

Guía de Práctica Clínica

Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Cérvix

Código	Revisión	Aprobación
GA.DC.G.31	00	11/11/2021
GA.DC.G.31	01	06/01/2023

Referenciar como: Auna. Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Cérvix. 2023

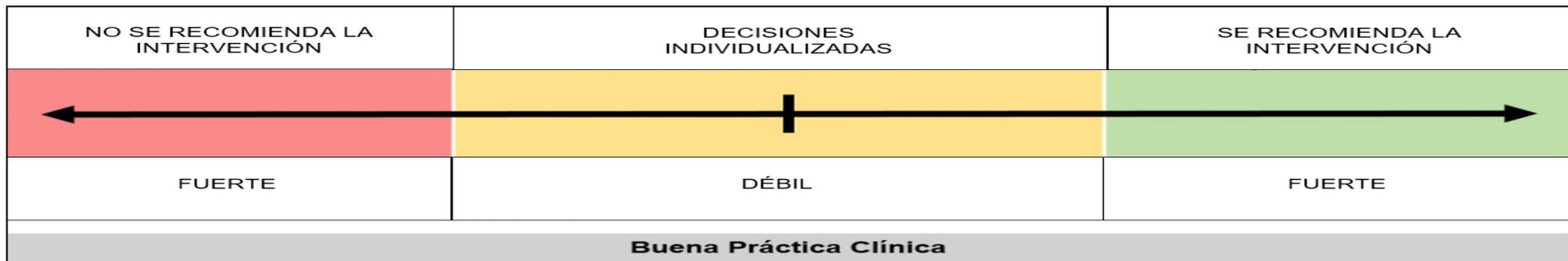
GRUPO ELABORADOR DE GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE CERVIX	
NOMBRE COMPLETO	ESPECIALIDAD Y FUNCIÓN
Dr. Luis Mas López	Oncología Médica. Líder de Tumor Board Ginecológicas. Red de Clínicas Auna.
Dra. Mivael Olivera Hurtado de Mendoza	Oncología Médica. Red de Clínicas Auna.
Dra. Natalia Valdiviezo Lamas	Oncología Médica. Red de Clínicas Auna.
Dr. Albert Zeballos Cárdenas	Ginecología Oncológica. Red de Clínicas Auna.
Dr. Bernardo Vizcarra Ladrón de Guevara	Radioncólogo. Red de Clínicas Auna.
Dr. Cristian Rau Vargas	Radioncólogo. Red de Clínicas Auna.
Dra. Karina Aliaga Llerena	Oncología Médica. Jefe de la Unidad de Guías de Práctica Clínica. Auna.
Dra. Fátima Muro Cieza	Oncología Médica. Coordinadora de la Unidad de Guías de Práctica Clínica. Auna.
Dra. Laura Pérez Tazzo	Médico General. Metodólogo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica. Auna.
Dr. Fradis Gil Olivares	Médico General. Metodólogo de la Unidad de Guías de Práctica Clínica. Auna.

METODOLOGÍA ADOPCIÓN

Fuerza de las recomendaciones

La fuerza de la recomendación nos indica con qué frecuencia se va a usar la recomendación en la práctica asistencial. Existen cuatro factores fundamentales que influyen en la fuerza de las recomendaciones según GRADE: el balance entre los beneficios y riesgos, la calidad de la evidencia, los valores y preferencias de los pacientes y, finalmente, disponibilidad de la tecnología.

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte	Cuando los beneficios de una intervención claramente superan los eventos adversos. Se recomienda la intervención en todos o en casi todos los pacientes. Cuando los eventos adversos de una intervención claramente superan los beneficios. No se recomienda la intervención en todos o en casi todos los pacientes.
Débil	Cuando la diferencia entre los beneficios de una intervención y los eventos adversos es menos clara por evidencia de baja calidad, preferencias de los pacientes o disponibilidad de la tecnología. Se sugiere o no se sugiere hacerlo en algunos pacientes.
Punto de buena práctica	Práctica aceptada, basada en la experiencia clínica del GEG** y/o obtención de evidencia a través de una búsqueda no sistemática.

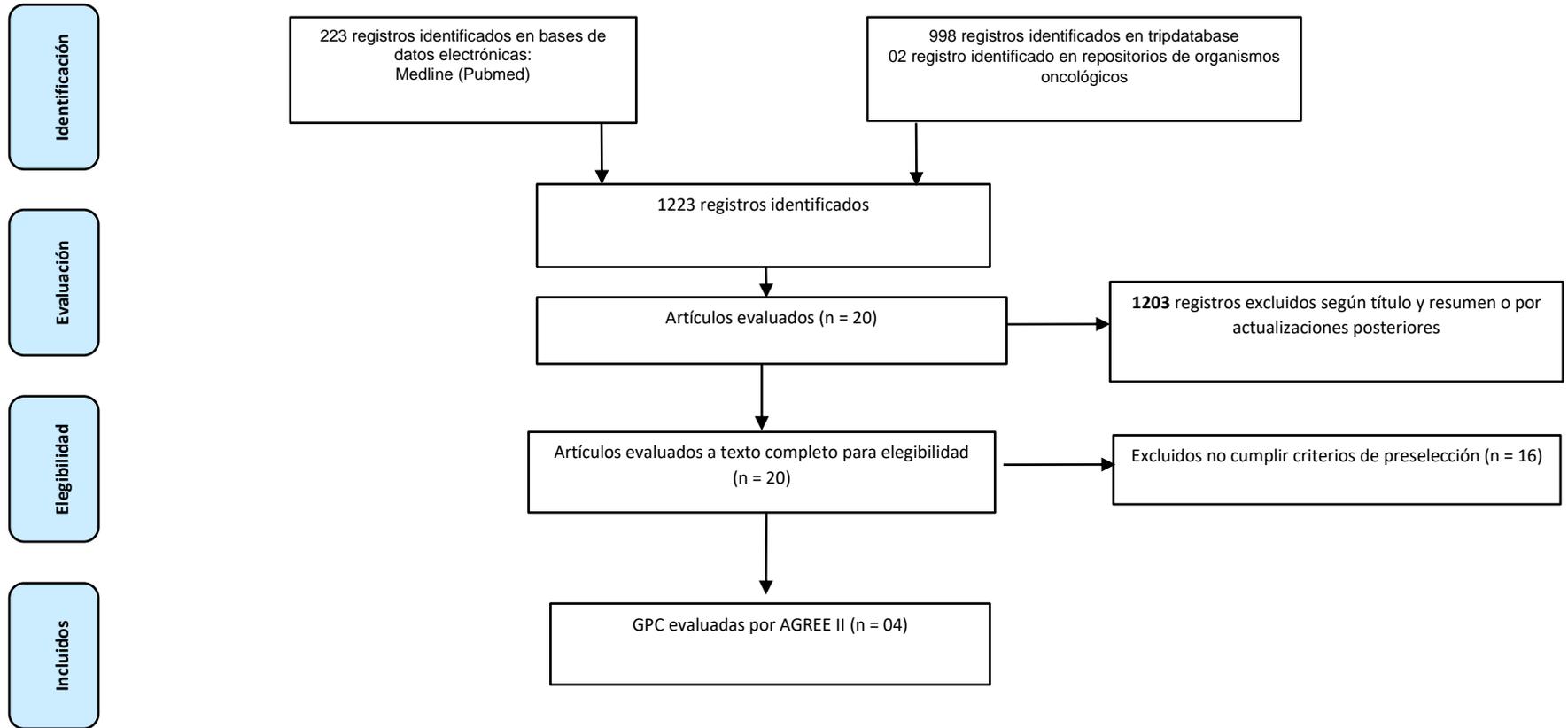


Fuente: Modificado de The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Manual GRADE, versión en español. 2017.

