

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SERIE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA N° 01-2025

MARZO 2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTADIOS TEMPRANOS

Guía en Versión Extensa





Ministerio
de Salud



Red
Oncológica
Nacional

Investigar para proteger la salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Diego Rolando Venegas Ojeda

Presidente Ejecutivo

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Raúl Alonso Timaná Ruiz

Director

CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

David Victorino Jumpa Armas

Coordinador Técnico

CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD



Subdirección de Guías de Práctica Clínica
Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud
Instituto Nacional de Salud
Av. Defensores del Morro 2268 (Ex Huaylas) – Chorrillos
Lima 11, Perú
Telf. (511) 7481111 Anexo 1909

Esta Guía de Práctica Clínica se desarrolló en respuesta a un requerimiento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), como parte de la priorización de condiciones de salud para la elaboración de guías de práctica clínica de alcance nacional (Resolución Ministerial N° 362-2024-MINSA).

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Técnico Especializado del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica- tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de Centro de Evaluación de Tecnología en Salud (CETS), participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Mg. Francisco Berrospi Espinoza

Jefe Institucional

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

M.C. Adela Heredia Zelaya

Subjefe Institucional

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

M.C. Ricardo Díaz Romero

Director General

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER

Dr. Carlos E. Luque Vásquez Vásquez

Director General

DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

M.C. Víctor Castro Oliden

Director General

DIRECCIÓN DE MEDICINA

M.C. Alberto Lachos Dávila

Director General

DIRECCIÓN DE RADIOTERAPIA

M.C. Yura Toledo Morote

Directora General

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



Ministerio
de Salud



Red
Oncológica
Nacional

Investigar para proteger la salud



Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos
Dirección de Control del Cáncer
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Av. Angamos Este 2520, Surquillo
Lima 11, Perú
Telf. (511) 2016500

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la promoción, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el país, dentro del marco de las políticas sectoriales, refiriéndose a estas como “normas técnicas oncológicas”. El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de la Dirección de Control del Cáncer es la unidad orgánica encargada de consolidar, sistematizar y difundir las normas técnicas oncológicas, estándares de calidad y normas del soporte administrativo correspondiente, así como de controlar técnica y administrativamente a nivel nacional los servicios de salud oncológicos en cumplimiento de la misión asignada al INEN.

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

Expertos temáticos

Líder del grupo elaborador de la GPC

- Aldo López Blanco. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Expertos clínicos participantes en todas las etapas del desarrollo de la GPC

- Joan Flaubert Pérez Villena. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Ofelia Coanqui Gonzáles. Médico especialista en Oncología Médica. Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Katia Roque Pérez. Médico especialista en Oncología Médica. Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Karinthia Ballón Cervantes. Médico especialista en Radioterapia. Departamento de Radioterapia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Edgar Gustavo Lasteros Ayma. Médico especialista en Radioterapia. Departamento de Radioterapia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Esperanza Milla Noblega. Médico especialista en Anatomía Patológica. Equipo Funcional de Patología Quirúrgica y Necropsia. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Patricia Elena Webb Linares. Médico especialista en Anatomía Patológica. Equipo Funcional de Patología Quirúrgica y Necropsia. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Juan Carlos Lopez Blanco. Médico especialista en Radiología. Departamento de Radiodiagnóstico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Marycarmen Flores Dueñas. Médico especialista en Radiología. Departamento de Radiodiagnóstico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Virgilio Failoc Rojas. Unidad Funcional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Pedro Marcelino Hernandez Morón. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Ginecología Oncológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte.
- Valeria Aguilar Vásquez. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Dirección de Control del Cáncer, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte.
- Danilo Aldo Baltazar Chacón. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Dirección de Control de Cáncer
- Jose Gustavo Falcón Maurate. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro.
- Carlos Alberto Chávez Chirinos. Médico especialista en Cirugía Ginecológica. Coordinador del Servicio de Cirugía Ginecológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur.
- Eduardo Jesus Ocampo Díaz. Médico especialista en Radioterapia. Coordinador del Departamento de Radioterapia, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur.

Expertos clínicos invitados para el ajuste técnico de la GPC

- Roger Elías Ocon Roncal. Médico especialista en ginecología oncológica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).
- Manuel Jesús Álvarez Larraondo. Médico especialista en ginecología oncológica. Liga contra el cáncer.
- Diego Arom Díaz Bravo. Médico especialista en ginecología oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

Gestores invitados para el ajuste técnico de la GPC

- Andrea Matos Orbegoza. Obstetra. Dirección de Prevención y Control de Cáncer (DPCAN) - MINSA.
- Vladimir Flores Benites. Médico especialista en Gestión en Salud. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Flor Mirabal Veramendi. Enfermera. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Miguel Armando Zúñiga Olivares. Médico especialista en Gestión en Salud. Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SaludPol.

Equipo metodológico

- Miguel Angel Béjar Torres. Tecnólogo Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jean Franco Rodriguez Alarcón. Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Aurora Elizabeth Medina Pérez. Obstetra. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Naysha Yamilet Becerra Chauca. Obstetra. Magister en Salud Pública y Salud Global. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Elmer Jemoel Fiestas Saldarriaga. Médico. Candidato a Maestro en Efectividad Clínica con orientación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jhoselyn Caveró O'Higgins. Economista. Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Stefanny María Huamán Camacho. Economista. Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Stefany Sandra Fernandez Ortiz. Economista. Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Víctor Velásquez Rimachi. Médico. Magister en Epidemiología Clínica. Consultor metodológico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Carlos Alva Díaz. Médico especialista en Neurología. Consultor metodológico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Coordinación para el desarrollo de la GPC de CETS – INS

- Miguel Angel Arce Huamani. Médico especialista en Administración y Gestión en Salud. Coordinador de Gestión. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jorge Giusepi Huaranga Marcelo. Médico especialista en Medicina Interna. Coordinador Metodológico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

- Griseld Alejandrina Guimaray Tello. Administradora en salud. Asistente administrativo. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Karen Viviana Huamán Sánchez. Enfermera. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- José Manuel Montes Alvis. Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Ericson Leonardo Gutiérrez Ingunza. Médico Gestor en Salud. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

Coordinación para el desarrollo de la GPC de DNCC – INEN

- Ricardo Alberto Díaz Romero. Director Ejecutivo. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Yoseline Nelly Del Pilar Aznarán. Coordinador Técnico. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- José Vallejos Gamboa. Médico Gestor. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

REVISORES

Revisores externos

- Luis Yingherd García Bernal. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Pedro Richard Aguilar Ramos. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

AGRADECIMIENTOS

Dirección de Cirugía - INEN

- Marco Sanchez Salcedo. Médico Especialista. Departamento de Cirugía Ginecológica.
- Bernabe Fora Chura. Médico Especialista. Departamento de Cirugía Ginecológica.

Dirección de Medicina - INEN

- Mivael Olivera Hurtado de Mendoza. Médico Especialista. Departamento de Oncología Médica.

Dirección de Radioterapia - INEN

- Alberto Lachos Dávila. Director General. Dirección de Radioterapia.
- Jenny Malca Vasquez. Médico Especialista. Departamento de Radioterapia.
- Juan Marquina Díaz. Médico Especialista. Departamento de Radioterapia.

Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - INEN

- Edu Gomez Orihuela. Médico Especialista. Departamento de Radiodiagnóstico.

Comité Farmacoterapéutico - INEN

- Karina Aliaga. Médico. Presidente del Comité Farmacoterapéutico.

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN SUR

- Carlos Alberto Chávez Chirinos. Médico especialista ginecólogo oncólogo.

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) - MINSA

- Emanuel Dávila Espinoza. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.
- Juana Gómez Morales. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.
- Magaly Ruth Hernández Portal. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

- Miriam Mosqueira Neira. Médico Especialista en Anatomía Patológica.

Otros agradecimientos

- Diego Odetto. Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Iván Gabor Reyes Armas. Médico Gineco Obstetra especialista en Reproducción Humana. Hospital Nacional Docente San Bartolomé.
- Luis Alberto Atuncar Ramos. Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital Santa Rosa.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como las personas que participaron en la revisión de este documento, realizaron una declaración de intereses. Todos los participantes declararon no tener conflictos de interés en relación con los aspectos abordados en esta guía.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en colaboración con el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS). La institución no tuvo ningún papel en la selección de las preguntas de la guía ni en la formulación de las recomendaciones.

Repositorio de guías de práctica clínica:

<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/tipos/217-guias-de-practica-clinica>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales solo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú.

Cita recomendada:

Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Perú). Guía de Práctica Clínica para el estadiaje y tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio temprano en Versión Extensa. Lima: Subdirección de Guías de Práctica Clínica. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, marzo del 2025. Serie Guías de Práctica Clínica N° 01-2025.

TABLA DE CONTENIDO

I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES	13
I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC	13
I.2 Interpretación de las recomendaciones	16
I.3 Flujogramas	17
II. GENERALIDADES.....	20
II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía....	20
II.2 Objetivo y población de la GPC.....	22
II.3 Usuarios y ámbito de la GPC	22
III. MÉTODOS.....	23
III.1 Conformación del grupo elaborador de la GPC	23
III.2 Declaración de conflictos de interés y derechos de autor	23
III.3 Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces.....	24
III.4 Búsqueda de GPC previas	24
III.5 Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO	25
III.6 Evaluación de riesgo de sesgo y certeza de la evidencia	27
III.7 Formulación de recomendaciones, consideraciones adicionales y BPC.....	28
III.8 Validación de la guía de práctica clínica.....	31
III.9 Revisión externa.....	31
IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES	33
IV.1 Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?.....	33
IV.2 Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?.....	49
IV.3 Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?.....	61

IV.4	Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?.....	72
IV.5	Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?	84
IV.6	Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?	86
IV.7	Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?	101
V.	PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	102
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
VII.	ANEXOS	110
VII.1	Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica	110
VII.2	Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica	113
VII.3	Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios incluidos	151
VII.4	Anexo N° 4: Estimación de uso de recursos	164
VII.4.1	Estimación por cada desenlace económico.....	164
VII.4.2	Estimación basada en el precio de la tecnología.....	166
VII.4.3	Definición de umbrales para el criterio de uso de recursos	166
VII.5	Anexo N° 5: Prioridades de investigación	176

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTADIO TEMPRANO

GUÍA EN VERSIÓN EXTENSA

I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES

I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?		
En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, sugerimos utilizar la resonancia magnética con contraste. <u>Consideraciones adicionales:</u> Esta prueba se solicitará según criterio clínico del médico tratante. No será considerada como prueba de rutina para todas las pacientes en estadios tempranos.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)
Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, sugerimos realizar biopsia de ganglio centinela para determinar el compromiso ganglionar. <u>Consideraciones adicionales:</u> Para mujeres en estadio IA1, se realizará la evaluación mediante biopsia de ganglio centinela únicamente si existe invasión del espacio linfovascular.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 se debe considerar realizar biopsia de ganglio centinela con la técnica anatomopatológica de ultraestadiaje.	BPC	No aplica
En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.	BPC	No aplica

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, sugerimos realizar histerectomía tipo A.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)
Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, sugerimos realizar histerectomía tipo B.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)
En mujeres con cáncer de cuello uterino, estadio IA2 o IB1, se podría brindar histerectomía tipo A si cumple con todos los criterios descritos a continuación: • Tumores cervicales en estadio IA2 o IB1 según clasificación FIGO 2018. • Sin invasión del espacio linfovascular. • Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). • Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). • Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm. • Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. • Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.	BPC	No aplica
Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, realizar histerectomía tipo C.	BPC	No aplica
En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1 que presentan contraindicación para realizarse cirugía, realizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria.	BPC	No aplica
Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, sugerimos realizar conización. <u>Consideraciones adicionales:</u> • Esta recomendación está dirigida para mujeres en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular con deseo de preservar la fertilidad.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
• Para mujeres en estadio IA2 o IB1 esta recomendación se brinda solo en los casos que cumplan todos los criterios de conización: - Sin invasión del espacio linfvascular. - Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). - Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). - Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm. - Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. - Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.		
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 o IA2 con invasión del espacio linfvascular y con deseo de preservar la fertilidad, considerar el uso traquelectomía radical.	BPC	No aplica
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IB1, con deseo de preservar la fertilidad y no cumplen los criterios para ser candidata a conización (mencionados en la consideración adicional de la recomendación), considerar el uso de traquelectomía radical.	BPC	No aplica
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas, para luego tomar una decisión terapéutica compartida con la paciente.	BPC	No aplica
Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?		
El GEG considera importante señalar que para esta pregunta no se halló evidencia suficiente para emitir una recomendación. Por ende, en situaciones con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas.	BPC	No aplica

I.2 Interpretación de las recomendaciones

¿Cómo interpretar la fuerza y dirección de una recomendación?

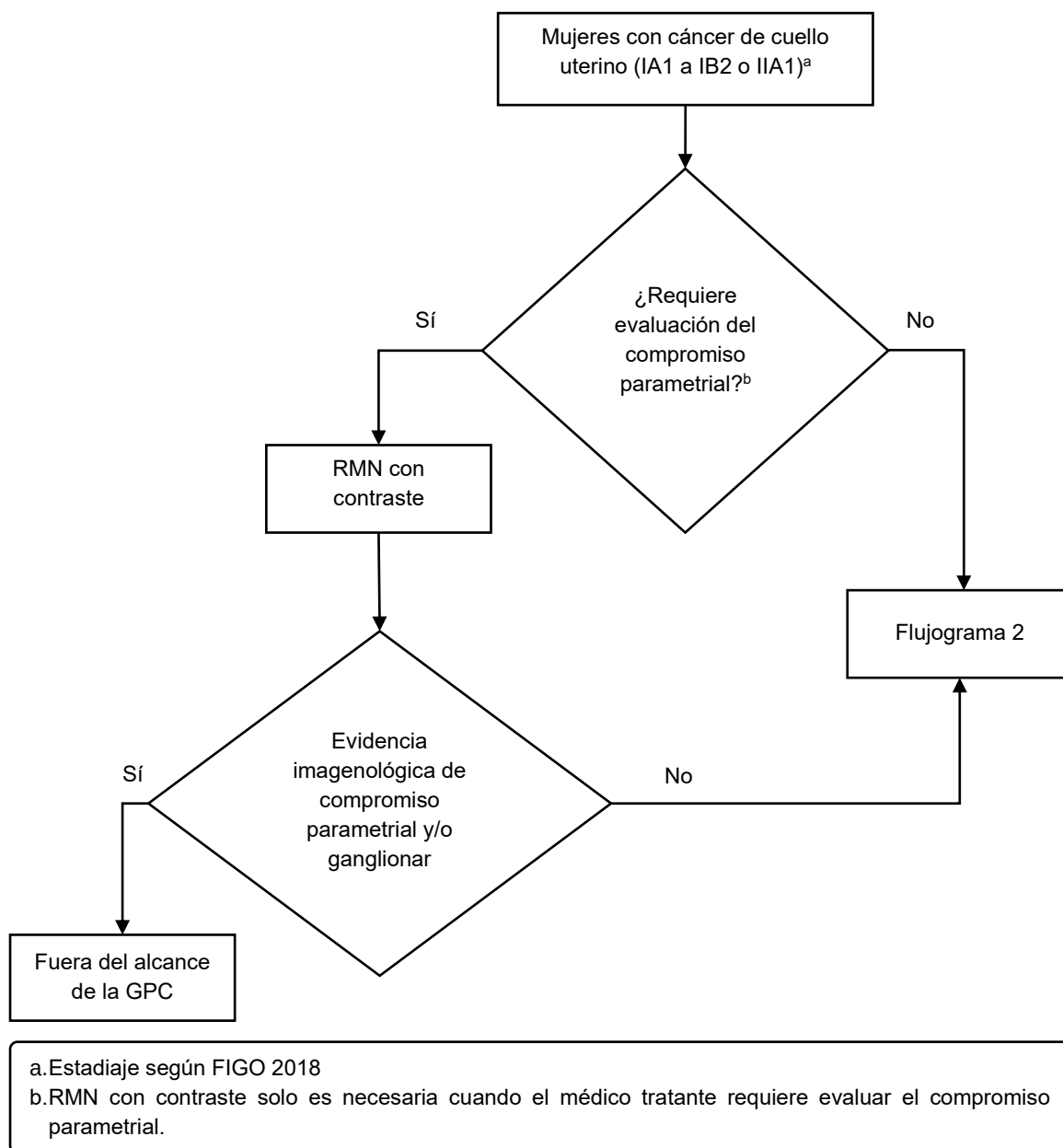
Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños. Se usó el término “Recomendamos”
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes. Se usó el término “Sugerimos”

¿Cómo interpretar la certeza de la evidencia de una recomendación?

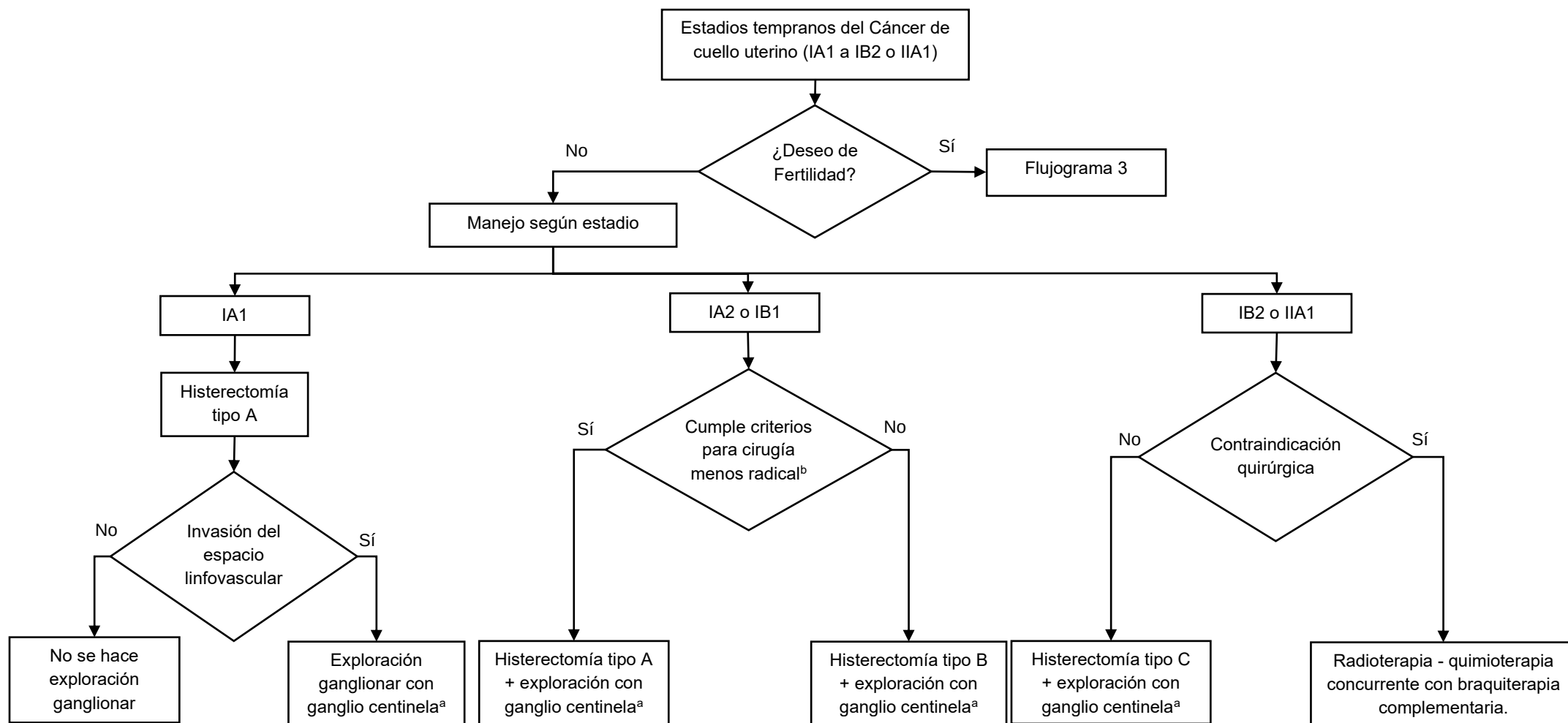
Certeza de la evidencia de la recomendación	Significado
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.

I.3 Flujogramas

I.3.1 Flujograma 1: Evaluación del compromiso ganglionar y parametrial.



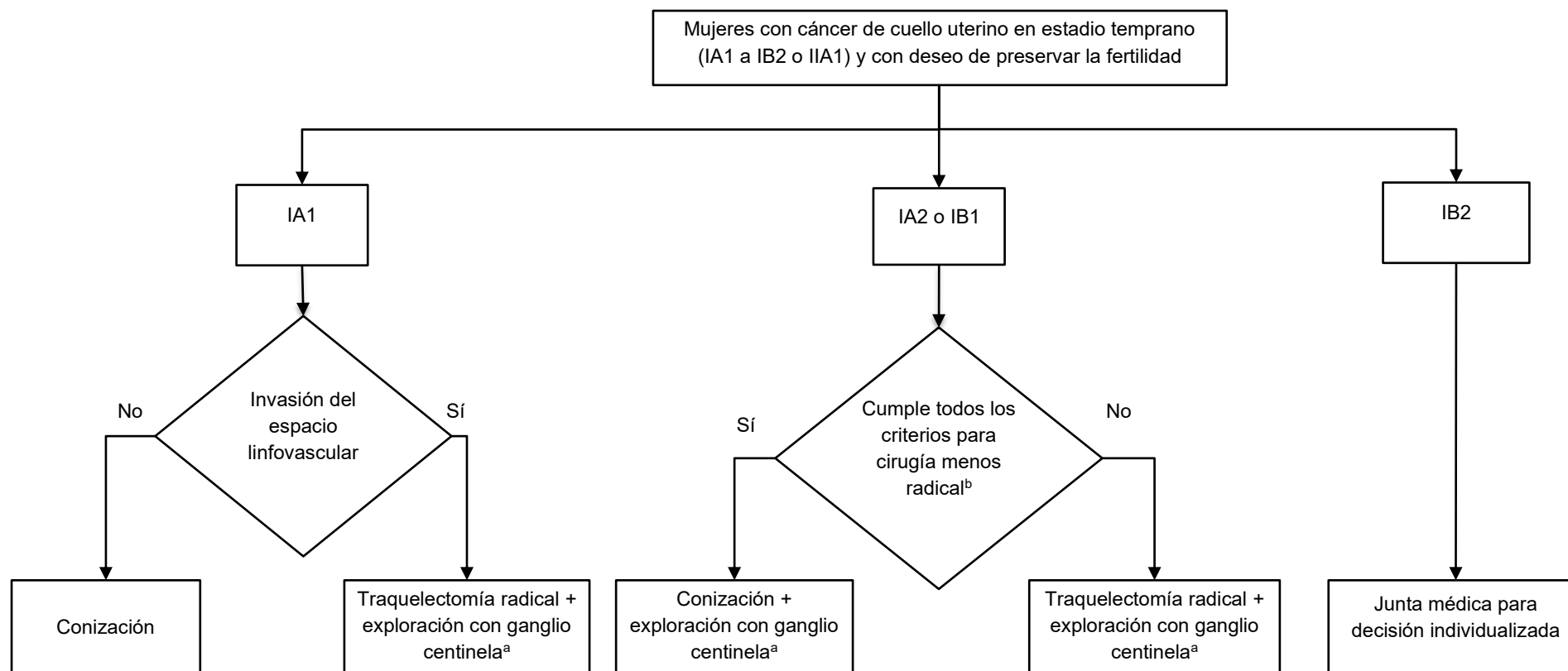
I.3.2 Flujograma 2: Manejo según estadio temprano en pacientes sin deseo de preservar la fertilidad.



a. Es conveniente realizar biopsia de ganglio centinela con ultraestadiaje. En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.

b. En estadio IA2 o IB1 según FIGO 2018, sin invasión del espacio linfovascular, biopsia de cono con márgenes negativos (mayor a 1 mm), histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2), tumor menor o igual a 2 cm, profundidad de la invasión estromal menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN e imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

I.3.3 Flujograma 3: Manejo según estadio temprano en pacientes con deseo de preservar la fertilidad.



a. Es conveniente realizar biopsia de ganglio centinela con ultraestadiaje. En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.

b. En estadio IA2 o IB1 según FIGO 2018, sin invasión del espacio linfovascular, biopsia de cono con márgenes negativos (mayor a 1 mm), histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2), tumor menor o igual a 2 cm, profundidad de la invasión estromal menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN e imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

II. GENERALIDADES

II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias ginecológicas más prevalentes a nivel mundial, con un impacto significativo en la salud de las mujeres, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Según estimaciones de *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) y Organización Mundial de la Salud (OMS), se reportaron aproximadamente 660,000 nuevos casos y 350,000 muertes por cáncer de cuello uterino en el mundo, lo que lo convierte en la cuarta causa de cáncer en mujeres y la principal causa de mortalidad por cáncer en varios países en desarrollo (1). En el Perú, este cáncer representa un grave problema de salud pública, con 4,809 nuevos casos y 2,545 muertes anuales, siendo la segunda neoplasia más frecuente en mujeres peruanas (2).

El cáncer de cuello uterino está asociado a diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de su desarrollo. El principal factor es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), particularmente los tipos de alto riesgo, como el tipo 16 y 18, los cuales están presentes en la mayoría de los casos (3). El tabaquismo es otro factor relevante, ya que debilita el sistema inmunológico y favorece la progresión de lesiones precancerosas. El inicio temprano de relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales también aumentan la exposición al VPH. Un sistema inmunológico comprometido, por condiciones como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el uso prolongado de medicamentos inmunosupresores, eleva adicionalmente el riesgo de desarrollar esta condición (4). La falta de acceso a programas de detección temprana, como la prueba de Papanicolaou, es un factor determinante en poblaciones con recursos limitados (3). La combinación de estos factores resalta la importancia de la prevención y la detección temprana para reducir la incidencia de esta enfermedad.

El manejo del cáncer de cuello uterino requiere un enfoque multidisciplinario que integre el tratamiento quirúrgico, la radioterapia, la quimioterapia y, en casos seleccionados, estrategias de preservación de la fertilidad (5). El tratamiento del cáncer de cuello uterino varía según el estadio de la enfermedad, el tamaño del tumor y el estado ganglionar y/o parametrial. En la presente guía, se usa como modelo de clasificación a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2018) (6,7), la cual es ampliamente utilizada para estadificar la enfermedad. Esta clasificación es mostrada en la tabla a continuación:

Clasificación FIGO (2018)

ETAPA	DESCRIPCIÓN
I	Carcinoma confinado al cuello uterino
IA	Carcinoma invasivo diagnosticado solo por microscopia
IA1	Invasión estromal de ≤ 3 mm de profundidad y ≤ 7 mm de extensión horizontal
IA2	Invasión estromal de > 3 mm y ≤ 5 mm de profundidad, y ≤ 7 mm de extensión horizontal

IB	Lesiones clínicamente visibles limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores que IA
IB1	Lesión clínicamente visible de ≤ 2 cm en su mayor dimensión
IB2	Lesión clínicamente visible entre 2 a 4 cm en su mayor dimensión
IB3	Lesión clínicamente visible de >4 cm en su mayor dimensión
II	El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared pélvica; afecta la vagina, pero no el tercio inferior
IIA	Sin afectación parametrial
IIA1	Lesión clínicamente visible de ≤ 4 cm
IIA2	Lesión clínicamente visible de >4 cm
IIB	Con afectación parametrial
III	El carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y/o afecta el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionante
IIIA	Afecta el tercio inferior de la vagina sin extensión a la pared pélvica
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante
IIIC	Metástasis en ganglios linfáticos pélvicos o paraaórticos
IV	El carcinoma se extiende más allá de la pelvis o afecta clínicamente (biopsia confirmada) la mucosa de la vejiga o el recto
IVA	Extensión a órganos adyacentes
IVB	Metástasis a órganos distantes

Fuente: Elaboración propia tomando de referencia la clasificación de FIGO 2018 (6,7).

En relación con el tratamiento quirúrgico, se considera la clasificación de Querleu-Morrow (2008, actualizada en 2017) que permite categorizar los tipos de histerectomía radical según la extensión de la resección quirúrgica (8,9). La elección de esta clasificación se sustenta en el uso de la misma en las guías usadas como referencia.

Clasificación Querleu - Morrow

TIPO	DESCRIPCIÓN
A	Histerectomía simple o extrafascial. Resección mínima del parametrio
B	Histerectomía radical modificada. Resección parcial del parametrio lateral hasta el nivel del uréter. Preservación de los nervios hipogástricos.
C	Histerectomía radical completa. Resección completa del parametrio lateral más allá del uréter. División en C1 (preservación nerviosa) y C2 (sin preservación nerviosa)
D	Histerectomía radical extendida. Resección del parametrio lateral hasta la pared pélvica

Fuente: Elaboración propia tomando de referencia la clasificación Querleu – Morrow (8,9).

La presente guía se basa en una revisión sistemática de la literatura científica, incluyendo estudios clínicos, metaanálisis y consensos internacionales, garantizando que las recomendaciones estén respaldadas por evidencia sólida y accesible. Esta guía práctica clínica tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada, abordando los aspectos clave del tratamiento y la evaluación del cáncer de cuello uterino. Se priorizó abordar el manejo del estadio temprano que para fines de esta guía abarca los estadios IA1, IA2, IB1, IB2 y IIA1 según la clasificación mencionada, a fin de brindar un tratamiento adecuado que mejore la supervivencia y calidad de vida con impacto en la salud pública.

II.2 Objetivo y población de la GPC

Objetivo

Brindar a los profesionales de salud recomendaciones informadas en la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sobre estadificación y tratamiento de mujeres mayores de 18 años con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2, IIA1).

Población diana

Mujeres mayores a 18 años con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2, IIA1).

II.3 Usuarios y ámbito de la GPC

Usuarios de la GPC

La guía está dirigida a todo el personal de salud que tenga a su cargo la atención en estadía y tratamiento de cáncer de cuello uterino: médicos ginecólogos oncólogos, médicos oncólogos, médicos cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, internistas, u otro profesional de la salud, así como profesionales gestores responsables de tomar decisiones a nivel institucional, regional o nacional, con el fin de facilitar el proceso de implementación.

Ámbito de aplicación

Esta GPC es una herramienta que ayuda en las decisiones del médico especialista para la asistencia médica de dichos pacientes, que debe basarse en criterios clínicos y las recomendaciones contenidas en la presente guía, primando el juicio clínico en caso de existir controversias. El ámbito de aplicación de esta guía es nacional, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicos, privados o mixtas, que estén involucrados en el manejo de esta patología.

Aspectos no cubiertos

La presente guía no cubre procesos de tamizaje para cáncer de cuello uterino; así como el estadía y tratamiento de los estadios avanzados o metastásicos de cáncer de cuello uterino. De igual manera, no se contemplan escenarios de pacientes con recurrencia de enfermedad.

Procedimiento por estandarizar

Nombre: Estadiaje y tratamiento del cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 18 años que se encuentren en estadios tempranos.

Código CIE-10: C53.9. Neoplasia maligna del cuello uterino, NOS.

III. MÉTODOS

III.1 Conformación del grupo elaborador de la GPC

El Grupo Elaborador de la GPC (GEG) estuvo conformado por profesionales de salud con experticia en el diagnóstico y estadiaje de la condición de salud abordada en la GPC y con conocimiento directo del ámbito sanitario donde se pretende implementar. Los expertos temáticos estuvieron a cargo de definir el alcance y objetivo de la GPC, formulación de las preguntas clínicas y graduación de los desenlaces, evaluación e interpretación de la evidencia identificada, así como de brindar aportes relevantes acerca de la misma, formular las recomendaciones y participar en la redacción de la GPC.

Se convocó a metodólogos del INEN con experiencia en la elaboración de GPC, quienes integraron el equipo metodológico y se encargaron de ajustar las preguntas clínicas, realizar la búsqueda y selección de la evidencia, evaluar el riesgo de sesgo, sintetizar la información y determinar su certeza. Además, se contó con la participación de metodólogos del CETS, quienes brindaron soporte metodológico a los expertos temáticos y al equipo del INEN. Asimismo, los metodólogos del CETS participaron en el desarrollo de las preguntas PICO en donde se realizó las actividades metodológicas que incluyen realizar la búsqueda y selección de la evidencia, evaluar el riesgo de sesgo, sintetizar la información y determinar su certeza. Además, los metodólogos del CETS fueron responsables de redactar el informe para la formulación de recomendaciones plasmados en la versión extensa de la GPC, sus anexos metodológicos y la versión resumida.

Para la planificación y gestión del proceso de elaboración de la guía, se convocó a un profesional de salud, especialista en gestión en salud y con experiencia en el desarrollo de guías de práctica clínica.

III.2 Declaración de conflictos de interés y derechos de autor

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como los revisores de la GPC, efectuaron una declaración de intereses previo a su participación en el desarrollo de la GPC, la cual pudo ser actualizada en caso surgieran nuevos intereses no informados en la declaración inicial. Se empleó un formulario estándar adaptado del modelo incluido en el Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica aprobado por el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 414-2015(10), que incluye la declaración de intereses económicos personales, intereses económicos no personales, e intereses no económicos personales.

Todos los intereses declarados fueron evaluados por el equipo metodológico y por el CETS, con el fin de establecer la participación plena, si se consideró que los intereses declarados no afectaban la independencia de las decisiones y actividades de la persona en el desarrollo de la GPC; y en caso de identificar un potencial conflicto de interés, se

decidió la participación condicionada (ej. participación con voz pero no voto, o censura en los diálogos deliberativos que involucren decisiones que pudieran colisionar con el conflicto identificado), o la exclusión definitiva del participante en las etapas de desarrollo de la GPC.

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como las profesionales que participaron en la revisión de la GPC declararon no tener conflictos de interés en relación con los aspectos abordados en esta guía.

Asimismo, los integrantes del equipo elaborador cedieron los derechos de autor de la presente GPC al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y al Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS) por ser una guía de práctica clínica colaborativa.

III.3 Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG realizó discusiones periódicas para formular un listado de preguntas clínicas que aborden las decisiones más importantes que debe tomar el personal de salud con respecto al ámbito de la GPC. Una vez elaborada la lista definitiva de preguntas clínicas, se formularon las preguntas en formato PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) para cada pregunta clínica, teniendo en cuenta que cada pregunta clínica puede albergar una o más preguntas PICO, y que cada pregunta PICO tuvo una población e intervención (o exposición) definidas.

Finalmente, el GEG, en base a la revisión de la literatura, su experiencia y las guías de referencia evaluadas, elaboró una lista de desenlaces (outcomes) por cada pregunta PICO, los cuales fueron calificados por el GEG como poco importantes, desenlaces importantes, y desenlaces críticos. Los desenlaces para cada pregunta se presentan en la descripción de las preguntas PICO de cada pregunta clínica.

Considerando que esta GPC contiene preguntas para la toma de decisiones, en el proceso de elaboración de esta GPC se seleccionaron los desenlaces importantes y críticos para los pacientes.

III.4 Búsqueda de GPC previas

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica relacionadas a cáncer de cuello uterino en buscadores o repositorios como: Trip Database, MEDLINE/PubMed, Google Scholar, Google; así como, en los sitios web de los principales organismos elaboradores de GPC como: National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE), Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de España (guiasalud.es), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia y Guías Clínicas AUGÉ del Ministerio de Salud de Chile, entre otros.

La búsqueda se efectuó el 30 de mayo del 2023 y se utilizaron los siguientes términos: "cáncer de cuello uterino", "guidelines", "cáncer de cervix", "guías de práctica clínica".

Posteriormente se revisaron las guías obtenidas a través de la búsqueda sistemática a fin de identificar aquellas que cumplieran con los siguientes criterios:

- Año de publicación no mayor a 5 años.
- Coincide con el tema de la guía en desarrollo.
- Población objetivo similar a la guía en desarrollo.
- Se realizaron búsquedas de información en múltiples bases de datos.
- Es replicable la búsqueda de evidencia primaria, contiene estrategias de búsqueda.
- Se da información sobre la conformación del grupo de autores.
- Se describe el proceso de desarrollo de la guía.
- Se establecen recomendaciones dentro del documento basadas en la evidencia encontrada.

Se identificaron 7 GPC que cumplieron con los criterios previamente señalados, por lo que fueron evaluadas por dos metodólogos de forma independiente, empleando el instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II* (AGREE II) a fin de seleccionar aquellas GPC que fueran de buena calidad metodológica, es decir, que alcanzaron un puntaje mayor de 90% en la evaluación global y mayor del 60% en cada uno de los siguientes dominios: Alcance y objetivo (Dominio 1), Rigor en la elaboración (Dominio 3) y aplicabilidad (Dominio 5). En base a esta evaluación, se seleccionaron 3 GPC:

- Alberta Gynecologic Oncology Team (GYNE). Cancer of the Uterine Cervix. 2021. (11)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. 2021. (12)
- Instituto de Evaluación de Tecnología sanitaria e investigación (IETSI). Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 O IIA1). 2020. (13)

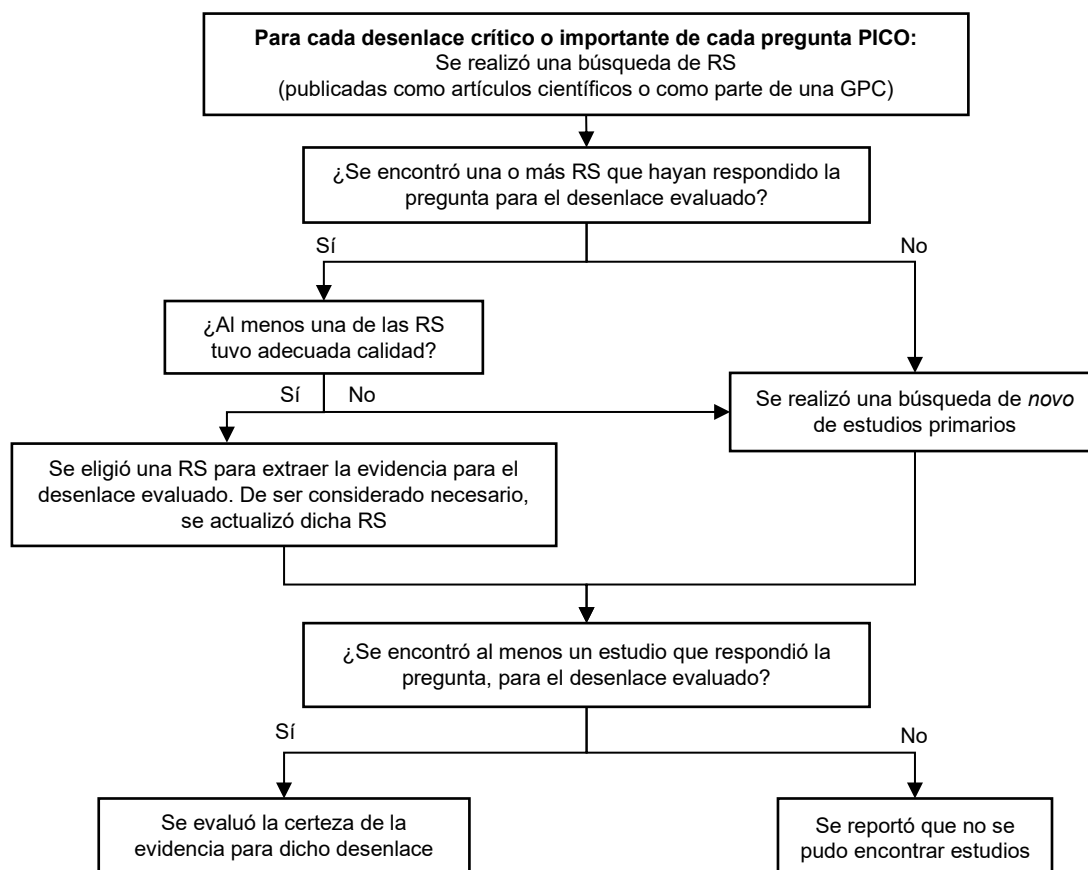
Los resultados de la búsqueda y selección de las GPC se encuentran disponibles en el **Anexo N° 1**.

