

REPÚBLICA DEL PERÚ



Resolución Jefatural

Lima, 20 de OCTUBRE del 2009

VISTOS; El Informe N° 012-2009-DNCC-DICON/INEN, del Jefe del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de la Dirección de Control del Cáncer del INEN;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud;

Que, el Artículo 37-A° del Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2002-SA y sus modificatorias precisan que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, precisa en el Artículo 3° su autonomía normativa en el extremo de normar técnicamente la promoción, prevención, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el País, dentro del marco de las políticas sectoriales, refiriéndose éstas como "normas técnicas oncológicas"; ello en concordancia con lo establecido por el literal g) del Artículo 6° del ROF que precisa como función general del INEN el Innovar, emitir y difundir, a nivel nacional, las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades neoplásicas, recuperación de la salud, rehabilitación y otros procesos relacionados específicamente con el campo oncológico;



Que, del mismo modo, el Artículo 24° del ROF precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, en ese orden de ideas, mediante el documento de vistos se ha presentando para su aprobación la "Guía Nacional de Práctica Clínica Oncológica de Cáncer de Pulmón", la misma que cuenta con el visto bueno de la Dirección de Control del Cáncer y sus unidades orgánicas, por lo que es necesario oficializar la misma como una norma técnica oncológica de carácter referencial para su difusión y aplicación en cumplimiento de las normas precitadas;

En uso de las atribuciones establecidas en el Artículo 9° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, en concordancia con lo establecido en el literal g) de su Artículo 6°;

Con el visado de la Sub Jefatura Institucional, Secretaría General, Dirección de Control del Cáncer y la Oficina de Asesoría Jurídica del INEN;



SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la "Guía Nacional de Práctica Clínica Oncológica de Cáncer de Pulmón", la misma que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del INEN conforme a su Ley de creación.

ARTÍCULO TERCERO: Encargar su publicación en el Portal Web Institucional a la Oficina Ejecutiva de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN.



ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Dr. Raúl Cordero García-Zapatero
Jefe (e) Institucional



Actualizado al 06 de marzo 2009

**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS**

(INEN)

GUÍA NACIONAL DE PRÁCTICA CLÍNICA ONCOLÓGICA

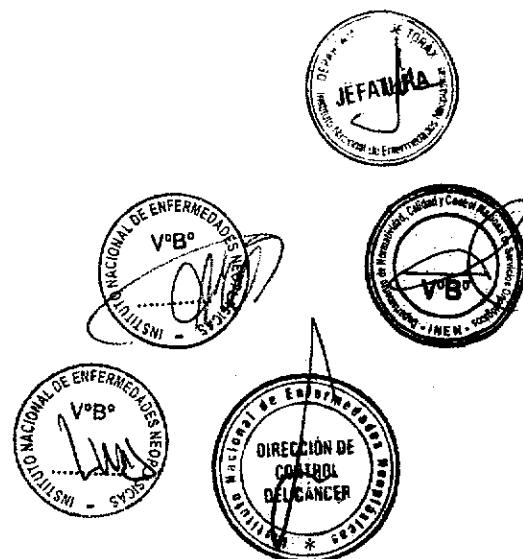
(GNPCO)

CÁNCER DE PULMÓN

A CÉLULAS NO PEQUEÑAS

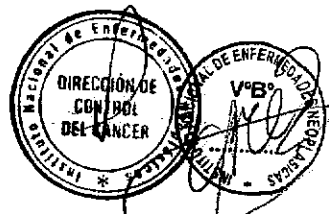
CIE 34.9

2009



ÍNDICE

Introducción	3
Antecedentes	3
Creación de la comisión	4
Conformación de la comisión	4
Advertencia de uso	5
Generalidades	6
Metodología del desarrollo	8
Ambito de la implementación y uso de la GNPCO	9
Objetivos de la GNPCO	9
Pacientes en quienes se aplicará la GNPCO	10
Situaciones en las que no es aplicable la GNPCO	10
Búsqueda sistemática bibliográfica	10
Criterios de inclusión para la selección de guías	11
Consideraciones técnicas encontradas por la comisión	11
Proceso metodológico secuencial	12
Calificación de las intervenciones	12
Resultados	13
Recomendaciones adaptadas basadas en las preguntas PICO	15
Bibliografía	24
Agradecimientos	28
Anexo 1: Conformación del comité de GNPCO	28
Anexo 2: Cáncer de pulmón. Aspectos estadísticos	31
Anexo 3: Flujograma de adaptación de la GNPCO de cáncer de pulmón	36
Anexo 4: Preguntas claves	37
Anexo 5: Método utilizado para seleccionar las GNPCO	37
Anexo 5 A: Tabla resumida de estudios encontrados	40
Anexo 6: Evaluación de guías clínicas con el instrumento AGREE	41
Anexo 7: Tabla de guías	44
Anexo 8: 7 Criterios de adaptación	71
Anexo 9: Niveles de evidencia y grados de recomendación	84
Anexo 10: Proceso cronológico de elaboración de guías clínicas adaptadas	86
Anexo 10: Glosario de abreviaturas	87
Anexo 11: Glosario de términos	88