**GEG: Grupo elaborador de la Guía

Estrategia y árbol de búsqueda

(((CERVICAL[Title]) OR (CERVICAL Cancer[Title])) OR (CERVICAL Cancer[Title])) OR (CERVICAL Neoplasms[Title])) OR (CERVICAL Neoplasm[Title])) AND (((((((((((("Guideline" [Publication Type] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Consensus"[Mesh] OR ("Consensus Development Conference, NIH" [Publication Type] OR "Consensus Development Conference" [Publication Type])) OR (consensuses[ti] or consensus[ti])) OR "position statement"[ti] OR "position statements"[ti] OR "practice parameter"[ti] OR "practice parameters"[ti] OR "appropriate use criteria" [ti] OR "appropriateness criteria" [ti] OR ("guidance statement"[ti] OR "guidance statements"[ti])) OR (guideline[ti] or guidelines[ti])) Filters: in the last 5 years



- Identificación
- Evaluación
- Elegibilidad
- Incluidos

CARACTERÍSTICAS DE LAS GPC

N	Guía de Práctica Clínica (GPC)	Región de Origen	Graduación de la Evidencia	Metodología	Alcance de la GPC
1	NCCN. Cervical cancer.2022.	USA	NCCN Categories of Evidence and Consensus	Basada en consenso de expertos	Manejo de Cáncer de Cérvix
2	Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2017.	Europa	PHSGS system	Basada en evidencia	Diagnóstico y Manejo de Cáncer de Cérvix
3	The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer	Europa	PHSGS system	Basada en evidencia	Diagnóstico y Manejo de Cáncer de Cérvix
4	SEOM clinical guidelines for cervical cancer (2019)	Europa	US Agency for Health Research and Quality scoring	Basada en evidencia	Manejo y tratamiento de Cáncer de Cérvix

SELECCIÓN DE GPC SEGÚN HERRAMIENTA AGREE II

N	GPC	Alc.	Particip.	Rigor metod.	Claridad	Aplicab.	Indep. Edit.	Recomendación Global
1	NCCN,2022	72%	61%	69%	83%	63%	58%	Recomendada con modificaciones
2	ESMO,2020	72%	61%	63%	78%	63%	83%	Recomendada con modificaciones
3	ESGO,2019	78%	83%	69%	78%	71%	83%	Recomendada
4	SEOM,2019	83%	83%	83%	89%	83%	83%	Recomendada

GPC: Guía de Práctica Clínica, Alc: Alcance, Part Participantes, Rigor metod: rigor metodológico, Clar.: Claridad, aplic.: Aplicabilidad, Indep. Edit: Independencia Editorial

TABLA DE RECOMENDACIONES

N°	Recomendaciones	Fuerza de Recomendación*	Referencia
I. DIAGNOSTICO			
1	Se recomienda utilizar la clasificación de la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) junto a la clasificación de tumor, ganglio y metástasis (TNM) para establecer el estadio del cáncer de cérvix.	FUERTE	(1)
2	Se recomienda tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste En pacientes con cáncer de cérvix para el estadiaje (TNM), además se sugiere resonancia magnética de pelvis principalmente para evaluar compromiso local en EC I.	FUERTE	(1)
II. CÁNCER DE CÉRVIX ESTADIO TEMPRANO			
1. Cirugía en pacientes con cáncer de Cérvix de estadio IA1 con Preservación de la fertilidad.			
1.1	En estadio IA1 sin invasión linfovascular se recomienda la Conización con márgenes negativos (preferiblemente una muestra no fragmentada con márgenes negativos de al menos 3 mm) (si los márgenes son positivos, repita la biopsia de cono o realice una traquelectomía)	FUERTE	(2)
1.2	En estadio IA1 con invasión linfovascular se recomienda traquelectomía radical más linfadenectomía pélvica (considerando mapeo del ganglio centinela) o Conización con márgenes negativos más linfadenectomía pélvica.	FUERTE	(3)
2. Cirugía en pacientes con cáncer de Cérvix de estadio IA1 sin Preservación de la fertilidad			
2.1	En pacientes estadio IA1 sin invasión linfovascular con conización, márgenes negativos e inoperable se recomienda observación	FUERTE	(2)
2.2	En pacientes estadio IA1 sin invasión linfovascular con conización con márgenes negativos operable se recomienda histerectomía extrafascial.	FUERTE	(3)
2.3	En pacientes estadio IA1 sin invasión linfovascular con conización con márgenes positivos por displasia o carcinoma considerar repetir conización para evaluar mejor la profundidad de la invasión y descartar enfermedad en estadio IA2 / IB1 o histerectomía radical extrafascial o modificada + linfadenectomía pélvica si los márgenes son positivos para carcinoma (considere el mapeo del Ganglio Centinela)	FUERTE	(3)
2.4	En pacientes estadio IA1 con invasión linfovascular se recomienda Histerectomía radical modificada + linfadenectomía pélvica (considere el mapeo del Ganglio Centinela) o Radioterapia pélvica más braquiterapia en pacientes clínicamente inoperables o aquellas que rechazan la cirugía	FUERTE	(4)
3. Cirugía en pacientes con cáncer de Cérvix de estadio IA2, IB1 Y IB2 con Preservación de la fertilidad.			