III.5 Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO

Para cada pregunta PICO (en base a sus desenlaces críticos o importantes), se realizó la búsqueda y selección de la evidencia, siguiendo los siguientes pasos (que se detallarán posteriormente):

1. Se buscaron revisiones sistemáticas (RS) realizadas como parte de alguna GPC o publicadas como artículos científicos.
2. Cuando no se encontró ninguna RS de adecuada calidad que responda a nuestra PICO, se realizó una RS de *novo*.
3. Cuando se encontró RS que respondieron a nuestro PICO y calidad aceptable, se eligió una RS por cada uno de los desenlaces críticos e importantes priorizados.
4. Si la RS elegida realizó su búsqueda sistemática con una antigüedad mayor de 2 años, se evaluó la necesidad de actualizar la RS según el criterio del GEG.

Este proceso de selección de la evidencia se muestra en el siguiente flujograma:



A continuación, se detallan los procesos realizados para la búsqueda y selección de la evidencia:

i. Búsqueda de RS realizadas dentro de las GPC

Se revisó si alguna de las GPC identificadas realizó una RS para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG. Para ello, se tomaron en cuenta las RS realizadas por las GPC incluidas en el subtítulo III.4 (Búsqueda de GPC previas).

ii. Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos

Para cada una de las preguntas PICO, durante el 2024 – 2025, se realizó una búsqueda sistemática de RS que respondan la pregunta y que hayan sido publicadas como artículos científicos. Esta búsqueda fue realizada en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library. Posteriormente, se escogieron aquellas RS que hayan cumplido con los criterios de inclusión de cada pregunta PICO. Los términos de búsqueda y las listas de RS incluidas y excluidas para cada pregunta PICO se muestran en el **Anexo N° 2**.

iii. Selección de la evidencia para la toma de decisiones para cada pregunta

Para cada pregunta PICO, se listaron las RS encontradas que hayan respondido dicha pregunta (ya sea RS realizadas por alguna GPC, o RS publicadas como artículos científicos).

Para cada desenlace crítico o importante, cuando no se encontraron RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se realizó una búsqueda sistemática *de novo* de estudios primarios en MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados en estas búsquedas *de novo* se detallan en el **Anexo N° 2**.

Cuando para un desenlace se encontró al menos una RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se procedió a seleccionar una RS, que idealmente fue aquella que tuvo: la más alta calidad evaluada con la herramienta *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews-II* (AMSTAR-II)(14), la más reciente fecha en la que realizó su búsqueda bibliográfica, y el mayor número de estudios encontrados.

Una vez seleccionada una RS, el GEG decidió si era pertinente actualizar dicha RS, considerando para ello:

- El tiempo que ha transcurrido desde la búsqueda realizada por la RS y la velocidad de producción científica de estudios en el tema (2 años en aquellos temas en los que la producción científica es abundante, 5 años en aquellos temas en los que la producción científica es limitada)
- La actualidad de la pregunta (pues para algunas preguntas ya no se realizan estudios)
- La certeza de los resultados de la RS (optando por actualizar aquellas RS cuyos estimados globales tuvieran una baja o muy baja certeza de la evidencia)

Una vez que se definió la evidencia a usar para el desenlace en cuestión, para la toma de decisiones, se realizó lo siguiente:

- Si la RS seleccionada realizó un MA, que a consideración del GEG haya sido correctamente realizado, se usó dicho MA.
- De encontrarse la evidencia adecuada y de considerarse necesario, se realizó el MA.
- Si no se encontró ni se pudo realizar un MA, se consideró el o los estudios más representativos para la toma de decisiones. Cuando solo se contó con un estudio, se consideró dicho estudio para la toma de decisiones.

III.6 Evaluación de riesgo de sesgo y certeza de la evidencia

i. Evaluación de riesgo de sesgo

Para cada uno de los estudios primarios seleccionados, el GEG determinó si era necesario realizar la evaluación de riesgo de sesgo. Esta evaluación fue por lo general realizada cuando la RS seleccionada no realizó la evaluación de los

estudios que incluyó, o cuando la RS seleccionada realizó dicha evaluación pero ésta no fue de calidad o fue hecha para varios desenlaces y esperablemente el resultado de la evaluación cambiaría al enfocarnos en el desenlace que se estuviera evaluando (por ejemplo, el riesgo de sesgo por no realizar el cegamiento de los evaluadores sería diferente para el desenlace “dolor” que para el desenlace “muerte”).

Las evaluaciones realizadas para identificar el riesgo de sesgo de los estudios primarios se muestran en el **Anexo N° 3**.

Las herramientas usadas para evaluar el riesgo de sesgo fueron:

- Los ECA fueron evaluados usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane (15).
- Los estudios de diagnóstico fueron evaluados usando la herramienta QUADAS-2 (16).

ii. Evaluación de la certeza de la evidencia

Para evaluar la certeza de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). La certeza de la evidencia según esta metodología se basa en 9 aspectos: tipo de estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, relación dosis-respuesta, y efecto de confusores (los tres últimos aspectos son evaluados en estudios observacionales) (17). Finalmente, la certeza de la evidencia para cada desenlace evaluado pudo ser alta, moderada, baja, y muy baja.

Para resumir la evaluación de la certeza de la evidencia, se usaron tablas de *Summary of Findings (SoF)* para cada pregunta PICO. Para aquellos desenlaces para los cuales no se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE previa (publicada en la RS o GPC seleccionada para dicha pregunta PICO), se elaboraron estas tablas. De lo contrario, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se sospechó que la tabla previa no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

En cada pregunta PICO, luego de asignar el nivel de certeza de la evidencia para todos sus desenlaces de interés, se le asignó a la pregunta PICO el nivel de certeza más bajo alcanzado por alguno de estos desenlaces.

III.7 Formulación de recomendaciones, consideraciones adicionales y BPC

Para la formulación de las recomendaciones, el GEG realizó reuniones periódicas, en las cuales los metodólogos presentaron la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas, en base a la cual los especialistas clínicos determinaron las recomendaciones. Cuando no se alcanzó consenso para alguna recomendación, se procedió a realizar una votación y llegar a una decisión por mayoría simple.

Se calcularon los efectos absolutos para cada desenlace (diferencias de riesgos para desenlaces dicotómicos, o diferencias de medias para desenlaces numéricos). Para el cálculo de las diferencias de riesgos, se consideró que la incidencia del desenlace en el grupo comparador fue la reportada por el cuerpo de la evidencia, salvo se mencione lo contrario para alguna pregunta.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología *Evidence to Decision* (EtD) (17,18) que valora: beneficios, daños, certeza, valoración de los desenlaces, uso de recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad; para las intervenciones u opciones a ser evaluadas. Para la presente GPC, el GEG consideró que no era imperativo realizar búsquedas sistemáticas de costos, de valoración de los *outcomes* por los pacientes, ni de factibilidad de implementación.

Teniendo todo esto en cuenta, se estableció la dirección (a favor o en contra) y la fuerza (fuerte o condicional) de cada recomendación (19).

Para las preguntas que, en opinión del GEG, no pudieron ser contestadas con la evidencia actual (debido a que la pregunta no podía responderse en base a evidencias, a que el contexto local para esta pregunta era tan particular que la evidencia disponible no sería útil, o a otros motivos), no se formularon recomendaciones sino puntos de BPC.

Significado de los niveles de certeza de la evidencia y de la fuerza de la recomendación

Enunciado	Significado
Certeza de la evidencia del resultado de un desenlace	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Estamos muy seguros de que el efecto real de la intervención se aproxima al efecto estimado en los estudios. “Al dar la intervención en lugar del comparador, estamos seguros que ... ”
Moderada (⊕⊕⊕○)	Confiamos moderadamente en la estimación del efecto: lo más probable es que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es posible que sea sustancialmente diferente. “Al dar la intervención en lugar del comparador, probablemente ... ”
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: es posible que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es probable que sea sustancialmente diferente. “Al dar la intervención en lugar del comparador, podría ser que ... ”
Muy baja (⊕○○○)	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: lo más probable es que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimado en los estudios. “Al dar la intervención en lugar del comparador, la evidencia es muy incierta sobre ... ”
Certeza de la evidencia de una recomendación	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.

Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
Fuerza de la recomendación	
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños. Se usó el término “Recomendamos”
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes. Se usó el término “Sugerimos”

Finalmente, de creerlo necesario, se emitirán consideraciones y/o buenas prácticas clínicas (BPC), para las cuales no se efectúa una evaluación de la certeza de la evidencia ni se aplica el marco EtD. Estas pautas deben distinguirse claramente de las recomendaciones. Las consideraciones son enunciados que apoyan la interpretación de las recomendaciones y pueden abarcar los subdominios de la estructura PICO (paciente/población, intervenciones, comparadores, desenlaces), así como las condiciones que enmarcan una o más recomendaciones específicas. Estos enunciados se justifican citando la evidencia correspondiente, como otras GPC, ensayos clínicos, entre otros.

De manera similar, las BPC deben estar debidamente justificadas en base a los siguientes criterios (20,21), para ser considerados como tal:

- No pueden ser incluidas en la GPC como preguntas clínicas, debido a que luego de realizar una búsqueda preliminar (al menos de RS y ECA) no se encontró evidencia directa o la evidencia directa es muy difícil de encontrar y no es concluyente (lo cual debe argumentarse comentando la evidencia indirecta o directa de haberla).
- Es una pauta accionable (debe orientar una decisión)
- Es una pauta relevante y necesaria para la práctica clínica actual (para ello, se pueden citar otras guías o protocolos que consensuen que esta es una práctica usual)
- Existen razones claras para pensar que su implementación resulta en un gran beneficio para el paciente (lo cual se debe argumentar claramente)

Además, se diseñaron los flujogramas que resumen las principales recomendaciones de la GPC.

III.8 Validación de la guía de práctica clínica

- **Ajuste Técnico con expertos clínicos**

Los asistentes a esta reunión de ajuste técnico con expertos clínicos se exponen a continuación:

- Roger Elias Ocon Roncal.
 - Médico especialista en Ginecología Oncológica
 - Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL)
- Manuel Jesús Álvarez Larraondo
 - Médico especialista en Ginecología Oncológica
 - Liga contra el cáncer.
- Diego Arom Díaz Bravo
 - Médico especialista en Ginecología Oncológica
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. (HNERM)

- **Ajuste Técnico con gestores**

Los asistentes a esta reunión de ajuste técnico con gestores se exponen a continuación:

- Andrea Matos Orbegozo
 - Obstetra
 - Dirección de Prevención y Control de Cáncer (DPCAN) – MINSA
- Vladimir Flores Benites
 - Médico especialista en Gestión en Salud
 - Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Flor Mirabal Veramendi
 - Enfermera
 - Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Miguel Armando Zúñiga Olivares
 - Médico especialista en Gestión en Salud
 - Magister en Gerencia de Servicios de Salud
 - Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL)

III.9 Revisión externa

El GEG decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando a los siguientes expertos:

- **Revisores clínicos**

- Luis Yingherd García Bernal
 - Médico especialista en Ginecología Oncológica
 - Hospital Nacional arzobispo Loayza.

- Pedro Richard Aguilar Ramos
 - Médico especialista en Ginecología Oncológica
 - Maestría en Gerencia de Servicios de Salud
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

IV.1 Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?

Introducción

La detección temprana y la evaluación precisa del compromiso parametrial y ganglionar resultan fundamentales para establecer un tratamiento adecuado y oportuno. En este sentido, el uso de la resonancia magnética (RM), ya sea con o sin contraste, se presenta como una herramienta de gran utilidad diagnóstica, cuya aplicabilidad debe ser analizada en función de su eficacia y factibilidad en el contexto nacional (22).

Diversos estudios han demostrado que la RM ofrece una buena sensibilidad y especificidad en la detección del compromiso parametrial y ganglionar (22). Sin embargo, esta ventaja diagnóstica debe ser ponderada frente a posibles limitaciones, como los costos adicionales, la disponibilidad de medios de contraste y la capacidad de los profesionales de salud para interpretar los resultados. Además, es necesario considerar los posibles efectos adversos asociados al uso de contraste, especialmente en pacientes con insuficiencia renal o antecedentes de reacciones alérgicas. En el contexto peruano, donde el perfil epidemiológico de las pacientes puede ser variado y los recursos limitados, la adopción de estrategias de diagnóstico debe ser evaluada con una visión integral y contextualizada.

Por esta razón, el grupo elaborador de la guía consideró pertinente poder evaluar el uso de la RM con contraste en comparación de la resonancia magnética sin contraste para la determinación del compromiso parametrial y ganglionar.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
1.1	Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial	Resonancia magnética con contraste / Resonancia magnética sin contraste	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Progresión de la enfermedad • Calidad de vida • Eventos adversos <u>Subrogados:</u> • Sensibilidad • Especificidad

1.2	Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso ganglionar	Resonancia magnética con contraste / Resonancia magnética sin contraste	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Progresión de la enfermedad • Calidad de vida • Eventos adversos <u>Subrogados:</u> • Sensibilidad • Especificidad
-----	---	---	--

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de *novo* en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library. Se priorizó la identificación de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales (**Anexo N° 2**).

Se identificó la RS de Xiao M et al., 2019 (23), que respondía a la pregunta PICO 1.1. A continuación, se resumen sus características:

RS	Puntaje AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Xiao M et al., 2019 (23)	11/14	Junio 2018	• Sensibilidad • Especificidad

*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**

En relación con la PICO 1.2, no se identificó ninguna RS que respondiera a la pregunta. Por lo tanto, se seleccionaron los estudios de exactitud diagnóstica incluidos en la RS de Xiao et al., 2019 que respondían a la pregunta. Adicionalmente se actualizó la búsqueda de Xiao et al., 2019 para identificar aquellos estudios que se hubieran publicado después de 2020 (**Anexo N° 2**).

Evidencia por cada desenlace

PICO 1.1: Compromiso parametrial:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sensibilidad y especificidad de la RM con contraste y sin contraste para determinar el compromiso parametrial:
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Xiao M, et al., 2019 (23), debido a que realizó un subanálisis que respondía a la pregunta.
 - Para este desenlace, la RS de Xiao M et al., 2019 realizó un MA que:
 - Incluyó 19 estudios observacionales (n = 1770).
 - La **población** estuvo conformada por mujeres adultas con cáncer de cuello uterino que fueron sometidas a evaluación con RM para evaluar el compromiso parametrial y de otras estructuras adyacentes al cervix.
 - Las **pruebas índices** fueron la RM con o sin contraste.

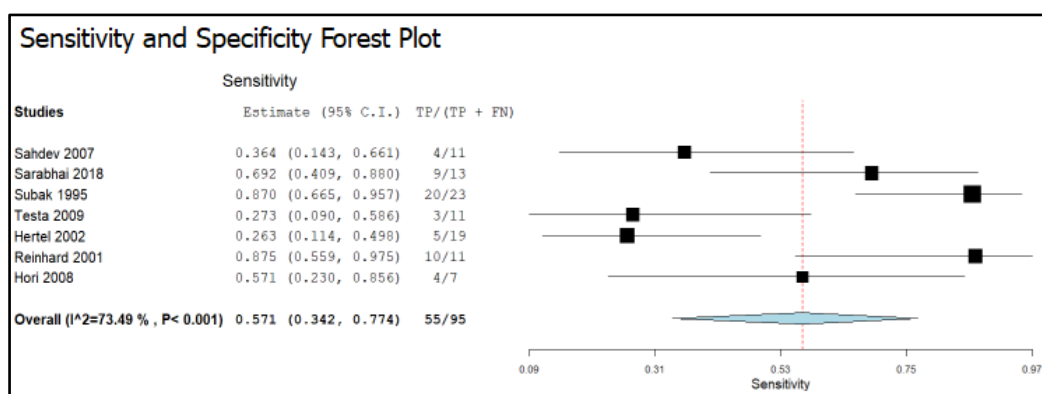
- La **prueba de referencia** fue la confirmación histopatológica.

PICO 1.2: Compromiso ganglionar:

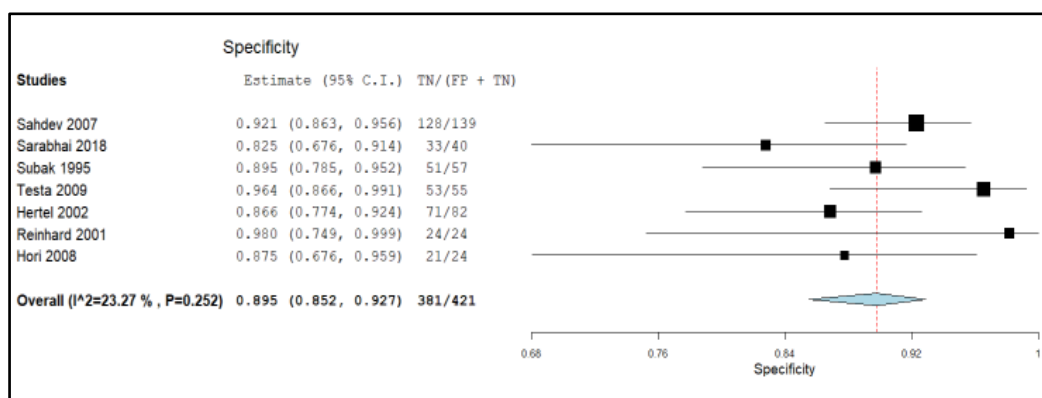
Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sensibilidad y especificidad para la prueba RM sin contraste para determinar el compromiso ganglionar:
 - Se realizó un metaanálisis de los siguientes estudios de exactitud diagnóstica que se correspondían con la pregunta PICO: Subak 1995(24), Reinhardt 2001(25), Hertel 2002(26), Sahdev 2007(27), Hori 2008(28), Testa 2009(29) y Sarabhai 2018(30).
 - El metaanálisis para este desenlace tuvo las siguientes características:
 - Incluyó 7 estudios observacionales (n = 516).
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer de cuello uterino que habían tenido compromiso ganglionar y fueron evaluadas con RM sin contraste para determinar este compromiso.
 - Las **pruebas índices** fueron la RM sin contraste.
 - La **prueba de referencia** fue la confirmación histopatológica.

Metaanálisis de sensibilidad para determinar compromiso ganglionar con la prueba de RM sin contraste:

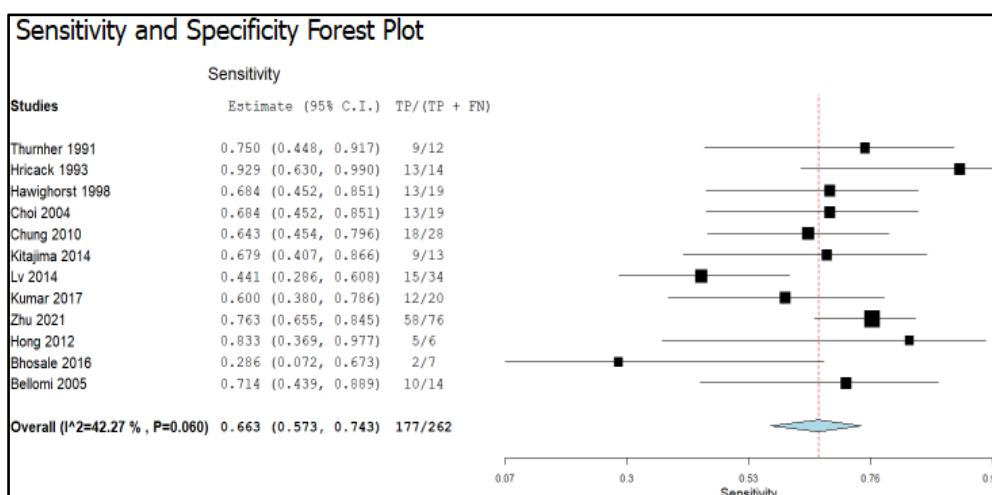


Metaanálisis de especificidad para determinar compromiso ganglionar con la prueba de RM sin contraste:



- Sensibilidad y especificidad para la prueba RM con contraste para determinar el compromiso ganglionar:
 - Se realizó un metaanálisis de los siguientes estudios de exactitud diagnóstica que se correspondían con la pregunta PICO: Thurnher 1991(31), Hricack 1993(32), Hawighorst 1998(33), Choi 2004(34), Chung 2010(35), Kitajima 2014(36), Lv 2014(37), Kumar 2017(38), Zhu 2021(39), Hong 2012(40), Bhosale 2016(41) y Bellomi 2005(42).
 - El metaanálisis para este desenlace tuvo las siguientes características:
 - Incluye 12 estudios observacionales (n = 885).
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer de cuello uterino que habían tenido compromiso ganglionar y fueron evaluadas con RM con contraste para determinar este compromiso.
 - Las **pruebas índices** fueron la RM sin contraste.
 - La **prueba de referencia** fue la confirmación histopatológica.

Metaanálisis de sensibilidad para determinar compromiso ganglionar con la prueba de RM con contraste:



Metaanálisis de especificidad para determinar compromiso ganglionar con la prueba de RM con contraste:

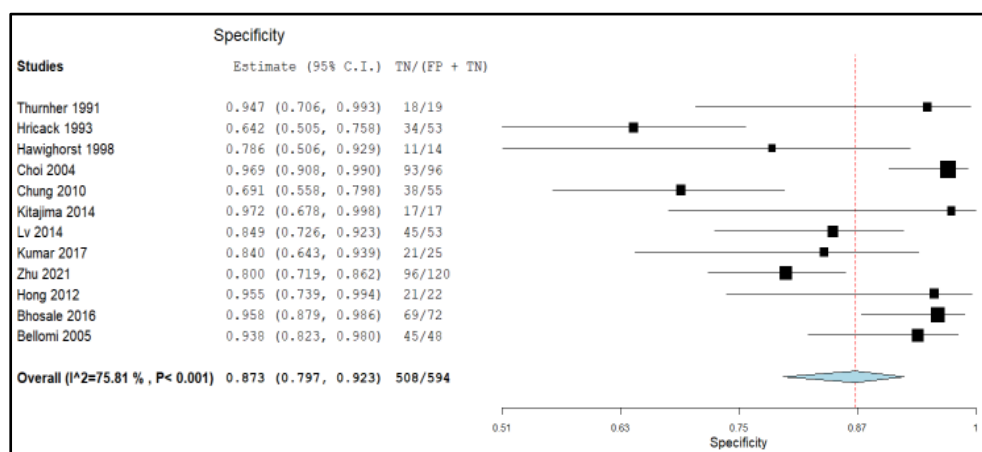


Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF) – PICO 1.1

Población: Mujeres con cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial Intervención: Resonancia magnética con contraste Comparador: Resonancia magnética sin contraste Autores: Víctor Velásquez Rimachi, Carlos Alva Diaz, J. Franco Rodriguez-Alarcon Bibliografía por desenlace: <u>Resonancia magnética con contraste (RM c/c)</u> Sensibilidad y especificidad: Xiao M et al., 2019(23) <u>Resonancia magnética sin contraste (RM s/c)</u> Sensibilidad y especificidad: Xiao M et al., 2019(23)									
Prueba índice	Número de estudios (Número de participantes)	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	Riesgo de base*	Número de resultados por 100 pacientes estudiados (IC 95%)				Certeza de evidencia
					Verdaderos positivos (VP)	Falsos negativos (FN)	Verdaderos negativos (VN)	Falsos positivos (FP)	
RM c/c	19 EED (1770 participantes)	0.83 (IC 95%: 0.73 – 0.90)	0.94 (IC 95%: 0.91 – 0.96)	31%	26 (23 a 28)	5 (3 a 8)	65 (63 a 66)	4 (3 a 6)	Sensibilidad ⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c} Especificidad ⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}
RM s/c	19 EED (1770 participantes)	0.66 (IC 95%: 0.59 – 0.73)	0.90 (IC 95%: 0.88 – 0.92)	31%	20 (18 a 23)	11 (8 a 13)	62 (61 a 63)	7 (6 a 8)	Sensibilidad ⊕○○○ MUY BAJA ^{a,b,c} Especificidad ⊕⊕○○ BAJA ^{b,c}
Diferencia absoluta					Diferencia absoluta de VP 6 VP más en RM c/c (5.88 a 6.12) [†]	Diferencia absoluta de FN 6 FN menos en RM c/c (-6.07 a -5.93) [†]	Diferencia absoluta de VN 3 VN más en RM c/c (2.87 a 3.13) [†]	Diferencia absoluta de FP 3 FP menos en RM c/c (-3.06 a -2.94) [†]	
MA: Metaanálisis, IC 95%: Intervalo de confianza al 95% * Según Urrutia et al., 2014 (22) † Los IC 95% de la diferencia absoluta fueron calculados por el método de Newcombe-Wilson sin corrección de continuidad. Explicaciones de la certeza de la evidencia: a. Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión (el rango del IC95% está entre el 10% y 20%). b. Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo (52% de los estudios incluidos han sido considerados como bajo riesgo de sesgo por la herramienta QUADAS-2). c. Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia (la heterogeneidad [I ²] de la sensibilidad agrupada y especificidad fue superior a 40% y menor a 50%).									

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF) – PICO 1.2

Población: Mujeres con cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso ganglionar Intervención: Resonancia magnética con contraste Comparador: Resonancia magnética sin contraste Autores: J. Franco Rodriguez-Alarcon Bibliografía por desenlace: <u>Resonancia magnética con contraste (RM c/c)</u> Sensibilidad y especificidad: Elaboración propia meta analizando los EED: Thrunher 1991(31), Hricack 1993(32), Hawighorst 1998(33), Choi 2004(34), Bellomi 2005(42), Chung 2010(35), Hong 2012(40), Kitajima 2014(36), Lv 2014(37), Bhosale 2016(41), Kumar 2017(38), Zhu 2021(39). <u>Resonancia magnética sin contraste (RM s/c)</u> Sensibilidad y especificidad: Elaboración propia meta analizando los EED: Subak 1995(24), Reinhardt 2001(25), Hertel 2002(26), Sahdev 2007(27), Hori 2008(28), Testa 2009(29) y Sarabhai 2018(30).									
Prueba índice	Número de estudios (Número de participantes)	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	Riesgo de base*	Número de resultados por 100 pacientes estudiados (IC 95%)				Certeza de evidencia
					Verdaderos positivos (VP)	Falsos negativos (FN)	Verdaderos negativos (VN)	Falsos positivos (FP)	
RM c/c	12 EED (885 participantes)	0.66 (IC 95%: 0.57 – 0.74)	0.87 (IC 95%: 0.80 – 0.92)	15.8%	10 (9 a 12)	6 (4 a 7)	74 (67 a 78)	10 (6 a 17)	Sensibilidad ⊕○○○ MUY BAJA ^{a,c,d}
									Especificidad ⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}
RM s/c	7 EED (516 participantes)	0.57 (IC 95%: 0.34 – 0.77)	0.90 (IC 95%: 0.85 – 0.93)	15.8%	9 (5 a 12)	7 (4 a 11)	75 (72 a 78)	9 (6 a 12)	Sensibilidad ⊕○○○ MUY BAJA ^{b,c,d}
									Especificidad ⊕⊕○○ BAJA ^c
Diferencia absoluta					Diferencia absoluta de VP 1 VP más en RM c/c (0.92 a 1.08) [†]	Diferencia absoluta de FN 1 FN menos en RM c/c (-1.07 a -0.93) [†]	Diferencia absoluta de VN 1 VN menos en RM c/c (-1.12 a -0.88) [†]	Diferencia absoluta de FP 1 FP más en RM c/c (0.92 a 1.08) [†]	
MA: Metaanálisis, IC 95%: Intervalo de confianza al 95% * Según Fernandez-Mercado et al., 2020 (43). † Los IC 95% de la diferencia absoluta fueron calculados por el método de Newcombe-Wilson sin corrección de continuidad. Explicaciones de la certeza de la evidencia:									

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a. Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión (el rango del IC95% está entre el 10% y 20%).b. Se disminuye dos niveles de certeza de la evidencia por imprecisión (el rango del IC95% es mayor al 20%).c. Se disminuye dos niveles de evidencia por riesgo de sesgo (< 50% de los estudios incluidos en el metaanálisis fueron calificados como estudios de bajo riesgo de sesgo por la herramienta QUADAS-2).d. Se baja un nivel de evidencia por inconsistencia (I^2 de la sensibilidad agrupada y la especificada agrupada fue mayor del 40% y menor del 80%). |
|--|

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*)

Presentación

Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?	
Población:	Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieren evaluación del compromiso parametrial y ganglionar
Intervención:	Resonancia magnética con contraste
Comparador:	Resonancia magnética sin contraste
Desenlaces:	Críticos: • Sobrevida global • Progresión de la enfermedad • Calidad de vida • Eventos adversos Subrogados: • Sensibilidad • Especificidad
Contexto:	Establecimiento de salud del sector público del país
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta.

Evaluación de cada criterio

1. Hallazgos de precisión diagnóstica: ¿Cuán sustancial es la exactitud diagnóstica de la prueba resonancia magnética con contraste (RM c/c) en comparación con resonancia magnética sin contraste (RM s/c)?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<u>Compromiso Parametrial</u> Muy impreciso ○ Impreciso ● Preciso ○ Muy preciso ○ Varía ○ Se desconoce	<u>Compromiso Parametrial</u> Sensibilidad y especificidad			<u>Compromiso Parametrial</u> El GEG consideró que la resonancia magnética con contraste presentó una buena sensibilidad en comparación con la resonancia magnética sin contraste. Además, ambas pruebas demostraron una especificidad similar. Considerando esta información, el GEG concluyó que la resonancia magnética con contraste representaba una prueba precisa en comparación con la resonancia magnética sin contraste.
	Pruebas	Número de estudios (participantes)	Resumen de sensibilidad % (IC 95%)	Resumen de especificidad % (IC95%)
	Resonancia magnética con contraste	19 EED (1770 participantes)	83 (73 a 90)	94 (91 a 96)
	Resonancia magnética sin contraste	19 EED (1770 participantes)	66 (59 a 73)	90 (88 a 92)

Compromiso Ganglionar Muy impreciso ○ Impreciso ● Preciso ○ Muy preciso ○ Varía ○ Se desconoce	Compromiso Ganglionar Sensibilidad y Especificidad <table><tr><th>Pruebas</th><th>Número de estudios (participantes)</th><th>Resumen de sensibilidad % (IC 95%)</th><th>Resumen de especificidad % (IC95%)</th></tr><tr><td>Resonancia magnética con contraste</td><td>13 EED (885 participantes)</td><td>66 (57 a 74)</td><td>87 (80 a 92)</td></tr><tr><td>Resonancia magnética sin contraste</td><td>7 EED (516 participantes)</td><td>57 (34 a 77)</td><td>90 (85 a 93)</td></tr></table>	Pruebas	Número de estudios (participantes)	Resumen de sensibilidad % (IC 95%)	Resumen de especificidad % (IC95%)	Resonancia magnética con contraste	13 EED (885 participantes)	66 (57 a 74)	87 (80 a 92)	Resonancia magnética sin contraste	7 EED (516 participantes)	57 (34 a 77)	90 (85 a 93)	Compromiso Ganglionar El GEG consideró que, en el contexto de determinar el compromiso ganglionar, la resonancia magnética con contraste fue una prueba precisa en comparación con la resonancia magnética sin contraste.			
Pruebas	Número de estudios (participantes)	Resumen de sensibilidad % (IC 95%)	Resumen de especificidad % (IC95%)														
Resonancia magnética con contraste	13 EED (885 participantes)	66 (57 a 74)	87 (80 a 92)														
Resonancia magnética sin contraste	7 EED (516 participantes)	57 (34 a 77)	90 (85 a 93)														
2. Magnitud de los beneficios: ¿Cuán sustanciales son los beneficios de realizar resonancia magnética con contraste (RM c/c) frente a realizar resonancia magnética sin contraste (RM s/c)?																	
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales															
Compromiso Parametrial ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Compromiso Parametrial <table><tr><th colspan="2">Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)</th><th>Resonancia Magnética con contraste</th><th>Resonancia Magnética sin contraste</th><th>Certeza de la evidencia</th></tr><tr><td>VP</td><td>Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso parametrial)</td><td>26 (23 a 28)</td><td>20 (18 a 23)</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr><tr><td>VN</td><td>Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso parametrial)</td><td>65 (63 a 66)</td><td>62 (61 a 63)</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr></table> VP: Verdaderos Positivos; VN: Verdaderos Negativos	Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia	VP	Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso parametrial)	26 (23 a 28)	20 (18 a 23)	⊕○○○ MUY BAJA	VN	Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso parametrial)	65 (63 a 66)	62 (61 a 63)	⊕○○○ MUY BAJA	Compromiso Parametrial En las mujeres con cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieren evaluación de compromiso parametrial, el GEG consideró que los beneficios de realizar la resonancia magnética con contraste son moderados con respecto al uso de la resonancia magnética sin contraste (debido a la ventaja de detectar más VP y más VN con las consecuencias de mejorar el manejo de las pacientes realmente comprometidas y evitar una intervención innecesaria en aquellas que no requieren tratamiento). Aunque la evidencia presentada es incierta.
Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia													
VP	Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso parametrial)	26 (23 a 28)	20 (18 a 23)	⊕○○○ MUY BAJA													
VN	Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso parametrial)	65 (63 a 66)	62 (61 a 63)	⊕○○○ MUY BAJA													
Compromiso Ganglionar ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Compromiso Ganglionar <table><tr><th colspan="2">Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)</th><th>Resonancia Magnética con contraste</th><th>Resonancia Magnética sin contraste</th><th>Certeza de la evidencia</th></tr><tr><td>VP</td><td>Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso ganglionar)</td><td>10 (9 a 12)</td><td>9 (5 a 12)</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr><tr><td>VN</td><td>Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso ganglionar)</td><td>74 (67 a 78)</td><td>75 (72 a 78)</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr></table> VP: Verdaderos Positivos; VN: Verdaderos Negativos	Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia	VP	Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso ganglionar)	10 (9 a 12)	9 (5 a 12)	⊕○○○ MUY BAJA	VN	Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso ganglionar)	74 (67 a 78)	75 (72 a 78)	⊕○○○ MUY BAJA	Compromiso Ganglionar En mujeres con cáncer de cuello uterino que requirieron una evaluación del compromiso ganglionar, el GEG consideró que realizar una resonancia magnética con contraste, en comparación con la misma prueba sin contraste, ofreció beneficios pequeños. Esto se debe a que la resonancia magnética con contraste detectó 1 VP más en comparación de la resonancia magnética sin contraste. Además, la resonancia magnética con contraste clasificó a 1 mujer menos como verdaderos negativos en comparación con la prueba sin contraste. Sin embargo, la evidencia se consideró incierta.
Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia													
VP	Correctamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso ganglionar)	10 (9 a 12)	9 (5 a 12)	⊕○○○ MUY BAJA													
VN	Correctamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso ganglionar)	74 (67 a 78)	75 (72 a 78)	⊕○○○ MUY BAJA													

3. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños de realizar resonancia magnética con contraste (RM c/c) frente sólo realizar resonancia magnética sin contraste (RM s/c)?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<u>Compromiso Parametrial</u> ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	<u>Compromiso Parametrial</u>					<u>Compromiso Parametrial</u> En las mujeres con cáncer de cuello uterino que requieren evaluación del compromiso parametrial, el GEG consideró que los daños derivados de realizar una resonancia magnética con contraste, en comparación con una resonancia magnética sin contraste, fueron triviales (esto se debió a que se identificaron menos casos de falsos negativos y falsos positivos, lo que permitió una clasificación más precisa de las pacientes). Sin embargo, la evidencia al respecto fue incierta.
	Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia	
	FN	Incorrectamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso parametrial)	5 (3 a 8)	11 (8 a 13)	⊕○○○ MUY BAJA	
	FP	Incorrectamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso parametrial)	4 (3 a 6)	7 (6 a 8)	⊕○○○ MUY BAJA	
FN: Falsos Negativos; FP: Falsos Positivos						
<u>Compromiso Ganglionar</u> ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	<u>Compromiso Ganglionar</u>					<u>Compromiso Ganglionar</u> En mujeres con cáncer de cuello uterino que requirieron una evaluación del compromiso ganglionar, el GEG consideró que la magnitud de los daños al utilizar resonancia magnética con contraste, en comparación con la prueba sin contraste, fue pequeño. Esto se debe a que la resonancia magnética con contraste detectó menos falsos negativos. Sin embargo, la prueba con contraste identificó más falsos positivos, lo que expuso a más pacientes a tratamientos quirúrgicos innecesarios y a un cambio innecesario en el estadiaje. Sin embargo, la evidencia fue incierta.
	Desenlaces clínicamente relevantes extrapolados (consecuencias)		Resonancia Magnética con contraste	Resonancia Magnética sin contraste	Certeza de la evidencia	
	FN	Incorrectamente clasificadas como sanas (negativo para compromiso ganglionar)	6 (4 a 7)	7 (4 a 11)	⊕○○○ MUY BAJA	
	FP	Incorrectamente clasificadas como enfermas (positivo para compromiso ganglionar)	10 (6 a 17)	9 (6 a 12)	⊕○○○ MUY BAJA	
FN: Falsos Negativos; FP: Falsos Positivos						
4. Certeza global de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<u>Compromiso Parametrial</u> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	<u>Compromiso Parametrial</u>					<u>Compromiso Parametrial</u> La certeza global de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
	Prueba índice	Desenlace	Importancia	Certeza		
	RM c/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA		
		Especificidad	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA		
	RM s/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA		

