aparece en adultos de alrededor de años, como una o múltiples máculas o pápulas, blandas, rojo-azuladas, preferentemente en extremidades inferiores, que lentamente se extienden en sentido centripeto y evolucionan a placas, nódulos o tumores que pueden erosionarse, o ulcerarse

Sarcoma de Kaposi endémico africano: Que aparece en adultos entre 30-45 años, con cuatro subvariantes: nodular, florida, infiltrativa y linfadenopática. La forma nodular es equiparable a la clásica; las formas florida e infiltrativa son más agresivas, y la forma linfadenopática afecta prioritariamente a niños y tiene un curso letal.

Sarcoma de Kaposi iatrogénico: Que aparece en pacientes trasplantados, con cáncer o en tratamiento inmunosupresor crónico por enfermedades autoinmunes; está directamente relacionado con el grado de inmunosupresión, ya que empeora o mejora al modificar la terapia inmunosupresora.

Sarcoma de Kaposi epidémico o asociado a HIV. Casi exclusivamente de varones homo o bisexuales infectados por el HIV, las lesiones aparecen inicialmente en la cara, sobre todo nariz, párpados y orejas, y en el tronco, donde se disponen siguiendo las líneas de Blaschko.

Seguimiento: Técnica de vigilancia clínica que permite la observación continua y programada, que incluye examen físico, imágenes, exámenes de laboratorio, con participación activa del paciente.

Sensibilidad: Capacidad de una prueba para detectar el padecimiento.

Screening: Estrategia aplicada para detectar una [enfermedad](#) en individuos sin [síntomas](#) de tal enfermedad.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Parte del aspecto de la enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa depresión del sistema inmune celular del organismo, que da como resultado infección por microorganismos que normalmente tienen patogenicidad muy baja o nula.

Sistema inmune: Conjunto de estructuras y [procesos](#) biológicos en el interior de un [organismo](#) que le protege contra [enfermedades](#).

Sobrevida global: Tiempo de vida desde el inicio de tratamiento quirúrgico o médico hasta la fecha de muerte.

Terapia de rescate o segunda línea: Terapia que se aplica a los pacientes que no presentan respuesta completa al tratamiento de primera línea ó que presentan recidiva después de una respuesta completa.

TNM: Clasificación utilizada internacionalmente para etapificar el cáncer de acuerdo a extensión (T), invasión linfática (N) y metástasis (M), desarrollada por el American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Toxicidad: Efecto adverso esperado por un tratamiento de quimioterapia, que puede ser limitante de dosis.

Tumor (T): grado de afección tumoral en la pared gástrica, se clasifica conforme la AJCC.

Valor predictivo negativo (VPN): es la probabilidad de que un sujeto con un resultado negativo en la prueba este realmente sano.