3.1	En paciente estadio IA2 se recomienda traquelectomía radical más linfadenectomía pélvica (considerando mapeo del ganglio centinela) o Conización con márgenes negativos más linfadenectomía pélvica	FUERTE	(5-6)
3.2	En paciente estadio IB1 Y IB2 se recomienda Traquelectomía radical + linfadenectomía pélvica ± linfadenectomía paraaórtica (considerar mapeo del ganglio centinela)	FUERTE	(5-6)
4. Cirugía en pacientes con cáncer de Cérvix de estadio IA2, IB1 Y IB2 Sin Preservación de la fertilidad			
4.1	En pacientes estadio IA2 se recomienda Histerectomía radical modificada + linfadenectomía pélvica (considere el mapeo del Ganglio Centinela) o Radioterapia pélvica más braquiterapia en pacientes clínicamente inoperables o aquellas que rechazan la cirugía	FUERTE	(3-15-16)
4.2	En paciente estadio IB1 Y IB2 Histerectomía radical + linfadenectomía pélvica.	FUERTE	(3-15-16)
4.3	En pacientes estadio IB1 Y IB2 sometidos a histerectomía radical y linfadenectomía pélvica considerar linfadenectomía para aórtica con mapeo de ganglio centinela.	DEBIL	(16)
4.4	En paciente estadio IB1 Y IB2 considerar Radioterapia pélvica más braquiterapia con o sin quimioterapia concurrente con platino en pacientes clínicamente inoperables o aquellas que rechazan la cirugía	FUERTE	(16-17)
III. CÁNCER DE CÉRVIX TRATAMIENTO ADYUVANTE			
5. Tratamiento Adyuvante			
5.1	Paciente con Ganglios negativos, márgenes negativos, parametrio negativo se recomienda observación o radioterapia pélvica en pacientes de riesgo de acuerdo a los criterios de Sedlis (tamaño del tumor primario, invasión del estroma y / o LVSI)	FUERTE	(26)
5.2	En pacientes con Ganglios negativos, márgenes negativo y, parametrio negativo tributarios de radioterapia adyuvante puede o no utilizarse quimioterapia concurrente con platino	DEBIL	(27)
5.3	Paciente con Ganglios pélvicos positivos y/o margen quirúrgico positivo y/o parametrio positivo con estudios de imagen para descartar enfermedad metastásica previo se recomienda Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal	FUERTE	(27)
5.4	En pacientes con Ganglio linfático para aórtico positivo por estadiaje quirúrgico con estudios de imagen para enfermedad metastásica a distancia negativo se considera Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basado en platino ±braquiterapia.	FUERTE	(28)
5.5	En pacientes con Ganglio linfático para aórtico positivo por estadiaje quirúrgico con estudios de imagen para enfermedad metastásica a distancia positivo se recomienda realizar Biopsia de áreas sospechosas.	FUERTE	(28)
5.6	En paciente con Biopsia de áreas sospechosa positiva para neoplasia se recomienda terapia sistémica ± Radioterapia individualizada.	FUERTE	(26)

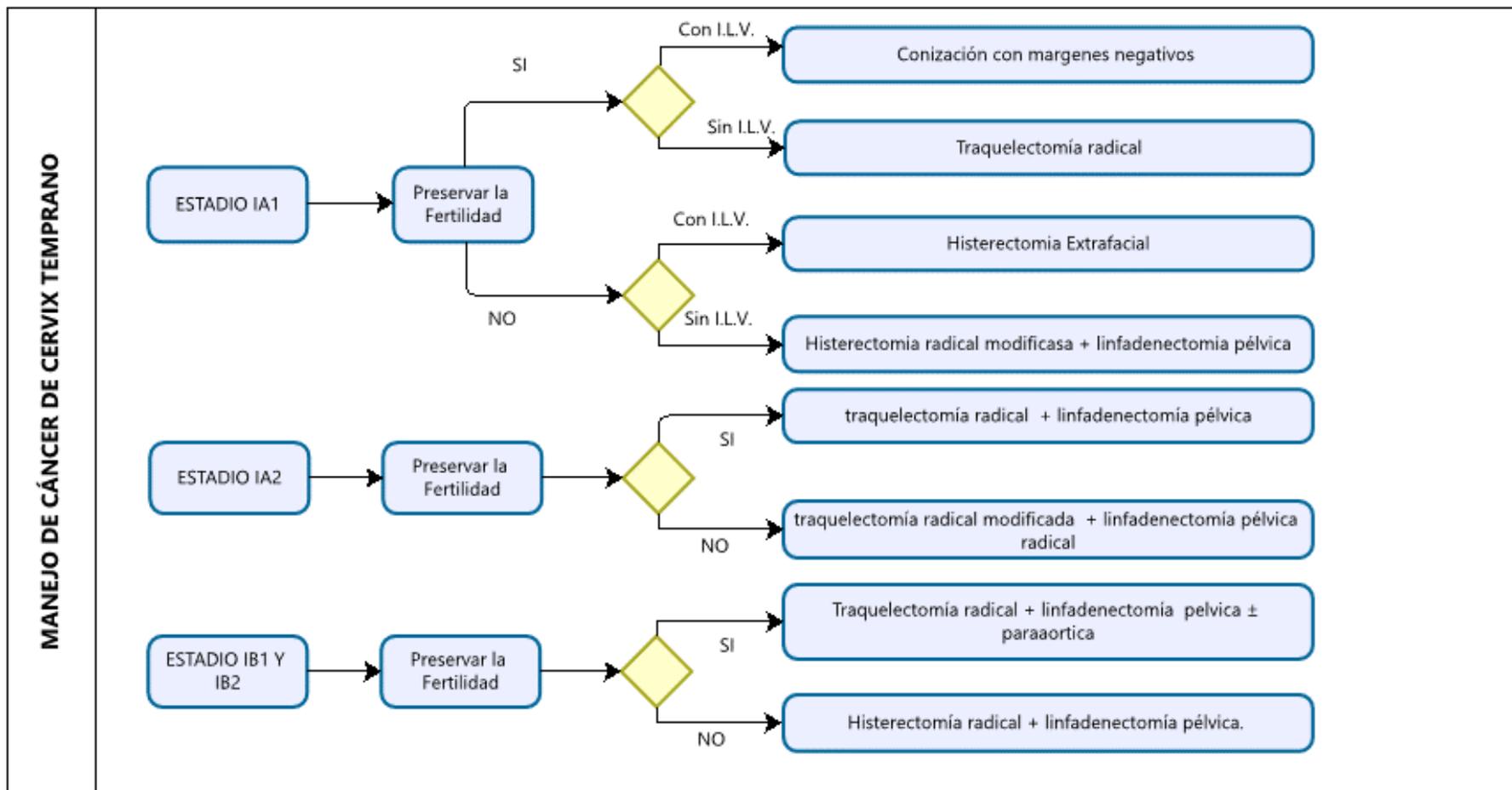
5.7	En paciente con Biopsia de áreas sospechosas negativa para neoplasia se recomienda Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basado en platino +/- braquiterapia.	FUERTE	(27)
IV. CÁNCER DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO			
6.	En pacientes Estadio IB3 y estadio IIA2 con exámenes de imagen sin evidencia de adenopatías se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia	FUERTE	(29-30)
7	En pacientes Estadio IB3 y estadio IIA2 se recomienda histerectomía radical + linfadenectomía pélvica +/- linfadenectomía paraaórtica	DEBIL	(29-30)
8	En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III y IVA con exámenes de imagen sin evidencia de adenopatías se recomienda radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basado en platino + braquiterapia.	FUERTE	(29-30)
9.	En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico negativo se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia (± Radioterapia de ganglio linfático para aórtico	FUERTE	(29-30)
10	En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico negativo se recomienda estadiaje quirúrgico de ganglios paraaórticos	FUERTE	(30)
11	En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico positivo se recomienda Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia.	FUERTE	(29-30)
10.	En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con estadiaje quirúrgico con linfadenectomía para aórtica ± pélvica negativa se recomienda radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino+ braquiterapia.	FUERTE	(29-30)
11.	En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con Ganglio linfático pélvico positivo y ganglio linfático para aórtico negativo por estadiaje quirúrgico se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia.	FUERTE	(29-30)
12.	En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con Ganglio linfático para aórtico positivo por estadiaje quirúrgico y sin evidencia de metástasis a distancia se recomienda Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basada en platino+ braquiterapia.	FUERTE	(29-30)
V. CÁNCER DE CERVIX CON RECURRENCIA LOCAL O REGIONAL			
13	En paciente con recurrencia local sin radioterapia previa se considera la resección quirúrgica de ser posible y posteriormente Radioterapia individualizada ± terapia sistémica ± braquiterapia	FUERTE	(25-30)