		Especificidad	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA																			
<u>Compromiso Ganglionar</u> ● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	<u>Compromiso Ganglionar</u> <table><tr><th>Prueba índice</th><th>Desenlace</th><th>Importancia</th><th>Certeza</th></tr><tr><td rowspan="2">RM c/c</td><td>Sensibilidad</td><td>SUBROGADO</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr><tr><td>Especificidad</td><td>SUBROGADO</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr><tr><td rowspan="2">RM s/c</td><td>Sensibilidad</td><td>SUBROGADO</td><td>⊕○○○ MUY BAJA</td></tr><tr><td>Especificidad</td><td>SUBROGADO</td><td>⊕⊕○○ BAJA</td></tr></table>				Prueba índice	Desenlace	Importancia	Certeza	RM c/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA	Especificidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA	RM s/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA	Especificidad	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA	<u>Compromiso Ganglionar</u> La certeza global de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
Prueba índice	Desenlace	Importancia	Certeza																				
RM c/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA																				
	Especificidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA																				
RM s/c	Sensibilidad	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA																				
	Especificidad	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA																				
5. Desenlaces importantes para los pacientes: ¿Se cuenta con información disponible para todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?																							
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales																			
<u>Compromiso Parametrial</u> ● No ○ Sí <u>Compromiso Ganglionar</u> ● No ○ Sí	<u>Compromiso Parametrial</u> No se contó con RS ni ECA para el desenlace críticos de <i>sobrevida global, progresión de la enfermedad, calidad de vida, eventos adversos de la biopsia.</i> <u>Compromiso Ganglionar</u> No se contó con RS ni ECA para el desenlace críticos de <i>sobrevida global, progresión de la enfermedad, calidad de vida, eventos adversos de la biopsia.</i>			No se identificaron estudios que evaluaran los desenlaces críticos. Por esta razón, el GEG consideró que no se consideró todos los desenlaces importantes para los pacientes.																			
6. Balance de los efectos: ¿El balance entre beneficios y daños favorece a alguna de las pruebas diagnósticas?																							
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales																			
<u>Compromiso Parametrial</u> ○ Favorece a la RM s/c ○ Probablemente favorece a la RM s/c ○ No favorece a la RM c/c ni a la RM s/c ● Probablemente favorece a la RM c/c ○ Favorece a la RM c/c ○ Varía ○ Se desconoce	<u>Compromiso Parametrial</u> <table><tr><th>Criterios</th><th>Juicio</th></tr><tr><td>Beneficios</td><td>Moderado</td></tr><tr><td>Daños</td><td>Trivial</td></tr><tr><td>Desenlaces importantes</td><td>No</td></tr><tr><td>Certeza de la evidencia</td><td>Muy baja</td></tr></table>			Criterios	Juicio	Beneficios	Moderado	Daños	Trivial	Desenlaces importantes	No	Certeza de la evidencia	Muy baja	El GEG considero que el balance de los efectos probablemente favorece a la RM c/c, en la evaluación del compromiso parametrial para las pacientes con cáncer de cuello uterino.									
Criterios	Juicio																						
Beneficios	Moderado																						
Daños	Trivial																						
Desenlaces importantes	No																						
Certeza de la evidencia	Muy baja																						
<u>Compromiso Ganglionar</u> ○ Favorece a la RM s/c ○ Probablemente favorece a la RM s/c ● No favorece a la RM c/c ni a la RM s/c	<u>Compromiso Ganglionar</u> <table><tr><th>Criterios</th><th>Juicio</th></tr><tr><td>Beneficios</td><td>Pequeño</td></tr><tr><td>Daños</td><td>Pequeño</td></tr><tr><td>Desenlaces importantes</td><td>No</td></tr><tr><td>Certeza de la evidencia</td><td>Muy baja</td></tr></table>			Criterios	Juicio	Beneficios	Pequeño	Daños	Pequeño	Desenlaces importantes	No	Certeza de la evidencia	Muy baja	Teniendo en cuenta que los beneficios fueron catalogados como pequeños y los daños considerados como pequeños, además de que no se evaluaron desenlaces importantes para los pacientes y la certeza de la evidencia fue muy baja, el GEG considero que el balance de los efectos									
Criterios	Juicio																						
Beneficios	Pequeño																						
Daños	Pequeño																						
Desenlaces importantes	No																						
Certeza de la evidencia	Muy baja																						

- o Probablemente favorece a la RM c/c - o Favorece a la RM c/c - o Varía - o Se desconoce		no favorece a la RM c/c ni a la RM s/c.																									
7. Uso de recursos:																											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la resonancia magnética con contraste (RM c/c) frente a la resonancia magnética sin contraste (RM s/c)?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
<u>Compromiso Parametrial y Ganglionar</u> - o La RM c/c implica costos extensos con respecto a la RM s/c - o La RM c/c implica costos moderados con respecto a la RM s/c ● RM c/c y la RM s/c implican costos similares (diferencias pequeñas) - o La RM c/c implica ahorros moderados con respecto a la RM s/c - o La RM c/c implica ahorros extensos con respecto a la RM s/c	<u>Compromiso Parametrial y Ganglionar</u> <table><tr><th>Desenlaces</th><th>Costo de la intervención por paciente</th><th>Costo del comparador por paciente</th><th>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</th><th>Diferencia total por 100 personas al año (S/)</th></tr><tr><td>Uso de recurso</td><td>S/.756.00</td><td>S/.675.00</td><td>S/.81.00 más por cada paciente</td><td>+ S/.8 100.00</td></tr><tr><td>Eventos adversos serios</td><td>S/.43.41</td><td>S/.0.00</td><td>S/.43.41 más por cada paciente</td><td>+ S/.4 341.39</td></tr><tr><td colspan="3">Diferencia de costo total</td><td>S/.124.41</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">UIT</td><td>0.02</td><td></td></tr></table> El precio fue obtenido del Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS Vigente y su costo estándar (Anexo N° 4).	Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)	Uso de recurso	S/.756.00	S/.675.00	S/.81.00 más por cada paciente	+ S/.8 100.00	Eventos adversos serios	S/.43.41	S/.0.00	S/.43.41 más por cada paciente	+ S/.4 341.39	Diferencia de costo total			S/.124.41		UIT			0.02		<u>Compromiso Parametrial y Ganglionar</u> El GEG consideró que realizar resonancia magnética con contraste, en lugar de resonancia magnética sin contraste en mujeres con cáncer de cuello uterino que requirieron una evaluación del compromiso parametrial y ganglionar implican costos similares.
Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)																							
Uso de recurso	S/.756.00	S/.675.00	S/.81.00 más por cada paciente	+ S/.8 100.00																							
Eventos adversos serios	S/.43.41	S/.0.00	S/.43.41 más por cada paciente	+ S/.4 341.39																							
Diferencia de costo total			S/.124.41																								
UIT			0.02																								
8. Aceptabilidad:																											
¿La resonancia magnética con contraste (RM c/c) es aceptable para el personal de salud y los pacientes?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
<u>Compromiso Parametrial</u> - o No - o Probablemente no - o Probablemente sí ● Sí		<u>Compromiso Parametrial</u> El GEG consideró que: <u>Pacientes</u> Los pacientes aceptarían la resonancia magnética con contraste, ya que esta proporciona un análisis detallado de los parámetros, lo que facilita un abordaje quirúrgico adecuado para prevenir recurrencias y frenar la progresión de la enfermedad. Asimismo, en caso de que no se evidencie un compromiso que exceda la lesión primaria, permitiría evitar un procedimiento radical innecesario. <u>Personal de salud</u> El personal de salud también aceptaría el uso de la resonancia magnética con contraste, ya que esta permite evaluar con fiabilidad la región parametrial, lo que favorece un abordaje quirúrgico adecuado para cada caso en particular.																									

<u>Compromiso Ganglionar</u> ☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente sí ☐ Sí		El GEG consideró que: <u>Pacientes</u> Los pacientes aceptarían el uso de la resonancia magnética con contraste para evaluar el compromiso ganglionar, dado que esta muestra un desempeño aparentemente favorable en su detección. No obstante, algunos podrían tener dudas sobre la fiabilidad de los resultados y, en caso de una sospecha fundamentada, podrían solicitar una evaluación más exhaustiva. <u>Personal de salud</u> El personal de salud también aceptaría el uso de la resonancia magnética con contraste para determinar el compromiso ganglionar. Sin embargo, es probable que un resultado negativo o no concluyente no desestime la recomendación de realizar una linfadenectomía o la identificación del ganglio centinela en pacientes que serán sometidos a un abordaje quirúrgico posterior.
9. Factibilidad: ¿La resonancia magnética con contraste (RM c/c) es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<u>Compromiso Parametrial</u> ☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente sí ☐ Sí <u>Compromiso Ganglionar</u> ☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente sí ☐ Sí		<u>Compromiso Parametrial y Compromiso Ganglionar</u> El GEG consideró que la implementación de la resonancia magnética con contraste probablemente sea factible dentro del sistema sanitario nacional. Sin embargo, el GEG también consideró que, en algunas ocasiones, se presentan situaciones de desabastecimiento de contraste y saturación del sistema, lo cual podría dificultar la correcta administración de este procedimiento.

Resumen de los juicios – PICO 1.1 Compromiso Parametrial

	JUICIOS					
PRECISIÓN DEL TEST	Se desconoce	Muy impreciso	Impreciso		Preciso	Muy preciso
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Resumen de los juicios – PICO 1.2 Compromiso ganglionar

	JUICIOS					
PRECISIÓN DEL TEST	Se desconoce	Muy impreciso	Impreciso		Preciso	Muy preciso
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados con respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Recomendaciones y consideraciones adicionales

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
Dirección: En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, el balance favoreció a la resonancia magnética con contraste en la detección del compromiso parametrial, mientras que no favoreció ni a la resonancia con o sin contraste en la evaluación del compromiso ganglionar. Por esta razón, el GEG consideró que la resonancia magnética con contraste debería ser recomendada para la detección del compromiso parametrial y ganglionar. En consecuencia, se decidió emitir una recomendación a favor del uso de la resonancia magnética con contraste para	En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, sugerimos utilizar la resonancia magnética con contraste. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○ <u>Consideraciones adicionales:</u> Esta prueba se solicitará según criterio clínico del médico tratante. No será considerada como prueba de rutina para

evaluar el compromiso parametrial y ganglionar. Fuerza: Debido a la certeza global de la evidencia que fue muy baja, la disponibilidad de equipos para realizar RMN en el país y los tiempos de espera para acceder a una este estudio, esta recomendación fue condicional.	todas las pacientes en estadios tempranos.
---	---

IV.2 Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

Introducción

Conocer la condición de los ganglios linfáticos pélvicos es un factor importante para el pronóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadios tempranos de esta enfermedad (44,45), debido a que la presencia de metástasis ganglionar pélvica aumenta el riesgo de recidiva locorregional y disminuye la sobrevida de las pacientes (46,47).

En el siglo XX, la cirugía radical para la extirpación de algún tipo de cáncer y de los ganglios linfáticos que lo drenan fue una de las mayores innovaciones de la cirugía oncológica. En el contexto del cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, la técnica quirúrgica de elección reflejaba esa radicalidad, a través de la resección del útero y parametrios junto a la linfadenectomía pélvica; sin embargo, este procedimiento se asocia a una mayor tasa de morbilidad, cuando se complementa con radioquimioterapia (44).

La linfadenectomía pélvica radical es considerada el estándar de oro de los procedimientos de estadificación ganglionar en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio temprano(48), mientras que la biopsia de ganglio linfático centinela es una técnica menos invasiva que podría evitar o reducir los efectos tardíos como el linfedema (36% de los casos) en comparación con la linfadenectomía pélvica radical (49). Por ello la biopsia de ganglio centinela se convierte en una alternativa de manejo, demostrando en estudios clínicos, ser un método sensible y seguro, con menor morbilidad y resultados comparables a los de las pacientes que se someten a una disección de ganglios linfáticos pélvicos (49).

En la presente pregunta, se abordará la valoración de la biopsia de ganglio centinela y se comparará con la linfadenectomía pélvica, para determinar el estado de compromiso ganglionar en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
2	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1	Biopsia de ganglio centinela / Linfadenectomía pélvica	<u>Críticos:</u> - Sobrevida global - Recurrencia - Complicaciones mayores de morbilidad linfática <u>Importantes:</u> - Todas las complicaciones de morbilidad linfática

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de novo de RS y estudios primarios publicados como artículos científicos en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library; que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes de la pregunta PICO abordada. No se encontraron RS para esta pregunta priorizada. Sin embargo, se encontraron dos artículos científicos: Favre et al., 2021(50) y Mathevet et al., 2021(51), ambos reportaron resultados del ECA SENTICOL-2 (**Anexo N° 2**).

ECA	Fecha de la búsqueda	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Favre et al., 2021 (50)	Desde el inicio de los tiempos hasta el 9 de diciembre del 2023	- Sobrevida global - Recurrencia
Mathevet et al., 2021(51)	Desde el inicio de los tiempos hasta el 9 de diciembre del 2023	- Complicaciones mayores de morbilidad linfática - Todas las complicaciones de morbilidad linfática

*La evaluación del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sobrevida global:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio SENTICOL-2, el cual es un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado que se llevó a cabo en hospitales universitarios y centros de cáncer.
 - Favre et al., 2021(50) reportó los resultados del ensayo SENTICOL-2 y analizó el desenlace de supervivencia global.
 - Para este desenlace, el ensayo SENTICOL-2 tuvo las siguientes características:

- La **población** estuvo conformada por mujeres de 18 años o más, diagnosticadas con carcinoma cervical en los estadios (FIGO 2009) IA1 (con invasión del espacio linfovascular) a IIA1, con cualquier subtipo histológico (excepto carcinoma neuroendocrino).
 - La **intervención** fue la biopsia del ganglio linfático centinela. El estudio incluyó la inyección de un trazador radioactivo (Nanocis®) y un tinte vital (Patent Blue®) para la identificación de los ganglios linfáticos centinela. Todos los ganglios linfáticos centinela se analizaron mediante el método de ultraestadificación histológico (secciones de 200 µm) y se tiñeron con hematoxylin eosin saffron (HES) o hematoxylin phloxine saffron (HPS). En caso de ganglios linfáticos centinelas negativos, se realizó un análisis inmunohistoquímico adicional con un anticuerpo anti-citoqueratina.
 - El **comparador** fue la biopsia del ganglio linfático centinela más linfadenectomía pélvica completa.
 - El **desenlace** de sobrevida global tuvo una mediana de seguimiento de 4 años y 3 meses.
- Recurrencia:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio SENTICOL-2. Favre et al., 2021(50) reportó los resultados del ensayo SENTICOL-2 y analizó el desenlace de recurrencia.
 - Para este desenlace, el ensayo SENTICOL-2 tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres de 18 años o más, diagnosticadas con carcinoma cervical en los estadios (FIGO 2009) IA1 (con invasión del espacio linfovascular) a IIA1, con cualquier subtipo histológico (excepto carcinoma neuroendocrino).
 - La **intervención** fue la biopsia del ganglio linfático centinela. Las características de la intervención fueron descritas previamente.
 - El **comparador** fue la biopsia del ganglio linfático centinela más linfadenectomía pélvica completa.
 - El **desenlace** de recurrencia tuvo una mediana de seguimiento de 4 años y 3 meses.
 - Complicaciones mayores de morbilidad linfática:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio SENTICOL-2.
 - Mathevet et al., 2021(51) reportó los resultados del ensayo SENTICOL-2 y brindó información sobre las complicaciones mayores de morbilidad linfática.
 - Para este desenlace, el ensayo SENTICOL-2 tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres de 18 años o más, diagnosticadas con carcinoma cervical en los estadios (FIGO 2009) IA1 (con invasión del espacio linfovascular) a IIA1, con cualquier subtipo histológico (excepto carcinoma neuroendocrino).
 - La **intervención** fue la biopsia del ganglio linfático centinela. Las características de la intervención fueron descritas previamente.

- El **comparador** fue la biopsia del ganglio linfático centinela más linfadenectomía pélvica completa.
 - El **desenlace** de complicaciones mayores de morbilidad linfática tuvo un seguimiento de hasta seis meses luego de la cirugía.
- Todas las complicaciones de morbilidad linfática:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio SENTICOL-2.
 - Mathevet et al., 2021(51) reportó los resultados del ensayo SENTICOL-2 y brindó información sobre todas las complicaciones de morbilidad linfática.
 - Para este desenlace, el ensayo SENTICOL-2 tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres de 18 años o más, diagnosticadas con carcinoma cervical en los estadios (FIGO 2009) IA1 (con invasión del espacio linfovascular) a IIA1, con cualquier subtipo histológico (excepto carcinoma neuroendocrino).
 - La **intervención** fue la biopsia del ganglio linfático centinela. Las pacientes (n=206) fueron aleatorizadas durante la cirugía, usando un procedimiento de detección del ganglio centinela y si el examen intraoperatorio (sección congelada) no mostraba signos de malignidad
 - El **comparador** fue la biopsia del ganglio linfático centinela más linfadenectomía pélvica completa.
 - El **desenlace** de todas las complicaciones de morbilidad linfática tuvo un seguimiento de hasta seis meses luego de la cirugía.

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF)

Población: Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 Intervención: Biopsia de ganglio centinela Comparador: Linfadenectomía pélvica Autores: Víctor Velasquez Rimachi, Carlos Alva Diaz, Aurora Elizabeth Medina Pérez Bibliografía por cada desenlace: • Sobrevida global: Favre et al., 2021 (50) • Recurrencia: Favre et al., 2021 (50) • Complicaciones mayores de morbilidad linfática: Mathevet et al., 2021(51) • Todas las complicaciones de morbilidad linfática: Mathevet et al., 2021(51)								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Biopsia de ganglio centinela	Comparación: Linfadenectomía a pélvica	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	CRÍTICO	1 ECA	Incidenca de mortalidad: 5/105 (4.8%)	Incidenca de mortalidad: 4/101 (4.0%)	RR: 1.20 (0.33 a 4.35)**	8 más por 1000 (de 27 menos a 133 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,e}	Al realizar biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, a mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, podría no modificarse la sobrevida global, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	CRÍTICO	1 ECA	11/105 (10.5%)	7/101 (6.9%)	RR: 1.5 (0.61 a 3.74)**	35 más por 1000 (de 27 menos a 190 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,e}	Al realizar biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, a mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, podría no modificarse la recurrencia, aunque la evidencia es incierta.
Complicaciones mayores de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	CRÍTICO	1 ECA	1/105 (1.0%)	6/101 (5.9%)	RR: 0.16 (0.02 a 1.31)**	50 menos por 1000 (de 58 menos a 18 más)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d,e}	Al realizar biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, a mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, podría no modificarse las complicaciones mayores de morbilidad linfática, aunque la evidencia es incierta.

Todas las complicaciones de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	IMPORTANTE	1 ECA	33/105 (31.4%)	56/101 (55.4%)	RR: 0.57 (0.41 a 0.79)**	238 menos por 1000 (de 327 menos a 116 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{b,d,e}	Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, a las que se les realice biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, podría disminuirse 238 de todas las complicaciones de morbilidad linfática (-327 a -116), aunque la evidencia es incierta.
---	------------	-------	-------------------	----------------	------------------------------------	---	-----------------------------------	---

ECA: Ensayo clínico aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo

*Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Cálculo de RR realizado por el equipo metodológico empleando el software STATA 18 mediante el comando csi.

Explicaciones de la certeza de la evidencia:

- Se disminuye con 01 nivel de evidencia por alto riesgo de sesgo de realización (no hubo cegamiento de los participantes ni del personal del estudio) y riesgo de sesgo de selección poco claro (el estudio menciona que el ensayo fue aleatorizado pero no detalla el proceso de la asignación de los participantes a los grupos de estudio ni si hubo ocultamiento de la secuencia de aleatorización).
- Se disminuye con 01 nivel de evidencia por imprecisión, debido a que el total de eventos (casos) se encuentra entre 50 y 300.
- Se disminuye con 02 niveles de evidencia por imprecisión, debido a que el total de eventos (casos) es menor de 50.
- Se disminuye con 02 niveles de evidencia por alto riesgo de sesgo de realización (no hubo cegamiento de los participantes ni del personal del estudio), alto riesgo de sesgo de detección (no hubo cegamiento de los evaluadores del desenlace) y riesgo de sesgo de selección poco claro (el estudio menciona que el ensayo fue aleatorizado, pero no detalla el proceso de la asignación de los participantes a los grupos de estudio ni si hubo ocultamiento de la secuencia de aleatorización).
- Se disminuye con 01 nivel de evidencia por evidencia indirecta, debido a que el comparador del estudio fue la biopsia del ganglio centinela más linfadenectomía pélvica completa.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD)

Presentación

Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?	
Población:	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1
Intervención:	Biopsia de ganglio centinela
Comparador:	Linfadenectomía pélvica
Desenlaces:	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Complicaciones mayores de morbilidad linfática Importantes: - Todas las complicaciones de morbilidad linfática
Contexto:	Establecimiento de salud del sector público del país
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios de realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
☐ Trivial ☒ Pequeño ☐ Moderado ☐ Grande ☐ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, el GEG consideró que los beneficios de realizar biopsia de ganglio centinela son pequeños, respecto al comparador. Esto debido a que la diferencia de los grupos respecto al desenlace de todas las complicaciones de morbilidad linfática fue calificada como beneficio pequeño, a pesar de que la evidencia es incierta. A su vez, las diferencias para los desenlaces de sobrevida global y recurrencia no fueron estadísticamente significativas.
	Sobrevida global (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	1 ECA	RR: 1.20 (0.33 a 4.35)	8 más por 1000 (de 27 menos a 133 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	1 ECA	RR: 1.5 (0.61 a 3.74)	35 más por 1000 (de 27 menos a 190 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Todas las complicaciones de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	1 ECA	RR: 0.57 (0.41 a 0.79)	238 menos por 1000 (de 327 menos a 116 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	

2. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños de realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, el GEG consideró que los daños de realizar biopsia de ganglio centinela son triviales, respecto al comparador. Esto debido a que la diferencia para el desenlace de complicaciones mayores de morbilidad linfática no fue estadísticamente significativa.
	Complicaciones mayores de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	1 ECA	RR: 0.16 (0.02 a 1.31)	50 menos por 1000 (de 58 menos a 18 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
3. Certeza global de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza global de la evidencia?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	Desenlaces	Importancia		Certeza		La certeza de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
	Sobrevida global (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	CRÍTICO		⊕○○○ MUY BAJA		
	Recurrencia (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	CRÍTICO		⊕○○○ MUY BAJA		
	Complicaciones mayores de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	CRÍTICO		⊕○○○ MUY BAJA		
	Todas las complicaciones de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	IMPORTANTE		⊕○○○ MUY BAJA		
4. Información disponible de los desenlaces:						
¿Se cuenta con información disponible para todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ No ● Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos de <i>sobrevida global</i> , <i>recurrencia</i> y <i>complicaciones mayores de morbilidad linfática</i> ; así como para el desenlace importante de <i>todas las complicaciones de morbilidad linfática</i> .					El GEG concluyó que se contó con información para todos los desenlaces críticos e importantes de la pregunta PICO abordada.

5. Balance de los beneficios y daños:						
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la Biopsia de ganglio centinela o a la linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
○ Favorece a la linfadenectomía pélvica ○ Probablemente favorece a la linfadenectomía pélvica ○ No favorece a la biopsia de ganglio centinela ni a la linfadenectomía pélvica ● Probablemente favorece a la biopsia de ganglio centinela ○ Favorece a la biopsia de ganglio centinela ○ Se desconoce	Criterio		Juicio			
	Beneficios		Pequeño			
	Daños		Trivial			
	Información disponible de los desenlaces		Sí			
	Certeza de la evidencia		Muy baja			
Considerando que se calificó a los efectos deseables (beneficios) como “pequeño”, a los efectos indeseables (daños) como “trivial”, la certeza global de la evidencia “muy baja” y que “sí” se contó con información disponible de todos los desenlaces, el GEG consideró que el balance de efectos probablemente favorece a la biopsia de ganglio centinela y justifica su juicio en que, existen beneficios (aunque sean pequeños) y, a su vez, los daños que existieran con la biopsia de ganglio centinela serían, en su mayoría, manejables desde su experiencia clínica, lo cual inclinaría el balance a favor de la intervención.						

6. Uso de recursos (costos)						
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la Biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
○ La biopsia de ganglio centinela implica costos extensos con respecto a la linfadenectomía pélvica ○ La biopsia de ganglio centinela implica costos moderados con respecto a la linfadenectomía pélvica ● La biopsia de ganglio centinela y linfadenectomía pélvica implican costos similares (diferencias pequeñas) ○ La biopsia de ganglio centinela implica ahorros moderados con respecto a la linfadenectomía pélvica ○ La Biopsia de ganglio centinela implica ahorros extensos respecto a la linfadenectomía pélvica	Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)	El GEG consideró que realizar biopsia de ganglio centinela, en lugar de linfadenectomía pélvica, para determinar el compromiso ganglionar, en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, implica costos similares (diferencias pequeñas).
	Uso de recurso	S/26.00	S/1,625.00	S/.1,599.00 menos por cada paciente	- S/.159,900.00	
	Eventos adversos serios	Alteración sensorial motora nervios obturadores o nervios genitofemorales 7.8% Costo: S/.96.28	Linfedema 36% Costo: S/.638.31	S/.542.02 menos por cada paciente	- S/.54,202.20	
	Diferencia de costo total			- S/.2,141.02		
	UIT			-0.40		
	Se consideraron los costos de los procedimientos (intervención y comparador) según el tarifario institucional del INEN (Anexo N° 4).					

7. Aceptabilidad		
¿La Biopsia de ganglio centinela es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí		El GEG consideró que realizar biopsia de ganglio centinela, en lugar de linfadenectomía pélvica, para determinar el compromiso ganglionar, en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, probablemente sí sería aceptable, tanto para el personal de salud como para las pacientes, debido a que, en algunos centros, la biopsia de ganglio centinela ya es una práctica estándar y el personal de salud estaría dispuesto a adoptarla debido a su menor complejidad y reducción de complicaciones. Por otro lado, las pacientes, probablemente, encontrarán aceptable esta intervención, debido a su menor invasividad y el potencial de reducir complicaciones postoperatorias, mejorando su calidad de vida y experiencia.
8. Factibilidad		
¿La Biopsia de ganglio centinela es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí		El GEG consideró que la biopsia de ganglio centinela sí es factible de implementar en el contexto del cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 o IIA1, debido a que ya se encuentra disponible en algunos establecimientos de salud; no obstante, se debe realizar esfuerzos para mejorar su disponibilidad. Esta intervención requiere que los especialistas estén capacitados en el procedimiento y que los establecimientos estén equipados con los recursos técnicos necesarios. Se considera que, con una planificación adecuada y capacitación del personal, la implementación de la biopsia de ganglio centinela sí es factible.

Resumen de los juicios

	JUICIOS					
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Recomendaciones y consideraciones adicionales

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
Dirección: Considerando que los beneficios de realizar biopsia de ganglio centinela son pequeños y los daños son triviales en comparación con la linfadenectomía pélvica. Sumado a esto, los especialistas perciben que los posibles daños pueden ser manejables dentro de su experiencia clínica. Por ello, el balance de efectos favoreció a dicho procedimiento. Asimismo, se consideró que los costos son similares y que probablemente sí sería aceptable para el personal de salud y las pacientes, y sí sería factible su implementación. Por lo tanto, el GEG decidió emitir una recomendación a favor del uso de la biopsia de ganglio centinela para determinar el compromiso ganglionar. Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, y teniendo en cuenta	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, sugerimos realizar biopsia de ganglio centinela para determinar el compromiso ganglionar. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○ <u>Consideración adicional:</u> Para mujeres en estadio IA1, se realizará la evaluación mediante biopsia de ganglio centinela únicamente si existe invasión del espacio linfovascular.

que se evaluó los desenlaces de interés, se decidió emitir una recomendación condicional .	
---	--

Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
Evidencia: Uno de los beneficios específicos de la biopsia de ganglio centinela en el manejo del cáncer de cuello uterino es la mejor identificación de los patrones inesperados de drenaje linfático y, realizarlo con ultraestadiaje aumentaría la tasa de detección de micrometástasis y células tumorales aisladas (53). El ultraestadiaje es una técnica histopatológica detallada que consiste en cortar secciones seriadas por cada bloque de parafina del ganglio linfático centinela, en las que se realizan tinciones adicionales de hematoxilina y eosina (H&E) e inmunohistoquímica (IHC) (54). Para el GEG es importante resaltar que al considerar el ultraestadiaje como técnica de procesamiento anatomopatológico se espera un mejor desempeño de la técnica, optimizando la detección del compromiso ganglionar.	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 se debe considerar realizar biopsia de ganglio centinela con la técnica anatomopatológica de ultraestadiaje.
Evidencia: La linfadenectomía pélvica, según directrices internacionales, es un método recomendado para la estadificación ganglionar (5,55).	En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.

IV.3 Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

Introducción

Según la estadificación FIGO del cáncer de cuello uterino (2018), el estadio IA1 es definido como un carcinoma invasivo que puede diagnosticarse únicamente mediante microscopía y presenta una invasión estromal menor o igual a 3mm de profundidad, desde la base del epitelio (7). El diagnóstico del estadio IA1 se realiza mediante el examen microscópico de una muestra de biopsia en cono, obtenida por un procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés) o conización con bisturí frío, que incluye toda la lesión. También se puede realizar el diagnóstico de una muestra de traquelectomía o histerectomía (7).

En la enfermedad microinvasiva, es necesario conocer si existe LVSI (invasión del espacio linfovascular, por sus siglas en inglés), el cual no altera el estadio pero puede afectar el plan de tratamiento (56). A su vez, también es necesario conocer si los márgenes de la biopsia en cono son negativos para la enfermedad, debido a que si los márgenes son positivos para cáncer invasivo, el paciente sería asignado al estadio IB1 (7).

El tratamiento estándar para pacientes con cáncer de cuello uterino en etapa temprana es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica; no obstante, este enfoque no preserva la fertilidad (57). Paralelamente, existen otras opciones de tratamientos quirúrgicos como la conización (7).

La conización es un procedimiento quirúrgico que permite la extracción de parte del cuello del útero y consiste en extraer en forma de cono la parte del exocervix (base del cono) y una parte interna del endocervix (vértice del cono)(58); por lo que, al no afectar a otros componentes, permitiría preservar la fertilidad. Por otro lado, la histerectomía simple consiste en una cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino(59); mientras que, en la histerectomía radical, la cirugía es para extraer el útero, el cuello uterino, parte de la vagina y una extensa área de ligamentos y tejidos alrededor de estos órganos (59).

Para tomar una decisión sobre el tratamiento quirúrgico más adecuado se debe considerar el estadio de la enfermedad, la invasión del espacio linfovascular (LVSI) y el deseo de preservar la fertilidad. En pacientes en etapa IA1 sin invasión del espacio linfovascular (LVSI), existe una diferencia entre los manejos, siendo la opción más drástica el manejo con histerectomía radical; sin embargo, ante ello se presenta la histerectomía simple como otra opción con menor cantidad de complicaciones y con mejor recuperación.

En la presente pregunta, se abordará la histerectomía simple como tratamiento en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular, con márgenes negativos en la muestra de conización y sin deseo de preservar la fertilidad.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
3	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1	Histerectomía tipo A / Histerectomía tipo B	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Recurrencia • Infiltración parametrial • Complicaciones intraoperatorias

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de *novo* de RS o estudios primarios publicados como artículos científicos en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library, que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes abordados en esta pregunta PICO (**Anexo N°2**).

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Viveros-Carreño et al., 2023(60). A continuación, se resume las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje AMSTAR – 2*	Fecha de la búsqueda	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Viveros-Carreño et al., 2023 (60)	11/14	Desde 2002 hasta 2019	• Sobrevida Global

*La evaluación del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

Se decidió realizar una búsqueda de ECA para actualizar la RS de Viveros-Carreño et al., 2023. En esta búsqueda se encontró la publicación final del ECA de Plante et al., 2024(61), el cual se adiciono como complemento a dicha RS.

ECA	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Plante et al., 2024 (61)	• Sobrevida Global • Recurrencia • Infiltración parametrial • Complicaciones intraoperatorias

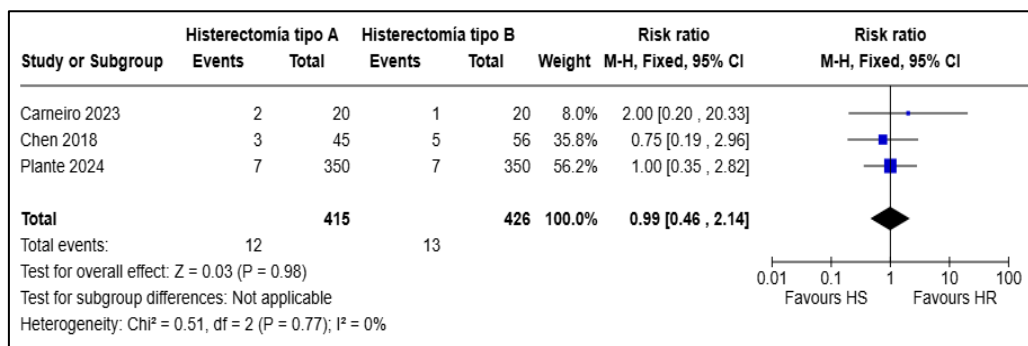
*El puntaje del ROB 1.0 se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace

- Sobrevida global:
 - Para este desenlace, se realizó un nuevo MA incluyendo los estudios: RS de Viveros-Carreño et al., 2023(60) y Plante et al., 2024(61).
 - Para este desenlace consideraron solo los ECA:
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:

- La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
- La **intervención** incluía la histerectomía simple (HS) o tipo A según Querleu-Morrow(8) o tipo I según Piver-Rutledge(62). En el brazo de la intervención se incluyeron 415 participantes.
- El **comparador** incluía la histerectomía radical (HR) o tipo B según Querleu-Morrow(8) o tipo III según Piver-Rutledge(62). El ensayo de Chen et al., 2018(63) empleó la histerectomía tipo III, mientras que Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61) utilizaron la histerectomía tipo B o radical. En el brazo del comparador se incluyeron 426 participantes.
- El **desenlace** sobrevida global fue definido como la tasa de muertes que se reportaron durante el tiempo de seguimiento (5 años). En los estudios de Carneiro et al., 2023(64) y Chen et al., 2018(63) se considera un tiempo de seguimiento de 5 años exactamente. Por otro lado, el tiempo de seguimiento en el estudio de Plante et al., 2024(61) se determinó por tipo de histerectomía (HS, 4.6 vs. HR, 4.5 años).

Metaanálisis de sobrevida global



- Recurrencia:
 - Para este desenlace, se utilizó el ECA de Plante et al., 2024(61).
 - El estudio incluido tuvo las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
 - La **intervención** incluía la histerectomía simple (HS) equivalente a la histerectomía tipo A según Querleu-Morrow(8). En el brazo de la intervención se incluyeron 350 participantes.
 - El **comparador** incluía la histerectomía radical (HR) equivalente a la histerectomía tipo B o C según Querleu-Morrow(8). En el brazo del comparador se incluyeron 350 participantes.
 - El **desenlace** recurrencia fue definido como los participantes que habían presentado recurrencia pélvica, extrapélvica o ambas. El tiempo de seguimiento para este desenlace fue de 3 años.

- Infiltración parametrial:
 - Para este desenlace, se utilizó el ECA de Plante et al., 2024(61).
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
 - La **intervención** incluía la histerectomía simple (HS) equivalente a la histerectomía tipo A según Querleu-Morrow(8). En el brazo de la intervención se incluyeron 336 participantes.
 - El **comparador** incluía la histerectomía radical (HR) equivalente a la histerectomía tipo B o C según Querleu-Morrow(8). En el brazo del comparador se incluyeron 337 participantes.
 - El **desenlace** infiltración parametrial fue definido como el compromiso de los parametrios después de realizar la intervención o comparador. Este desenlace se considera como secundario en dicho estudio.
- Complicaciones intraoperatorias:
 - Para este desenlace, se utilizó el ECA de Plante et al., 2024(61).
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
 - La **intervención** incluía la histerectomía simple (HS) equivalente a la histerectomía tipo A según Querleu-Morrow(8). En el brazo de la intervención se incluyeron 338 participantes.
 - El **comparador** incluía la histerectomía radical (HR) equivalente a la histerectomía tipo B o C según Querleu-Morrow(8). En el brazo del comparador se incluyeron 344 participantes.
 - El **desenlace** complicaciones intraoperatorias fue definido como las lesiones intraoperatorias que se dan a nivel de vejiga, uréter, nervio, intestino, venas, entre otros. Este desenlace no cuenta con medidas de efecto relativo por lo que se trabajó en base a su incidencia de acuerdo con la intervención o comparador y su valor p.