INTRODUCCIÓN

La búsqueda de información para la selección de Guías de Práctica Clínica (GPC) de cáncer de pulmón va a permitir la toma de decisiones en todos los niveles: práctica clínica, planificación de estrategias, gestión de programas o desarrollo de actividades preventivas. Esto ha significado recopilar datos y argumentos de diverso sentido y origen para que esa decisión sea lo más informada posible. Las GPC son recursos de ayuda para la toma de decisiones.

Los recursos y estrategias que se incluyeron han sido dirigidos fundamentalmente a la realización de GPC adaptadas basadas en la evidencia y hemos utilizado la mejor metodología posible para la adaptación en todo su proceso desde la elaboración y selección de los tópicos y preguntas a evaluar, búsqueda, análisis, evaluación y síntesis de la evidencia así como preparar el proceso para la implementación de la presente guía.

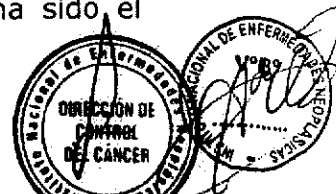
ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), institución rectora en el manejo del cáncer en el Perú y en concordancia con la normatividad que le compete ha desarrollado el presente documento que permitirá al profesional de la salud, entre otros, conocer las recomendaciones del manejo del cáncer de pulmón y en particular al grupo de células no pequeñas (NSCLC), respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento (1). Se han establecido adicionalmente guías de práctica clínica orientadas al seguimiento o evolución del enfermo frente a la recurrencia o no de la neoplasia maligna y enfoques terapéuticos recomendados para tal fin. Por disposición del Ministerio de Salud (MINSA) en Junio 2005 (RM N° 402-2005) MINSA (NT N° 00-MINSA/DGSP -V.O) y (NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01) se promueve la realización de GPC en todas las instituciones de Salud.

Siendo conocedores del gran costo en tiempo y recursos humanos que implicaría el realizar guías clínicas de novo, es la intención de la presente propuesta la adaptación de guías clínicas ya desarrolladas, especialmente aquellas que en opinión de los expertos en cada campo, sean las más recomendables considerando la realidad de nuestro país, tanto a nivel nacional como regional.

Si bien existen normas claras y precisas para la elaboración de Guías de Práctica Clínica de novo, esto no sucede con la metodología empleada para adaptar guías ya elaboradas y publicadas.

Existen actualmente propuestas internacionales de adaptación de guías de práctica clínica diseñadas por países desarrollados, como los elaborados por el Grupo ADAPTE (2), Metodología OSTEBA (3), etc; pero que han sido elaboradas sin tener en consideración la problemática particular de Latinoamérica, que al no disponer de los recursos logísticos y económicos para adaptar guías de novo, elaboraron sus propias metodologías. Tomamos como ejemplos a Chile (4), cuyas guías han sido elaboradas por el Ministerio de Salud, mientras en México el Colegio Médico ha sido el



responsable de la elaboración de las guías (5). La guía de práctica clínica del Ministerio de Salud, Perú, publicada el 06 de junio de 2005, tiene serias deficiencias metodológicas, técnicas y científicas, por lo que su calidad y utilidad son muy discutidas para la adecuación de la presente guía (6).

Es por tal motivo que para la elaboración de la presente guía se ha empleado la metodología de adaptación diseñada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (7), la cual se basa en las metodologías previamente mencionadas en países desarrollados y en Latinoamérica y en la experiencia nacional de elaboración de guías, generando una metodología práctica y sistemática que las que pueda ser aplicada e incorporada en nuestro país.

CREACIÓN DE LA COMISIÓN

El INEN a través de los órganos competentes ha determinado la creación de los comités o comisiones para la adaptación de las guías de práctica clínica oncológica, entre ellas para el cáncer de pulmón.

En concordancia con el Departamento de Normatividad, calidad y control nacional de servicios oncológicos y el Departamento de Tórax, se ha convocado a la comisión de Guía Nacional de Práctica Clínica Oncológica GNPCO de Cáncer de pulmón, para el proceso de desarrollo de la presente guía, conformado por los médicos oncólogos con subespecialidad en las diferentes áreas. Se ha conformado un comité técnico para la elaboración de la guía, con participación de un coordinador para asuntos externos y la asesoría de la Universidad Peruana "Cayetano Heredia". Se ha involucrado en la comisión a los diferentes estamentos del área médica, profesionales de la salud, pacientes, sociedades médicas científicas, asociaciones civiles, entre otros, para tener un mejor enfoque al respecto.