Valor predictivo positivo (VPP): es la probabilidad de padecer la enfermedad si se obtiene un resultado positivo en la prueba.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Xerostomía: Daño que sufren las glándulas salivales, secundaria a radioterapia de boca o faringe.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Arora M, Goldberg EM. Kaposi sarcoma involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterol Hepatol* (N Y). 2010 ;6(7):459-62.
2. Bower M, Collins S, Cottrill C, Cwynarski K, Montoto S, Nelson M, Nwokolo N, Powles T, Stebbing J, Wales N, Webb A; AIDS Malignancy Subcommittee. British HIV Association guidelines for HIV-associated malignancies 2008. *HIV Med*. 2008 ;9(6):336-88.
3. Dedicoat M, Vaithilingum M, Newton R. Tratamiento del sarcoma de Kaposi en individuos con infección por VIH-1, con énfasis en lugares de bajos recursos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Di Lorenzo G, Konstantinopoulos P, Pantanowitz L, Di Trolio R, De Placido S, Dezube B. Management of AIDS-related Kaposi's sarcoma. *Lancet Oncol* 2007; 8:167-76.
5. Di Lorenzo G. Update on classic Kaposi sarcoma therapy: New look at an old disease. *Crit Rev Oncol/Hematol* 2008; 68:242-49.
6. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009 Jan;45(2):228-47.
7. Fleming PL, Ward JW, Janssen RS, Cock KM, Valdiserri RO, Galey HD, et. Al. Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, Including Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. December 10, 1999 / 48(RR13);1-28
8. Forsea AM, Carstea EM, Ghervase L, Giurcaneanu C, Pavelescu G. Clinical application of optical coherence tomography for the imaging of non-melanocytic cutaneous tumors: a pilot multi-modal study. *J Med Life*. 2010 ;3(4):381-9.
9. Frisch M, Smith E, Grulich A, Johansen C. Cancer in a population-based cohort of men and women in registered homosexual partnerships. *Am J Epidemiol*. 2003;157(11):966-72.
10. Groopman J, Gottlieb M, Goodman J. Recombinant alpha-2 interferon therapy for Kaposi's sarcoma associated with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1984: 100(5):671-6.
11. Haramati LB, Little BP, Khan A, Mohammed TL, Batra PV, Gurney JW, Jeudy J, MacMahon H, Rozenshtein A, Vydareny KH, Washington L, Kaiser L, Raouf S, Expert Panel on Thoracic Imaging. ACR Appropriateness Criteria® acute respiratory illness in HIV-positive patient. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR);2008. 6 p. [36 references]
12. HealthPartners Dental Group and Clinics oral cancer guideline. Minneapolis (MN): HealthPartners; 2007 May 2. 20 p.
13. Iscoe N., Bramwell V., Charette M., Oliver T., Zanke B., and members of the Systemic Treatment Disease Site Group Liposomal Anthracyclines in the Management of Patients with HIV-positive Kaposi's

Sarcoma Practice Guideline Report #12-8
<http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?serverId=6&path=/File%20Database/CO%20Files/PEBC/pebc12-8f.pdf>

14. Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, Brooks JT, Pau A, Masur H, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep* 2009 Apr 10;58(RR-4):1-207; quiz CE1-4. PubMed
15. Kibria R, Siraj U, Barde C. Kaposi's sarcoma of the stomach and duodenum in human immunodeficiency virus infection. *Dig Endosc.* 2010 ;22(3):241-2.
16. Kigula-Mugambe J, Kavuma A. Epidemic and endemic Kaposi's sarcoma: A comparison of outcomes and survival after radiotherapy. *Radiother Oncol* 2005; 76:59-62.
17. Krown S, Testa M, Huang J. AIDS related Kaposi's sarcoma: Prospective validation of the AIDS Clinical Trials Group staging classification. *J Clin Oncol* 1997; 15:3085-92.
18. Lodi S, Guiguet M, Costagliola D, Fisher M, de Luca A, Porter K; CASCADE Collaboration. Kaposi sarcoma incidence and survival among HIV-infected homosexual men after HIV seroconversion. *J Natl Cancer Inst.* 2010 Jun 2;102(11):784-92. Epub 2010 May 4.
19. Miralles, Pilar; Podzamczar, Daniel; de la Calle, María; Zarco, Carlos; Berenguer, Juan; López Aldeguer, José; Valencia, Eulalia; Rubio, Rafael; Ribera, Josep-María. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al diagnóstico y tratamiento del sarcoma de Kaposi y el cáncer de cérvix uterino en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin.* 2002;118(20):788-95.
20. Mofenson LM, Brady MT, Danner SP, Dominguez KL, Hazra R, Handelsman E, Havens P, Nesheim S, Read JS, Serchuck L, Van Dyke R, Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, Pediatric Infectious Diseases Society, American Academy of Pediatrics. Viral infections. In: Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association [trunc]. *MMWR Recomm Rep* 2009 Sep 4 58(RR-11):62-99
21. Nawar E, Mbulaiteye SM, Gallant JE, Wohl DA, Ardini M, Hendershot T, Goedert JJ, Rabkin CS; AIDS Cancer Cohort (ACC) Study Collaborators. Risk factors for Kaposi's sarcoma among HHV-8 seropositive homosexual men with AIDS. *Int J Cancer.* 2005 Jun 10;115(2):296-300.
22. NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving outcomes for people with skin tumours including melanoma: the manual (2006 guidance) <http://guidance.nice.org.uk/CSGSTIM/Guidance/Standard2006/pdf/English>
23. New York State Department of Health. Neoplastic complications of HIV infection. New York (NY): New York State Department of Health; 2007 Jul. 19 p. [39 references]
24. Nkuize M, De Wit S, Muls V, Arvanitakis M, Buset M. Upper gastrointestinal endoscopic findings in the era of highly active antiretroviral therapy. *HIV Med.* 2010 ;11(6):412-7. Epub 2010 Feb 8.
25. Pérez-Ramos F; León-Juárez E A; Fuentes-Allen J L; Escobedo-De la Peña J; Fernández-Garate I H; Zárate-Aguilar A. Factores de riesgo para sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA. VIII Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública 1999 http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=2571&settabla=1
26. Roiz-Balaguer M., Morales-Barrabía I. Sarcoma de Kaposi: Clasificación y evaluación en Zimbabwe. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010;9(2)230-237.
27. Sánchez-del Monte J., Hernández-Guerrero A., Sobrino-Cossío S., Larraga-Octavio A., Sánchez -Benítez G., López-Blanco P., Elguero-Pineda E. Manifestaciones clínicas y características endoscópicas del