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF)

Población: Mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino estadio IA1 Intervención: Histerectomía tipo A Comparador: Histerectomía tipo B Autor: Miguel Angel Béjar Torres Bibliografía por desenlace: • Sobrevida Global: RS de Viveros-Carreño et al., 2023 • Recurrencia: ECA de Plante et al., 2024 • Infiltración parametrial: ECA de Plante et al., 2024 • Complicaciones intraoperatorias: ECA de Plante et al., 2024								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Histerectomía tipo A	Comparación: Histerectomía tipo B	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación**
BENEFICIOS								
Sobrevida global (5 años)	CRÍTICO	3 ECA (n=841)	12/415 (2.9%)	13/426 (3.1%)	RR 0.99 (0.46 a 2.14)	0 menos por 1,000 (de 16 menos a 35 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos la sobrevida global, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia (3 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=700)	15/350 (4.3%)	10/350 (2.9%)	HR 1.54 (0.69 a 3.45)	15 más por 1,000 (de 9 menos a 67 más)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos la recurrencia, aunque la evidencia es incierta.
Infiltración parametrial	CRÍTICO	1 ECA (n=673)	0/336 (0.0%)	6/337 (1.8%)	-	18 menos por 1,000 (32 menos a 4 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que disminuyamos 18 casos de infiltración parametrial, aunque la evidencia es incierta.
DAÑOS								
Complicaciones intraoperatorias	CRÍTICO	1 ECA (n=682)	En la ECA evaluada se encontró que no hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias (HA, 7.1% vs. HB, 6.4%; P = 0.77). En relación con la zona afectada, no hubo diferencias significativas en lesión de la vejiga (HA, 0.9% vs. HB, 2.6%; P = 0.14) o lesión de uréter (HA, 0.9% vs. HB, 1.5%; P = 0.73) o lesión de nervio (HA, 1.5% vs. HB, 0.6%; P = 0.28) o lesión de intestino (HA, 0.6% vs. HB, 0.6%; P = 1.00) o lesión de venas (HA, 1.2% vs. HB, 0.3%; P = 0.21).				⊕○○○ Muy baja ^{b,c}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos las complicaciones intraoperatorias, aunque la evidencia es incierta

IC: Intervalo de confianza; **RR:** Risk Ratio; **HA:** Histerectomía tipo A; **HB:** Histerectomía tipo B

****Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia:** alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuye un nivel de certeza por riesgo de sesgo porque 35.8% del peso del metaanálisis tenía alto riesgo de sesgo.
- Se disminuye dos niveles de certeza por evidencia indirecta porque se incumple con la población establecida en la PICO.
- Se disminuyó dos niveles de certeza por riesgo de sesgo porque los estudios tienen más de un círculo no verde en el Cochrane RoB.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD)

Presentación

Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?	
Población:	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1
Intervención:	Histerectomía tipo A
Comparador:	Histerectomía tipo B
Desenlaces:	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Infiltración parametrial - Complicaciones intraoperatorias
Contexto:	Establecimiento de salud del sector público del país
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios de realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, el GEG consideró que los beneficios de realizar histerectomía tipo A son triviales, respecto al comparador. Esto debido a que la diferencia de los grupos respecto a los desenlaces de supervivencia global, recurrencia e infiltración parametrial son mínimos los beneficios obtenidos, aunque la evidencia es incierta.
	Sobrevida global (5 años)	3 ECA	RR 0.99 (0.46 a 2.14)	0 menos por 1,000 (de 16 menos a 35 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia (3 años)	1 ECA	HR 1.54 (0.69 a 3.45)	15 más por 1,000 (de 9 menos a 67 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Infiltración parametrial	1 ECA	-	18 menos por 1,000 (32 menos a 4 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	

2. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños de realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, el GEG consideró que los daños de realizar histerectomía tipo A son triviales, respecto al comparador. Esto debido a que la diferencia para el desenlace de complicaciones intraoperatorias no fue estadísticamente significativa.
	Complicaciones intraoperatorias	1 ECA	En la ECA evaluada se encontró que no hubo diferencias significativas en las complicaciones intraoperatorias (HA, 7.1% vs. HB, 6.4%; P = 0.77).		⊕○○○ MUY BAJA	
3. Certeza global de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza global de la evidencia?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	Desenlaces	Importancia			Certeza	La certeza de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
	Sobrevida global (5 años)	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia (3 años)	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
	Infiltración parametrial	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
	Complicaciones intraoperatorias	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
4. Información disponible de los desenlaces:						
¿Se cuenta con información disponible para todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ No ● Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos de sobrevida global, recurrencia y complicaciones mayores de morbilidad linfática; así como para el desenlace importante de todas las complicaciones de morbilidad linfática.					El GEG concluyó que sí se contó con información para todos los desenlaces críticos e importantes de la pregunta PICO abordada.
5. Balance de los beneficios y daños:						
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la Biopsia de ganglio centinela o a la linfadenectomía pélvica?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ Favorece a la histerectomía tipo B ○ Probablemente favorece a la histerectomía tipo B ○ No favorece a la histerectomía tipo A ni a la histerectomía tipo B. ● Probablemente favorece a la histerectomía tipo A ○ Favorece a la histerectomía tipo A ○ Se desconoce	Criterio		Juicio			Considerando que se calificó a los efectos deseables (beneficios) como "trivial", a los efectos indeseables (daños) como "trivial", la certeza global de la evidencia "muy baja" y que "sí" se contó con información disponible de todos los desenlaces, el GEG consideró que el balance de efectos probablemente favorece a la histerectomía tipo A y justifica su juicio en que, existen beneficios (aunque sean triviales) y, a su vez, los daños que existieran con la
	Beneficios		Trivial			
	Daños		Trivial			
	Información disponible de los desenlaces		Sí			
	Certeza de la evidencia		Muy baja			

		histerectomía tipo A son menores a los considerados por el comparador, lo cual inclinaría el balance a favor de la intervención.																									
6. Uso de recursos (costos)																											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la Biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
○ La histerectomía tipo A implica costos extensos con respecto a la histerectomía tipo B ○ La histerectomía tipo A implica costos moderados con respecto a la histerectomía tipo B ● La histerectomía tipo A e histerectomía tipo B implican costos similares (diferencias pequeñas) ○ La histerectomía tipo A centinela implica ahorros moderados con respecto a la histerectomía tipo B ○ La histerectomía tipo A implica ahorros extensos respecto a la histerectomía tipo B	<table><tr><th>Desenlaces</th><th>Costo de la intervención por paciente</th><th>Costo del comparador por paciente</th><th>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</th><th>Diferencia total por 100 personas al año (S/)</th></tr><tr><td>Uso de recurso</td><td>S/.1862.00</td><td>S/.1754.00</td><td>S/.108.00 más por cada paciente</td><td>+ S/.10 800.00</td></tr><tr><td>Eventos adversos serios</td><td>S/.1147.71</td><td>S/.562.18</td><td>S/.585.52 más por cada paciente</td><td>+S/.58 552.38</td></tr><tr><td colspan="3">Diferencia de costo total</td><td>S/.693.52</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">UIT</td><td>0.13</td><td></td></tr></table> Se consideraron los costos de los procedimientos (intervención y comparador) según el tarifario institucional del INEN (Anexo N° 4).	Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)	Uso de recurso	S/.1862.00	S/.1754.00	S/.108.00 más por cada paciente	+ S/.10 800.00	Eventos adversos serios	S/.1147.71	S/.562.18	S/.585.52 más por cada paciente	+S/.58 552.38	Diferencia de costo total			S/.693.52		UIT			0.13		El GEG consideró que realizar histerectomía tipo A, en lugar de histerectomía tipo B, como manejo terapéutico en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, implica costos similares.
Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)																							
Uso de recurso	S/.1862.00	S/.1754.00	S/.108.00 más por cada paciente	+ S/.10 800.00																							
Eventos adversos serios	S/.1147.71	S/.562.18	S/.585.52 más por cada paciente	+S/.58 552.38																							
Diferencia de costo total			S/.693.52																								
UIT			0.13																								
7. Aceptabilidad																											
¿La Biopsia de ganglio centinela es aceptable para el personal de salud y los pacientes?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí		El GEG consideró que realizar histerectomía tipo A, en lugar de histerectomía tipo B, como manejo terapéutico en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 probablemente sí sería aceptable, tanto para el personal de salud como para las pacientes, debido que al ser una intervención con menor complicaciones y más sencilla en términos de practicidad sería mejor aceptada por los pacientes y médicos tratantes.																									

8. Factibilidad		
¿La Biopsia de ganglio centinela es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí		El GEG consideró que la histerectomía tipo A sí es factible de implementar en el contexto del cáncer de cuello uterino en estadio IA1, debido a que ya se encuentra disponible en la mayoría de los establecimientos de salud; sin embargo, se debe realizar esfuerzos para mejorar sus condiciones y disponibilidad de recursos. Esta intervención requiere que los especialistas estén capacitados en el procedimiento y que los establecimientos estén equipados con los recursos técnicos necesarios.

Resumen de los juicios

	JUICIOS					
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Recomendaciones y consideraciones adicionales

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
Dirección: En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, aunque los beneficios y los daños de realizar histerectomía tipo A fueran triviales, el balance probablemente favorece a la intervención. Esto debido a que el GEG consideró que las posibles complicaciones intraoperatorias pueden ser identificadas y manejadas adecuadamente a través de un abordaje interdisciplinario. Este enfoque permitirá mitigar y controlar de manera efectiva cualquier potencial complicación. En este sentido, evidencia limitada sobre daños no impediría la formulación de una recomendación, siempre que los sistemas de vigilancia y respuesta necesarios estén implementados. El GEG consideró que esta intervención es útil como tratamiento definitivo para mujeres en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular (IELV). Por lo tanto, se decidió emitir una recomendación a favor de la histerectomía tipo A. Fuerza: Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja y en consideración con que la evidencia hallada contempló a otra población con mayor riesgo para lo cual se realizó una estimación indirecta, esta recomendación fue condicional.	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, sugerimos realizar histerectomía tipo A. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○

IV.4 Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

Introducción

El manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos ha sido objeto de controversia durante muchos años, especialmente en aquellas que no buscan preservar la fertilidad (65). Tradicionalmente, el enfoque clásico ha consistido en procedimientos radicales, incluyendo la histerectomía radical, que implica la resección de los parametrios junto con una porción de la vagina (66). No obstante, este procedimiento ha demostrado exponer a las pacientes a efectos adversos asociados a las complicaciones inherentes de una cirugía tan radical, como la incontinencia o la atonía urinaria, entre otros (67).

En este contexto, diversos estudios han reportado que el riesgo de compromiso parametrial o ganglionar en pacientes con estadios tempranos de cáncer de cuello uterino es bajo (68). Por ello, resulta plausible considerar enfoques menos radicales para aquellas pacientes que cumplen con las características de encontrarse en estadios iniciales de la enfermedad o con tamaños tumorales menores a 2 cm. Por esta razón, la presente pregunta evaluará la mejor estrategia (histerectomía tipo A frente a histerectomía tipo B) para mujeres en estadios IA2–IB1 que no desean preservar la fertilidad.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
4	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1	Histerectomía tipo A / Histerectomía tipo B	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Recurrencia • Complicaciones quirúrgicas

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de *novo* en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales, que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG (**Anexo N° 2**).

Se identificaron dos RS que abordaban a la población, la intervención y el comparador de interés: Taliento et al., 2024(69) y Zeng et al., 2024(70):

RS	Puntaje AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Taliento et al., 2024(69)	7/14	2023	• Sobrevida global • Recurrencia
Zeng et al., 2024(70)	3/16	2023	• Sobrevida global • Recurrencia

*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**

Ambas RS incluyeron ECA y estudios observacionales en sus metaanálisis (MA). Por ende, el equipo metodológico decidió realizar un nuevo MA incluyendo solo los ECA, dado su mejor control de los factores de confusión y menor susceptibilidad al sesgo de selección. Este nuevo MA incluyó los siguientes ensayos: Landoni et al., 2012(71), Chen et al., 2018(63), Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61):

ECA	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por el estudio
Landoni et al., 2012(71)	• Recurrencia • Sobrevida global a los 5 años. • Sobrevida global a los 15 años. • Morbilidad
Chen et al., 2018(63)	• Sobrevida global a los 5 años. • Recurrencia. • Morbilidad. • Complicaciones relacionadas con la cirugía.
Carneiro et al., 2023(64)	• Sobrevida libre de enfermedad a los 3 años. • Sobrevida global. • Morbilidad relacionada a la cirugía. • Uso de terapia adyuvante. • Calidad de vida relacionada a la salud.
Plante et al., 2024(61)	• Recurrencia del cáncer en los 3 años. • Sobrevida libre de recurrencia pélvica. • Sobrevida libre de recurrencia. • Sobrevida global.

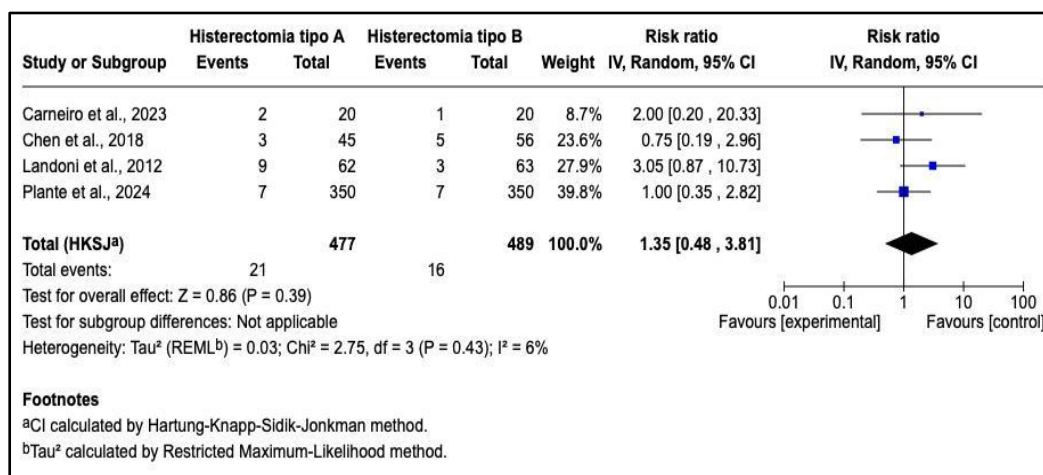
Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sobrevida global:
 - Para este desenlace, se realizó un nuevo MA incluyendo los estudios: Landoni et al., 2012 (71), Chen et al., 2018 (63), Carneiro et al., 2023 (64) y Plante et al., 2024 (61).
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.

- La **intervención** incluía la histerectomía tipo A donde se extirpa únicamente el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) con disección y resección de tejido paracervical mínimo. En el brazo de la intervención se incluyeron 477 participantes.
- El **comparador** incluía la histerectomía radical, en la cual se extirpa el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) y se realiza la disección de los parametrios. No obstante, esta técnica presenta dos variantes: una con disección parametrial medial al uréter que no debe involucrar el paquete nervioso hipogástrico (histerectomía tipo B), y otra con disección de los parametrios laterales a uréteres con preservación nerviosa (histerectomía tipo C1), o sin preservación nerviosa (histerectomía tipo C2). Los ensayos de Landoni et al., 2012(71) y Chen et al., 2018(63) emplearon la histerectomía tipo C, mientras que Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61) utilizaron la histerectomía tipo B. En el brazo del comparador se incluyeron 489 participantes.
- El **desenlace** de sobrevida global fue definido como muerte por cualquier motivo. El seguimiento promedio de las participantes fue de aproximadamente 5 años.

Metaanálisis de sobrevida global:

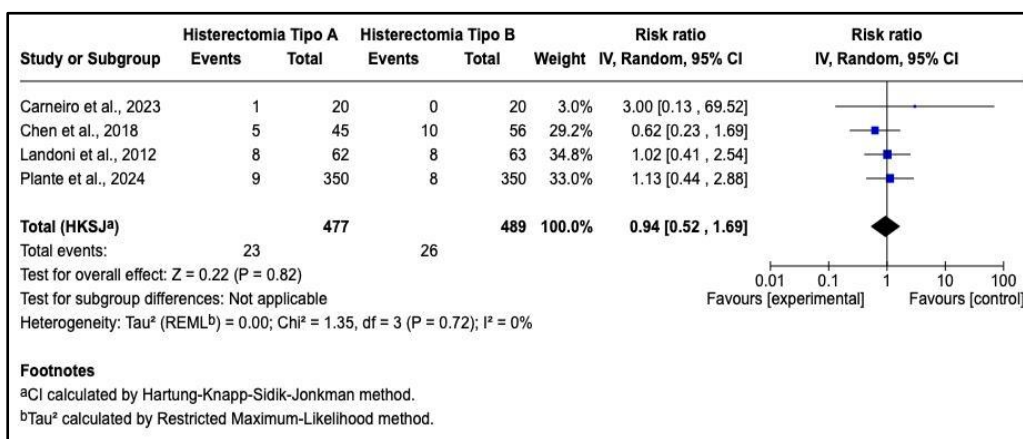


- Recurrencia:
 - Para este desenlace, se realizó un nuevo MA incluyendo los estudios: Landoni et al., 2012(71), Chen et al., 2018(63), Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61).
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2-IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
 - La **intervención** incluía la histerectomía de tipo A donde se extirpa únicamente el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) con

disección parametrial cervical mínima. En el brazo de la intervención se incluyeron 477 participantes.

- El **comparador** incluía la histerectomía radical, en la cual se extirpa el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) y se realiza la disección de los parametrios. No obstante, esta técnica presenta dos variantes: una con disección parametrial medial al uréter que no debe involucrar el paquete nervioso hipogástrico (histerectomía tipo B), y otra con disección de los parametrios laterales a uréteres con preservación nerviosa (histerectomía tipo C1), o sin preservación nerviosa (histerectomía tipo C2). Los ensayos de de Landoni et al., 2012(71) y Chen et al., 2018(63) emplearon la histerectomía tipo C, mientras que Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61) utilizaron la histerectomía tipo B. En el brazo del comparador se incluyeron 489 participantes.
- El **desenlace** de recurrencia fue definido como recurrencia de la enfermedad durante el periodo de seguimiento. El seguimiento promedio de las participantes fue de aproximadamente 5 años.

Metaanálisis para recurrencia:



- Complicaciones quirúrgicas:
 - Para este desenlace, se realizó un nuevo MA incluyendo los estudios: Landoni et al., 2012(71), Chen et al., 2018(63), Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61)
 - Los estudios incluidos tuvieron las siguientes características:
 - La **población** evaluada estuvo compuesta por mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2-IB1 con tumores que tuvieran un volumen menor a 2 cm.
 - La **intervención** incluía la histerectomía de tipo A donde se extirpa únicamente el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) con disección parametrial cervical mínima. En el brazo de la intervención se incluyeron 432 participantes.
 - El **comparador** incluía la histerectomía radical, en la cual se extirpa el útero (incluyendo el cuerpo y el cuello uterino) y se realiza la disección de los parametrios. No obstante, esta técnica presenta dos variantes: una con disección parametrial medial al uréter que no debe involucrar el paquete nervioso hipogástrico (histerectomía tipo B), y otra con

dissección de los parametrios laterales a uréteres con preservación nerviosa (histerectomía tipo C1), o sin preservación nerviosa (histerectomía tipo C2). El ensayo de Landoni et al., 2012(71) y Chen et al., 2018(63) emplearon la histerectomía tipo C, mientras que Carneiro et al., 2023(64) y Plante et al., 2024(61) utilizaron la histerectomía tipo B. En el brazo del comparador se incluyeron 433 participantes.

- El **desenlace** complicaciones quirúrgicas fue definido como complicaciones quirúrgicas secundarias al procedimiento realizado. El seguimiento promedio de las participantes fue de aproximadamente 5 años.

Metaanálisis para complicaciones quirúrgicas:

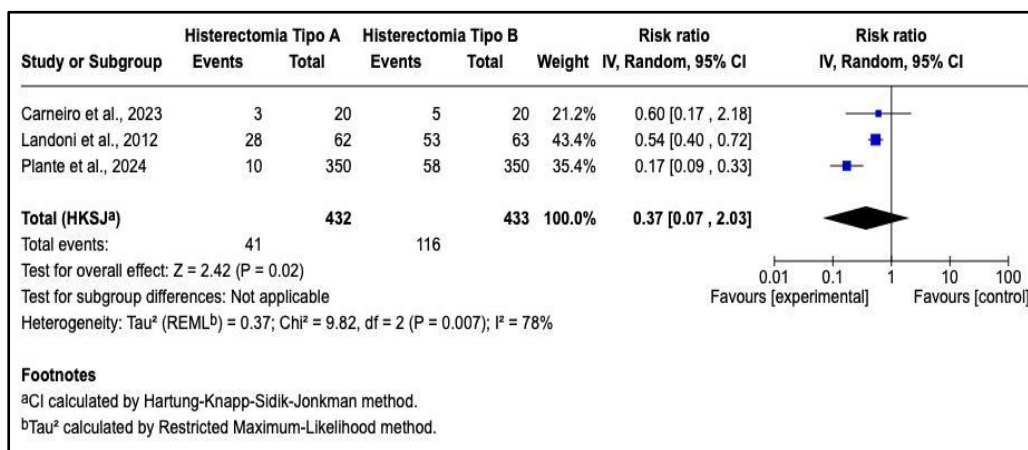


Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF)

Población: Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 Intervención: Histerectomía tipo A Comparador: Histerectomía tipo B Autores: J. Franco Rodríguez-Alarcon Bibliografía por desenlace: • Sobrevida global: Elaboración propia meta analizando los ECA: Landoni 2012(71), Chen 2018(63), Carneiro 2023(64) y Plante 2024(61). • Recurrencia: Elaboración propia meta analizando los ECA: Landoni 2012(71), Chen 2018(63), Carneiro 2023(64) y Plante 2024(61). • Complicaciones quirúrgicas: Elaboración propia meta analizando los ECA: Landoni 2012(71), Chen 2018(63), Carneiro 2023(64) y Plante 2024(61).								
Desenlaces	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Histerectomía tipo A	Comparación: Histerectomía tipo B	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global	CRITICO	4 ECA	21/477 (4.4%)	16/489 (3.3%)	RR: 1.35 (0.48 a 3.81)	11 más por 1000 (de 17 menos a 92 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de brindar histerectomía tipo B podría no modificar la supervivencia global, aunque la evidencia es muy incierta.
Recurrencia	CRITICO	4 ECA	23/477 (4.8%)	26/489 (5.3%)	RR: 0.94 (0.52 a 1.69)	3 menos por 1000 (de 26 menos a 37 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	Al brindar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B podría no modificar la recurrencia, aunque la evidencia es muy incierta.
Complicaciones quirúrgicas	CRITICO	3 ECA	41/432 (9.5%)	116/433 (26.8%)	RR: 0.37 (0.07 a 2.03)	169 menos por 1000 (de 249 menos a 276 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,d}	Al brindar la histerectomía tipo A en lugar de la histerectomía tipo B podría no modificar las complicaciones quirúrgicas, aunque la evidencia es muy incierta.
IC: Intervalo de confianza; HR: Hazard Ratio, RR: Relative Risk, ECA: Ensayo clínico aleatorizado. *Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta. **Cálculo de la diferencia fue realizado por el equipo metodológico empleando el paquete de análisis RevMan. Explicaciones de la certeza de evidencia: - Se penaliza con 2 niveles de certeza de la evidencia por imprecisión (dado que el intervalo de confianza atraviesa los puntos establecidos por GRADE de 0.75 y 1.25). - Se penaliza con 2 niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo (todos los estudios incluidos tuvieron alto riesgo de sesgo por tener más de un criterio negativo o con ausencia de información en la herramienta RoB1.0). - Se penaliza con 2 niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo (todos los estudios incluidos tuvieron alto riesgo de sesgo por tener más de un criterio negativo o con ausencia de información en la herramienta RoB 1.0). - Se penaliza con 1 nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia ($I^2 = 78\%$).								

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD)

Presentación

Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?	
Población:	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1
Intervención:	Histerectomía tipo A
Comparador:	Histerectomía tipo B
Desenlaces:	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Complicaciones quirúrgicas
Contexto:	Establecimiento de salud del sector público del país
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios de realizar histerectomía simple en comparación con histerectomía radical modificada?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, el GEG consideró que los beneficios de realizar histerectomía tipo A son triviales con respecto al comparador, ya que, no se encontraron diferencia entre las comparaciones, además, de que la evidencia es incierta.
	Sobrevida global	4 ECA	RR: 1.35 (0.48 a 3.81)	11 más por 1000 (de 17 menos a 92 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia	4 ECA	RR: 0.94 (0.52 a 1.69)	3 menos por 1000 (de 26 menos a 37 más)	⊕○○○ MUY BAJA	

2. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños de realizar histerectomía simple en comparación con histerectomía radical modificada?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Se desconoce	Desenlaces	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, el GEG consideró que los daños de realizar histerectomía tipo A son triviales con respecto al comparador. Aunque, evidencia ha sido catalogada como muy baja.
	Complicaciones quirúrgicas	3 ECA	RR: 0.37 (0.07 a 2.03)	169 menos por 1000 (de 249 menos a 276 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
3. Certeza global de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza global de la evidencia?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	Desenlaces	Importancia			Certeza	La certeza de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
	Sobrevida global	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
	Complicaciones quirúrgicas	CRÍTICO			⊕○○○ MUY BAJA	
4. Información disponible de los desenlaces:						
¿Se cuenta con información disponible para todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ No ● Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos de <i>sobrevida global</i> , <i>recurrencia</i> y <i>complicaciones quirúrgicas</i> .					El GEG concluyó que sí se contó con información para todos los desenlaces críticos e importantes de la pregunta PICO abordada.
5. Balance de los beneficios y daños:						
¿El balance entre beneficios y daños favorece al uso de la Histerectomía simple o de la Histerectomía radical modificada?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ Favorece a la histerectomía tipo B ● Probablemente favorece a la histerectomía tipo B ○ No favorece al uso de la histerectomía tipo A ni a la histerectomía tipo B ○ Probablemente favorece al uso de la histerectomía tipo A ○ Favorece al uso de la histerectomía tipo A ○ Se desconoce	Criterio		Juicio			Considerando que se calificó a los efectos deseables (beneficios) como triviales, a los efectos indeseables (daños) como triviales, la certeza global de la evidencia muy baja y que sí se contó con información disponible de los desenlaces, el GEG consideró que el balance de efectos probablemente favorece a la histerectomía tipo B justificando su juicio basándose en que existe un leve riesgo de mayor número de muertes en el grupo de la histerectomía tipo A. Si
	Beneficios		Trivial			
	Daños		Trivial			
	Información disponible de los desenlaces		Sí			
	Certeza de la evidencia		Muy baja			

		embargo, la evidencia fue incierta.																									
6. Uso de recursos (costos)																											
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la histerectomía simple en comparación con la histerectomía radical modificada?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
○ La histerectomía tipo A implica costos extensos ○ La histerectomía tipo A implica costos moderados ● La histerectomía tipo A y la histerectomía tipo B implican costos similares (diferencias pequeñas) ○ La histerectomía tipo A implica ahorros moderados ○ La histerectomía tipo A implica ahorros extensos	<table><tr><th>Desenlaces</th><th>Costo de la intervención por paciente</th><th>Costo del comparador por paciente</th><th>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</th><th>Diferencia total por 100 personas al año (S/)</th></tr><tr><td>Uso de recurso</td><td>S/.1862.00</td><td>S/.1754.00</td><td>S/.108.00 más por cada paciente</td><td>+ S/.10 800.00</td></tr><tr><td>Eventos adversos serios</td><td>S/.1147.71</td><td>S/.562.18</td><td>S/.585.52 más por cada paciente</td><td>+S/.58 552.38</td></tr><tr><td colspan="3">Diferencia de costo total</td><td>S/.693.52</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">UIT</td><td>0.13</td><td></td></tr></table> Se consideraron los costos de los procedimientos (intervención y comparador) según el tarifario institucional del INEN (Anexo N° 4).	Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)	Uso de recurso	S/.1862.00	S/.1754.00	S/.108.00 más por cada paciente	+ S/.10 800.00	Eventos adversos serios	S/.1147.71	S/.562.18	S/.585.52 más por cada paciente	+S/.58 552.38	Diferencia de costo total			S/.693.52		UIT			0.13		El GEG consideró que realizar histerectomía tipo A, en lugar de histerectomía tipo B, como manejo terapéutico en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, implica costos similares.
Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)																							
Uso de recurso	S/.1862.00	S/.1754.00	S/.108.00 más por cada paciente	+ S/.10 800.00																							
Eventos adversos serios	S/.1147.71	S/.562.18	S/.585.52 más por cada paciente	+S/.58 552.38																							
Diferencia de costo total			S/.693.52																								
UIT			0.13																								
7. Aceptabilidad																											
¿La Conización es aceptable para el personal de salud y los pacientes?																											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																									
○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí		El GEG consideró que: <u>Pacientes:</u> La histerectomía tipo A podría ser aceptada por las mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, ya que aparentemente presenta menos efectos adversos y representa un abordaje menos invasivo y más conservador. Sin embargo, puede existir un grupo de pacientes que prefiera la histerectomía tipo B debido a la incertidumbre asociada con la posibilidad de una recurrencia a largo plazo. <u>Personal de salud:</u> Los médicos tratantes suelen preferir el uso de la cirugía radical modificada, ya que esta es ampliamente recomendada por diversas guías internacionales. No obstante, en algunas mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos que presentan ciertas características, podría considerarse preferible el uso de la histerectomía tipo A. Por lo tanto, la aceptabilidad de cada abordaje es variable y depende de la situación específica de la paciente a tratar.																									

8. Factibilidad ¿La Conización es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente sí ☐ Sí		El GEG consideró que realizar la histerectomía tipo A probablemente si fuese factible. Además, el GEG, también, consideró que la histerectomía tipo B probablemente sería factible de utilizar.

Resumen de los juicios

	JUICIOS					
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Recomendaciones y consideraciones

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
Dirección: En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, los beneficios de realizar la histerectomía tipo A en comparación con la histerectomía tipo B se consideraron triviales y los daños se consideraron triviales, aunque la certeza de la evidencia fue considerada como muy baja. Además, los datos absolutos mostraron un menor número de muertes en el brazo de la histerectomía tipo B. Por lo que, el GEG consideró que el balance de beneficios y daños probablemente favorece al comparador. Por lo tanto, el GEG decidió emitir una recomendación a favor de la histerectomía tipo B. Fuerza: Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja y el mayor riesgo para esta población, esta recomendación fue condicional.	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, sugerimos realizar histerectomía tipo B. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○

Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
Evidencia: Dado que la evidencia sugería que la histerectomía tipo A podría ser una opción viable, el GEG consideró que, en aquellos casos en que las mujeres presenten ciertas características de bajo riesgo como: a) tumores cervicales en estadio IA2-IB1 según la clasificación FIGO, b) histología celular escamosa (de cualquier grado) o adenocarcinoma (exclusivamente grado 1 o 2), c) tamaño del tumor menor a 2 cm, d) ausencia de invasión del espacio linfvascular, e) imágenes negativas para enfermedad metastásica y f) márgenes de conización negativos, podría ofrecerse la histerectomía tipo A como alternativa. Esto se basa en el estudio ConCerv, que señala la factibilidad de la cirugía conservadora en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos y de bajo riesgo, determinado como mujeres con estadio IA2 y IB1, especialmente aquellas con tumores de menos de 2 cm de diámetro y que	En mujeres con cáncer de cuello uterino, estadio IA2 o IB1, se podría brindar histerectomía tipo A si cumple con todos los criterios descritos a continuación: • Tumores cervicales en estadio IA2 – IB1 según clasificación FIGO 2018. • Sin invasión del espacio linfvascular. • Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). • Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). • Tamaño de tumor menor igual a 2 cm. • Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. • Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

cumplían con todos los criterios de cirugía conservadora sin evidencia de LVSI, las cuales pueden ser elegibles para cirugía conservadora con linfadenectomía pélvica o biopsia de ganglios linfáticos centinela (72).	
--	--

IV.5 Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?

Introducción

Las perspectivas de supervivencia para los pacientes con cáncer de cuello uterino han mejorado considerablemente en los últimos años, con un enfoque creciente en la estratificación del riesgo para adaptar los tratamientos a las características específicas de cada paciente (7). En este contexto, los estadios IB2 y IIA1 presentan desafíos únicos debido a las diferencias en la extensión tumoral y la respuesta a los tratamientos. El estadio IB2 se caracteriza por un tumor primario hasta de 4 cm, lo que implica una enfermedad localmente avanzada, pero sin metástasis a ganglios linfáticos ni órganos distantes (73). Por otro lado, el estadio IIA1 implica un tumor limitado al cuello uterino y una extensión superficial hacia la vagina, lo que corresponde a una enfermedad menos avanzada en comparación con el estadio IB2, pero que aún requiere un tratamiento especializado (74).

Ambos estadios requieren una evaluación minuciosa, ya que factores como la invasión linfovascular, el grado tumoral y la respuesta a la cirugía inicial son esenciales para determinar la estrategia terapéutica más adecuada. La implementación de enfoques personalizados ha demostrado ser crucial para maximizar la eficacia del tratamiento y minimizar los efectos secundarios a largo plazo (75). Sin embargo, debido al avance del tumor para estos estadios y su mayor riesgo de invasión a otros sectores diferentes al lugar del tumor, existe una controversia grande en cuanto al manejo de estos grupos; siendo esta la razón por la cual se estableció esta pregunta PICO por parte del GEG.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
5	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1	Radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria / histerectomía tipo C	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Recaída • Eventos adversos serios <u>Importantes:</u> • Sobrevida libre de eventos • Remisión completa

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda *de novo*. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales (**Anexo N° 2**). Sin embargo, después una exhaustiva búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library; al no encontrarse ninguna RS ni estudios primarios que incluyeran los componentes de nuestra pregunta PICO se decidió formular una buena práctica clínica para responder la pregunta clínica.

Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
Evidencia: En el desarrollo de esta guía de práctica clínica (GPC), se revisaron exhaustivamente las directrices de la <i>National Comprehensive Cancer Network</i> (NCCN), 2025(5), e incluyendo la GPC de GYNE de 2021(11). Estas revisiones identificaron que para los estadios IB2 o IIA1, el manejo varía se torna mucho más agresivo; por lo cual, en esta población se indica la realización de la histerectomía tipo C (5). El panel evaluó pertinente que en esta población mantenga esta opción terapéutica, considerando que es el tratamiento estándar y el tipo de cirugía más agresivo, además reduce la recurrencia.	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, realizar histerectomía tipo C.
Evidencia: En guías como British Gynaecological Cancer Society (BGCS) y NCCN se menciona que una alternativa manejo quirúrgico incluye a la radioterapia – quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria (5,76). El GEG considera que para casos en los que puedan estar contraindicado el manejo quirúrgico, esta es una alternativa para el manejo de mujeres que cumplan con esta característica.	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1 que presentan contraindicación para realizarse cirugía, realizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria.

IV.6 Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

Introducción

La histerectomía radical más linfadenectomía pélvica es considerada como el tratamiento convencional para las pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio temprano (77). No obstante, este procedimiento no sería el más apropiado para las pacientes que deseen preservar su fertilidad, las cuales demandan enfoques más conservadores para el tratamiento de estas lesiones, con el objetivo de lograr un embarazo sin complicaciones en el futuro (78).

Actualmente, el tratamiento estándar, preservador de la fertilidad, en pacientes con cáncer de cuello uterino temprano y con tumores menores de 2cm, es la traquelectomía radical (78). Esta consiste en la extirpación del cuello uterino junto con el parametrio, seguido de la anastomosis del útero con el extremo vaginal. Se puede realizar por vía abdominal abierta, vaginal o por vías mínimamente invasivas (7).

Otra alternativa que permite preservar la fertilidad, dirigida a esta población, es la conización, debido a que consiste en la extracción de parte del cuello del útero, en forma de cono, sin afectar a otros componentes (58).

En este contexto, el grupo elaborador de la guía consideró pertinente evaluar la mejor estrategia (conización frente a traquelectomía radical), como tratamiento en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
6	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad	Conización / Traquelectomía radical	<u>Críticos:</u> • Sobrevida global • Recurrencia • Tasa de embarazo (concepción exitosa) • Eventos adversos serios <u>Importantes:</u> • Tasa de aborto espontáneo • Tasa de parto pretérmino

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de *novo* de RS de ECA y de EO publicados como artículos científicos, que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes de la pregunta PICO abordada.

Se encontró un artículo científico: Zhang et al, 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (**Anexo N° 2**).

RS	Fecha de la búsqueda	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Zhang et al., 2017(79)*	Desde el inicio de los tiempos hasta el 17 de enero del 2025	• Sobrevida global • Recurrencia • Tasa de embarazo • Tasa de aborto espontáneo • Tasa de parto pretérmino

*La evaluación del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Sobrevida global:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio de Zhang et al., 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (en su mayoría, de un solo brazo).
 - Para este desenlace, la revisión sistemática tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer cervical en estadio temprano (predominantemente, estadio IA-IB, según la FIGO 2009), quienes deseaban conservar la fertilidad. Las pacientes de los estudios tenían menos de 45 años y no tenían evidencia de infertilidad ni otras malignidades.
 - Un grupo de estudios de la RS evaluó pacientes que se sometieron a conización (**intervención** de esta pregunta PICO) y otro grupo de estudios evaluó pacientes que se sometieron a traquelectomía radical (**comparador** de esta pregunta PICO).
 - El **desenlace** de sobrevida global tuvo una mediana de seguimiento entre 9 y 95 meses.
- Recurrencia:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio Zhang et al., 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (en su mayoría, de un solo brazo).
 - Para este desenlace, la revisión sistemática tuvo las siguientes características:

- La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer cervical en estadio temprano (predominantemente, estadio IA-IB, según la FIGO 2009), quienes deseaban conservar la fertilidad. Las pacientes de los estudios tenían menos de 45 años y no tenían evidencia de infertilidad ni otras malignidades.
- Un grupo de estudios de la RS evaluó pacientes que se sometieron a conización (**intervención** de esta pregunta PICO) y otro grupo de estudios evaluó pacientes que se sometieron a traquelectomía radical (**comparador** de esta pregunta PICO).
- El **desenlace** de recurrencia tuvo una mediana de seguimiento entre 9 y 95 meses.
- Tasa de embarazo:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio de Zhang et al., 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (en su mayoría, de un solo brazo).
 - Para este desenlace, la revisión sistemática tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer cervical en estadio temprano (predominantemente, estadio IA-IB, según la FIGO 2009), quienes deseaban conservar la fertilidad. Las pacientes de los estudios tenían menos de 45 años y no tenían evidencia de infertilidad ni otras malignidades.
 - Un grupo de estudios de la RS evaluó pacientes que se sometieron a conización (**intervención** de esta pregunta PICO) y otro grupo de estudios evaluó pacientes que se sometieron a traquelectomía radical (**comparador** de esta pregunta PICO).
 - El **desenlace** de tasa de embarazo tuvo una mediana de seguimiento entre 9 y 95 meses.
- Eventos adversos serios:
 - No se encontró evidencia para este desenlace
- Tasa de aborto espontáneo:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio de Zhang et al., 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (en su mayoría, de un solo brazo).
 - Para este desenlace, la revisión sistemática tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer cervical en estadio temprano (predominantemente, estadio IA-IB, según la FIGO 2009), quienes deseaban conservar la fertilidad. Las pacientes de los

estudios tenían menos de 45 años y no tenían evidencia de infertilidad ni otras malignidades.

- Un grupo de estudios de la RS evaluó pacientes que se sometieron a conización (**intervención** de esta pregunta PICO) y otro grupo de estudios evaluó pacientes que se sometieron a traquelectomía radical (**comparador** de esta pregunta PICO).
 - El **desenlace** de tasa de aborto espontáneo tuvo una mediana de seguimiento entre 9 y 95 meses.
- Tasa de parto pretérmino:
 - Se decidió tomar como referencia el estudio de Zhang et al., 2017(79), el cual es una revisión sistemática de estudios observacionales (en su mayoría, de un solo brazo).
 - Para este desenlace, la revisión sistemática tuvo las siguientes características:
 - La **población** estuvo conformada por mujeres con cáncer cervical en estadio temprano (predominantemente, estadio IA-IB, según la FIGO 2009), quienes deseaban conservar la fertilidad. Las pacientes de los estudios tenían menos de 45 años y no tenían evidencia de infertilidad ni otras malignidades.
 - Un grupo de estudios de la RS evaluó pacientes que se sometieron a conización (**intervención** de esta pregunta PICO) y otro grupo de estudios evaluó pacientes que se sometieron a traquelectomía radical (**comparador** de esta pregunta PICO).
 - El **desenlace** de tasa de parto pretérmino tuvo una mediana de seguimiento entre 9 y 95 meses.