14	En paciente con recurrencia local con radioterapia previa y enfermedad central se recomienda exenteración pélvica ± Radioterapia intraoperatoria (IORT) (categoría 3 solo para IORT y de acuerdo a individualización de cada caso).	FUERTE	(25-30)
15	En paciente con recurrencia local con radioterapia previa y enfermedad central cuidadosamente seleccionados con lesiones pequeñas (<2 cm) central se recomienda Histerectomía radical o braquiterapia.	FUERTE	(25-30)
16	En paciente con recurrencia local tardía con radioterapia previa y enfermedad no central se recomienda Radioterapia individualizada ± terapeuta sistémico o Resección ± Radioterapia intraoperatoria (categoría 3 solo para IORT) o Terapia sistémica.	FUERTE	(25-30)
17	Todos los casos con recurrencia local deben ser discutidos en junta multidisciplinaria .	BPC	-
VI. CÁNCER DE CERVIX METASTASICO			
18	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica con tratamiento sistémico y que sea susceptible de tratamiento local se recomienda Resección ± Radioterapia individualizada o Terapias ablativas locales ± Radioterapia individualizada o Radioterapia individualizada + terapia sistémica.	FUERTE	(31)
19	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica susceptible para tratamiento local se recomienda terapia sistémica.	FUERTE	(32)
20	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica no susceptible para tratamiento local ni terapia sistémica se recomienda cuidados paliativos.	FUERTE	(33)
21	Paciente estadio IVB o enfermedad recurrente tributarios de tratamiento sistémico se recomienda como régimen de 1° línea Pembrolizumab + cisplatino/paclitaxel ± bevacizumab para tumores PD-L1 positivos según la disponibilidad.	FUERTE	(37)
22	Paciente estadio IVB o enfermedad recurrente tributarios de tratamiento sistémico se recomienda como régimen de 1° línea Pembrolizumab + carboplatino/paclitaxel ± bevacizumab para tumores PD-L1 positivos según la disponibilidad.	FUERTE	(38)
23	Paciente estadio IVB o enfermedad recurrente tributarios de tratamiento sistémico se recomienda como régimen de 1° línea Cisplatino / paclitaxel/ bevacizumab según la disponibilidad.	FUERTE	(39)
24	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica tributarios de tratamiento sistémico se recomienda como régimen de 1° línea Cisplatino / paclitaxel.	FUERTE	(34)
25	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica que han recibido tratamiento previo con cisplatino se recomienda como tratamiento de 1° línea Carboplatino / paclitaxel.	FUERTE	(35)
26	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica se recomienda como tratamiento de 1° línea como posibles agentes únicos Cisplatino o Carboplatino o Paclitaxel	FUERTE	(36)

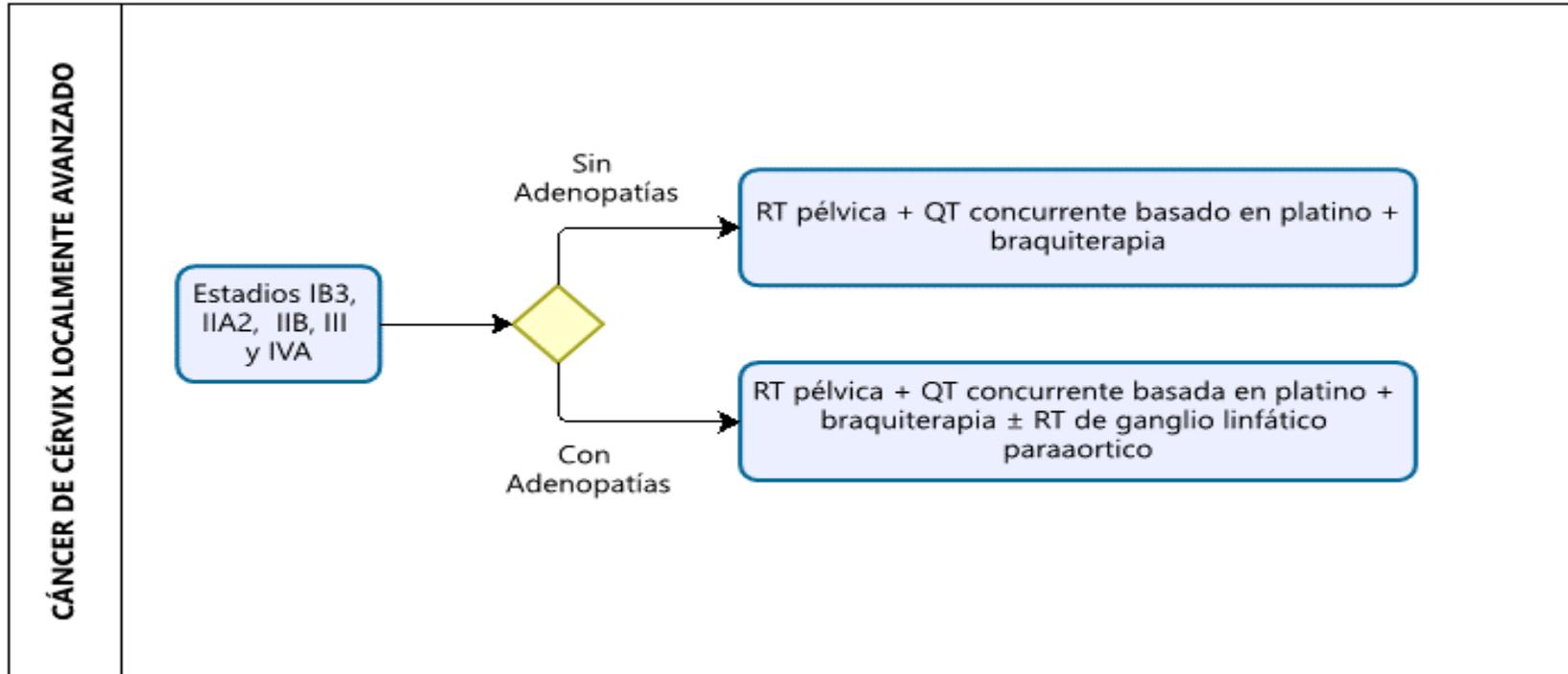
27	Paciente estadio IVB o enfermedad recurrente se recomienda como tratamiento de 2 ° línea Pembrolizumab para tumores PD-L1 positivos o MSI-H/dMMR según sea la disponibilidad.	FUERTE	(40)
28	Paciente estadio IVB o enfermedad recurrente se recomienda como tratamiento de 2 ° línea Nivolumab para tumores PD-L1 positivos según sea la disponibilidad.	FUERTE	(41)
29	Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica se recomienda como tratamiento de 2 ° línea Docetaxel o Gemcitabina o Topotecan.	DEBIL	(37)