- Sarcoma de Kaposi en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev Gastroenterol Mex*, 2005; 70 (4) 416-423
28. Santana-Gómez J., Hernandez-Rodríguez B., Negrin-Valcarcel L., Martinez-Hernandez I., Rodríguez -Lara L. Sarcoma de Kaposi. *Rev. Cubana Oncol* 2000;16(3):150-3
 29. Shah SB, Kumar KS. Kaposi's sarcoma involving the gastrointestinal tract. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008 ;6(2):A20.
 30. Shepherd F, Beaulieu R, Gelmon K. Prospective randomized trial of two dose levels of interferon alfa with zidovudine for the treatment of Kaposi's sarcoma associated with human immunodeficiency virus infection: A Canadian HIV Clinical Trials Network study. *J Clin Oncol* 1998; 16:1736-42.
 31. The Organization of European Cancer Institutes. A European Economic Interest Grouping. Startoncology. Professional Area. AIDS-RELATED TUMOURS. Kaposi's sarcoma. http://www.startoncology.net/site/index.php?option=com_content&view=category&id=64%3Aaids-related-tumours&Itemid=53&layout=default&lang=en
 32. Vanni T, Lopes Fonseca B A, Polanczyk C A. Cost-effectiveness analysis comparing chemotherapy regimens in the treatment of AIDS-related Kaposi's sarcoma in Brazil. *HIV Clinical Trials* 2006 7(4):194-202
 33. Von Roenn J. Clinical presentations and standard therapy of AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Hematol Oncol Clin N Am* 2003; 17:747-62.
 34. Walmsley S, Northfelt D, Melosky B, et al. Treatment of AIDS-related cutaneous Kaposi's sarcoma with topical alitretinoin (9-cisretinoic acid) gel. Panretin Gel North American Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999; 22:235-46.
 35. WHO Europe 2006. Management of opportunistic infections and General Symptoms of HIV/AIDS. Clinical Protocol for the WHO European Region. Chapter 2. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/78118/E90840_Chapter_2.pdf
 36. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Management of HIV infection and antiretroviral therapy in adults and adolescents: a clinical manual. 2007. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Management_HIV_infection_antiretroviral_therapy_adults_adolescents.pdf

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

Lic. Francisco García

Licenciado e Bibliotecología adscrito al CENAIDS.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Srita. Martha Alicia Carmona Caudillo

Secretaria
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

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 Viniestra 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	Jefe 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
Dr. Juan Bernardo Bruce Diamond Hernández	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
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 Subsecretaría 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