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF)

Población: Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 – IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad Intervención: Conización Comparador: Traquelectomía radical Autores: Víctor Velásquez Rimachi, Carlos Alva Díaz y Aurora Elizabeth Medina Pérez. Bibliografía por cada desenlace: • Sobrevida global: Zhang et al., 2017 (79) • Recurrencia: Zhang et al., 2017 (79) • Tasa de embarazo (concepción exitosa): Zhang et al., 2017 (79) • Eventos adversos serios: No se encontró información sobre el efecto en este desenlace • Tasa de aborto espontáneo: Zhang et al., 2017 (79) • Tasa de parto pretérmino: Zhang et al., 2017 (79)								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y tipo de estudio	Intervención: Conización	Comparación: Traquelectomía radical	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	62 EO**	1/347	27/2082	OR: 0.22 (0.01 a 1.34)***	10 menos por 1000 (de 13 menos a 4 más)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	Al realizar conización en lugar de traquelectomía radical, a mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, podría no modificarse la sobrevida global, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	63 EO**	4/347	82/2108	OR: 0.29 (0.08 a 0.77)***	27 menos por 1000 (de 36 menos a 9 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c,d,e}	Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se les realice conización en lugar de traquelectomía radical, podría ser que evitemos 27 recurrencias (-36 a -9), aunque la evidencia es incierta.

Tasa de embarazo (concepción exitosa) (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	63 EO**	113/347	531/2273	OR: 1.58 (1.23 a 2.03)***	91 más por 1000 (de 39 más a 149 más)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c,f}	Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se les realice conización en lugar de traquelectomía radical, podría ser que haya 91 embarazos más (+39 a +149), aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios	CRÍTICO	No se encontró información para este desenlace.						
Tasa de aborto espontáneo (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	IMPORTANTE	60 EO**	25/137	229/791	OR: 0.55 (0.33 a 0.88)***	106 menos por 1000 (de 171 menos a 26 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c,d,e}	Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se les realice conización en lugar de traquelectomía radical, podría ser que evitemos 106 abortos espontáneos (-171 a -26), aunque la evidencia es incierta.
Tasa de parto pretérmino (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	IMPORTANTE	57 EO**	11/91	266/797	OR: 0.27 (0.13 a 0.53)***	215 menos por 1000 (de 273 menos a 124 menos)	⊕○○○ Muy baja ^{b,c,d,f}	Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se les realice conización en lugar de traquelectomía radical, podría ser que evitemos 215 partos pretérmino (-273 a -124), aunque la evidencia es incierta.

EO: Estudio observacional; IC: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio

* Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**La revisión sistemática realiza metaanálisis en cada grupo (conización/traquelectomía radical), sin comparación directa.

***Cálculo de OR realizado por el equipo metodológico empleando el software STATA 18 mediante el comando cci (exacto). El efecto relativo calculado es de la comparación indirecta.

Explicaciones de la certeza de la evidencia:

- a. Se disminuye con 02 niveles de evidencia por imprecisión, debido a que el total de eventos (casos) es menor de 50.
- b. Se disminuye con 01 nivel de evidencia por riesgo de sesgo, debido al alto riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la RS (estudios observacionales de un solo brazo que no han cumplido el proceso de cegamiento), según lo reportado por los evaluadores del estudio en el ítem 5 “Unbiased assessment of the study endpoint” de la herramienta MINORS(80) en la que señala que todos los estudios tuvieron una valoración no “adecuada”.
- c. Se disminuye con 01 nivel de evidencia por evidencia indirecta, debido a que los estudios incluidos en la RS evaluaron o solo conización o solo traquelectomía radical, por lo que se realizó una comparación indirecta de los eventos globales entre el grupo de intervención y el grupo de comparación, al no haberse encontrado ensayos *head to head*.
- d. Se disminuye con 01 nivel de evidencia por imprecisión, debido a que el total de eventos (casos) se encuentra entre 50 y 300.
- e. Se disminuye con 01 nivel de evidencia por inconsistencia debido a que el I2 del grupo de traquelectomía se encuentra entre 40% y 80%.
- f. Se disminuye con 01 nivel de evidencia por inconsistencia debido a que el I2 del grupo de conización y el I2 del grupo de traquelectomía se encuentran entre 40% y 80%.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*)

Presentación

Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?	
Población:	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad
Intervención:	Conización
Comparador:	Traquelectomía radical
Desenlaces:	Críticos: • Sobrevida global • Recurrencia • Tasa de embarazo (concepción exitosa) • Eventos adversos serios Importantes: • Tasa de aborto espontáneo • Tasa de parto pretérmino
Contexto:	Establecimiento de salud del sector público del país
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios de realizar conización en comparación con traquelectomía radical?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
Trivial Pequeño Moderado Grande Se desconoce	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, el GEG consideró que los beneficios de realizar conización son pequeños, respecto al comparador; puesto que la diferencia en los grupos, respecto a la recurrencia, tasa de embarazo, tasa de aborto espontáneo y tasa de parto pretérmino, es pequeña (y favorecería a la conización), pese a que la evidencia es incierta. Así también, la sobrevida global no fue estadísticamente significativa.
	Sobrevida global (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	62 EO	OR: 0.22 (0.01 a 1.34)	10 menos por 1000 (de 13 menos a 4 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	63 EO	OR: 0.29 (0.08 a 0.77)	27 menos por 1000 (de 36 menos a 9 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tasa de embarazo (concepción exitosa) (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	63 EO	OR: 1.58 (1.23 a 2.03)	91 más por 1000 (de 39 más a 149 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tasa de aborto espontáneo (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	60 EO	OR: 0.55 (0.33 a 0.88)	106 menos por 1000 (de 171 menos a 26 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tasa de parto pretérmino (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	57 EO	OR: 0.27 (0.13 a 0.53)	215 menos por 1000 (de 273 menos a 124 menos)	⊕○○○ MUY BAJA	

2. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños de realizar conización en comparación con traquelectomía radical?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
Trivial Pequeño Moderado Grande Se desconoce	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, el GEG consideró que la magnitud de los daños de realizar conización, respecto al comparador; se desconoce, puesto que no se encontró información para el desenlace de eventos adversos serios. Además, el GEG consideró que los daños de realizar conización, que es una intervención mínimamente invasiva, serían mínimos comparados con la traquelectomía, una opción quirúrgica con mayores complicaciones.
	Eventos adversos serios	No se encontró información para el desenlace.				

		intraoperatorias postoperatorias.	y	
3. Certeza global de la evidencia: ¿Cuál es la certeza global de la evidencia?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
● Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	Desenlaces	Importancia	Certeza	La certeza de la evidencia para los desenlaces evaluados fue muy baja.
	Sobrevida global (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA	
	Recurrencia (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tasa de embarazo (concepción exitosa) (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA	
	Eventos adversos serios	CRÍTICO	No se encontró información para el desenlace	
	Tasa de aborto espontáneo (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
	Tasa de parto pretérmino (Mediana de seguimiento: 9 - 95 meses)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
4. Información disponible de los desenlaces: ¿Se cuenta con información disponible para todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
● No ○ Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces críticos de <i>sobrevida global</i> , <i>recurrencia</i> y <i>tasa de embarazo (concepción exitosa)</i> ; así como para los desenlaces importantes de <i>tasa de aborto espontáneo</i> y <i>tasa de parto pretérmino</i> . Sin embargo, no se contó con información para el desenlace de <i>eventos adversos serios</i> .			El GEG concluyó que no se contó con información para todos los desenlaces críticos e importantes de la pregunta PICO abordada.

5. Balance de los beneficios y daños:						
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la conización o a la traquelectomía radical?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
○ Favorece a la traquelectomía radical ○ Probablemente favorece a la traquelectomía radical ○ No favorece a la conización ni a la traquelectomía radical ● Probablemente favorece a la conización ○ Favorece a la conización ○ Se desconoce	Criterio		Juicio			
	Beneficios		PEQUEÑO			
	Daños		SE DESCONOCE			
	Información disponible de los desenlaces		NO			
	Certeza global de la evidencia		MUY BAJA			
Considerando que se calificó a los efectos deseables (beneficios) como “pequeño”, a los efectos indeseables (daños) como “se desconoce”, la certeza global de la evidencia “muy baja” y que “no” se contó con información disponible de todos los desenlaces, el GEG consideró que el balance de efectos “probablemente favorece a la conización” y justifica su juicio en que, existen beneficios al realizar conización, pese a que sea pequeño y pese a que la evidencia fue incierta. A su vez, también recalcan las características de este grupo de pacientes, quienes tienen el deseo de preservar su fertilidad, y consideran de mucha importancia los desenlaces obstétricos (tasa de embarazo, tasa de aborto, tasa de parto pretérmino), los cuales beneficiarían a la conización.						

6. Uso de recursos (costos)						
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la conización en comparación con traquelectomía radical?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
○ La conización implica costos extensos con respecto a la traquelectomía radical ○ La conización implica costos moderados con respecto a la traquelectomía radical ● Conización y traquelectomía radical implican costos similares (diferencias pequeñas) ○ La conización implica ahorros moderados con respecto a la traquelectomía radical ○ La conización implica ahorros extensos respecto a la traquelectomía radical	Desenlaces	Costo de la intervención por paciente	Costo del comparador por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/)	Diferencia total por 100 personas al año (S/)	El GEG consideró que realizar conización, en lugar de traquelectomía radical, en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, implica costos similares (diferencias pequeñas).
	Uso de recurso	S/691.00	S/582.00	S/.109.00 más por cada paciente	S/.10,900.00	
	Eventos adversos serios	Hemorragia 10% Estenosis cervical 14% Costo: S/.498.85	Estenosis cervical 3% Costo: S/.3.09	S/.495.76 más por cada paciente	S/.49,576.20	
	Diferencia de costo total			S/.604.76		
	UIT			0.11		
	Observación: Se consideraron los costos de los procedimientos (intervención y comparador) según el tarifario institucional del INEN.					

7. Aceptabilidad		
¿La conización es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
☐ No ☐ Probablemente no ☐ Probablemente sí ☐ Sí ☒ Varía		El GEG consideró que realizar conización, en lugar de traquelectomía radical, en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, la aceptabilidad varía, tanto para el personal de salud como para las pacientes, debido a que las pacientes pueden tener diferentes estadios clínicos (IA1 a IB1), así como también pueden tener diferentes metas, valores y preferencias.
8. Factibilidad		
¿La conización es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
☐ No ☐ Probablemente no ☒ Probablemente sí ☐ Sí		El GEG consideró que, en el contexto de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, la conización probablemente sí es factible de implementar, tanto en términos de infraestructura como de recursos humanos.

Resumen de los juicios

	JUICIOS					
BENEFICIOS	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
DAÑOS	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES		No				Sí
BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
USO DE RECURSOS		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
ACEPTABILIDAD	Varía	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
FACTIBILIDAD		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

Recomendaciones y consideraciones adicionales

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
Dirección: El GEG consideró que los daños de realizar conización, que es una intervención mínimamente invasiva, serían mínimos comparados con la traquelectomía, una opción quirúrgica con mayores complicaciones intraoperatorias y postoperatorias; además, al tratarse de pacientes que tienen el deseo de preservar la fertilidad, los beneficios (aunque pequeños) de la conización respecto a los desenlaces obstétricos son de mucha importancia, por lo cual, el balance de efectos favorecería al uso de la conización en comparación con la traquelectomía. Asimismo, se consideró que los costos son similares y que probablemente	En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, sugerimos realizar conización. Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○ <u>Consideraciones adicionales:</u> Esta recomendación se brinda para mujeres en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular con deseo de preservar la fertilidad.

sí sería factible su implementación. A su vez, la aceptabilidad para el personal de salud y las pacientes variaría, debido a los diferentes estadios clínicos de las pacientes, sus metas, valores y preferencias. Por lo tanto, el GEG decidió emitir una recomendación a favor del uso de la conización. Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, y teniendo en cuenta que no se evaluó todos los desenlaces de interés, se decidió emitir una recomendación condicional. <u>Consideraciones adicionales:</u> Las guías internacionales recomiendan el uso de la conización en pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 sin invasión del espacio linfvascular y con deseo de preservar la fertilidad(5,78,81), debido a que tienen una probabilidad de metástasis linfática menor al 1% y pueden recibir un tratamiento más conservador con biopsia de cono (con márgenes negativos) para preservar la fertilidad (5). Así mismo, en pacientes en estadio IA2 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad, sin evidencia de invasión del espacio linfvascular y que cumplan con todos los criterios de cirugía conservadora de fertilidad, se puede realizar conización (con márgenes negativos) y una linfadenectomía pélvica o un mapeo del nódulo linfático centinela, según las recomendaciones contenidas en la guía de la NCCN (5).	• Para mujeres en estadio IA2 o IB1 esta recomendación se brinda solo en los casos que cumplan todos los criterios de conización: - Sin invasión del espacio linfvascular. - Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). - Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). - Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm. - Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. - Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.
---	--

Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
Evidencia: El uso de traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica es la opción quirúrgica recomendada por la guía de la NCCN, para pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 – IA2 con invasión del espacio linfvascular y con deseo de preservar la fertilidad (5). La biopsia de cono también puede ser considerada (con linfadenectomía pélvica) (5,81).	En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 o IA2 con invasión del espacio linfvascular y con deseo de preservar la fertilidad, considerar el uso traquelectomía radical.

Evidencia: La NCCN recomienda el uso de la traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica o mapeo del nódulo linfático centinela, y con (o sin) linfadenectomía para-aórtica, para pacientes en estadio IB1 (tumor menor o igual a 2cm), quienes no cumplen con los criterios para cirugía conservadora de fertilidad y tienen deseo de preservar la fertilidad (5).	En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IB1, con deseo de preservar la fertilidad y no cumplen los criterios para ser candidata a conización (mencionados en la consideración adicional de la recomendación), considerar el uso de traquelectomía radical.
Evidencia: La guía para pacientes de la <i>European Society for Medical Oncology</i> (ESMO) refiere que el tratamiento del cáncer de cuello uterino dependerá del tamaño, localización y estadio del tumor, así como del estado general de salud de la paciente. A su vez, manifiesta la importancia de la participación de la paciente en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, de manera que la decisión terapéutica informada satisfaga sus necesidades y refleje lo que es importante para ellas (78).	En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas, para luego tomar una decisión terapéutica compartida con la paciente.

IV.7 Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?

Introducción

El estadio IB2 del cáncer de cuello uterino se caracteriza por la presencia de un tumor visible que mide más de 4 cm de diámetro, pero que se limita exclusivamente al cuello uterino sin extenderse a estructuras adyacentes o a distancia. Este estadio representa una etapa clínicamente detectable, donde el tumor es lo suficientemente grande como para ser identificado durante un examen físico o mediante estudios de imagen, pero aún no ha invadido el parametrio ni otros órganos pélvicos. El manejo del estadio IB2 suele requerir un enfoque multimodal, que incluye cirugía radical, radioterapia y quimioterapia, dependiendo de las características del tumor y las condiciones de la paciente. Este estadio es crucial en la planificación terapéutica, ya que su detección y tratamiento oportuno podría mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes (13).

La preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de cuello uterino estadio IB2 es un tema de creciente interés, pero requiere una selección rigurosa de candidatas que cumplan con criterios específicos. Entre estos criterios se podría considerar como: edad menor a 40 años, deseo explícito de preservar la fertilidad, estadios del cáncer, considerar IB2 bajo condiciones muy específicas, tamaño del Tumor, en caso, del estadio IB2, un tamaño menor a 4 cm como criterio potencial en casos especiales, ausencia de Metástasis linfáticas, histología tumoral adecuada, evaluación radiológica negativa para compromiso adyacente (82).

Sin embargo, la controversia persiste respecto a la seguridad oncológica de las técnicas conservadoras de fertilidad, como la traquelectomía radical, en comparación con el tratamiento estándar de histerectomía radical más exploración ganglionar. Mientras que algunos estudios reportan tasas de supervivencia comparables entre ambas intervenciones, otros destacan un mayor riesgo de recurrencia en pacientes sometidas a cirugía conservadora de fertilidad, particularmente en estadios IB2 (13,82,83).

No obstante, en el contexto peruano, la evidencia es limitada, y la falta de estudios locales robustos dificulta la generalización de estas cifras. Esta discrepancia subraya la necesidad de generar datos nacionales que permitan evaluar la efectividad y seguridad de las intervenciones conservadoras de fertilidad en nuestra población (84,85), aparte de considerar los valores y preferencias de los pacientes ante el criterio médico

La presente guía práctica clínica tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el manejo del cáncer de cuello uterino en estadio IB2, con énfasis en la preservación de la fertilidad. Se abordarán las controversias actuales, los criterios de selección para cirugía conservadora de fertilidad, y las estrategias de seguimiento postratamiento.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
7	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad	Quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía / Traquelectomía radical	<u>Críticos:</u> - Sobrevida global - Recaída - Eventos adversos serios <u>Importantes:</u> - Sobrevida libre de eventos - Remisión completa

Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda *de novo*. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales comparativos (**Anexo N° 2**). Sin embargo, después una exhaustiva búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library; al no encontrarse ninguna RS ni estudios primarios que incluyeran los componentes de nuestra pregunta PICO se decidió formular una buena práctica clínica para responder la pregunta clínica.

Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
Evidencia: Para este escenario clínico, al no encontrarse evidencia que responda la pregunta PICO y al ser un escenario controversial en el manejo de pacientes que decidan tener la oportunidad de preservar la fertilidad, el GEG decidió no emitir una recomendación respecto a esta pregunta PICO. Sin embargo, el GEG considera necesario que para este escenario clínico en específico se debe discutir el caso en junta médica, teniendo en consideración principal el criterio médico. También se debe tomar en cuenta el proyecto de vida de la paciente.	El GEG considera importante señalar que para esta pregunta no se halló evidencia suficiente para emitir una recomendación. Por ende, en situaciones con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas.

V. PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a realizar una RS de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J Ferlay, M Ervik, F Lam, M Laversanne, M Colombet, L Mery, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. International Agency for Research on Cancer.; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
<https://gco.iarc.fr/today/en>
<https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/maps-heatmap?cancers=23&types=1&sexes=0&palette=Reds&mode=population>
3. World Health Organization (WHO). Cervical Cancer [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
4. American Cancer Society. Risk Factors for Cervical Cancer [Internet]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
5. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines in Cervical Cancer. 2025.
6. Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system. Int J Gynecol Obstet. mayo de 2008;101(2):205-10.
7. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2021;155 Suppl 1(Suppl 1):28-44.
8. Querleu D, Morrow CP. Classification of radical hysterectomy. Lancet Oncol. marzo de 2008;9(3):297-303.
9. Querleu D, Cibula D, Abu-Rustum NR. 2017 Update on the Querleu–Morrow Classification of Radical Hysterectomy. Ann Surg Oncol. octubre de 2017;24(11):3406-12.
10. Ministerio de Salud (MINSA). Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica. 2015.
11. Alberta Health Services. Alberta Gynecologic Oncology Team. Cancer of the Uterine Cervix. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-gyne004-cervical.pdf>
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg686/resources/minimally-invasive-radical-hysterectomy-for-early-stage-cervical-cancer-pdf-1899874348799173>
13. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 o IIA1). [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1835>
14. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 21 de septiembre de 2017;j4008.

15. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 18 de octubre de 2011;343(oct18 2):d5928-d5928.
16. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med*. 18 de octubre de 2011;155(8):529-36.
17. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):726-35.
18. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. *Gac Sanit*. marzo de 2018;32(2):167.e1-167.e10.
19. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):719-25.
20. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol*. febrero de 2013;66(2):151-7.
21. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, Parmelli E, Saz Parkinson Z, Solo K, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid-Based Med*. junio de 2023;28(3):189-96.
22. Carlos Urrutia, Carlos Santos, Albert Zevallos, Aldo López, Absalon Montoya, Marco Sánchez, et al. Compromiso parametrial en pacientes con cáncer de cérvix IB-1 tratadas con histerectomía radical en Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2014;31(3).
23. Xiao M, Yan B, Li Y, Lu J, Qiang J. Diagnostic performance of MR imaging in evaluating prognostic factors in patients with cervical cancer: a meta-analysis. *Eur Radiol*. marzo de 2020;30(3):1405-18.
24. Subak L, Hricak H, Powell C, Azizi E, Stern J. Cervical carcinoma: Computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. *Obstet Gynecol*. julio de 1995;86(1):43-50.
25. Reinhardt MJ, Ehrhrit-Braun C, Vogelgesang D, Ihling C, Högerle S, Mix M, et al. Metastatic Lymph Nodes in Patients with Cervical Cancer: Detection with MR Imaging and FDG PET. *Radiology*. marzo de 2001;218(3):776-82.
26. Hertel H, Köhler C, Elhawary T, Michels W, Possover M, Schneider A. Laparoscopic Staging Compared with Imaging Techniques in the Staging of Advanced Cervical Cancer. *Gynecol Oncol*. octubre de 2002;87(1):46-51.
27. Sahdev A, Sohaib SA, Wenaden AET, Shepherd JH, Reznick RH. The performance of magnetic resonance imaging in early cervical carcinoma: a long-term experience. *Int J Gynecol Cancer*. mayo de 2007;17(3):629-36.
28. Hori M, Kim T, Murakami T, Imaoka I, Onishi H, Tomoda K, et al. Uterine Cervical Carcinoma: Preoperative Staging with 3.0-T MR Imaging—Comparison with 1.5-T MR Imaging. *Radiology*. abril de 2009;251(1):96-104.
29. Testa AC, Ludovisi M, Manfredi R, Zannoni G, Gui B, Basso D, et al. Transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging for assessment of presence, size and

- extent of invasive cervical cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol.* septiembre de 2009;34(3):335-44.
30. Sarabhai T, Schaarschmidt BM, Wetter A, Kirchner J, Aktas B, Forsting M, et al. Comparison of 18F-FDG PET/MRI and MRI for pre-therapeutic tumor staging of patients with primary cancer of the uterine cervix. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* enero de 2018;45(1):67-76.
 31. Thurnher S, McPhillips M, V. Schulthess G, Marincek B. Staging des Zervixkarzinoms mit der magnetischen Resonanztomographie: Anwendung von Gadolinium-DOTA bei 31 Patientinnen. *RöFo - Fortschritte Auf Dem Geb Röntgenstrahlen Bildgeb Verfahr.* junio de 1991;154(06):643-9.
 32. Hricak H, Swift PS, Campos Z, Quivey JM, Gildengorin V, Göranson H. Irradiation of the cervix uteri: value of unenhanced and contrast-enhanced MR imaging. *Radiology.* noviembre de 1993;189(2):381-8.
 33. Hawighorst H, Schoenberg SO, Knapstein PG, Knopp MV, Schaeffer U, Essig M, et al. Staging of Invasive Cervical Carcinoma and of Pelvic Lymph Nodes by High Resolution MRI with a Phased-Array Coil in Comparison with Pathological Findings: *J Comput Assist Tomogr.* enero de 1998;22(1):75-81.
 34. Choi SH, Kim SH, Choi HJ, Park BK, Lee HJ. Preoperative Magnetic Resonance Imaging Staging of Uterine Cervical Carcinoma: Results of Prospective Study. *J Comput Assist Tomogr.* septiembre de 2004;28(5):620-7.
 35. Chung HH, Kang KW, Cho JY, Kim JW, Park NH, Song YS, et al. Role of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in preoperative lymph node detection of uterine cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol.* agosto de 2010;203(2):156.e1-156.e5.
 36. Kitajima K, Suenaga Y, Ueno Y, Kanda T, Maeda T, Deguchi M, et al. Fusion of PET and MRI for staging of uterine cervical cancer: comparison with contrast-enhanced 18 F-FDG PET/CT and pelvic MRI. *Clin Imaging.* julio de 2014;38(4):464-9.
 37. Lv K, Guo H min, Lu Y jv, Wu Z xing, Zhang K, Han J kui. Role of 18F-FDG PET/CT in detecting pelvic lymph-node metastases in patients with early-stage uterine cervical cancer: comparison with MRI findings. *Nucl Med Commun.* diciembre de 2014;35(12):1204-11.
 38. Kumar JU. MRI Evaluation of Local Extent of Carcinoma Cervix – Is Post Contrast Imaging Needed in Every Case? *J Clin Diagn Res [Internet].* 2017 [citado 24 de febrero de 2025]; Disponible en: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2017&volume=11&issue=5&page=TC15&issn=0973-709x&id=9839
 39. Zhu Y, Shen B, Pei X, Liu H, Li G. CT, MRI, and PET imaging features in cervical cancer staging and lymph node metastasis. *Am J Transl Res.* 2021;13(9):10536-44.
 40. Hong Y, Xiang L, Hu Y, Zhou Z, Yu H, Zhu B. Interstitial magnetic resonance lymphography is an effective diagnostic tool for the detection of lymph node metastases in patients with cervical cancer. *BMC Cancer.* diciembre de 2012;12(1):360.
 41. Bhosale PR, Iyer RB, Ramalingam P, Schmeler KM, Wei W, Bassett RL, et al. Is MRI helpful in assessing the distance of the tumour from the internal os in patients with cervical cancer below FIGO Stage IB2? *Clin Radiol.* junio de 2016;71(6):515-22.

42. Bellomi M, Bonomo G, Landoni F, Villa G, Leon ME, Boccione L, et al. Accuracy of computed tomography and magnetic resonance imaging in the detection of lymph node involvement in cervix carcinoma. *Eur Radiol.* diciembre de 2005;15(12):2469-74.
43. Fernández-Mercado RS, Miranda-Mejía MA, Fletcher-Prieto AV, Rodríguez-Gallego JA, Mora-Padilla E, Orostegui-Correa S, et al. Prevalencia del compromiso ganglionar en pacientes con cáncer de endometrio, Colombia 2009-2016: análisis exploratorio de factores asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 20 de mayo de 2020 [citado 24 de febrero de 2025];71(2). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3450>
44. Opazo M. A. Ganglio centinela en cáncer de cuello uterino inicial: [revisión]. *Rev Med Nucl Alasbimn J* [Internet]. 2009 [citado 2 de enero de 2025]; Disponible en: http://www.alasbimnjournal.cl/alasbimn/index.php?option=com_content&task=view&id=922&Itemid=228
45. Ben S, Nozar MF, Greif D, Tarigo J, Tolosa V, Martínez N, et al. Validación de la técnica de ganglio centinela en cáncer de cuello uterino en el Hospital de la Mujer. *Rev Médica Urug.* 7 de junio de 2024;40(2):e204.
46. Noguchi H, Shiozawa I, Sakai Y, Yamazaki T, Fukuta T. Pelvic lymph node metastasis of uterine cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 1987;27(2):150-8.
47. Cibula D, McCluggage WG. Sentinel lymph node (SLN) concept in cervical cancer: Current limitations and unanswered questions. *Gynecol Oncol.* enero de 2019;152(1):202-7.
48. Sponholtz SE, Mogensen O, Hildebrandt MG, Schledermann D, Parner E, Markauskas A, et al. Sentinel lymph node mapping in early-stage cervical cancer – A national prospective multicenter study (SENTIREC trial). *Gynecol Oncol.* septiembre de 2021;162(3):546-54.
49. Eiriksson L, Covens A. Sentinel lymph node mapping in cervical cancer: the future? *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(2):129-33.
50. Favre G, Guani B, Balaya V, Magaud L, Lecuru F, Mathevet P. Sentinel Lymph-Node Biopsy in Early-Stage Cervical Cancer: The 4-Year Follow-Up Results of the Senticol 2 Trial. *Front Oncol.* 17 de febrero de 2021;10:621518.
51. Mathevet P, Lécuru F, Uzan C, Boutitie F, Magaud L, Guyon F, et al. Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). *Eur J Cancer.* mayo de 2021;148:307-15.
52. Chae EY, Kim HH, Cha JH, Shin HJ, Choi WJ. Detection and characterization of breast lesions in a selective diagnostic population: diagnostic accuracy study for comparison between one-view digital breast tomosynthesis and two-view full-field digital mammography. *Br J Radiol.* 2016;89(1062):20150743.
53. Henry Valdivia, Rossana Morales, Luis Taxa, Manuel Álvarez, Carlos Santos, Albert Zevallos, et al. Ganglio centinela para estadios tempranos en cáncer de cuello uterino. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2012;58(1).
54. Bianchi T, Grassi T, Di Martino G, Negri S, Trezzi G, Fruscio R, et al. Low-Volume Metastases in Cervical Cancer: Does Size Matter? *Cancers.* 9 de marzo de 2024;16(6):1107.

55. Balaya V, Guani B, Leblanc E, Feki A, Ayoubi JM, Lécuru F, et al. Técnicas quirúrgicas del tratamiento del cáncer del cuello uterino por vía laparoscópica-vaginal. *EMC - Ginecol-Obstet.* marzo de 2024;60(1):1-20.
56. Park KJ, Roma A, Singh N, Gilks CB, Oliva E, Abu-Rustum N, et al. Tumor Staging of Endocervical Adenocarcinoma: Recommendations From the International Society of Gynecological Pathologists. *Int J Gynecol Pathol.* marzo de 2021;40(Supplement 1):S92-101.
57. Hruda M, Robova H, Rob L, Halaska MJ, Drozenova J, Pichlik T, et al. Twenty years of experience with less radical fertility-sparing surgery in early-stage cervical cancer: Oncological outcomes. *Gynecol Oncol.* octubre de 2021;163(1):100-4.
58. Fokom Domgue J, Schmeler KM. Conservative management of cervical cancer: Current status and obstetrical implications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* febrero de 2019;55:79-92.
59. National Cancer Institute. Simple Hysterectomy [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/simple-hysterectomy>
60. Viveros-Carreño D, Pareja R, Plante M. De-escalation of surgical radicality for non-fertility preserving management in patients with early-stage cervical cancer: a systematic review. *Int J Gynecol Cancer.* marzo de 2024;34(3):386-92.
61. Plante M, Kwon JS, Ferguson S, Samouëlian V, Ferron G, Maulard A, et al. Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 29 de febrero de 2024;390(9):819-29.
62. Piver MS, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol.* agosto de 1974;44(2):265-72.
63. Chen L, Zhang WN, Zhang SM, Gao Y, Zhang TH, Zhang P. Class I hysterectomy in stage Ia2-Ib1 cervical cancer. *Wideochirurgia Inne Tech Maloinwazyjne Videosurgery Miniinvasive Tech.* diciembre de 2018;13(4):494-500.
64. Carneiro VCG, Batista TP, Andrade MR, Barros AV, Câmara LHLD, Ramalho NM, et al. Proof-of-concept randomized phase II non-inferiority trial of simple versus type B2 hysterectomy in early-stage cervical cancer ≤ 2 cm (LESSER). *Int J Gynecol Cancer.* abril de 2023;33(4):498-503.
65. Supoken A, Kietpeerakool C, Laopaiboon M, Lumbiganon P. Simple versus radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for women with stage IA2-IB1 cervical cancer. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 30 de agosto de 2016 [citado 24 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012335>
66. Dursun P, Gultekin M, Ayhan A. The History of Radical Hysterectomy. *J Low Genit Tract Dis.* julio de 2011;15(3):235-45.
67. Obermair A, Asher R, Pareja R, Frumovitz M, Lopez A, Moretti-Marques R, et al. Incidence of adverse events in minimally invasive vs open radical hysterectomy in early cervical cancer: results of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* marzo de 2020;222(3):249.e1-249.e10.
68. Wright JD, Grigsby PW, Brooks R, Powell MA, Gibb RK, Gao F, et al. Utility of parametrectomy for early stage cervical cancer treated with radical hysterectomy. *Cancer.* 15 de septiembre de 2007;110(6):1281-6.

69. Taliento C, Scutiero G, Arcieri M, Pellecchia G, Tius V, Bogani G, et al. Simple hysterectomy versus radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. abril de 2024;50(4):108252.
70. Zeng S, Xiao S, Xu Y, Yang P, Hu C, Jin X, et al. Efficacy and safety analysis of non-radical surgery for early-stage cervical cancer (IA2 ~ IB1): a systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 30 de abril de 2024;11:1337752.
71. Landoni F, Maneo A, Zapardiel I, Zanagnolo V, Mangioni C. Class I versus class III radical hysterectomy in stage IB1-IIA cervical cancer. A prospective randomized study. *Eur J Surg Oncol EJSO*. marzo de 2012;38(3):203-9.
72. Schmeler KM, Pareja R, Lopez Blanco A, Humberto Fregnani J, Lopes A, Perrotta M, et al. ConCerv: a prospective trial of conservative surgery for low-risk early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. octubre de 2021;31(10):1317-25.
73. Zivanovic O, Alektiar KM, Sonoda Y, Zhou Q, Iasonos A, Tew WP, et al. Treatment patterns of FIGO Stage IB2 cervical cancer: A single-institution experience of radical hysterectomy with individualized postoperative therapy and definitive radiation therapy. *Gynecol Oncol*. noviembre de 2008;111(2):265-70.
74. Chou B, Prasad Venkatesulu B, Coleman RL, Harkenrider M, Small Jr W. Management of stage I and II cervical cancer: a review. *Int J Gynecol Cancer*. marzo de 2022;32(3):216-24.
75. Guimarães YM, Godoy LR, Longatto-Filho A, Reis RD. Management of Early-Stage Cervical Cancer: A Literature Review. *Cancers*. 24 de enero de 2022;14(3):575.
76. Reed N, Balega J, Barwick T, Buckley L, Burton K, Eminowicz G, et al. British Gynaecological Cancer Society (BGCS) cervical cancer guidelines: Recommendations for practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. enero de 2021;256:433-65.
77. Johana Santa María Ortiz, Mónica Bermúdez González. Tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino en estadio temprano: revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet México*. 89(10).
78. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. julio de 2017;28:iv72-83.
79. Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, et al. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 11 de julio de 2017;8(28):46580-92.
80. Slim K, Nini E, Forestier D, Kwiatkowski F, Panis Y, Chipponi J. Methodological index for non-randomized studies (*MINORS*): development and validation of a new instrument. *ANZ J Surg*. septiembre de 2003;73(9):712-6.
81. Chuang LT, Temin S, Camacho R, Dueñas-Gonzalez A, Feldman S, Gultekin M, et al. Management and Care of Women With Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *J Glob Oncol*. octubre de 2016;2(5):311-40.
82. Malca-Tocas MM, Ugarte-Gil C, Matos-Miranda CP, Becerra-Chauca N, Ceballos-Pacheco C, Broncano-Huassasquiche O, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 31 de diciembre de 2021;14(4):535-45.

83. Palacios Torres AT, Pinzón CC, Sanabria Serrano D. Comparación de los resultados oncológicos entre cirugía radical por laparotomía versus la de mínima invasión en cáncer temprano de cérvix. Rev Repert Med Cir. 19 de diciembre de 2022;33(2):148-57.
84. Roberto Orti, Myriam Perrotta, Roberto Testa. Traquelectomía radical. Actual Av EN Investig.
85. A Martínez-Chapa, N Alonso-Reyes, M Luna-Macías. Resultados reproductivos de la traquelectomía radical. Ginecol Obstet Mex. 2015;83(12):770-5.

VII. ANEXOS

VII.1 Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica

El 30 de mayo de 2023, se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica

Detalles de la búsqueda:

Reporte de búsqueda electrónica en repositorios y organismos elaboradores

Repositorios y organismos elaboradores	Términos de búsqueda	Observaciones	Resultados
Base Internacional de Guías GRADE (BIGG)	"cervical cancer", "guidelines", "cáncer de cuello uterino", "guías de práctica clínica"	-	0
Trip database	"cervical cancer", "guideline"	• GGPO Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma. 2022 • GYNE Cancer of the Uterine Cervix. 2021 • NICE Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. 2021	3
MEDLINE/PubMed	("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "cervical cancer*" [ti] OR "cervical neoplas*" [ti] OR "cervix cancer*" [ti] OR "cervix neoplas*" [ti] OR "cancer cervix" [ti:~2]) AND (guideline[Publication Type] OR guideline*[TI] OR recommendation*[TI])	• GGPO Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma. 2022 • GYNE Cancer of the Uterine Cervix. 2021 • AEPCC Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022: conducta clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado. 2022 • NICE Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. 2021	4
Google Scholar	Inglés: • "Cervical cancer", "guideline", "guidelines", "recommendations" Español: • "Cervical", "cancer", "guía practica clínica", "recomendaciones"	• Brito et al. Cervical cancer - staging and restaging with 18F-FDG PET/CT. 2021	1

Repositorios y organismos elaboradores	Términos de búsqueda	Observaciones	Resultados
Google	Inglés: “Cervical cancer”, “guideline”, “guidelines”, “recommendations” Español: “Cervical”, “cancer”, “guía practica clínica”, “recomendaciones”	Brito et al. Cervical cancer - staging and restaging with 18F-FDG PET/CT. 2021	1
Google Perú	“Cervical”, “cancer”, “guía practica clínica”, “recomendaciones”, “Peru”	IETSI Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 O IIA1). 2020	1
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	“cervical cancer”, “guideline”	NICE Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. 2021	1
National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	“cervical cancer”, “guideline”	NCCN Guidelines Cervical Cancer. 1.2023	1
GuíaSalud - Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, España	“cáncer de cuello uterino”, “guía de práctica clínica”	-	0
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), Colombia	“cáncer de cuello uterino”, “guía de práctica clínica”	-	0
Ministerio de Salud de Chile	“cáncer de cuello uterino”, “guía de práctica clínica”	-	0
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)	“cervical cancer”, “guideline”	IETSI Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 O IIA1). 2020	1

Guías identificadas a partir de la búsqueda electrónica

Luego de eliminar duplicados se identificaron las siguientes GPC:

N°	Elaborador	Nombre de la Guía	País / región	Año de publicación
1	German Guideline Program in Oncology (GGPO)	Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma	Alemania	2022
2	Asociación Española de	Prevención secundaria del cáncer de cuello del útero, 2022: conducta	España	2022

	Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC)	clínica ante resultados anormales de las pruebas de cribado		
3	Alberta Gynecologic Oncology Team (GYNE)	Cancer of the Uterine Cervix	Canadá	2021
4	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer	Reino Unido	2021
5	Brito et al.	Cervical cancer - staging and restaging with 18F-FDG PET/CT	Brasil	2021
6	Instituto de Evaluación de Tecnología sanitaria e investigación (IETSI)	Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 O IIA1)	Perú	2020
7	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	Guidelines Cervical Cancer	EEUU	2023

Evaluación de criterios de preselección de las guías identificadas

Criterio de preselección	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4
1. ¿Ha transcurrido un tiempo ≤ 5 años desde la publicación de la GPC?	X	X	X	X
2. ¿Coincide con el alcance de la guía a desarrollar?	X	X	X	X
3. ¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía y brinda información sobre la conformación del grupo elaborador?	X	X	X	X
4. ¿Se han registrado y abordado los conflictos de interés del grupo elaborador?	X	X	X	X
5. ¿Aborda preguntas claras y bien definidas (se pueden identificar los componentes PICO)?		X	X	X
6. Realizó una búsqueda sistemática de la literatura en al menos dos de las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE y CENTRAL, y las estrategias de búsqueda están disponibles para cada una de las preguntas.			X	X
7. ¿Se emiten recomendaciones y es posible identificar la evidencia que las respalda: Cada recomendación está enlazada a una descripción de la evidencia y/o tabla de evidencia?	X		X	X
8. Ideal: ¿Emplea la metodología GRADE para calificar la certeza de la evidencia y las tablas de evidencia están disponibles?		X		
Elegible para evaluación mediante AGREE II	NO	NO	SÍ	SÍ

Criterio de preselección	GPC 5	GPC 6	GPC 7
1. ¿Ha transcurrido un tiempo ≤ 5 años desde la publicación de la GPC?	X	X	X
2. ¿Coincide con el alcance de la guía a desarrollar?		X	X
3. ¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía y brinda información sobre la conformación del grupo elaborador?		X	X

Criterio de preselección	GPC 5	GPC 6	GPC 7
4. ¿Se han registrado y abordado los conflictos de interés del grupo elaborador?		X	X
5. ¿Aborda preguntas claras y bien definidas (se pueden identificar los componentes PICO)?		X	
6. Realizó una búsqueda sistemática de la literatura en al menos dos de las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE y CENTRAL, y las estrategias de búsqueda están disponibles para cada una de las preguntas.	X	X	
7. ¿Se emiten recomendaciones y es posible identificar la evidencia que las respalda: Cada recomendación está enlazada a una descripción de la evidencia y/o tabla de evidencia?	X	X	X
8. Ideal: ¿Emplea la metodología GRADE para calificar la certeza de la evidencia y las tablas de evidencia están disponibles?		X	
Elegible para evaluación mediante AGREE II	NO	SÍ	NO

VII.2 Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica

Para las preguntas planteadas, se buscaron documentos cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés.