FLUJOGRAMAS DE MANEJO DE CÁNCER DE CÉRVIX

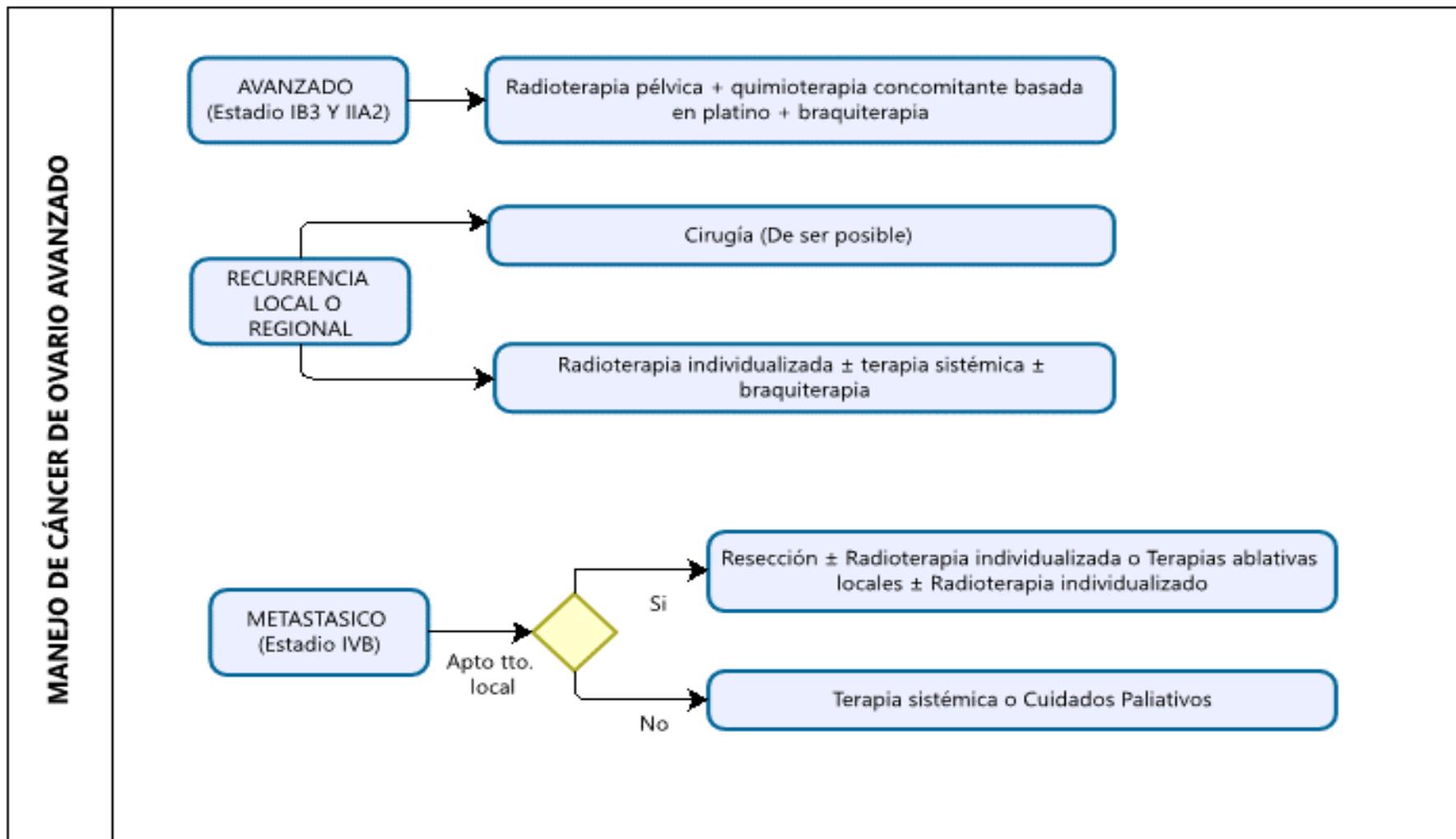
1. FLUJOGRAMA DE MANEJO DE CÁNCER DE CERVIX TEMPRANO (FIGO I – II)



2. FLUJOGRAMA DE MANEJO DE CÁNCER DE CERVIX LOCALMENTE AVANZADO (FIGO II – III)



3. FLUJOGRAMA DE MANEJO DE CÁNCER DE CERVIX AVANZADO (FIGO III – IV) Y RECURRENTE



ANEXOS
Anexo 1. Estadios Clínicos según la octava edición del AJCC – 8° edición y FIGO 2018