Abreviaturas:

- **ECA:** Ensayos clínicos aleatorizados
- **RS:** Revisiones sistemáticas
- **EO:** Estudio observacional
- **ECNA:** Ensayo clínico no aleatorizado

Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Estándar de referencia	Desenlaces
1.1	En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino por biopsia con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial	Resonancia magnética con contraste / resonancia magnética sin contraste	Resultado histopatológico de biopsia	Críticos: • Sobrevida global. • Progresión de la enfermedad. • Calidad de vida. Subrogado • Sensibilidad. • Especificidad.

1.2	En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino por biopsia con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso ganglionar	Resonancia magnética con contraste / resonancia magnética sin contraste	Resultado histopatológico de biopsia	Críticos: - Sobrevida global. - Progresión de la enfermedad. - Calidad de vida. Subrogado - Sensibilidad. - Especificidad.
-----	--	---	--------------------------------------	---

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder esta pregunta se realizaron dos búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 1.1	Búsqueda de novo de RS de ECA o EO	Desde el inicio de los tiempos a 16 de setiembre de 2023	- MEDLINE/PubMed: 1216 - Cochrane: 1 - Embase: 2427	PICO N° 1.1	12	1
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 1.2	Búsqueda de novo de EED	Desde inicio de los tiempos a 21 de enero de 2024	- MEDLINE/PubMed: 58 - Cochrane: 6 - Embase: 156	PICO N° 1.2	25	19

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: Búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 1.1:

Estrategia de búsqueda

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	22 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero de 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	"Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND (Neoplasm*[tiab] OR cancer*[tiab] OR tumour*[tiab] OR tumor*[tiab] OR mass*[tiab]))	161,407
2	Intervención	("Magnetic Resonance Imaging"[Mesh] OR "Magnetic Resonance"[tiab] OR "MR imag*[tiab] OR MRI[tiab] OR NMR[tiab]) AND ("Contrast Media"[Mesh] OR Contrast[tiab] OR Radiocontrast[tiab] OR "Radiopaque Media"[tiab])	126,178
5	Final	#1 AND #2	1,222

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	22 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	[mh "Uterine Cervical Neoplasms"] OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR mass*:ti,ab))	9,346
2	Intervención	([mh "Magnetic Resonance Imaging"] OR "Magnetic Resonance":ti,ab OR ("MR" NEAR/2 imag*):ti,ab OR MRI:ti,ab OR NMR:ti,ab) AND ([mh "Contrast Media"] OR Contrast:ti,ab OR Radiocontrast:ti,ab OR "Radiopaque Media":ti,ab)	4,937
4	Final	#1 AND #2	1

Base de datos: EMBASE			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	22 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	'Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR mass*:ti,ab))	235,252
2	Intervención	('Magnetic Resonance Imaging'/exp OR "Magnetic Resonance":ti,ab OR "MR imag*":ti,ab OR MRI:ti,ab OR NMR:ti,ab) AND ('Contrast Media'/exp OR Contrast:ti,ab OR Radiocontrast:ti,ab OR "Radiopaque Media":ti,ab)	199,787
3	Final	#1 AND #2	2,442

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

N°	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Gulati P, Agarwal A, Gulati V. Cervical Malignancies: Status of MRI. Indian Journal of Gynecologic Oncology. 2020;18(88).	Diseño incorrecto (brinda un estado del arte)
2	Avesani G, Perazzolo A, Amerighi A, Celli V, Panico C, Sala E, Gui B. The utility of contrast-enhanced magnetic resonance imaging in uterine cervical cancer: Life. 2023;13(6):1368.	Diseño incorrecto (brinda un estado del arte)
3	Shrestha P, Poudyal B, Yadollahi S, Wrigth DE, Gregory AV, Warner JD, et al. A systematic review on the use of artificial intelligence in gynecologic imaging – Background, state of the art, and future directions. Gynecol Oncol. 2022;166(3): 596 – 605.	Diseño incorrecto (brinda un estado del arte)
4	Oellinger JJ, Michniewicz K, Blohmer JU, Hosten N, Siewert C, Lichtenegger W, et al. Cervix carcinoma: staging, therapy, after – care. Experiences with magnetic resonance tomography of cervix carcinoma based on	Diseño incorrecto (brinda un estado del arte)

	recent literature 1993 to 1997. Zentralbl Gynakol. 1998;120(8):373-85.	
5	Schreuder SM, Lensing R, Stoker J, Bipat S. Monitoring treatment response in patients undergoing chemoradiotherapy for locally advanced uterine cervical cancer by additional diffusion – weighted imaging: A systematic review. J Magn Reson Imaging. 2015;42(3):572-94.	Desenlace incorrecto (respuesta al tratamiento)
6	Jain P, Aggarwal A, Gupta Ghazi R, Malik A, Misra RN, Garg K. Role of MRI in diagnosing the primary site of origin in indeterminate cases of uterocervical carcinomas: a systematic review and meta-analysis. Br J Radiol. 2022;95(1129):20210428.	Desenlace incorrecto (rol de la RM en casos de ca de origen indeterminado)
7	Bipat S, Glas AS, Van der Velden J, Zwinderman AH, Bossuyt PMM, Stoker J. Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: a systematic review. Gynecol Oncol. 2003;91(1):59-66.	No incluye subanálisis para RMN con contraste)
8	Lura N, Wagner-Larsen KS, Forsse D, Trovik J, Halle MK, Bertelsen BI, et al. What MRI-based tumor size measurement is best for predicting long – term survival in uterine cervical cancer? Insights Imaging. 2022;13(1): 105.	No incluye subanálisis para RMN con contraste
9	Woo S, Suh CH, Kim SY, Cho JY, Kim SH. Magnetic resonance imaging for detection of parametrial invasion in cervical cancer: An updated systematic review and meta-analysis of the literature between 2012 and 2016. Eur Radiol. 2018;28(2):530-41.	No incluye subanálisis para RMN con contraste
10	Thomeet MG, Gerestein C, Spronk S, van Doorn HC, der Ham EV, Hunink MG. Clinical examination versus magnetic resonance imaging in the pretreatment staging of cervical carcinoma: systematic review and meta-analysis. Eur Radiol. 2013;23(7):2005-18.	No incluye subanálisis para RMN con contraste
11	Li L, Zhang J, Zhe X, Tang M, Zhang X, Lei X, et al. A meta-analysis of MRI-based radiomic features for predicting lymph node metastasis in patients with cervical cancer. European Journal of Radiology. 2022; 151:110243.	No evalúa la intervención de interés

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**

N°	Estudio	Diseño
1	Xiao M, Yan B, Li Y, Lu J, Qiang J. Diagnostic performance of MR imaging in evaluating prognostic factors in patients with cervical cancer: a meta-analysis. Eur Radiol. 2020;30(3):1405-18.	RS

Búsqueda B: Búsqueda de EED para la pregunta PICO N° 1.2:

Estrategia de búsqueda

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	21 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 21 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab:~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Neoplasm[tiab]) OR "Cervix Neoplasm"[tiab] OR "Cervix Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cervix Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Cervical Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of Cervix"[tiab] OR "Cancer of Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of the Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Cervix"[tiab:~3] OR "Cervix Cancer"[tiab] OR "Cervix Cancer"[tiab:~3] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab:~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Cancer[tiab]) OR "Cervical Cancer"[tiab] OR "Cervical Cancer"[tiab:~3] OR "Cervical Cancer*"[tiab])	117,785
2		"Lymph Nodes"[Mesh] OR "Lymph Node"[tiab:~3] OR "Lymph Node*"[tiab] OR "Lymphatic Metastasis"[Mesh] OR "Lymphatic Metastases"[tiab:~3] OR "Lymph Node Metastasis"[tiab:~3] OR "Lymph Node Metastases"[tiab:~3]	331,447
3		#1 AND #2	9,450
4	Intervención	("Magnetic Resonance Imaging"[Mesh] OR "Magnetic Resonance"[tiab] OR "MR imag*"[tiab] OR MRI[tiab] OR NMR[tiab]) AND ("Contrast Media"[Mesh] OR Contrast[tiab] OR Radiocontrast[tiab] OR "Radiopaque Media"[tiab])	126,145
5	Tipo de estudio	("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title]) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])	1,540,599
6		"Case-Control Studies"[Mesh:noexp] OR "retrospective studies"[mesh:noexp] OR "Control Groups"[Mesh:noexp] OR (case[TIAB] AND control[TIAB]) OR (cases[TIAB] AND controls[TIAB]) OR (cases[TIAB] AND controlled[TIAB]) OR (case[TIAB] AND comparison*[TIAB]) OR (cases[TIAB] AND comparison*[TIAB]) OR "control group"[TIAB] OR "control groups"[TIAB]	2,504,062
7		cohort studies[mesh:noexp] OR longitudinal studies[mesh:noexp] OR follow-up studies[mesh:noexp] OR prospective studies[mesh:noexp] OR retrospective studies[mesh:noexp] OR cohort[TIAB] OR longitudinal[TIAB] OR prospective[TIAB] OR retrospective[TIAB]	3,660,664
8		Cross-Sectional Studies[Mesh:noexp] OR cross-sectional[TIAB] OR Prevalence[mesh:noexp] OR prevalence[tiab] OR transversal study[tiab]	1,545,919
9		#6 OR #7 OR #8 OR #9	6,735,882
10	Final	#3 AND #4 AND #9	58

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	21 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 21 de enero de 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		([mh "Uterine Cervical Neoplasms"] OR "Uterine Cervical Neoplasm":ti,ab OR "Uterine Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Neoplasm:ti,ab) OR "Cervix Neoplasm":ti,ab OR "Cervix Neoplasm[tiab:~3]" OR ("Cervix" NEXT Neoplasm*):ti,ab OR "Cervical Neoplasm":ti,ab OR ("Cervical" NEXT Neoplasm*):ti,ab OR "Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR "Cancer of the Uterine Cervix":ti,ab OR "Cancer of the Uterine Cervix[tiab:~3]" OR "Cancer of Cervix":ti,ab OR "Cancer of Cervix[tiab:~3]" OR "Cancer of the Cervix":ti,ab OR "Cancer of the Cervix[tiab:~3]" OR "Cervix Cancer":ti,ab OR "Cervix Cancer[tiab:~3]" OR "Uterine Cervical Cancer":ti,ab OR "Uterine Cervical Cancer[tiab:~3]" OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Cancer:ti,ab) OR "Cervical Cancer":ti,ab OR "Cervical Cancer[tiab:~3]" OR ("Cervical" NEXT Cancer*):ti,ab)	6,580
3		[mh "Lymph Nodes"] OR "Lymph Node[tiab:~3]" OR ("Lymph" NEXT Node*):ti,ab OR [mh "Lymphatic Metastasis"] OR "Lymphatic Metastases[tiab:~3]" OR "Lymph Node Metastasis[tiab:~3]" OR "Lymph Node Metastases[tiab:~3]"	14,082
4		(#1 OR #2) AND #3	583
5	Intervención	([mh "Magnetic Resonance Imaging"] OR "Magnetic Resonance":ti,ab OR ("MR" NEXT imag*):ti,ab OR MRI:ti,ab OR NMR:ti,ab) AND ([mh "Contrast Media"] OR Contrast:ti,ab OR Radioccontrast:ti,ab OR "Radiopaque Media":ti,ab)	4,932
6	Final	#4 AND #5	6

Base de datos: EMBASE			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	21 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 21 de enero de 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	('uterine cervical neoplasms'/exp OR 'uterine cervical neoplasm':ti,ab OR (uterine:ti,ab AND cervical:ti,ab AND neoplasm:ti,ab) OR 'cervix neoplasm':ti,ab OR 'cervix neoplasm*':ti,ab OR 'cervical neoplasm':ti,ab OR 'cervical neoplasm*':ti,ab OR 'cancer of the uterine cervix':ti,ab OR 'cancer of cervix':ti,ab OR 'cancer of the cervix':ti,ab OR 'cervix cancer':ti,ab OR 'uterine cervical cancer':ti,ab OR (uterine:ti,ab AND cervical:ti,ab AND cancer:ti,ab) OR 'cervical cancer':ti,ab OR 'cervical cancer*':ti,ab)	173,843
2		'lymph nodes'/exp OR 'lymph node[tiab]' OR 'lymph node*':ti,ab OR 'lymphatic metastasis'/exp OR 'lymphatic metastases[tiab]' OR 'lymph node metastasis[tiab]' OR 'lymph node metastases[tiab]'	509,911
3		#1 AND #2	15,843
4	Intervención	('Magnetic Resonance Imaging'/exp OR 'Magnetic Resonance':ti,ab OR 'MR imag*':ti,ab OR MRI:ti,ab OR NMR:ti,ab) AND ('Contrast Media'/exp OR Contrast:ti,ab OR Radioccontrast:ti,ab OR 'Radiopaque Media':ti,ab)	199,760

5	Tipo de estudio	(term:it OR randomized:ti,ab OR placebo:ti,ab OR 'clinical trials as topic'/de OR randomly:ti,ab OR trial:ti) NOT ('animals'/exp NOT 'humans'/exp)	1,782,843
6		'case-control studies'/de OR 'retrospective studies'/de OR 'control groups'/de OR (case:ti,ab AND control:ti,ab) OR (cases:ti,ab AND controls:ti,ab) OR (cases:ti,ab AND controlled:ti,ab) OR (case:ti,ab AND comparison*:ti,ab) OR (cases:ti,ab AND comparison*:ti,ab) OR 'control group':ti,ab OR 'control groups':ti,ab	3,355,224
7		'cohort studies'/de OR 'longitudinal studies'/de OR 'follow-up studies'/de OR 'prospective studies'/de OR 'retrospective studies'/de OR cohort:ti,ab OR longitudinal:ti,ab OR prospective:ti,ab OR retrospective:ti,ab	6,063,437
8		'cross-sectional studies'/de OR 'cross sectional':ti,ab OR 'prevalence'/de OR prevalence:ti,ab OR 'transversal study':ti,ab	2,237,158
9		#5 OR #6 OR #7 OR #8	9,796,945
10	Final	#3 AND #4 AND #9	156

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Hricack H, Quivey JM, Campos Z, Gildengorin V, Hindmarsh T, Bis KG, et al. Carcinoma of the cervix: predictive value of clinical and magnetic resonance (MR) imaging assessment of prognostic factors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1993;27(4):791-801.	No evalúa la intervención para la población específica.
2	Hawighorst H, Schoenberg SO, Knapstein PG, Knopp MV, Schaeffer U, Essig M, et al. Staging of invasive cervical carcinoma and of pelvic lymph nodes by high resolution MRI with a phased – array coil in comparison with pathological findings. J Comput Assist Tomogr. 1998;22(1):75-81.	No evalúa la intervención con contraste.
3	Liu F-Y, Yen T-C, Chen M-Y, Lai C-H, Chang T-C, Chou H-H, et al. Detection of hematogenous bone metastasis in cervical cancer: 18F-fluorodeoxyglucose-positron-emission tomography versus computed tomography and magnetic resonance imaging. Cancer. 2009;115(23):5470-80.	Evalúa otros desenlaces
4	Shin YR, Rha SE, Choi BG, Oh SN, Park MY, Byun JY. Uterine cervical carcinoma: a comparison of two – and three – dimensional T2 – weighted turbo spin – echo MR imaging at 3.0 for image quality and local – regional staging. Eur Radiol. 2013;23(4):1150-57.	Evalúa otros desenlaces
5	Grueneisen J, Beiderwellen K, Heusch P, Gratz M, Schulze-Hagen A, Heubner M, et al. Simultaneous positron emission tomography/magnetic resonance imaging for whole-body staging in patients with recurrent gynecological malignancies of the pelvis: a comparison to whole-body magnetic resonance imaging alone. Invest Radiol. 2014;49(12):808-15.	Evalúa otros desenlaces
6	Hu Z, Ling M, Ding Y, Zhao X, Shi X, Lu H, et al. Enhancing the accuracy of lymph – node –	No es específico de cáncer de cuello uterino

	metastasis prediction in gynecologic malignancies using multimodal federated learning: integrating CT, MRI, and PET/CT. Cancers. 2023;15(21):5281.	
--	--	--

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**

Nº	Estudio	Diseño
Resonancia magnética sin contraste para compromiso ganglionar		
1	Subak LL, Hricack H, Powell CB, Azizi L, Stern JL. Cervical carcinoma: computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. Obstet Gynecol. 1995;86(1):43-50.	EED
2	Reinhardt MJ, Ehrhrt-Braun C, Vogelgesang D, Ihling C, Högerle S, Mix M, et al. Metastatic lymph nodes in patients with cervical cancer: detection with MR imaging and FDG PET. Radiology. 2001;218(3):776-82.	EED
3	Hertel H, Köhler C, Elhawary T, Michels W, Possover M, Schneider A. Laparoscopic staging compared with imaging techniques in the staging of advanced cervical cancer. Gynecol Oncol. 2002;87(1):46-51.	EED
4	Sahdev A, Sohaib SA, Wenaden ET, Shepherd JH, Reznick RH. The performance of magnetic resonance imaging in early cervical carcinoma: a long – term experience. Int J Gynecol Cancer. 2007;17(3):629-36.	EED
5	Hori M, Kim T, Murakami T, Imaoka I, Onishi H, Tomoda K, et al. Uterine cervical carcinoma: preoperative staging with 3.0-T MR imaging – comparison with 1.5 – T MR imaging. Radiology. 2009;251(1):96-104.	EED
6	Testa AC, Ludovisi M, Manfredi R, Zannoni G, Gui B, Basso D, et al. Transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging for assessment of presence, size and extent of invasive cervical cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009;34(3):335-44.	EED
7	Sarabhai T, Schaarschmidt BM, Wetter A, Kirchner J, Aktas B, Forsting M, et al. Comparison of ¹⁸ F-FDG PET/MRI and MRI for pre-therapeutic tumor staging of patients with primary cancer of the uterine cervix. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2018;45(1):67-76.	EED
Resonancia magnética con contraste para compromiso ganglionar		
1	Thurnher S, McPhillips M, Schulthess GK, Marincek B. Cervical carcinoma staging with magnetic resonance tomography: the use of gadolinium – DOTA with 31 patients. Rofo. 1991;154(6):643-9.	EED
2	Hricak H, Swift PS, Campos Z, Quivey JM, Gildengorin V, Göranson H. Irradiation of the cervix uteri: value of unenhanced and contrast – enhanced MR imaging. Radiology. 1993;189(2):381-8.	EED
3	Hawighorst H, Schoenberg SO, Knapstein PG, Knopp MV, Schaeffer U, W, Essig M, et al. Staging of invasive cervical carcinoma and of pelvic lymph nodes by high resolution MRI with a phased-array coil in comparison with pathological findings. J Comput Assist Tomogr. 1998;22(1):75-81.	EED
4	Choi SH, Kim SH, Choi HJ, Park BK, Lee HL. Preoperative magnetic resonance imaging staging of uterine cervical carcinoma: results of prospective study. J Comput Assist Tomogr. 2004;28(5):620-7.	EED
5	Bellomi M, Bonomo G, Landoni F, Villa G, Leon ME, Bocciolone L, et al. Accuracy of computed tomography and magnetic resonance imaging in the detection of lymph node involvement in cervix carcinoma. Eur Radiol. 2005;15(12):2469-74.	EED
6	Chung HH, Kang KW, Cho JY, Kim JW, Park N-H, Song Y-S, et al. Role of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in preoperative lymph node detection of uterine cervical cancer. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):156.e1-5.	EED

7	Hong Y, Xiang L, Hu Y, Zhengyang Z, Yu H, Zhu B. Interstitial magnetic resonance lymphography is an effective diagnostic tool for the detection of lymph node metastases in patients with cervical cancer. BMC Cancer. 2012;12:360.	EED
8	Kitajima K, Suenaga Y, Ueno Y, Kanda T, Maeda T, Deguchi M, et al. Fusion of PET and MRI for staging of uterine cervical cancer: comparison with contrast – enhanced (18)F-FDG PET/CT and pelvic MRI. Clin Imaging. 2014;38(4):464-69.	EED
9	Lv K, Guo H-M, Lu Y-J, Wu Z-X, Zhang K, Han J-K. Role of 18F-FDG PET/CT in detecting pelvic lymph-node metastasis in patients with early – stage uterine cervical cancer: comparison with MRI findings. Nucl Med Commun. 2014;35(12):1204-11.	EED
10	Bhosale PR, Iyer RB, Ramalingam P, Schmeler KM, Wei W, Bassett RL, et al. Is MRI helpful in assessing the distance of the tumor from internal os in patients with cervical cancer below FIGO Stage IB2? Clin Radiol. 2016;71(6):515-22.	EED
11	Kumar JU, Reddy RH, Sinha P, Kodali N, Sreekanth V. MRI evaluation of local extent of carcinoma cervix – Is post contrast imaging needed in every case?	EED
12	Zhu Y, Shen B, Pei X, Liu H, Li G. CT, MRI, and PET imaging features in cervical cancer staging and lymph node metastasis. Am J Transl Res. 2021;13(9):10536-44.	EED

Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
2	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1-IB2 o IIA1	Biopsia de ganglio centinela / Linfadenectomía pélvica	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Complicaciones mayores de morbilidad linfática Importantes: - Todas las complicaciones de morbilidad linfática

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder esta pregunta se realizaron búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 2	Búsqueda de novo de RS de ECA y EO	Desde el inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024	- MEDLINE/PubMed: 26 - Embase: 25 - Cochrane Library: 1	PICO N° 2	10	0
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 2	Búsqueda de novo de ECA y EO	Desde el inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024	- MEDLINE/PubMed: 362 - Embase: 386 - Cochrane Library: 31	PICO N° 2	10	2

A continuación, se presentará las estrategias de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 2:

Estrategias de búsqueda:

Base de datos Medline			
Plataforma		MEDLINE/PubMed	
Fecha de búsqueda		2 de enero del 2024	
Rango de fecha de búsqueda		Inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024	
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND ("Neoplasm"[tiab] OR "cancer"[tiab] OR "tumor"[tiab] OR "tumour"[tiab] OR mass[tiab]))) AND (Early[tiab])))	15 986

2	Intervención	("Sentinel Lymph Node Biopsy"[Mesh] OR "Sentinel Lymph Node Biopsy"[tiab])	15 839
3	Comparador	("Lymph Node Excision"[Mesh] OR lymphadenectom*[tiab] OR ("lymph node"[tiab] AND (dissection*[tiab] OR excicion*[tiab])))	78 650
4	Tipo de estudio: RS	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "MetaAnalysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH] OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psyclit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR hand-search*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB] OR ("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB] AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	557 184
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	26

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	2 de enero del 2024		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR mass:ti,ab))) AND (Early:ti,ab))	24 810
2	Intervención	('Sentinel Lymph Node Biopsy'/exp OR "Sentinel Lymph Node Biopsy":ti,ab)	23 250
3	Comparador	('Lymph Node Excision'/exp OR lymphadenectom*:ti,ab OR ("lymph node":ti,ab AND (dissection*:ti,ab OR excicion*:ti,ab)))	121 629
4	Tipo de estudio: RS	((('Meta-Analysis as Topic'/exp OR "meta analy*":ti,ab OR "metaanaly*":ti,ab OR "MetaAnalysis":ti,ab OR "Systematic Review":ti,ab OR 'Systematic Reviews as Topic'/exp OR "systematic review*":ti,ab OR "systematic overview*":ti,ab OR 'Review Literature as Topic'/exp) OR ("cochrane":ti,ab OR "embase":ti,ab OR "psychlit":ti,ab OR "psyclit":ti,ab OR "psychinfo":ti,ab OR "psycinfo":ti,ab OR "cinahl":ti,ab OR "cinhal":ti,ab OR "science citation index":ti,ab OR "bids":ti,ab OR "cancerlit":ti,ab) OR ("reference list*":ti,ab OR "bibliograph*":ti,ab OR "hand-search*":ti,ab OR "relevant journals":ti,ab OR "manual search*":ti,ab) OR ("selection criteria":ti,ab OR "data extraction":ti,ab) AND "Review":ti,ab) NOT ("Comment":ti,ab OR "Letter":ti,ab OR "Editorial":ti,ab OR ('Animals'/exp NOT ('Animals'/exp AND 'Humans'/exp)))	939 074
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	25

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	2 de enero del 2024		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 9 de diciembre del 2023		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR mass:ti,ab))) AND (Early:ti,ab))	943
2	Intervención	(MeSH descriptor: [Sentinel Lymph Node Biopsy] explode all trees OR "Sentinel Lymph Node Biopsy":ti,ab)	913
3	Comparador	(MeSH descriptor: [Lymph Node Excision] explode all trees OR lymphadenectomy*:ti,ab OR ("lymph node":ti,ab AND (dissection*:ti,ab OR excision*:ti,ab)))	5478
4	Final	#1 AND #2 AND #3	1

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	van de Lande J, Torrenge B, Raijmakers PG, Hoekstra OS, van Baal MW, Brölmann HA, Verheijen RH. Sentinel lymph node detection in early stage uterine cervix carcinoma: a systematic review. Gynecol Oncol. 2007 Sep;106(3):604-13. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.05.010. Epub 2007 Jul 12. PMID: 17628644.	No evalúa los desenlaces de interés
2	Wang XJ, Fang F, Li YF. Sentinel-lymph-node procedures in early stage cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Med Oncol. 2015 Jan;32(1):385. doi: 10.1007/s12032-014-0385-x. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25429838; PMCID: PMC4246132.	No evalúa los desenlaces de interés
3	Tax C, Rovers MM, de Graaf C, Zusterzeel PL, Bekkers RL. The sentinel node procedure in early stage cervical cancer, taking the next step; a diagnostic review. Gynecol Oncol. 2015 Dec;139(3):559-67. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.09.076. Epub 2015 Sep 28. PMID: 26416173.	No evalúa los desenlaces de interés
4	Cheng-Yen Lai J, Lai KJ, Yi-Yung Yu E, Hung ST, Chu CY, Wang KL. Sentinel lymphatic mapping among women with early-stage cervical cancer: A systematic review. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Oct;57(5):636-643. doi: 10.1016/j.tjog.2018.08.004. PMID: 30342642.	No evalúa los desenlaces de interés
5	Cheng-Yen Lai J, Yang MS, Lu KW, Yu L, Liou WZ, Wang KL. The role of sentinel lymph node biopsy in early-stage cervical cancer: A systematic review. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Oct;57(5):627-635. doi: 10.1016/j.tjog.2018.08.003. PMID: 30342641.	No evalúa los desenlaces de interés
6	Zhang X, Bao B, Wang S, Yi M, Jiang L, Fang X. Sentinel lymph node biopsy in early stage cervical cancer: A meta-analysis. Cancer Med. 2021 Apr;10(8):2590-2600. doi: 10.1002/cam4.3645. Epub 2020 Dec 13. PMID: 33314779; PMCID: PMC8026927.	No evalúa los desenlaces de interés
7	Wang L, Liu S, Xu T, Yuan L, Yang X. Sentinel lymph node mapping in early-stage cervical cancer: Meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2021 Aug 27;100(34):e27035. doi:	No evalúa los desenlaces de interés

	10.1097/MD.00000000000027035. PMID: 34449483; PMCID: PMC8389869.	
8	Chiyoda T, Yoshihara K, Kagabu M, Nagase S, Katabuchi H, Mikami M, Tabata T, Hirashima Y, Kobayashi Y, Kaneuchi M, Tokunaga H, Baba T. Sentinel node navigation surgery in cervical cancer: a systematic review and metaanalysis. Int J Clin Oncol. 2022 Aug;27(8):1247-1255. doi: 10.1007/s10147-022-02178-w. Epub 2022 May 25. PMID: 35612720.	Los estudios de la RS incluyen otras poblaciones
9	Parpinel G, Balaya V, Guani B, Faron EL, Masturzo B, Zola P, Mathevet P, Paoletti X, Lecuru F. SURVIVAL after SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY for EARLY CERVICAL CANCERS: A SYSTEMATIC REVIEW and META-ANALYSIS. International Journal of Gynecological Cancer 2023 33 (A65) Supplement 3.	Es un resumen de conferencia
10	Mauro J, Viveros-Carreño D, Vizzielli G, De Ponti E, Fanfani F, Ramirez PT, Buda A. Survival after sentinel node biopsy alone in early-stage cervical cancer: a systematic review. Int J Gynecol Cancer. 2023 Sep 4;33(9):1370-1375. doi: 10.1136/ijgc-2023-004692. PMID: 37586759.	No evalúa los desenlaces de interés

Búsqueda B: búsqueda de novo de ECA y EO para la pregunta PICO N° 2:

Estrategias de búsqueda:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	2 de enero del 2024		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND ("Neoplasm*[tiab] OR "cancer*[tiab] OR "tumor*[tiab] OR "tumour*[tiab] OR mass[tiab])))) AND (Early[tiab]))	15 986
2	Intervención	("Sentinel Lymph Node Biopsy"[Mesh] OR "Sentinel Lymph Node Biopsy"[tiab])	15 839
3	Comparador	("Lymph Node Excision"[Mesh] OR lymphadenectom*[tiab] OR ("lymph node"[tiab] AND (dissection*[tiab] OR excicion*[tiab])))	78 650
4	Final	#1 AND #2 AND #3	362

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	2 de enero del 2024		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR mass:ti,ab))) AND (Early:ti,ab))	24 810
2	Intervención	('Sentinel Lymph Node Biopsy'/exp OR "Sentinel Lymph Node Biopsy":ti,ab)	23 250
3	Comparador	('Lymph Node Excision'/exp OR lymphadenectom*:ti,ab OR ("lymph node":ti,ab AND (dissection*:ti,ab OR excicion*:ti,ab)))	121 629
4	Final	#1 AND #2 AND #3	386

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	2 de enero del 2024		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 2 de enero del 2024		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm*:ti,ab OR cancer*:ti,ab OR tumor*:ti,ab OR tumour*:ti,ab OR mass:ti,ab))) AND (Early:ti,ab))	943
2	Intervención	(MeSH descriptor: [Sentinel Lymph Node Biopsy] explode all trees OR "Sentinel Lymph Node Biopsy":ti,ab)	913
3	Comparador	(MeSH descriptor: [Lymph Node Excision] explode all trees OR lymphadenectomy*:ti,ab OR ("lymph node":ti,ab AND (dissection*:ti,ab OR excision*:ti,ab)))	5478
4	Final	#1 AND #2 AND #3	31

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Tu H, Huang H, Xian B, Li J, Wang P, Zhao W, Chen X, Xie X, Wang C, Kong B, Xiao J, Zhang P, Liu J; PHENIX Investigators and the CSEM group. Sentinel lymph node biopsy versus pelvic lymphadenectomy in early-stage cervical cancer: a multi-center randomized trial (PHENIX/CSEM 010). Int J Gynecol Cancer. 2020 Nov;30(11):1829-1833. doi: 10.1136/ijgc-2020-001857. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32973117.	Actualmente en curso, resultados no publicados
2	Lecuru FR, McCormack M, Hillemanns P, Anota A, Leita M, Mathevet P, Zweemer R, Fujiwara K, Zanagnolo V, Zahl Eriksson AG, Hudson E, Ferron G, Plante M. SENTICOL III: an international validation study of sentinel node biopsy in early cervical cancer. A GINECO, ENGOT, GCIG and multicenter study. Int J Gynecol Cancer. 2019 May;29(4):829-834. doi: 10.1136/ijgc-2019-000332. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30898938; PMCID: PMC7445752.	Actualmente en curso, resultados no publicados
3	Cibula D, Dusek J, Jarkovsky J, Dunder P, Querleu D, van der Zee A, Kucukmetin A, Kocian R. A prospective multicenter trial on sentinel lymph node biopsy in patients with early-stage cervical cancer (SENTIX). Int J Gynecol Cancer. 2019 Jan;29(1):212-215. doi: 10.1136/ijgc-2018-000010. PMID: 30640706.	No evalúa los desenlaces de interés
4	Balaya V, Guani B, Morice P, Querleu D, Fourchette V, Leblanc E, Daraï E, Baron M, Marret H, Levêque J, Magaud L, Mathevet P, Lécuru F; SENTICOL Group. Long-term oncological safety of sentinel lymph node biopsy in early-stage cervical cancer: A post-hoc analysis of SENTICOL I and SENTICOL II cohorts. Gynecol Oncol. 2022 Jan;164(1):53-61. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.10.074. Epub 2021 Oct 23. PMID: 34696894.	Otro diseño de estudio
5	Guani B, Balaya V, Magaud L, Lecuru F, Mathevet P, Group S. EP300 Minimally invasive versus open-way surgery in early stage Cervical Cancer: SENTICOL I and SENTICOL II three years follow up. International Journal	Es un resumen de congreso

	of Gynecologic Cancer. 2019 Nov; 29(Suppl 4):A218.2-A218.	
6	Balaya V, Rossi L, Ngo C, Bats AS, Mathevet P, Lecuru F. Functional and oncologic outcomes of radical trachelectomy in early-stage cervical cancer: A prospective multicentric cohort of 61 patients. Journal of Clinical Oncology. 2017 May;35(15_suppl):5529-5529.	Es un resumen de congreso
7	Balaya V, Rossi L, Ngo C, Bats AS, Mathevet P, Lecuru F. Early and late morbidity of radical hysterectomy with lymphadenectomy in early-stage cervical cancer: A prospective multicentric cohort of 232 patients. Journal of Clinical Oncology. 2017 May; 35(15_suppl):e17007–e17007.	Es un resumen de congreso
8	Mathevet P, Lecuru F. Effect of sentinel lymph-node biopsy alone on the morbidity of the surgical treatment of early cervical cancer: Results from the prospective randomized study Senticol2. Journal of Clinical Oncology. 2015 May; 33(15_suppl):5521–5521.	Es un resumen de congreso

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e incluidas:

Nº	Estudio	Diseño
1	Favre G, Guani B, Balaya V, Magaud L, Lecuru F, Mathevet P. Sentinel Lymph-Node Biopsy in Early-Stage Cervical Cancer: The 4-Year Follow-Up Results of the Senticol 2 Trial. Front Oncol. 2021 Feb 17; 10:621518. doi: 10.3389/fonc.2020.621518. PMID: 33680944; PMCID: PMC7927597.	ECA
2	Mathevet P, Lécuru F, Uzan C, Boutitie F, Magaud L, Guyon F, Querleu D, Fourchette V, Baron M, Bats AS; Senticol 2 group. Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). Eur J Cancer. 2021 May; 148:307-315. doi: 10.1016/j.ejca.2021.02.009. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33773275.	ECA

Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
3	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IA1	Histerectomía tipo A / Histerectomía tipo B	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Infiltración parametrial. - Complicaciones quirúrgicas

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 3	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a 23 de enero de 2025	- MEDLINE/PubMed: 5 - Embase: 14 - Cochrane: 1	PICO N° 3	1	1
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 3	Búsqueda de novo de ECA	Desde el inicio de los tiempos a 27 de enero de 2025	- MEDLINE/PubMed: 24 - Embase: 36 - Cochrane: 49	PICO N° 3	1	1

Búsqueda A: Búsqueda de RS para responder la PICO N°3:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	23 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 23 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND ("Neoplasm*[tiab] OR "cancer*[tiab] OR "tumor*[tiab] OR "tumour*[tiab] OR mass[tiab]))) AND (IA1[tiab] OR early[tiab])))	17,256
2	Intervención	((("Hysterectomy"[Mesh] OR "simple hysterectomy"[tiab] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "modified radical hysterectomy"[tiab] OR "hysterectom*[tiab]))	57,506

3	Tipo de estudio: RS	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psyclit[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR handsearch*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB]) OR (("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB]) AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	636,754
4	Final	#1 AND #2 AND #3	128

Base de datos Embase			
Plataforma		Embase	
Fecha de búsqueda		23 de enero del 2025	
Rango de fecha de búsqueda		Inicio de los tiempos al 23 de enero del 2025	
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab,kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw))) AND (IA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)))	27,361
2	Comparador	((Hysterectomy/exp OR 'simple hysterectomy':ti,ab,kw OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'modified radical hysterectomy':ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw))	112,328
3	RS	('meta analysis (topic)/exp OR 'meta analysis'/exp OR ((meta NEXT/1 analy*):ab,ti) OR metaanaly*:ab,ti OR 'systematic review (topic)/exp OR 'systematic review'/exp OR ((systematic NEXT/1 review*):ab,ti) OR ((systematic NEXT/1 overview*):ab,ti) OR cancerlit:ab,ti OR cochrane:ab,ti OR embase:ab,ti OR psychlit:ab,ti OR psyclit:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR cinahl:ab,ti OR cinhal:ab,ti OR 'science citation index':ab,ti OR bids:ab,ti OR ((reference NEXT/1 list*):ab,ti) OR bibliograph*:ab,ti OR 'hand search*':ab,ti OR ((manual NEXT/1 search*):ab,ti) OR 'relevant journals':ab,ti OR (('data extraction':ab,ti OR 'selection criteria':ab,ti) AND review/it)) NOT (letter/it OR editorial/it OR ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)))	895,065
4	Final	#1 AND #2 AND #3	207

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	CENTRAL		
Fecha de búsqueda	23 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 23 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		(Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab, kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw) AND (IA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)	1,557
3		#1 OR #2	4,245
4	Intervención	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees	2,514
5		“radical hysterectomy”:ti,ab,kw OR “simple hysterectomy”:ti,ab,kw OR “radical hysterectomy”:ti,ab,kw OR “modified radical hysterectomy”:ti,ab,kw OR 130ysterectomy*:ti,ab,kw	9,556
6		#4 OR #5	9,558
7	Final RS	#3 AND #6	10

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**

N°	Estudio	Diseño
1	Viveros-Carreño D, Pareja R, Plante M. De-escalation of surgical radicality for non-fertility preserving management in patients with early-stage cervical cancer: a systematic review. Int J Gynecol Cancer. 2024;34:386-92.	RS

Búsqueda B: Búsqueda de ECA para responder la PICO N°3:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	27 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 27 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((“Uterine Cervical Neoplasms”[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND (“Neoplasm*”[tiab] OR “cancer*”[tiab] OR “tumor*”[tiab] OR “tumour*”[tiab] OR mass[tiab]))) AND (IA1[tiab] OR early[tiab]))	17,266
2	Intervención	((“Hysterectomy”[Mesh] OR “simple hysterectomy”[tiab] OR “radical hysterectomy”[tiab] OR “radical hysterectomy”[tiab] OR “modified radical hysterectomy”[tiab] OR “130ysterectomy*”[tiab]))	57,524
3	Tipo de estudio: ECA	(“randomized controlled trial”[Publication Type] OR “controlled clinical trial”[Publication Type] OR “randomized”[Title/Abstract] OR “placebo”[Title/Abstract] OR “clinical trials as topic”[MeSH Terms:noexp] OR “randomly”[Title/Abstract] OR “trial”[Title]) NOT (“animals”[MeSH Terms] NOT “humans”[MeSH Terms])	1,542,076
4	Final	#1 AND #2 AND #3	223

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	27 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 27 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab,kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw))) AND (IA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)))	27,370
2	Intervención	((('Hysterectomy'/exp OR 'simple hysterectomy':ti,ab,kw OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'modified radical hysterectomy':ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw))	112,357
3	ECA	('randomized controlled trial'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR random*:ab,ti OR placebo*:ab,ti OR factorial*:ab,ti OR crossover*:ab,ti OR 'cross over':ab,ti OR 'cross-over':ab,ti OR volunteer*:ab,ti OR assign*:ab,ti OR allocat*:ab,ti OR (((singl* OR doubl*) NEAR/1 blind*):ab,ti)) NOT (('animal'/de OR 'nonhuman'/de OR 'animal experiment'/de) NOT (('animal'/de OR 'nonhuman'/de OR 'animal experiment'/de) AND 'human'/de))	2,948,983
4	Final	#1 AND #2 AND #3	432

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	CENTRAL		
Fecha de búsqueda	27 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 27 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		(Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab, kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw) AND (IA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)	1,557
3		#1 OR #2	4,245
4	Intervención	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees	2,514
5		"radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "simple hysterectomy":ti,ab,kw OR "radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "modified radical hysterectomy":ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw	9,556
6		#4 OR #5	9,558
7	Final ECA	#3 AND #6	572

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e incluidas

Nº	Estudio	Diseño
1	Plante M, Kwon JS, Ferguson S, Samouëlian V, Ferron G, Maulard A, et al. Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. N Engl J Med. 2024;390(9):819-29.	ECA

Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
4.1	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1	Histerectomía tipo A / Histerectomía tipo B	Críticos: - Sobrevida global. - Recurrencia. - Complicaciones quirúrgicas.

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder esta pregunta se realizó una búsqueda bibliográfica:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 4.1	Búsqueda de novo de RS de ECA o EO	Desde el inicio de los tiempos a 13 de enero de 2025	- MEDLINE/PubMed: 12 - Cochrane: 0 - Embase: 13 - Scopus: 27	PICO N° 4.1	7	2

Estrategias de búsqueda:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	13 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 13 de enero de 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab:~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Neoplasm[tiab]) OR "Cervix Neoplasm"[tiab] OR "Cervix Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cervix Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Cervical Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of Cervix"[tiab] OR "Cancer of Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of the Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Cervix"[tiab:~3] OR "Cervix Cancer"[tiab] OR "Cervix Cancer"[tiab:~3] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab:~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Cancer[tiab]) OR "Cervical	445

		Cancer"[tiab] OR "Cervical Cancer"[tiab:~3] OR "Cervical Cancer*"[tiab])	
2	Intervención	"Hysterectomy"[Mesh] OR simple[tiab] OR "type A"[tiab]	797,714
3	Comparador	"Hysterectomy"[Mesh] OR "modified radical"[tiab] OR "type B"[tiab]	69,051
4	Tipo de estudio	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psyclit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR hand-search*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB]) OR (("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB]) AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	635,642
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	12

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	13 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 13 de enero de 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		"Uterine Cervical Neoplasm":ti,ab OR "Uterine Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Neoplasm:ti,ab) OR "Cervix Neoplasm":ti,ab OR "Cervix Neoplasm[tiab:~3]" OR ("Cervix" NEXT Neoplasm*):ti,ab OR "Cervical Neoplasm":ti,ab OR ("Cervical" NEXT Neoplasm*):ti,ab OR "Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR "Cancer of the Uterine Cervix":ti,ab OR "Cancer of the Uterine Cervix[tiab:~3]" OR "Cancer of Cervix":ti,ab OR "Cancer of Cervix[tiab:~3]" OR "Cancer of the Cervix":ti,ab OR "Cancer of the Cervix[tiab:~3]" OR "Cervix Cancer":ti,ab OR "Cervix Cancer[tiab:~3]" OR "Uterine Cervical Cancer":ti,ab OR "Uterine Cervical Cancer[tiab:~3]" OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Cancer:ti,ab) OR "Cervical Cancer":ti,ab OR "Cervical Cancer[tiab:~3]" OR ("Cervical" NEXT Cancer*):ti,ab	5,334
3		IA1:ti,ab	129
4		(#1 OR #2) AND #3	68
5		MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees	2,514
6	Intervención	simple:ti,ab OR "type A":ti,ab	38,055
7		#5 OR #6	40,512
8	Comparador	"modified radical":ti,ab OR "type B":ti,ab	3,170
9	Final	#4 AND #7 AND #8	0

Base de datos: EMBASE			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	14 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 14 de enero de 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	('uterine cervical neoplasms'/exp OR 'uterine cervical neoplasm':ti,ab OR (uterine:ti,ab AND cervical:ti,ab AND neoplasm:ti,ab) OR 'cervix neoplasm':ti,ab OR 'cervix neoplasm*':ti,ab OR 'cervical neoplasm':ti,ab OR 'cervical neoplasm*':ti,ab OR 'cancer of the uterine cervix':ti,ab OR 'cancer of cervix':ti,ab OR 'cancer of the cervix':ti,ab OR 'cervix cancer':ti,ab OR 'uterine cervical cancer':ti,ab OR (uterine:ti,ab AND cervical:ti,ab AND cancer:ti,ab) OR 'cervical cancer':ti,ab OR 'cervical cancer*':ti,ab)	774
2	Intervención	'hysterectomy'/exp OR simple:ti,ab OR 'type a':ti,ab	1,014,055
3	Comparador	'hysterectomy'/exp OR 'modified radical':ti,ab OR 'type b':ti,ab	143,776
4	Tipo de estudio	('meta analysis (topic)'/exp OR 'meta analysis'/exp OR ((meta NEXT/1 analy*):ab,ti) OR metaanaly*:ab,ti OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR ((systematic NEXT/1 review*):ab,ti) OR ((systematic NEXT/1 overview*):ab,ti) OR cancerlit:ab,ti OR cochrane:ab,ti OR embase:ab,ti OR psychlit:ab,ti OR psyclit:ab,ti OR psychinfo:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR cinahl:ab,ti OR cinhal:ab,ti OR 'science citation index':ab,ti OR bids:ab,ti OR ((reference NEXT/1 list*):ab,ti) OR bibliograph*:ab,ti OR 'hand search*':ab,ti OR ((manual NEXT/1 search*):ab,ti) OR 'relevant journals':ab,ti OR (('data extraction':ab,ti OR 'selection criteria':ab,ti) AND review/it) NOT (letter/it OR editorial/it OR ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)))	892,706
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	13

Base de datos: SCOPUS			
Plataforma	Scopus		
Fecha de búsqueda	14 de enero de 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 14 de enero de 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	(INDEXTERMS ("Uterine Cervical Neoplasms") OR TITLE-ABS ("Uterine Cervical Neoplasm") OR "Uterine Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR (TITLE-ABS (uterine) AND TITLE-ABS (cervical) AND TITLE-ABS (neoplasm)) OR TITLE-ABS ("Cervix Neoplasm") OR "Cervix Neoplasm[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cervix Neoplasm*") OR TITLE-ABS ("Cervical Neoplasm") OR TITLE-ABS ("Cervical	448

		Neoplasm*") OR "Cervical Neoplasm[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cancer of the Uterine Cervix") OR "Cancer of the Uterine Cervix[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cancer of Cervix") OR "Cancer of Cervix[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cancer of the Cervix") OR "Cancer of the Cervix[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cervix Cancer") OR "Cervix Cancer[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Uterine Cervical Cancer") OR "Uterine Cervical Cancer[tiab:~3]" OR (TITLE-ABS (uterine) AND TITLE-ABS (cervical) AND TITLE-ABS (cancer)) OR TITLE-ABS ("Cervical Cancer") OR "Cervical Cancer[tiab:~3]" OR TITLE-ABS ("Cervical Cancer*"))	
2	Intervención	INDEXTERMS (hysterectomy) OR TITLE-ABS (simple) OR TITLE-ABS ("type A")	2,929,207
3	Comparador	INDEXTERMS(Hysterectomy) OR TITLE-ABS("modified radical") OR TITLE-ABS("type B")	127,269
5	Final*	#1 AND #2 AND #3	27

* Se aplico el filtro de revisiones.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Kucukmetin A, Jackson KS, Bryant A, Naik R. Laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy (LARVH) versus radical abdominal hysterectomy (RAH) for the treatment of cervical cancer: A Cochrane review. Int J Gynecol Cancer. 2011;21(12):S1345.	Evalúa el enfoque del abordaje más que la tecnica quirúrgica.
2	Supoken A, Kietpeerakol C, Laopaiboon M, Lumbiganon P. Simple versus radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for women with stage IA2-IB1 cervical cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8).	Es un protocolo de investigación y no una revisión.
3	Nama V, Angelopoulos G, Twigg J, Murdoch JB, Bailey J, Lawrie TA. Type II or type III radical hysterectomy compared to chemoradiotherapy as a primary intervention for stage IB2 cervical cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10(10):CD011478.	Evalúa otro comparador y en otro estadio.
4	Wang H, Ni C, Xiao W, Yang T, Sun W. Comparison of radical surgery and radiotherapy for the treatment of early-stage cervical carcinoma: A meta-Analysis. Oncology research and treatment. 2021;44(4):176-83.	Evalúa la comparación entre métodos de cirugía radical, pero, no entre un abordaje simple y uno radical.
5	Zhu X, Ye L, Fu Y, You B, Lu W. Radical hysterectomy with preoperative conization in early-stage cervical cancer: a systematic review and pairwise and network meta-analysis. Journal of minimally invasive gynecology. 2024;31(3):193-99.	Evalúa una comparación distinta de la pregunta PICO.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**

Nº	Estudio	Diseño
1	Taliento C, Scutiero G, Arcieri M, Pellecchia G, Tius V, Bogani G, et al. Simple hysterectomy versus radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. European journal of surgical oncology. 2024;50(4):10852.	RS
2	Zeng S, Xiao S, Xu Y, Yang P, Hu C, Jin X, et al. Efficacy and safety of non-radical surgery for early-stage cervical cancer (IA2 – IB1): a systematic review and meta-analysis. Front Med. 2024;11.	RS

Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
5	Mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2	Quimioterapia o radioterapia concurrente con braquiterapia complementaria/ Histerectomía tipo C	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Complicaciones quirúrgicas

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 5	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a 20 de enero de 2025	- MEDLINE/PubMed: 5 - Embase: 14 - Cochrane: 1	PICO N° 5	2	0
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 5	Búsqueda de novo de ECA	Desde el inicio de los tiempos a 22 de enero de 2025	- embas: 24 - Embase: 36 - Cochrane: 49	PICO N° 5	2	0

Búsqueda A: Búsqueda de RS para responder la PICO N°5:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	20 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 20 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND ("Neoplasm*" [tiab] OR "cancer*" [tiab] OR "tumor*" [tiab] OR "tumour*" [tiab] OR mass[tiab]))) AND (IB2[tiab] OR IIA1[tiab] OR early[tiab])))	17,952
2	Intervención	("Chemoradiotherapy"[Mesh] OR "Radiotherapy"[Mesh] OR "Concurrent Chemoradiotherapy"[tiab] OR "Chemoradiation"[tiab] OR "Radiochemotherapy"[tiab]) AND ("Brachytherapy"[Mesh] OR "Brachytherapy"[tiab])	24,419

		OR "Internal Radiation"[tiab] OR "Interstitial Radiotherapy"[tiab])	
3	Comparador	((("Hysterectomy"[Mesh] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "classic radical hysterectomy"[tiab] OR "hysterectom*" [tiab]))	57,504
4	Tipo de estudio: RS	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psyclit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR handsearch*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB]) OR (("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB]) AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	636,223
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	5

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	20 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 20 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab,kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw))) AND (IB2:ti,ab,kw OR IIA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw))	27,209
2	Intervención	(Chemoradiotherapy/exp OR Radiotherapy/exp OR 'Concurrent Chemoradiotherapy':ti,ab,kw OR Chemoradiation:ti,ab,kw OR Radiochemotherapy:ti,ab,kw) AND (Brachytherapy/exp OR Brachytherapy:ti,ab,kw OR 'Internal Radiation':ti,ab,kw OR 'Interstitial Radiotherapy':ti,ab,kw)	66,340
3	Comparador	((Hysterectomy/exp OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'classic radical hysterectomy':ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw))	112,304
4	RS	('meta analysis (topic)'/exp OR 'meta analysis'/exp OR ((meta NEXT/1 analy*):ab,ti) OR metaanaly*:ab,ti OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR ((systematic NEXT/1 review*):ab,ti) OR ((systematic NEXT/1 overview*):ab,ti) OR cancerlit:ab,ti OR cochrane:ab,ti OR embase:ab,ti OR psychlit:ab,ti OR psyclit:ab,ti OR psychinfo:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR cinahl:ab,ti OR cinhal:ab,ti OR 'science citation index':ab,ti OR bids:ab,ti OR	894,882

		((reference NEXT/1 list*):ab,ti) OR bibliograph*:ab,ti OR 'hand search':ab,ti OR ((manual NEXT/1 search*):ab,ti) OR 'relevant journals':ab,ti OR (('data extraction':ab,ti OR 'selection criteria':ab,ti) AND review(it)) NOT (letter/it OR editorial/it OR ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)))	
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	17

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	CENTRAL		
Fecha de búsqueda	20 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 20 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		(Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab, kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw) AND (IB2:ti,ab,kw OR IIA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)	1,805
3		#1 OR #2	4,382
4	Intervención	MeSH descriptor: [Chemoradiotherapy] explode all trees	2,208
5		MeSH descriptor: [Radiotherapy] explode all trees	10,220
6		MeSH descriptor: [Brachytherapy] explode all trees	1,084
7		((("Concurrent Chemoradiotherapy":ti,ab,kw OR "Chemoradiation":ti,ab,kw OR "Radiochemotherapy":ti,ab,kw) AND ("Brachytherapy":ti,ab,kw OR "Internal Radiation":ti,ab,kw OR "Interstitial Radiotherapy":ti,ab,kw))	320
8		((#4 OR #5) AND #6) OR #7	1,336
9	Comparador	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees	2,514
10		"radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "classic radical hysterectomy":ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw	9,556
11		#9 OR #10	9,558
12	Final RS	#3 AND #8 AND #11	1

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Ronsini, C., Solazzo, M.C., Braca, E., Andreoli, G., Vastarella, M.G., Cianci, S., Capozzi, V.A., Torella, M., Cobellis, L., De Franciscis, P. Locally Advanced Cervical Cancer: Neoadjuvant Treatment versus Standard Radio-Chemotherapy—An Updated Meta-Analysis. Cancers, 16(14), 2542. doi: 10.3390/cancers16142542. PMID: 39061182.	Otro comparador
2	Kokka F, Bryant A, Brockbank E, Powell M, Oram D. Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 7;(4):CD010260. doi:	Otro comparador

10.1002/14651858.CD010260.pub2. PMID: 25847525.	
---	--

Búsqueda B: Búsqueda de ECA para responder la PICO N°5:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	22 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR ((Cervical[tiab] OR cervix[tiab]) AND ("Neoplasm*[tiab] OR "cancer*[tiab] OR "tumor*[tiab] OR "tumour*[tiab] OR mass[tiab]))) AND (IB2[tiab] OR IIA1[tiab] OR early[tiab]))	17,952
2	Intervención	("Chemoradiotherapy"[Mesh] OR "Radiotherapy"[Mesh] OR "Concurrent Chemoradiotherapy"[tiab] OR "Chemoradiation"[tiab] OR "Radiochemotherapy"[tiab]) AND ("Brachytherapy"[Mesh] OR "Brachytherapy"[tiab] OR "Internal Radiation"[tiab] OR "Interstitial Radiotherapy"[tiab])	24,419
3	Comparador	((("Hysterectomy"[Mesh] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "radical hysterectomy"[tiab] OR "classic radical hysterectomy"[tiab] OR "hysterectom*[tiab]))	57,504
4	Tipo de estudio: ECA	("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title]) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])	1,540,797
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	24

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	22 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((('Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab,kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw))) AND (IB2:ti,ab,kw OR IIA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw))	27,209
2	Intervención	(Chemoradiotherapy/exp OR Radiotherapy/exp OR 'Concurrent Chemoradiotherapy':ti,ab,kw OR Chemoradiation:ti,ab,kw OR Radiochemotherapy:ti,ab,kw) AND (Brachytherapy/exp OR Brachytherapy:ti,ab,kw OR 'Internal Radiation':ti,ab,kw OR 'Interstitial Radiotherapy':ti,ab,kw)	66,340
3	Comparador	((('Hysterectomy'/exp OR 'radical hysterectomy':ti,ab,kw OR 'radical	112,304

		hysterectomy':ti,ab,kw OR 'classic radical hysterectomy':ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw))	
4	ECA	('randomized controlled trial'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR random*:ab,ti OR placebo*:ab,ti OR factorial*:ab,ti OR crossover*:ab,ti OR 'cross over':ab,ti OR 'cross-over':ab,ti OR volunteer*:ab,ti OR assign*:ab,ti OR allocat*:ab,ti OR (((singl* OR doubl*) NEAR/1 blind*):ab,ti)) NOT (('animal'/de OR 'nonhuman'/de OR 'animal experiment'/de) NOT (('animal'/de OR 'nonhuman'/de OR 'animal experiment'/de) AND 'human'/de))	2,947,571
5	Final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	36

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	CENTRAL		
Fecha de búsqueda	22 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 22 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,574
2		(Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab, kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw) AND (IB2:ti,ab,kw OR IIA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)	1,805
3		#1 OR #2	4,382
4	Intervención	MeSH descriptor: [Chemoradiotherapy] explode all trees	2,208
5		MeSH descriptor: [Radiotherapy] explode all trees	10,220
6		MeSH descriptor: [Brachytherapy] explode all trees	1,084
7		((("Concurrent Chemoradiotherapy":ti,ab,kw OR "Chemoradiation":ti,ab,kw OR "Radiochemotherapy":ti,ab,kw) AND ("Brachytherapy":ti,ab,kw OR "Internal Radiation":ti,ab,kw OR "Interstitial Radiotherapy":ti,ab,kw))	320
8		((#4 OR #5) AND #6) OR #7	1,336
9	Comparador	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees	2,514
10		"radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "radical hysterectomy":ti,ab,kw OR "classic radical hysterectomy":ti,ab,kw OR hysterectom*:ti,ab,kw	9,556
11		#9 OR #10	9,558
12	Final ECA	#3 AND #8 AND #11	49

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Katsumata, N., Yoshikawa, H., Kobayashi, H., Saito, T., Kuzuya, K., Nakanishi, T., Yasugi, T., Yaegashi, N., Yokota, H., Kodama, S., Mizunoe, T., Hiura, M., Kasamatsu, T., Shibata, T., Kamura, T., & Japan Clinical Oncology Group. (2013). Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical	Otra intervención

	surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). British Journal of Cancer, 108(10), 1957–1963. https://doi.org/10.1038/bjc.2013.179 . PMID: 23640393	
2	Cibula, D., Borcinova, M., Kocian, R., Feltl, D., Argalacsova, S., Dvorak, P., Fischerova, D., Dundr, P., Jarkovsky, J., Hoschlova, E., Slama, J., & Scambia, G. (2022). CERVANTES: An international randomized trial of radical surgery followed by adjuvant (chemo) radiation versus no further treatment in patients with early-stage, intermediate-risk cervical cancer (CEEGOG-CX-05; ENGOT-CX16). International Journal of Gynecological Cancer, 32(10), 1327–1331. https://doi.org/10.1136/ijgc-2022-003918 . PMID: 36100282.	Otra intervención

Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
6	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 – IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad	Conización / Traquelectomía radical	Críticos: - Sobrevida global - Recurrencia - Tasa de embarazo (concepción exitosa) - Eventos adversos serios Importantes: - Tasa de aborto espontáneo - Tasa de parto pretérmino

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder esta pregunta se realizaron búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 6	Búsqueda de novo de RS de ECA y EO	Desde el inicio de los tiempos al 17 de enero del 2025	- MEDLINE/PubMed: 96 - Embase: 156 - Cochrane Library: 5	PICO N° 6	29	1

A continuación, se presentará las estrategias de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 6:

Estrategias de búsqueda:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	17 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 17 de enero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Uterine Cervical Neoplasm"[tiab~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Neoplasm[tiab]) OR "Cervix Neoplasm"[tiab] OR	117 754

		"Cervix Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cervix Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab] OR "Cervical Neoplasm*"[tiab] OR "Cervical Neoplasm"[tiab:~3] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Uterine Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of Cervix"[tiab] OR "Cancer of Cervix"[tiab:~3] OR "Cancer of the Cervix"[tiab] OR "Cancer of the Cervix"[tiab:~3] OR "Cervix Cancer"[tiab] OR "Cervix Cancer"[tiab:~3] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab] OR "Uterine Cervical Cancer"[tiab:~3] OR (Uterine[tiab] AND Cervical[tiab] AND Cancer[tiab]) OR "Cervical Cancer"[tiab] OR "Cervical Cancer"[tiab:~3] OR "Cervical Cancer*"[tiab]))	
2	Intervención	("Conization"[Mesh] OR "Conizatio*"[tiab] OR "Conisatio*"[tiab] OR "cone biopsy"[tiab])	3 545
3	Tipo de estudio: RS	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "MetaAnalysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR hand-search*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB]) OR ((("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB]) AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	627 431
4	Final	#1 AND #2 AND #3	96

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	17 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 17 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	("Uterine Cervical Neoplasms"/exp OR "Uterine Cervical Neoplasm":ti,ab OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Neoplasm:ti,ab) OR "Cervix Neoplasm":ti,ab OR "Cervix Neoplasm*":ti,ab OR "Cervical Neoplasm":ti,ab OR "Cancer of the Uterine Cervix":ti,ab OR "Cancer of Cervix":ti,ab OR "Cancer of the Cervix":ti,ab OR "Cervix Cancer":ti,ab OR "Uterine Cervical Cancer":ti,ab OR (Uterine:ti,ab AND Cervical:ti,ab AND Cancer:ti,ab) OR "Cervical Cancer":ti,ab)	173 196
2	Intervención	('Conization'/exp OR "Conizatio*":ti,ab OR "Conisatio*":ti,ab OR "cone biopsy":ti,ab)	6 655
3	Tipo de estudio: RS	((('Meta-Analysis as Topic'/exp OR "meta analy*":ti,ab OR "metaanaly*":ti,ab OR "MetaAnalysis":ti,ab OR "Systematic Review":ti,ab OR 'Systematic Reviews as Topic'/exp OR "systematic review*":ti,ab OR "systematic overview*":ti,ab OR 'Review Literature as Topic'/exp) OR ("cochrane":ti,ab OR "embase":ti,ab OR "psychlit":ti,ab OR "psychlit":ti,ab OR "psychinfo":ti,ab OR "psycinfo":ti,ab OR "cinahl":ti,ab OR "cinahl":ti,ab OR "science citation index":ti,ab OR "bids":ti,ab OR "cancerlit":ti,ab) OR ("reference list*":ti,ab OR "bibliograph*":ti,ab OR "hand-search*":ti,ab OR "relevant journals":ti,ab OR "manual search*":ti,ab) OR ((("selection criteria":ti,ab OR "data extraction":ti,ab) AND "Review":ti,ab)) NOT ("Comment":ti,ab OR "Letter":ti,ab OR "Editorial":ti,ab OR ('Animals'/exp NOT ('Animals'/exp AND 'Humans'/exp)))	1 028 548

4	Final	#1 AND #2 AND #3	156
---	-------	------------------	-----

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	The Cochrane Library		
Fecha de búsqueda	17 de enero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 17 de enero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees OR ("Uterine Cervical Neoplasm"):ti,ab OR ("Cervix Neoplasm"):ti,ab OR ("Cervical Neoplasm"):ti,ab OR ("Cancer of the Uterine Cervix"):ti,ab OR ("Cancer of Cervix"):ti,ab OR ("Cancer of the Cervix"):ti,ab OR ("Cervix Cancer"):ti,ab OR ("Uterine Cervical Cancer"):ti,ab OR ("Cervical Cancer"):ti,ab	6471
2	Intervención	MeSH descriptor: [Conization] explode all trees OR (Conizatio*):ti,ab OR (Conisatio*):ti,ab OR ("cone biopsy"):ti,ab	252
3	Final	#1 AND #2	5

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2006 Feb 11;367(9509):489-98. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68181-6. PMID: 16473126.	No evalúa comparador de interés
2	Kyrgiou M, Mitra A, Arbyn M, Stasinou SM, Martin-Hirsch P, Bennett P, Paraskevaidis E. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2014 Oct 28;349:g6192. doi: 10.1136/bmj.g6192. PMID: 25352501; PMCID: PMC4212006.	No evalúa comparador de interés
3	Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Chargari C, Leary A, Morice P. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. Lancet Oncol. 2016 Jun;17(6):e240-e253. doi: 10.1016/S1470-2045(16)30032-8. PMID: 27299280.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
4	Jiang YM, Chen CX, Li L. Meta-analysis of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. Onco Targets Ther. 2016 Jun 29;9:3907-15. doi: 10.2147/OTT.S108832. PMID: 27418835; PMCID: PMC4934869.	No evalúa comparador de interés
5	Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, Kehar R, Gandhi S, Chen Y, Cheung A, Hopkins J, Khatib R, Ma B, Mustafa AA, Lloyd N, Wu D, Broutet N, Schünemann HJ. Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynaecol Obstet. 2016 Mar;132(3):266-71. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.07.026. Epub 2015 Nov 28. PMID: 26643302.	No evalúa comparador de interés
6	Kyrgiou M, Athanasiou A, Paraskevaidi M, Mitra A, Kalliala I, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Bennett P,	No evalúa comparador de interés

	Paraskevaidis E. Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. <i>BMJ</i> . 2016 Jul 28;354:i3633. doi: 10.1136/bmj.i3633. PMID: 27469988; PMCID: PMC4964801.	
7	Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, Chargari C, Gouy S, Morice P. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: a systematic review of the literature. <i>Fertil Steril</i> . 2016 Oct;106(5):1195-1211.e5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.06.032. Epub 2016 Jul 16. PMID: 27430207.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple).
8	Jiang Y, Chen C, Li L. Comparison of Cold-Knife Conization versus Loop Electrosurgical Excision for Cervical Adenocarcinoma In Situ (ACIS): A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PLoS One</i> . 2017 Jan 26;12(1):e0170587. doi: 10.1371/journal.pone.0170587. PMID: 28125627; PMCID: PMC5268480.	No evalúa comparador de interés
9	Kyrgiou M, Athanasiou A, Kalliala IEJ, Paraskevaidi M, Mitra A, Martin-Hirsch PP, Arbyn M, Bennett P, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2017 Nov 2;11(11):CD012847. doi: 10.1002/14651858.CD012847. PMID: 29095502; PMCID: PMC6486192.	No evalúa comparador de interés
10	Shim SH, Lim MC, Kim HJ, Lee M, Nam EJ, Lee JY, Lee YY, Lee KB, Park JY, Kim YH, Ki KD, Song YJ, Chung HH, Kim S, Lee JW, Kim JW, Bae DS, Lee JM. Can simple trachelectomy or conization show comparable survival rate compared with radical trachelectomy in IA1 cervical cancer patients with lymphovascular space invasion who wish to save fertility? A systematic review and guideline recommendation. <i>PLoS One</i> . 2018 Jan 31;13(1):e0189847. doi: 10.1371/journal.pone.0189847. PMID: 29385139; PMCID: PMC5791938.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
11	Laios A, Kasius J, Tranoulis A, Gryparis A, Ind T. Obstetric Outcomes in Women With Early Bulky Cervical Cancer Downstaged by Neoadjuvant Chemotherapy to Allow for Fertility-Sparing Surgery: A Meta-analysis and Metaregression. <i>Int J Gynecol Cancer</i> . 2018 May;28(4):794-801. doi: 10.1097/IGC.0000000000001232. PMID: 29538257.	No evalúa intervención de interés
12	Zhuang H, Hong S, Zheng L, Zhang L, Zhuang X, Wei H, Yang Y. Effects of cervical conisation on pregnancy outcome: a meta-analysis. <i>J Obstet Gynaecol</i> . 2019 Jan;39(1):74-81. doi: 10.1080/01443615.2018.1463206. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29884103.	No evalúa comparador de interés
13	Hurtado-Roca Y, Becerra-Chauca N, Malca M. Efficacy and safety of cryotherapy, cold cone or thermocoagulation compared to LEEP as a therapy for cervical intraepithelial neoplasia: Systematic review. <i>Rev Saude Publica</i> . 2020 Mar 16;54:27. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001750. PMID: 32187314; PMCID: PMC7063859.	No evalúa comparador de interés
14	Nezhat C, Roman RA, Rambhatla A, Nezhat F. Reproductive and oncologic outcomes after fertility-sparing surgery for early stage cervical cancer: a	Incluye estudios que tuvieron pacientes con

	systematic review. Fertil Steril. 2020 Apr;113(4):685-703. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.02.003. PMID: 32228873.	otra intervención (traquelectomía simple)
15	Noll F, Palacios Torres AT, Pecci P, Lucchini SM, Heredia F. Neoadjuvant chemotherapy in early-stage cervical cancer (<2 cm) before conization for fertility preservation: is there any advantage over upfront conization? Int J Gynecol Cancer. 2021 Mar;31(3):379-386. doi: 10.1136/ijgc-2020-001751. PMID: 33649005.	No evalúa comparador de interés
16	Kuznicki ML, Chambers LM, Morton M, Son J, Horowitz M, Crean-Tate KK, Hackett L, Rose PG. Fertility-Sparing Surgery for Early-Stage Cervical Cancer: A Systematic Review of the Literature. J Minim Invasive Gynecol. 2021 Mar;28(3):513-526.e1. doi: 10.1016/j.jmig.2020.10.013. Epub 2020 Oct 24. PMID: 33223017.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
17	Gwacham NI, McKenzie ND, Fitzgerald ER, Ahmad S, Holloway RW. Neoadjuvant chemotherapy followed by fertility sparing surgery in cervical cancers size 2-4 cm; emerging data and future perspectives. Gynecol Oncol. 2021 Sep;162(3):809-815. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.06.006. Epub 2021 Jun 12. PMID: 34130862.	Otra población. Incluyó estudios que tuvieron pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante. No realizó metanálisis
18	Nezhat F, Erfani H, Nezhat C. A systematic review of the reproductive and oncologic outcomes of fertility-sparing surgery for early-stage cervical cancer. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2022 Dec 8;23(4):287-313. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2022.2022-9-7. PMID: 36482657; PMCID: PMC9743349.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
19	Gouy S, Scherier S, Maulard A, Zaccarini F, Zarokian J, Sanson C, Espenel S, Leary A, Pautier P, Genestie C, Chargari C, Grynberg M, Morice P. UPDATED SYSTEMATIC REVIEW ABOUT RESULTS OF FERTILITY SPARING SURGERY OF CERVICAL CANCER. International Journal of Gynecological Cancer 2022 32 (A2-A3) Supplement 2	Es un resumen de congreso
20	Buda A, Borghese M, Puppo A, Perotto S, Novelli A, Borghi C, Olearo E, Tripodi E, Surace A, Bar E, Scambia G, Fanfani F. Neoadjuvant Chemotherapy Prior Fertility-Sparing Surgery in Women with FIGO 2018 Stage IB2 Cervical Cancer: A Systematic Review. Cancers (Basel). 2022 Feb 4;14(3):797. doi: 10.3390/cancers14030797. PMID: 35159063; PMCID: PMC8833789.	Otra población. Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
21	Morice P, Maulard A, Scherier S, Sanson C, Zarokian J, Zaccarini F, Espenel S, Pautier P, Leary A, Genestie C, Chargari C, Grynberg M, Gouy S. Oncologic results of fertility sparing surgery of cervical cancer: An updated systematic review. Gynecol Oncol. 2022 Apr;165(1):169-183. doi: 10.1016/j.ygyno.2022.01.023. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35241291.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)
22	Athanasidou A, Veroniki AA, Efthimiou O, Kalliala I, Naci H, Bowden S, Paraskevaidi M, Arbyn M, Lyons D, Martin-Hirsch P, Bennett P, Paraskevaidis E, Salanti G, Kyrgiou M. Comparative effectiveness and risk of preterm birth of local treatments for cervical intraepithelial neoplasia and stage IA1 cervical cancer: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Oncol. 2022 Aug;23(8):1097-1108. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00334-5. Epub 2022 Jul 11. Erratum in: Lancet Oncol. 2022 Aug;23(8):e370. doi: 10.1016/S1470-	No evalúa comparador de interés

	2045(22)00455-7. PMID: 35835138; PMCID: PMC9630146.	
23	Wang Y, Chen Y, Wang M, Qin Z, Zhang L, Zheng A, Han L. Oncological and reproductive outcomes of conization combined with pelvic node evaluation in patients with early-stage cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Front Oncol. 2023 Sep 19;13:1251453. doi: 10.3389/fonc.2023.1251453. PMID: 37795440; PMCID: PMC10546176.	No evalúa comparador de interés. Incluye otra intervención.
24	Han L, Chen Y, Zheng A, Chen H. Effect of preoperative cervical conization before hysterectomy on survival and recurrence of patients with cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. 2023 Jul;174:167-174. doi: 10.1016/j.ygyno.2023.05.004. Epub 2023 May 17. PMID: 37207501.	No evalúa comparador de interés.
25	Ronsini C, Solazzo MC, Moliterno R, De Franciscis P, Pasanisi F, Cobellis L, Colacurci N. Fertility-Sparing Treatment for Early-Stage Cervical Cancer ≥ 2 cm: Can One Still Effectively Become a Mother? A Systematic Review of Fertility Outcomes. Ann Surg Oncol. 2023 Sep;30(9):5587-5596. doi: 10.1245/s10434-023-13542-z. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37261562; PMCID: PMC10409841.	Otra población. No evalúa comparador de interés.
26	Wang Y, Ma B, Li W, Li P. The efficacy of pre-operative conization in patients undergoing surgical treatment for early-stage cervical cancer: A meta-analysis. Eur J Surg Oncol. 2023 Nov;49(11):106995. doi: 10.1016/j.ejso.2023.106995. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37527959.	No evalúa comparador de interés.
27	D'Amato A, Riemma G, Agrifoglio V, Chiantera V, Laganà AS, Mikuš M, Dellino M, Maglione A, Faioli R, Giannini A, Trojano G, Etrusco A. Reproductive Outcomes in Young Women with Early-Stage Cervical Cancer Greater than 2 cm Undergoing Fertility-Sparing Treatment: A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2024 Apr 6;60(4):608. doi: 10.3390/medicina60040608. PMID: 38674254; PMCID: PMC11051883.	Otra población. No realizó metanálisis.
28	Taliento C, Scutiero G, Battello G, Sala A, Pellecchia G, Trozzi R, Arcieri M, Pavone M, Bizzarri N, Greco P, Driul L, Amant F, Fagotti A, Scambia G, Vizzielli G, Restaino S. Reproductive, obstetrical and oncological outcomes of fertility-sparing treatment for cervical cancer according to the FIGO 2018 staging system: A systematic review. Eur J Surg Oncol. 2025 Jan;51(1):109359. doi: 10.1016/j.ejso.2024.109359. Epub 2024 Nov 7. PMID: 39531915.	Incluye estudios que tuvieron pacientes con otra intervención (traquelectomía simple)

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Nº	Estudio	Diseño
1	Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, Kong B. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 2017 Jul 11;8(28):46580-46592. doi: 10.18632/oncotarget.16233. PMID: 28418849; PMCID: PMC5542294.	RS

Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?