T	FIGO	Descripción
Tx		Tumor no puede ser evaluado
T1	I	El carcinoma está confinado al cérvix.
T1a	IA	Carcinoma invasivo que solo se puede diagnosticar mediante microscopía con una profundidad máxima de invasión ≤ 5 mm
T1a1	IA1	Invasión estromal medida ≤ 3 mm de profundidad
T1a2	IA2	Invasión estromal medida > 3 mm y ≤ 5 mm de profundidad
T1b	IB	Carcinoma invasivo con invasión más profunda medida > 5 mm (mayor que en estadio IA); lesión limitada al cuello uterino con tamaño medido por diámetro máximo del tumor
T1b1	IB1	Carcinoma invasivo > 5 mm de profundidad de invasión del estroma y ≤ 2 cm en su mayor dimensión
T1b2	IB2	Carcinoma invasivo > 2 cm y ≤ 4 cm en su mayor dimensión
T2	IB3	Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión
T2a	II	El carcinoma cervical invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica
T2a	IIA	Afectación limitada a los dos tercios superiores de la vagina sin invasión parametrial
T2a1	IIA1	Carcinoma invasivo ≤ 4 cm en su mayor dimensión
T2a2	IIA2	Carcinoma invasivo > 4 cm en su mayor dimensión
T2b	IIB	Con invasión parametrial pero no hasta la pared pélvica
T3	III	El carcinoma involucra el tercio inferior de la vagina y / o se extiende a la pared pélvica y / o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y / o compromete los ganglios linfáticos pélvicos y / o para aórticos
T3a	IIIA	El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
T3b	IIIB	Extensión a la pared pélvica y / o hidronefrosis o insuficiencia renal (a menos que se sepa que se debe a otra causa).
T3c	IIIC	Afectación de los ganglios linfáticos pélvicos y / o para aórticos (incluidas las micro metástasis), independientemente del tamaño y la extensión del tumor (con notaciones r y p).
T3c1	IIIC1	Sólo metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos.
T3c2	IIIC2	Metástasis en ganglios linfáticos para aórticos
T4	IV	El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado (comprobado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema buloso como tal, no permite asignar un caso al estadio IV.
T4a	IVA	Propagación del crecimiento a órganos adyacentes.
T4b	IVB	Propagación a órganos distantes
N	FIGO	Descripción
NX		Ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.
N0		Ganglios linfáticos regionales sin metástasis.

N0 +		Células tumorales aisladas en los ganglios linfáticos regionales no mayores de 0,2 mm.
N1		Ganglios linfáticos regionales con metástasis.
M	FIGO	Descripción
M0		Sin metástasis a distancia
M1	IVB	Metástasis a distancia (incluyendo diseminación peritoneal o compromiso de los ganglios linfáticos supraclaviculares, mediastínicos o distantes, pulmón, hígado o huesos)

FUENTE: Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet 2019.

Anexo 2. Grupos pronósticos según la octava edición del AJCC – 8° edición FIGO

FIGO	T	N	M
I	T1	Algún N	M0
IA	T1a	Algún N	M0
IA1	T1a1	Algún N	M0
IA2	T1a2	Algún N	M0
IB	T1b	Algún N	M0
IB1	T1b1	Algún N	M0
IB2	T1b2	Algún N	M0
II	T2	Algún N	M0
IIA	T2a	Algún N	M0
IIA1	T2a1	Algún N	M0
IIA2	T2a2	Algún N	M0
IIB	T2b	Algún N	M0
III	T3	Algún N	M0
IIIA	T3a	Algún N	M0
IIIB	T3b	Algún N	M0
IVA	T4	Algún N	M0
IVB	Algún T	Algún N	M1

FUENTE: Adaptada de American Joint Committee on Cancer 8° EDICIÓN (AJCC)

Anexo N°3. Indicadores para la implementación, seguimiento y monitoreo de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Manejo Multidisciplinario de Cáncer de cérvix.

Indicador 01: Consignar estadio clínico del cáncer de cérvix de acuerdo al TNM.	
Definición	Proporción de pacientes que cuenten con la clasificación de tumor, ganglio y metástasis (TNM) para establecer el estadio del cáncer de cérvix previo al inicio de tratamiento.
Numerador	Número de pacientes con cáncer de cérvix que tengan el estadiaje TNM completo previo al inicio de tratamiento.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix.
Recomendación de referencia	Recomendación 1: Se recomienda utilizar la clasificación de la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) junto a la clasificación de tumor, ganglio y metástasis (TNM) para establecer el estadio del cáncer de cérvix
Meta	>90%
Indicador 02: Uso de la Resonancia magnética para el estadiaje del cáncer de cérvix.	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de Cáncer de cérvix que cuenten RMN de pelvis para estadiaje.
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de Cáncer de cérvix que cuenten RMN de pelvis para estadiaje.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de Cáncer de cérvix.
Recomendación de referencia	Recomendación 2: Se recomienda tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste En pacientes con cáncer de cérvix para el estadiaje (TNM), además se sugiere resonancia magnética de pelvis principalmente para evaluar compromiso local en EC I.
Meta	>80%
Indicador 03: Tratamiento de la enfermedad temprana con preservación de la fertilidad.	
Definición	Proporción de pacientes con cáncer de cérvix temprano (EC IA1, IA2, IB1 y IB2) que fueron sometidos a cirugía de preservación de fertilidad con o sin linfadenectomía.

Numerador	Número de pacientes con cáncer de cérvix temprano (EC IA1, IA2, IB1 y IB2) que fueron sometidos a cirugía de preservación de fertilidad con o sin linfadenectomía.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix temprano candidatas a cirugía de preservación de fertilidad.

Recomendación de referencia	<p>Recomendación N° 1.1: En estadio IA1 sin invasión linfovascular se recomienda la Conización con márgenes negativos (preferiblemente una muestra no fragmentada con márgenes negativos de al menos 3 mm) (si los márgenes son positivos, repita la biopsia de cono o realice una traquelectomía)</p> <p>Recomendación N° 1.2: En estadio IA1 con invasión linfovascular se recomienda traquelectomía radical más linfadenectomía pélvica (considerando mapeo del ganglio centinela) o Conización con márgenes negativos más linfadenectomía pélvica</p> <p>Recomendación N° 3.1: En paciente estadio IA2 se recomienda traquelectomía radical más linfadenectomía pélvica (considerando mapeo del ganglio centinela) o Conización con márgenes negativos más linfadenectomía pélvica</p> <p>Recomendación N° 3.2: En paciente estadio IB1 Y IB2 se recomienda Traquelectomía radical + linfadenectomía pélvica ± linfadenectomía paraaórtica (considerar mapeo del ganglio centinela)</p>
Meta	>80%

Indicador 04: Mortalidad asociada a cirugía.

Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix no metastásico que murieron dentro de los primeros 30 días después de una cirugía ginecológica con o sin linfadenectomía pélvica (mortalidad post operatoria).
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix no metastásico que murieron dentro de los primeros 30 días después de una cirugía ginecológica con o sin linfadenectomía
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix no metastásico que fueron sometidos a cirugía con o sin linfadenectomía.
Recomendación de referencia	Indicador de calidad.
Meta	<1%

Indicador 05: Tratamiento adyuvante en cáncer de cérvix localizado.	
Definición	Proporción de pacientes que con diagnóstico de cáncer de cérvix temprano operado con factores de riesgo que recibieron terapia adyuvante (Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal)
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix temprano operado con factores de riesgo que recibieron terapia adyuvante.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix temprano operados con factores de riesgo.
Recomendación de referencia	Recomendación N° 5.3: Paciente con Ganglios pélvicos positivos y/o margen quirúrgico positivo y/o parametrio positivo con estudios de imagen para descartar enfermedad metastásica previo se recomienda Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal Recomendación N° 5.4: En pacientes con Ganglio linfático para aórtico positivo por estadiaje quirúrgico con estudios de imagen para enfermedad metastásica a distancia negativo se considera Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basado en platino ±braquiterapia.
Meta	>95%
Indicador 06: Manejo de enfermedad localmente avanzada	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado sin compromiso paraaórtico que recibieron terapia definitiva con Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal.
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado sin compromiso paraaórtico que recibieron terapia definitiva con Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix localmente avanzado sin compromiso paraaórtico.
Recomendación de referencia	Recomendación N° 6: En pacientes Estadio IB3 y estadio IIA2 con exámenes de imagen sin evidencia de adenopatías se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia. Recomendación N° 8: En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III y IVA con exámenes de imagen sin evidencia de adenopatías se recomienda radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basado en platino + braquiterapia.

	<p>Recomendación N° 9: En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico negativo se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia (± Radioterapia de ganglio linfático para aórtico).</p> <p>Recomendación N° 10: En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico negativo se recomienda estadiaje quirúrgico de ganglios paraaórticos</p> <p>Recomendación N° 12: En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con estadiaje quirúrgico con linfadenectomía para aórtica ± pélvica negativa se recomienda radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino+ braquiterapia.</p> <p>Recomendación N° 13: En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con Ganglio linfático pélvico positivo y ganglio linfático para aórtico negativo por estadiaje quirúrgico se recomienda Radioterapia pélvica + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia.</p>
Meta	>80%
Indicador 07: Manejo de enfermedad localmente avanzada con compromiso paraaórtico	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado con compromiso paraaórtico que recibieron terapia definitiva con Radioterapia pélvica concurrente con quimioterapia basada en platino ± braquiterapia vaginal.
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado con compromiso paraaórtico que recibieron terapia definitiva con Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix localmente avanzado con compromiso paraaórtico.
Recomendación de referencia	<p>Recomendación N° 11: En paciente con estadio IB3, IIA2, IIB, III y IVA con evidencia de adenopatías por CT, MRI y / o PET / CT: Ganglio pélvico positivo y Ganglio para aórtico positivo se recomienda Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basada en platino + braquiterapia.</p> <p>Recomendación N° 14: En paciente Estadio IB3, Estadio IIA2, Estadio IIB, III, IVA con Ganglio linfático para aórtico positivo por estadiaje quirúrgico y sin evidencia de metástasis a distancia se recomienda Radioterapia de campo extendido + quimioterapia concurrente basada en platino+ braquiterapia.</p>

Meta	>80%
Indicador 08: Manejo multidisciplinario del cáncer de cérvix recurrente.	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix recurrente que fueron discutidos en junta multidisciplinaria previo al inicio de tratamiento.
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix recurrente que fueron discutidos en junta multidisciplinaria previo al inicio de tratamiento.
Denominador	Número de pacientes nuevos con diagnóstico de cáncer de cérvix recurrente.
Recomendación de referencia	<p>Recomendación N° 15: En paciente con recurrencia local sin radioterapia previa se considera la resección quirúrgica de ser posible y posteriormente Radioterapia individualizada ± terapia sistémica ± braquiterapia</p> <p>Recomendación N° 16: En paciente con recurrencia local con radioterapia previa y enfermedad central se recomienda Exenteración pélvica ± Radioterapia intraoperatoria (IORT) (categoría 3 solo para IORT y de acuerdo a individualización de cada caso).</p> <p>Recomendación N° 17: En paciente con recurrencia local con radioterapia previa y enfermedad central cuidadosamente seleccionados con lesiones pequeñas (<2 cm) central se recomienda Histerectomía radical o braquiterapia.</p> <p>Recomendación N° 18: En paciente con recurrencia local tardía con radioterapia previa y enfermedad no central se recomienda Radioterapia individualizada ± terapeuta sistémico o Resección ± Radioterapia intraoperatoria (categoría 3 solo para IORT) o Terapia sistémica.</p>
Meta	>80%
Indicador 09: Manejo del cáncer de cérvix metastásico.	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix EC IVB apta para tratamiento que fueron sometidas a tratamiento sistémico y/o tratamiento local (Resección ± Radioterapia individualizada o Terapias ablativas locales ± Radioterapia individualizada o Radioterapia individualizada + terapia sistémica.)
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer cérvix EC IVB apta para tratamiento que fueron sometidas a tratamiento sistémico y/o tratamiento local
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix EC IVB.

Recomendación de referencia	Recomendación N° 19: Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica con tratamiento sistémico y que sea apto para tratamiento local se recomienda Resección ± Radioterapia individualizada o Terapias ablativas locales ± Radioterapia individualizada o Radioterapia individualizada + terapia sistémica. Recomendación N° 20: Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica no apto para tratamiento local se recomienda terapia sistémica.
Meta	>80%
Indicador 10: Manejo del paciente con cáncer de cérvix metastásico o recurrente no susceptible para tratamiento.	
Definición	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix EC IVB o recurrente que recibieron tratamiento sistémico y fallecieron dentro de los 30 días de haber iniciado terapia.
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix EC IVB o recurrente que recibieron tratamiento sistémico y fallecieron dentro de los 30 días de haber iniciado terapia.
Denominador	Número de pacientes nuevos diagnosticados de cáncer de cérvix EC IVB o recurrente.
Recomendación de referencia	Recomendación 20: Paciente estadio IVB o enfermedad metastásica no susceptible para tratamiento local ni terapia sistémica se recomienda cuidados paliativos.
Meta	< 5%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhatla N, Berek JS, Fredes MC, et al. Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet* 2019;145:129-135
2. Teoh D, Musa F, Salani R, et al. Diagnosis and management of adenocarcinoma in situ: A Society of Gynecologic Oncology Evidence-Based Review and Recommendations. *Obstet Gynecol* 2020;135(4):869-878.
3. Querleu D, Morrow CP. Classification of radical hysterectomy. *Lancet Oncol* 2008;9:297-303.
4. Cibula D, Abu-Rustum NR, Benedetti-Panici P, et al. New classification system of radical hysterectomy: emphasis on a three-dimensional anatomic template for parametrial resection. *Gynecol Oncol* 2011;122:264-268.
5. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, et al. Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *N Engl J Med* 2018;379:1895-1904.
6. Melamed A, Margul DJ, Chen L, et al. Survival after minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *N Engl J Med* 2018;379:1905-1914.
7. Plante M, Gregoire J, Renaud MC, Roy M. The vaginal radical trachelectomy: an update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol* 2011;121:290- 297.
8. Einstein MH, Park KJ, Sonoda Y, et al. Radical vaginal versus abdominal trachelectomy for stage IB1 cervical cancer: a comparison of surgical and pathologic outcomes. *Gynecol Oncol* 2009;112:73-77.
9. Piver MS, Rutledge F, Smith JP. Five classes of extended hysterectomy for women with cervical cancer. *Obstet Gynecol* 1974;44:265-272.
10. Wethington SL, Sonoda Y, Park KJ, et al. Expanding the indications for radical trachelectomy: a report on 29 patients with stage IB1 tumors measuring 2 to 4 centimeters. *Int J Gynecol Cancer* 2013;23:1092-1098.
11. Wethington SL, Cibula D, Duska LR, et al. An international series on abdominal radical trachelectomy: 101 patients and 28 pregnancies. *Int J Gynecol Cancer* 2012;22:1251-1257.
12. Lintner B, Saso S, Tarnai L, et al. Use of abdominal radical trachelectomy to treat cervical cancer greater than 2 cm in diameter. *Int J Gynecol Cancer* 2013;23:1065-1070.