Resumen de la búsqueda por pregunta PICO

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
7	En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad	Quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía / Traquelectomía radical	<u>Críticos:</u> - Sobrevida global - Recaída - Eventos adversos serios <u>Importantes:</u> - Sobrevida libre de eventos - Remisión completa

Estrategias de búsqueda realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder esta pregunta se realizaron búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 7	Búsqueda de novo de RS y ECA	Desde el inicio de los tiempos a 12 de febrero de 2025	- MEDLINE/PubMed: 77 - Embase: 148 - Cochrane: 2	PICO N° 7	2	0

A continuación, se presentará las estrategias de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 7:

Estrategias de búsqueda:

Base de datos Medline			
Plataforma	MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda	15 de febrero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 15 de febrero del 2025		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((("Uterine Cervical Neoplasms"[Mesh] OR (Cervical[tiab] OR cervix[tiab])) AND ("Neoplasm*[tiab] OR "cancer*[tiab] OR "tumor*[tiab] OR "tumour*[tiab] OR mass[tiab])) AND (IB2[tiab] OR early[tiab]))	16,875

2	Intervención	("Trachelectomy" [Mesh] OR Trachelectom*[tiab] OR Cervicectom*[tiab]) AND ("Neoadjuvant Therapy"[Mesh] OR (Neoadjuvant [tiab] AND (Therap*[tiab] O Treatment*[tiab] OR Chemotherap* [tiab])))	98
3	Final	#1 AND #2	71

Base de datos Embase			
Plataforma	Embase		
Fecha de búsqueda	15 de febrero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 15 de febrero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	((Uterine Cervical Neoplasms'/exp OR ((Cervical:ti,ab OR cervix:ti,ab) AND (Neoplasm* OR "cancer*" OR "tumor*" OR "tumour*" OR mass:ti,ab))) AND (IB1:ti,ab OR early:ti,ab))	29,088
2	Intervención	(trachelectomy:ti,ab OR trachelectom*:ti,ab OR cervicectom*:ti,ab) AND (neoadjuvant AND therapy:ti,ab OR (neoadjuvant:ti,ab AND ((therap* NEAR/2 treatment*) OR chemotherap*:ti,ab)))	172
4	Final	#1 AND #2	130

Base de datos: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)			
Plataforma	CENTRAL		
Fecha de búsqueda	15 de febrero del 2025		
Rango de fecha de búsqueda	Inicio de los tiempos al 15 de febrero del 2025		
Nº	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
1	Población	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees	3,479
2		(Cervical:ti,ab,kw OR cervix:ti,ab, kw) AND (Neoplasm*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR tumor*:ti,ab,kw OR tumour*:ti,ab,kw OR mass:ti,ab,kw) AND (IA1:ti,ab,kw OR early:ti,ab,kw)	1,229
3		#1 OR #2	4,202
4	Intervención	MeSH descriptor: [Trachelectomy] explode all trees	2
5		(Trachelectom*:ti,ab OR Cervicectom*:ti,ab) AND ([mh "Neoadjuvant Therapy"] OR (Neoadjuvant:ti,ab AND (Therap*:ti,ab OR Treatment*:ti,ab OR Chemotherap*:ti,ab)))	3
6		#4 OR #5	5
7	Final RS	#3 AND #6	5

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Nº	Estudio	Razón por la cual se excluyó
1	Morice P, Maulard A, Scherier S, Sanson C, Zarokian J, Zaccarini F, et al. Oncologic results of fertility sparing surgery of cervical cancer: An updated systematic review. Gynecol Oncol. 2022 Apr;165(1):169-183. doi: 10.1016/j.ygyno.2022.01.023. PMID: 35241291.	Diseño inadecuado. No son estudios comparativos.
2	Ronsini C, Solazzo MC, Moliterno R, De Franciscis P, Pasanisi F, Cobellis L, et al. Fertility-Sparing Treatment for Early-Stage Cervical Cancer ≥ 2 cm: Can One Still Effectively Become a Mother? A Systematic Review of Fertility Outcomes. Ann Surg Oncol. 2023 Sep;30(9):5587-5596. doi: 10.1245/s10434-023-13542-z. PMID: 37261562.	Diseño inadecuado. No son estudios comparativos.

VII.3 Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios incluidos

Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?

Evaluación de riesgo de sesgo del estudio Xiao et al., 2020 por la herramienta AMSTAR – II para la evaluación del riesgo parametrial

Ítems del instrumento	Xiao et al., 2020
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de la PICO?	X
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	X
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	X
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	X
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	X
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	X
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	X
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	X
12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?	X
13. Si se realizó síntesis cualitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	X
14. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	X
Puntaje	11/14

Evaluación de riesgo de sesgo por la herramienta QUADAS-2 de los estudios incluidos en el metaanálisis del uso de resonancia magnética sin contraste en la evaluación del compromiso ganglionar

Estudio	Riesgo de sesgo									
	Selección de pacientes			Prueba índice (intervención)		Prueba de referencia (comparador)		Flujos y tiempos		
	Se incluyó una muestra consecutiva o aleatoria de pacientes	Se evitó un diseño de casos y controles	Se evitó en el estudio que hubiese exclusiones inapropiadas	Se realizó la interpretación de la prueba en estudio sin conocer los resultados de la prueba de referencia	Si se utilizó un punto de corte, ¿éste se especificó previamente?	El estándar de referencia clasifica correctamente la enfermedad estudiada	Se procedió a interpretar los resultados del estándar de referencia sin conocer los resultados de la prueba en estudio	El intervalo entre la prueba de estudio y la prueba de referencia fue adecuado	A todos los pacientes se les realizó la misma prueba de referencia	Se incluyeron todos los pacientes en el análisis
Subak 1995 (24)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Reinhardt 2001 (25)	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Hertel 2002 (26)	😊	😊	?	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊
Sahdev 2007 (27)	😊	😊	?	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Hori 2008 (28)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊
Testa 2009 (29)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Sarabhai 2018 (30)	😊	😊	?	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊

Evaluación de riesgo de sesgo por la herramienta QUADAS-2 de los estudios incluidos en el metaanálisis del uso de resonancia magnética con contraste en la evaluación del compromiso ganglionar

Estudio	Riesgo de sesgo									
	Selección de pacientes			Prueba índice (intervención)		Prueba de referencia (comparador)		Flujos y tiempos		
	Se incluyó una muestra consecutiva o aleatoria de pacientes	Se evitó un diseño de casos y controles	Se evitó en el estudio que hubiese exclusiones inapropiadas	Se realizó la interpretación de la prueba en estudio sin conocer los resultados de la prueba de referencia	Si se utilizó un punto de corte, ¿éste se especificó previamente?	El estándar de referencia clasifica correctamente la enfermedad estudiada	Se procedió a interpretar los resultados del estándar de referencia sin conocer los resultados de la prueba en estudio	El intervalo entre la prueba de estudio y la prueba de referencia fue adecuado	A todos los pacientes se les realizó la misma prueba de referencia	Se incluyeron todos los pacientes en el análisis
Thurnher 1991 (31)	?	😊	?	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊
Hricack 1993 (32)	?	😊	?	😊	😊	X	?	?	X	X
Hawighorst 1998 (33)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	X	😊	😊	😊
Choi 2004 (34)	😊	😊	?	😊	😊	😊	X	😊	😊	😊
Bellomi 2005 (42)	😊	😊	?	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Chung 2010 (35)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Hong 2012 (40)	😊	😊	?	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Kitajima 2014 (36)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Lv 2014 (37)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Bhosale 2016 (41)	😊	😊	?	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Kumar 2017 (38)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊
Zhu 2021 (39)	😊	😊	😊	😊	😊	😊	?	😊	😊	😊

Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane:

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	Favre et al., 2021 (50)	?	?	-	+	+	+	+
Recurrencia (seguimiento: mediana de 4 años y 3 meses)	Favre et al., 2021 (50)	?	?	-	+	+	+	+
Complicaciones mayores de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	Mathevet et al., 2021 (51)	?	?	-	-	+	+	+
Todas las complicaciones de morbilidad linfática (seguimiento: hasta 6 meses luego de la cirugía)	Mathevet et al., 2021 (51)	?	?	-	-	+	+	+

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

- El estudio menciona que el ensayo fue aleatorizado, pero no detalla el proceso de la asignación de los participantes a los grupos de estudio y si hubo ocultamiento de la secuencia de aleatorización.
- En clinicaltrials.gov (NCT01639820), se reporta que no hubo ningún enmascaramiento.
- En clinicaltrials.gov (NCT01639820), se reporta que no hubo ningún enmascaramiento, sin embargo, el cegamiento de los evaluadores puede no ser relevante para este desenlace.
- En clinicaltrials.gov (NCT01639820), se reporta que no hubo enmascaramiento para los pacientes ni el personal, así como tampoco lo hubo para los evaluadores. Esto podría influir en la evaluación de los resultados de este desenlace.

Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI:

Ítems del instrumento	Viveros – Carreño 2023
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	X
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	X
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	X
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	X
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	X
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	X
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	X
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	X
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?*	X
12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?*	
13. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	X
14. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	X
	11/14

*El ítem 11 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó metaanálisis. El ítem 12 solo fue evaluado cuando se contó con algún metaanálisis con al menos 10 estudios.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane:

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global A los 4 años y 6 meses	Plante et al., 2024 (61)	+	? ^a	+ ^b	+ ^b	+	+	+
Sobrevida global A los 5 años	Carneiro et al., 2023 (64)	+	+	+	+ ^c	+	- ^d	+
Sobrevida global A los 5 años	Chen et al., 2023 (63)	+	+	+	- ^d	- ^d	- ^d	- ^e
Recurrencia A los 3 años	Plante et al., 2024 (61)	+	? ^a	? ^f	? ^f	+	+	+
Infiltración parametrial	Plante et al., 2024 (61)	+	? ^a	? ^f	? ^f	+	+	+

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

- El estudio menciona que el ensayo fue aleatorizado, pero no detalla el proceso de la asignación de los participantes a los grupos de estudio y si hubo ocultamiento de la secuencia de aleatorización.
- En clinicaltrials.gov (NCT01658930), se reporta que no hubo ningún enmascaramiento, sin embargo, el cegamiento de personal o de los evaluadores puede no ser relevante para este desenlace.
- En clinicaltrials.gov (NCT02613286), se reporta que no hubo ningún enmascaramiento, sin embargo, el cegamiento de los evaluadores puede no ser relevante para este desenlace.
- Información no disponible.
- Ensayo aleatorizado por conglomerado.
- En clinicaltrials.gov (NCT01658930), se reporta que no hubo enmascaramiento del personal o del evaluador.

Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

AMSTAR – II para el estudio de Taliento et al. y Zeng et al.

Ítems del instrumento	Taliento et al., 2024	Zeng et al., 2024
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de la PICO?	X	X
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?		
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?		
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?		
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	X	
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?		
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	X	
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?		X
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	X	X
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?		
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	X	X
12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?		X
13. Si se realizó síntesis cualitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?		X
14. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	X	X
Puntaje	6/14	7/14

Evaluación del riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global	Landoni et al., 2012 (71)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+
Recurrencia	Landoni et al., 2012 (71)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+
Complicaciones quirúrgicas	Landoni et al., 2012 (71)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+

Abreviaturas utilizadas: ECA: Ensayo clínico aleatorizado

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: El estudio sugiere que los investigadores no conocían la asignación antes del consentimiento del paciente. No es claro, si los pacientes conocían la asignación.

b: No se menciona el manejo de los datos de resultados incompletos.

c: No se menciona la publicación de un protocolo, por lo que, no se puede determinar fehacientemente que existió o no existió notificación selectiva de resultados.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global	Chen et al., 2018 (63)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+
Recurrencia	Chen et al., 2018 (63)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+
Complicaciones quirúrgicas	Chen et al., 2018 (63)	+	? _a	? _a	? _a	- _b	? _c	+

Abreviaturas utilizadas: ECA: Ensayo clínico aleatorizado

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: El estudio sugiere que los investigadores no conocían la asignación antes del consentimiento del paciente. No es claro, si los pacientes conocían la asignación.

b: No se menciona el manejo de los datos de resultados incompletos.

c: No se menciona la publicación de un protocolo, por lo que, no se puede determinar fehacientemente que existió o no existió notificación selectiva de resultados.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global	Carneiro et al., 2023 (64)	+	+	+ _a	? _b	- _d	? _e	+
Recurrencia	Carneiro et al., 2023 (64)	+	+	+ _a	- _c	- _d	? _e	+
Complicaciones quirúrgicas	Carneiro et al., 2023 (64)	+	+	+ _a	? _b	- _d	? _e	+

Abreviaturas utilizadas: ECA: Ensayo clínico aleatorizado

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Se menciona que los pacientes fueron cegados, pero no el personal que participo en las cirugías. Sin embargo, se considera que el conocimiento del personal que realizó las cirugías no influiría en la interpretación de los resultados.

b: No se dan datos concluyentes sobre el cegamiento de los evaluadores del desenlace.

c: Se menciona que los médicos que registraron las recurrencias conocieron la intervención que recibieron las pacientes.

d: Se menciona que hubo personas que se perdieron en el seguimiento, pero no se describe como se manejaron esos datos.

e: No hay datos de un protocolo publicado por lo que no se puede determinar si existió notificación selectiva de resultados.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Sobrevida global	Plante et al., 2024 (61)	+	? _a	? _b	? _b	+	- _c	+
Recurrencia	Plante et al., 2024 (61)	+	? _a	? _b	? _b	+	- _c	+
Complicaciones quirúrgicas	Plante et al., 2024 (61)	+	? _a	? _b	? _b	+	- _c	+

Abreviaturas utilizadas: ECA: Ensayo clínico aleatorizado

*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se evidencia información en el artículo sobre si se ocultó la asignación a los participantes o al personal de la investigación.

b: No se menciona en el texto explícitamente si es que hubo cegamiento de los participantes y del personal.

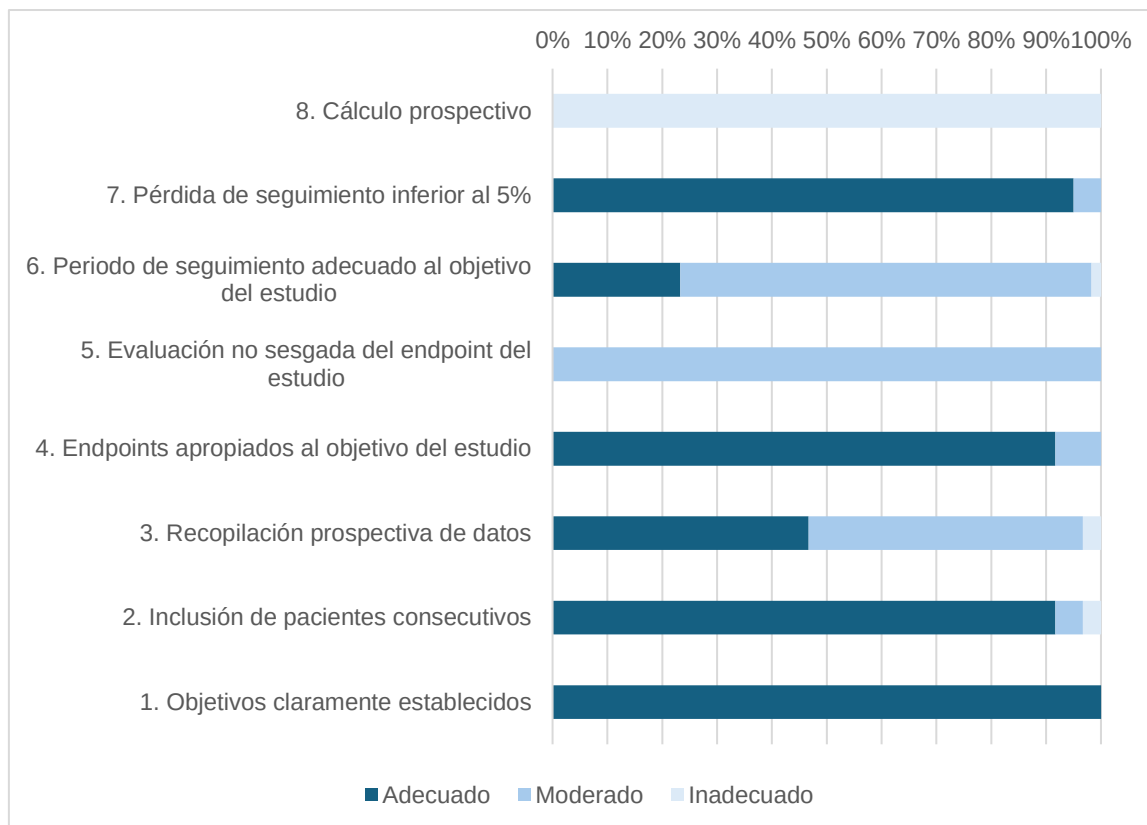
c: Se menciona que hubo una desviación del protocolo original con respecto al reporte de algunos desenlaces.

Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

AMSTAR – II para el estudio de Zhang et al.

Ítems del instrumento	Zhang et al., 2017
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de la PICO?	X
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	X
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	X
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	X
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	
11. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	X
12. Si se realizó un metaanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?	
13. Si se realizó síntesis cualitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	
14. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	X
Puntaje	6/14

Evaluación de los estudios observacionales incluidos en la RS, con el instrumento MINORS*, reportado por los evaluadores de la RS:



*Para valorar la calidad metodológica de los estudios observacionales incluidos se consideró MINORS por ser un instrumento validado, cuya consistencia interna fue alta (alfa de Cronbach = 0.73).

VII.4 Anexo N° 4: Estimación de uso de recursos

Para la estimación de los recursos requeridos en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el cáncer de cuello uterino, se establecieron criterios metodológicos previos a la evaluación con el propósito de garantizar su alineación con los objetivos planteados.

La estimación se realizó desde la perspectiva del financiador, considerando exclusivamente los costos directos médicos. Asimismo, se definió un horizonte temporal acorde con la duración de uso de cada intervención para cada una de las seis preguntas clínicas abordadas en la guía.

Se identificaron las diferencias potenciales en el uso de recursos para cada pregunta clínica y se llevó a cabo una búsqueda preliminar de información. A través de la evaluación de los denominados "desenlaces de uso de recursos" o "desenlaces económicos", se determinaron las variaciones en el consumo de recursos según la pregunta clínica ajustada.

Se validó la disponibilidad de información sobre los desenlaces y se priorizó hasta siete por cada pregunta clínica, con un mínimo de dos. Asimismo, se verificó que los desenlaces estuvieran expresados en la misma unidad de medida para permitir el cálculo de las diferencias.

Una vez cumplidos estos criterios, se procedió con la estimación de uso de recursos por cada desenlace económico.

VII.4.1 Estimación por cada desenlace económico

Este enfoque se utilizó cuando se contó con información suficiente sobre los desenlaces económicos críticos y relevantes de la intervención y su comparador.

Se definieron como "desenlaces de uso de recursos" o "desenlaces económicos" las diferencias en el consumo de recursos entre dos o más tecnologías sanitarias (TS), según la pregunta clínica ajustada.

Los principales pasos seguidos fueron:

VII.4.1.1 Priorización de desenlaces

Se identificaron y seleccionaron los desenlaces económicos más relevantes mediante la clasificación GRADE, que los categorizó como críticos, importantes o de importancia limitada. Dentro de este marco, el uso de la tecnología (TS) y el manejo de eventos adversos fueron considerados desenlaces críticos y obligatorios. Este proceso fue realizado por el equipo económico en colaboración con expertos.

VII.4.1.2 Búsqueda y selección de evidencia

La búsqueda se enfocó en los desenlaces críticos e importantes. Se complementaron los datos seleccionados por el grupo elaborador de guías con revisiones sistemáticas en bases como MEDLINE/PubMed, SciELO y Google Scholar. En caso de evidencia insuficiente, se recurrió a la opinión de expertos.

VII.4.1.3 Extracción de información

Se obtuvo información sobre los desenlaces críticos, tales como el uso de la tecnología y los eventos adversos, a partir de revisiones sistemáticas, estudios primarios como ensayos clínicos y estudios observacionales, así como de la ficha

técnica de la tecnología aprobada por DIGEMID. Cuando fue necesario, se complementó con la opinión de expertos.

Para los eventos adversos, se consideraron aquellos de mayor prevalencia con diferencias entre la intervención y el comparador.

VII.4.1.4 Estimación de costos

Los desenlaces de uso de recursos fueron traducidos a valores monetarios.

Para procedimientos médicos, el proceso incluyó:

- Búsqueda del costo del procedimiento en el Listado PEAS y su costo estándar. Si no se encontró disponible, se procedió al siguiente paso.
- Consulta del tarifario de procedimientos médicos de una IPRESS de alta complejidad o, en su caso, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para enfermedades oncológicas.
- Revisión del Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- Uso de un procedimiento proxy similar, en caso de no obtener resultados con los pasos anteriores.
- Estimación del costo unitario basada en los recursos utilizados, tiempo y precios referenciales según la metodología del MINSA.

Para medicamentos o dispositivos, se revisaron las siguientes fuentes:

- Observatorio de Precios de CONOSCE: Se analizó la relación entre precio y cantidad en los registros de los últimos 12 meses. Si existió correlación, se utilizó el precio promedio ponderado. En caso contrario, se aplicaron los siguientes criterios según el coeficiente de variación:
Mayor al 20%: se empleó el precio mediano.
Menor al 20%: se utilizó el precio promedio simple.
- Catálogo Electrónico de Precios de Referencia de Medicamentos Esenciales del Sector Público (CATPREC): Se revisaron los registros de los últimos 12 meses y se aplicó el coeficiente de variación con los mismos criterios empleados en CONOSCE.
- Consulta al sistema del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
Solicitud directa a la industria, con un plazo máximo de respuesta de siete días.
- Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos (OPM), en caso de no obtener información en las fuentes previas, aplicando el coeficiente de variación.
- Precios de referencia internacionales, cuando no se contó con información local suficiente. Se siguieron estos pasos:
 - Selección de países comparables con características similares a Perú, priorizando aquellos de la región y fuentes de compras públicas.
 - Ajuste de precios por tipo de cambio.
 - Construcción de escenarios económicos considerando indicadores como paridad de poder adquisitivo y gasto en salud.
 - Análisis estadístico para determinar el precio de referencia más representativo.

VII.4.1.5 Presentación de resultados

Los resultados se presentaron en tablas comparativas del uso de recursos entre la intervención y el comparador, mostrando diferencias en costos por paciente y por una cantidad determinada de pacientes. Para intervenciones complejas que involucraban múltiples tecnologías, se incluyeron tablas complementarias.

VII.4.2 Estimación basada en el precio de la tecnología

Cuando no es posible estimar el uso de recursos por desenlaces debido información insuficiente, se sigue un enfoque alternativo basado en los costos directos de las tecnologías involucradas. Para ello, se calcula el costo de la intervención y su comparador, así como la diferencia de costos por paciente. Las fuentes de información utilizadas para los costos son las mismas que en el método anterior (tarifarios y observatorios).

VII.4.3 Definición de umbrales para el criterio de uso de recursos

Los costos incrementales anuales por paciente se clasifican en:

- Costos extensos: Costo anual incremental por paciente que representa un gasto adicional mayor o igual a 12 UIT.
- Costos moderados: Costo anual incremental por paciente que representa un gasto adicional mayor o igual a 6 UIT y menor a 12 UIT.
- Costos y ahorros similares: Si el costo incremental por paciente representa un gasto o ahorro adicional menor a 6 UIT.
- Ahorros moderados: Costo anual incremental por paciente que representa un ahorro mayor o igual a 6 UIT y menor a 12 UIT.
- Ahorros extensos: Costo anual incremental por paciente que representa un ahorro mayor o igual a 12 UIT.

Información por cada pregunta clínica

La información para los procedimientos y medicamentos se obtuvo de las siguientes fuentes:

Tabla. Fuentes consultadas para los procedimientos, insumos y medicamentos de cada PICO

Contenido por variante	Fuente
Procedimientos médicos	Tarifas referenciales (Tr) Tarifario Institucional integrado de procedimientos médicos y/o sanitarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. RJ 02-2024-J-INEN Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento. RM N°1032-2019/MINSA
Medicamentos e Insumos	Observatorio de Precios del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (CONOSCE). Precio mínimo 2023 y 2024. Catálogo Electrónico de Precios de Referencia de Medicamentos Esenciales del Sector Público (CATPREC). Precio mínimo 2023 y 2024.

Fuente: Elaboración propia

Los siguientes procedimientos médicos utilizados en las PICOS se listan a continuación:

CPMS	Denominación
72196	RM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE
72195	RM ABDOMEN INFERIOR SIN CONTRASTE
99285	ATENCION DE EMERGENCIA, PRIORIDAD I
99295	ATENCIÓN PACIENTE DÍA UCI
93000	ELECTROCARDIOGRAMA
85014	HEMATOCRITO
85018	DOSAJE DE HEMOGLOBINA PARA DONANTE
85041	RECuento AUTOMATIZADO DE ERITROCITOS
85048	RECuento AUTOMATIZADO DE LEUCOCITOS
85045	RECuento AUTOMATIZADO DE RETICULOCITOS
85590	RECuento DE PLAQUETAS
84484	TROPONINA
71020	RADIOGRAFIA DE TORAX F. Y P. (2)
03097	EPINEFRINA (COMO CLORHIDRATO O TARTRATO) 1 ML 1 MG/ML INYECTABLE /(DOSIS 0,3-0,5MG (0,3-0,5ML))
26362	HIDROCORTISONA (COMO SUCCINATO SODICO) 100 MG INYECTABLE
02128	CLORFENAMINA MALEATO 1 ML 10 MG/ML INYECTABLE
33552	CLORURO DE SODIO P.A. 1 L SOLUCION
99231	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN
94799	OXIGENOTERAPIA
94656	AYUDA Y MANEJO DE LA VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMES PREFIJADOS PARA LA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA
99299	MONITOREO DE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO/DÍA
31500	INTUBACIÓN, ENDOTRAQUEAL, PROCEDIMIENTO DE URGENCIA
90935	HEMODIALISIS POR SESION
99254	INTERCONSULTA ESPECIALIZADA EN HOSPITALIZACIÓN
99206	ATENCION DE ENFERMERIA NIVEL DE ATENCION II Y III
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE

84132	POTASIO
84295	SODIO
82310	DOSAJE DE CALCIO SERICO TOTAL
81005	ORINA: EXAMEN COMPLETO
76700	ECOGRAFIA ABDOMINO PELVICA O COMPLETA
96360	INFUSION LARGA
38505	BIOPSIA O ESCIACIÓN DE GANGLIO(S) LINFÁTICO(S); MEDIANTE AGUJA, SUPERFICIAL (P. EJ. CERVICAL, INGUINAL, AXILAR)
38770	LINFADENECTOMIA PELVICA
99203	CONSULTA AMBULATORIA
72192	TEM DE PELVIS SIN CONTRASTE
73701	TEM DE PIERNA CON CONTRASTE
83615	DOSAJE DE DESHIDROGENASA LACTICA(DHL)
83735	DOSAJE DE MAGNESIO
83540	DOSAJE DE HIERRO
95872	ELECTROMIOGRAMA FIBRA UNICA
97799	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA / REHABILITACIÓN
58210	HISTERECTOMIA RADICAL
58200	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL
76856	ECOGRAFIA PELVICA O GINECOLOGICA
51860	CISTORRAFIA
36000	CANALIZACIÓN DE VIA PERIFERICA
74415	UROTOMOGRAMA (UROTEM) CON CONTRASTE
85018	HEMOGLOBINA
36430	TRANSFUSION DE PAQUETE GLOBULAR
49000	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA
37600	LIGADURA DE TRONCOS ARTERIALES O VENOSOS
74170	TEM DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE
86885	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES (DONANTES)
51702	COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY

50040	NEFROSTOMIA PERCUTANEA
87087	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA
52000	CISTOURETROSCOPIA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)
84520	UREA
78195	LINFOGRAFIA ISOTOPICA
44901	DRENAJE PERCUTANEO
85610	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)
85670	TIEMPO DE TROMBINA (TT)
85730	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)
85384	MEDICIÓN DE ACTIVIDAD DE FIBRINÓGENO
93965	DOPPLER VENOSO PERIFERICO MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR
85379	DIMERO D CUANTITATIVO
57530	TRAQUELECTOMÍA(CERVICECTOMÍA) AMPUTACIÓN DE CERVIX
57522	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX, CON O SIN FULGURACIÓN, CON O SIN DILATACIÓN Y LEGRADO, CON O SIN CORRECCIÓN; USANDO ASA DIATÉRMICA (LEEP)
58555	HISTEROSCOPIA AMBULATORIA
99282	ATENCION DE EMERGENCIA, PRIORIDAD III
93998	ECOGRAFÍA DOPPLER (DÚPLEX) DE REGIÓN

Para el cálculo final del uso de las tecnologías sanitarias evaluadas se siguieron una serie de supuestos, basados en la información remitida por el grupo elaborador de guías y de las reuniones con los expertos clínicos. Después de ello, se estableció de la siguiente manera:

Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?

EVENTO ADVERSO SERIO	RM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE
EA Nauseas	4%
EA Cefalea	9%
EA Paro cardiaco	1%
EA Reacciones anafiláctica	1%
EA Disnea	1%
EA Fibrosis sistémica nefrogénica	1%
EA Hemólisis	1%
EA Convulsiones	1%
EA Lesión renal aguda	1%

Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

EVENTO ADVERSO SERIO	BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA	LINFADENECTOMIA PELVICA
EA Alteración sensorial motora nervios obturadores o nervios genitofemorales	7.8%	-
EA Linfedema	-	36%

Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

EVENTO ADVERSO SERIO	Histerectomía tipo A	Histerectomía tipo B
EA Lesión de vejiga	0.89%	2.62%
EA Hemorragia	1.18%	0.29%
EA lesión uretral	0.89%	1.45%
EA Disfunción de vejiga	24.4%	30.36%
EA Linfedema	4.44%	17.86%
EA Linfoquiste sintomático	6.67%	21.43%
EA Trombosis venosa profunda	4.44%	5.35%

Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

EVENTO ADVERSO SERIO	Histerectomía tipo A	Histerectomía tipo B
EA Lesión de vejiga	0.89%	2.62%
EA Hemorragia	1.18%	0.29%
EA lesión uretral	0.89%	1.45%
EA Disfunción de vejiga	24.4%	30.36%
EA Linfedema	4.44%	17.86%
EA Linfoquiste sintomático	6.67%	21.43%
EA Trombosis venosa profunda	4.44%	5.35%

Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

EVENTO ADVERSO SERIO	Conización	Traquelectomía radical
EA Hemorragia	10%	-
EA Estenosis Cervical	14%	3%

Estimación de criterio de uso de recursos por cada pregunta PICO

A continuación, se presentan los resultados del criterio de uso de recursos para cada pregunta clínica de la Guía de Práctica Clínica para el cáncer de cuello uterino, con excepción de la pregunta número cinco, que corresponde a recomendaciones de buenas prácticas clínicas.

Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)
	Denominación	Denominación			
Uso de Tecnología	RM abdomen inferior con contraste <i>Costo por paciente de S/.756</i>	RM abdomen inferior sin contraste <i>Costo por paciente de S/.675</i>	-	S/.81.00	S/.8 100.00
Eventos adversos serios	EA Náuseas 4% EA Cefalea 9% EA Paro cardíaco 1% EA Reacciones anafilácticas 1% EA Disnea 1% EA Fibrosis sistémica nefrogénica 1% EA Hemólisis 1% EA Convulsiones 1% EA lesión renal aguda 1% <i>Costo por paciente de S/43.41</i>	 <i>Costo por paciente de S/ 0</i>	20% más de eventos adversos por paciente	S/.43.41	S/.4 341.39
Costo Total				S/.124.41	
UIT				0.02	

La diferencia en el costo para una paciente con cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica localizada, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (RM abdomen inferior con contraste) y el comparador (RM abdomen inferior sin contraste), es de S/. 81. Esto implica que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual sería de S/. 8 100.

En cuanto a los eventos adversos serios, la diferencia por paciente es de S/. 43.41, lo que equivale a S/. 4 341.39 para 100 pacientes. Al considerar ambos desenlaces, el costo total estimado para el criterio de uso de recursos es de S/. 124.41 por paciente.

Expresado en términos de Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/. 5,350 por UIT, este costo corresponde a 0.02 UIT. Por lo tanto, la pregunta 1 se encuentra dentro del umbral de costos y ahorros similares.

Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia a Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Biopsia o escisión de ganglio(s) linfático(s); mediante aguja, superficial (p. ej. cervical, inguinal, axilar) <i>Costo por paciente de S/.26</i>	Linfadenectomía pélvica <i>Costo por paciente de S/.1625</i>		-S/.1 599.00	-S/.159 900.00	Crítico
Eventos adversos serios	EA Alteración sensorial motora nervios obturadores o nervios genitofemorales 7,8% <i>Costo por paciente de S/.96.28</i>	EA Linfedema 36% <i>Costo por paciente de S/.638.31</i>	28.20% menos de eventos adversos por paciente	-S/.542.02	-S/.54 202.20	Crítico
Costo Total				-S/.2 141.02		
UIT				-0.40		

La diferencia en el costo para una paciente con cáncer de cuello uterino, estadio IA1-IB2, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (biopsia de ganglio centinela) y el comparador (linfadenectomía pélvica), es de -S/. 1 599. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual sería de -S/. 159 900.

En cuanto a los eventos adversos serios, la diferencia por paciente es de -S/. 542.02, lo que equivale a -S/. 54 202.20 para 100 pacientes. Al considerar ambos desenlaces, el costo total estimado para el criterio de uso de recursos es de -S/. 2 141.02 por paciente, lo que representa un ahorro.

Expresado en términos de Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/. 5 350 por UIT, este ahorro equivale a 0.40 UIT. Por lo tanto, la pregunta 2 se encuentra dentro del umbral de costos similares.

Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Histerectomía abdominal total <i>Costo por paciente de S/.1862</i>	Histerectomía radical <i>Costo por paciente de S/.1754</i>	-	S/.108.00	S/.10 800.00	Crítico
Eventos adversos serios	EA lesión de vejiga 2,62% EA Hemorragia 0,29% EA lesión uretral 1,45% EA Disfunción de vejiga 30,36% EA Linfedema 17,86% EA Linfoquiste sintomático 21,43% EA Trombosis venosa profunda 5,35% <i>Costo por paciente de S/.1147.71</i>	EA lesión de vejiga 0,89% EA Hemorragia 1,18% EA lesión uretral 0,89% EA Disfunción de vejiga 24,4% EA Linfedema 4,44% EA Linfoquiste sintomático 6,67% EA Trombosis venosa profunda 4,44% <i>Costo por paciente de S/.562.18</i>	36,45% más de eventos adversos por paciente	S/.585.52	S/.58 552.38	Crítico
Costo Total					S/.693.52	
UIT					0.13	

La diferencia en el costo para una paciente con cáncer de cuello uterino, estadio IA1, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (Histerectomía tipo A) y el comparador (Histerectomía tipo B), es de S/. 108. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual sería de S/. 10 800.

En cuanto a los eventos adversos serios, la diferencia por paciente es de S/. 585.52, lo que equivale a S/. 58 552.38 para 100 pacientes. Al considerar ambos desenlaces, el costo total estimado para el criterio de uso de recursos es de S/. 693.52 por paciente.

Expresado en términos de Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/. 5 350 por UIT, este costo equivale a 0.13 UIT. Por lo tanto, la pregunta 3 se encuentra dentro del umbral de costos similares.

Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Histerectomía abdominal total <i>Costo por paciente de S/.1862</i>	Histerectomía radical <i>Costo por paciente de S/.1754</i>	-	S/.108.00	S/.10 800.00	Crítico
Eventos adversos serios	EA lesión de vejiga 2,62% EA Hemorragia 0,29% EA lesión uretral 1,45% EA Disfunción de vejiga 30,36% EA Linfedema 17,86% EA Linfoquiste sintomático 21,43% EA Trombosis venosa profunda 5,35% <i>Costo por paciente de S/.1147.71</i>	EA lesión de vejiga 0,89% EA Hemorragia 1,18% EA lesión uretral 0,89% EA Disfunción de vejiga 24,4% EA Linfedema 4,44% EA Linfoquiste sintomático 6,67% EA Trombosis venosa profunda 4,44% <i>Costo por paciente de S/.562.18</i>	36,45% más de eventos adversos por paciente	S/.585.52	S/.58 552.38	Crítico
Costo Total				S/.693.52		
UIT				0.13		

La diferencia en el costo para una paciente con cáncer de cuello uterino, estadio IA2 a IB1, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (Histerectomía tipo A) y el comparador (Histerectomía tipo B), es de S/. 108. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual sería de S/. 10 800.

En cuanto a los eventos adversos serios, la diferencia por paciente es de S/. 585.52, lo que equivale a S/. 58 552.38 para 100 pacientes. Al considerar ambos desenlaces, el costo total estimado para el criterio de uso de recursos es de S/. 693.52 por paciente.

Expresado en términos de Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/. 5 350 por UIT, este costo equivale a 0.13 UIT. Por lo tanto, la pregunta 4 se encuentra dentro del umbral de costos similares.

Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección; usando asa diatérmica (LEEP) <i>Costo por paciente de S/.691</i>	Traquelectomía (cervicectomía) amputación de cérvix <i>Costo por paciente de S/.582</i>	-	S/.109.00	S/.10 900.00	Crítico
Eventos adversos serios	EA Hemorragia 10% EA Estenosis cervical 14% <i>Costo por paciente de S/.498.85</i>	EA Estenosis cervical 3% <i>Costo por paciente de S/.3.09</i>	21% más eventos adversos por paciente	S/.495.76	S/.49 576.20	Crítico
Costo Total				S/.604.76		
UIT				0.11		

La diferencia en el costo para una paciente con cáncer de cuello uterino, estadio IA2-IB2, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (Conización) y el comparador (Traquelectomía radical), es de S/. 109. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual sería de S/. 10 900.

En cuanto a los eventos adversos serios, la diferencia por paciente es de S/. 495.76, lo que equivale a S/. 49 576.20 para 100 pacientes. Al considerar ambos desenlaces, el costo total estimado para el criterio de uso de recursos es de S/. 604.76 por paciente.

Expresado en términos de Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/. 5 350 por UIT, este costo equivale a 0.11 UIT. Por lo tanto, la pregunta 6 se encuentra dentro del umbral de costos similares.

VII.5 Anexo N° 5: Prioridades de investigación

El panel de expertos identificó la necesidad de investigaciones de alta calidad con respecto a los siguientes temas:

N° de Pregunta	Prioridades de investigación
Pregunta 1	- Estudios de eficacia para resonancia magnética con contraste y sin contraste en estadios iniciales. - Estudios de eficacia para resonancia magnética con contraste y sin contraste para evaluar el compromiso vaginal.
Pregunta 2	Estudios que comparen ganglio centinela y linfadenectomía pélvica con el objetivo de diagnosticar con precisión la extensión ganglionar y la morbilidad linfática.
Pregunta 3	Estudios comparando el manejo de pacientes en estadio IA1 con LSVI y sin LSVI referente a la radicalidad.
Pregunta 4	Estudios que evalúen los desenlaces de sobrevida en pacientes tratados con enfoque real world data.
Pregunta 5	Estudios que comparen radioterapia-quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria e histerectomía tipo C.
Pregunta 6	Ensayos clínicos o estudios comparativos entre conización y traquelectomía radical por estadios.
Pregunta 7	Estudios comparativos entre quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía y traquelectomía radical.