13. Bats AS, Mathevet P, Buenerd A, et al. The sentinel node technique detects unexpected drainage pathways and allows nodal ultrastaging in early cervical cancer: insights from the multicenter prospective SENTICOL study. *Ann Surg Oncol* 2013;20:413-422.
14. Eiriksson LR, Covens A. Sentinel lymph node mapping in cervical cancer: the future? *BJOG* 2012 Jan;119:129-133.
15. Cormier B, Diaz JP, Shih K, et al. Establishing a 10/02/20 lymph node mapping algorithm for the treatment of early cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2011;122:275-280. 15Altgassen C, Hertel H, Brandstädt A, et al. Multicenter validation study of the sentinel lymph node concept in cervical cancer: AGO Study Group. *J Clin Oncol* 2008;26:2943-2951.
16. Frumovitz M, Plante M, Lee PS, et al. Near-infrared fluorescence for detection of sentinel lymph nodes in women with cervical and uterine cancers (FILM): a randomised, phase 3, multicentre, non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2018;19:1394-1403.
17. Cibula D, Abu-Rustum NR, Dusek L, et al. Prognostic significance of low volume sentinel lymph node disease in early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2012;124:496-501.
18. Barnholtz-Sloan J, Patel N, Rollison D, et al. Incidence trends of invasive cervical cancer in the United States by combined race and ethnicity. *Cancer Causes Control* 2009;20:1129-1138. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19253025>.
19. Wang SS, Carreon JD, Gomez SL, Devesa SS. Cervical cancer incidence among 6 asian ethnic groups in the United States, 1996 through 2004. *Cancer* 2010;116:949-956. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20029972>.
20. Sherman ME, Wang SS, Carreon J, Devesa SS. Mortality trends for cervical squamous and adenocarcinoma in the United States. Relation to incidence and survival. *Cancer* 2005;103:1258-1264. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15693030>.
21. Cervical Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer and World Health Organization; 2012. Available at: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Accessed January 26, 2015.
22. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-7108. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761078>
23. Kjaer SK, Frederiksen K, Munk C, Iftner T. Long-term absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse following human papillomavirus infection: role of persistence. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:1478-1488. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20841605>.
24. Rodriguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:315-324. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20157096>.

25. Arbyn M, Dillner J. Review of current knowledge on HPV vaccination: an appendix to the European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. *J Clin Virol* 2007;38:189-197. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17258503>.
26. del Carmen MG, McIntyre JF, Goodman A. The role of radiation therapy (IORT) in the treatment of locally advanced gynecologic malignancies. *Oncologist* 2000;5:18-25.
27. Haie-Meder C, R Potter, E Van Limbergen E, et al. Recommendations from Gynaecological (GYN) GEC-ESTRO Working Group (I): concepts and terms in 3D image based 3D treatment planning in cervix cancer brachytherapy with emphasis on MRI assessment of GTV and CTV. *Radiother Oncol* 2005;74:235-245.
28. Pötter R, Georg P, Dimopoulos JC, et al. Clinical outcome of protocol based image (MRI) guided adaptive brachytherapy combined with 3D conformal radiotherapy with or without chemotherapy in patients with locally advanced cervical cancer. *Radiother Oncol* 2011;100:116-123.
29. Pötter R, Haie-Meder C, Van Limbergen E, et al. Recommendations from gynaecological (GYN) GEC ESTRO working group (II): concepts and terms in 3D image- based treatment planning in cervix cancer brachytherapy-3D dose volume parameters and aspects of 3D image-based anatomy, radiation physics, radiobiology. *Radiother Oncol* 2006;78:67-77.
30. Viswanathan AN, Erickson BA. Three-dimensional imaging in gynecologic brachytherapy: a survey of the American Brachytherapy Society. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76:104-109.
31. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2009;27:4649-4655.
32. Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, et al. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2004;22:3113-3119.
33. Moore KN, Herzog TJ, Lewin S, et al. A comparison of cisplatin/paclitaxel and carboplatin/paclitaxel in stage IVB, recurrent or persistent cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2007;105:299-303.
34. Kitagawa R, Katsumata N, Shibata T, et al. Paclitaxel plus carboplatin versus paclitaxel plus cisplatin in metastatic or recurrent cervical cancer: the open-label randomized phase III trial JCOG0505. *J Clin Oncol* 2015;33:2129-2135.
35. Long HJ 3rd, Bundy BN, Grendys EC Jr., et al. Randomized phase III trial of cisplatin with or without topotecan in carcinoma of the uterine cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2005;23:4626-4633.

36. Weiss GR, Green S, Hannigan EV, et al. A phase II trial of carboplatin for recurrent or metastatic squamous carcinoma of the uterine cervix: a Southwest Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1990;39:332-336.
37. Tinker AV, Bhagat K, Swenerton KD, Hoskins PJ. Carboplatin and paclitaxel for advanced and recurrent cervical carcinoma: the British Columbia Cancer Agency experience. *Gynecol Oncol* 2005;98:54-58.
38. Colombo N, Dubot C, Lorusso D, et al. Pembrolizumab for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2021. 2
39. Tewari KS1, Sill MW, Long HJ 3rd, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. *N Engl J Med* 2014;370:734-743.
40. Marabelle A, Le DT, Ascierto PA, et al. Efficacy of pembrolizumab in patients with noncolorectal high microsatellite instability/mismatch repair-deficient cancer: results from the phase 2 KEYNOTE-158 study. *J Clin Oncol* 2020;38:1-10.
41. Naumann RW, Hollebecque A, Meyer T, et al. Safety and Efficacy of Nivolumab Monotherapy in Recurrent or Metastatic Cervical, Vaginal, or Vulvar Carcinoma: Results From the Phase I/II CheckMate 358 Trial. *J Clin Oncol*. 2019;37:2825-2834