CONFORMACIÓN DE LA COMISIÓN

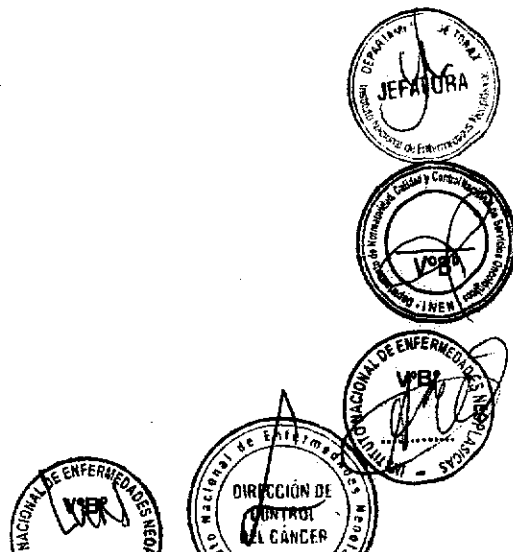
COORDINADOR GENERAL: Dr. Edgar Amorín Kajatt (Ver Anexo 1)

Comité Técnico (Autores)

Edgar Amorín Kajatt
Cirujano Oncólogo
Cirujano de Tórax y Cardiovascular
Departamento de Tórax
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Alberto de la Guerra Pancorvo
Cirujano Oncólogo
Departamento de Tórax
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Adela Heredia Zelaya
Radio oncólogo
Departamento de Radioterapia
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Luis Mas López
Médico Oncólogo
Departamento de Medicina
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Julio Rivera Torres
Cirujano de Tórax y Cardiovascular
Departamento de Tórax
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Asesor Académico Principal

Carlos Antonio Salazar Ordoñez
Médico Internista
Master en Epidemiología Clínica
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Otros asesores

Leandro Huayanay Falconi
Médico Internista
Master en Epidemiología Clínica
Universidad Peruana Cayetano Heredia

José Luis Rojas Vilca
Médico Cirujano
Master en Epidemiología Clínica
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Comité revisor

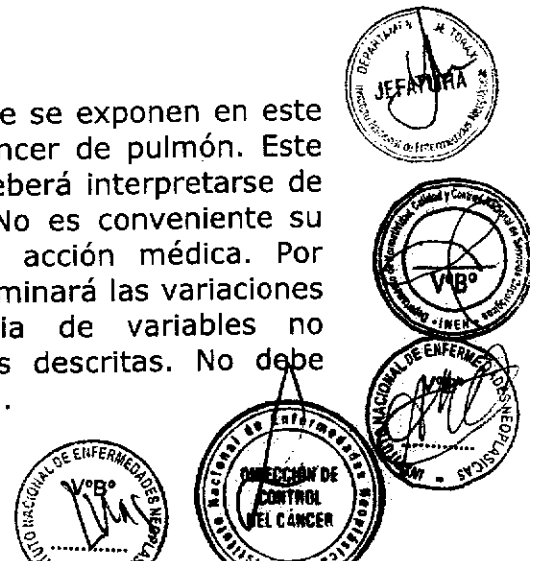
Encargados de la revisión final del documento escrito. Constituido por: Médicos especialistas en oncología del INEN: del Departamento de Tórax, oncólogos clínicos, radio-oncólogos; médicos especialistas, enfermeras, representantes de pacientes, de asociaciones de consumidores, de las sociedades científicas, representantes de grupos de trabajo, legisladores, entre otros.

Comité redactor

Encargados de la redacción del documento para su publicación. Designación recae según normatividad de las Guías Clínicas.

ADVERTENCIA DE USO

Esta Guía permite tomar conocimiento de criterios que se exponen en este documento para la mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón. Este documento es solamente una guía, y su contenido deberá interpretarse de acuerdo a los datos explicativos en el documento. No es conveniente su aplicación indiscriminada en cualquier ámbito de acción médica. Por tratarse de una guía, el juicio clínico del médico determinará las variaciones de estos criterios, dependiendo de la existencia de variables no consideradas aquí, o por diferente valoración a las descritas. No debe considerarse como un documento de carácter legal (8).



GENERALIDADES

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

El cáncer de pulmón se encuentra entre las cinco neoplasias malignas más frecuentes en el Perú según datos del INEN (9) (Figura 1) y el tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma (Ver Anexo 2)

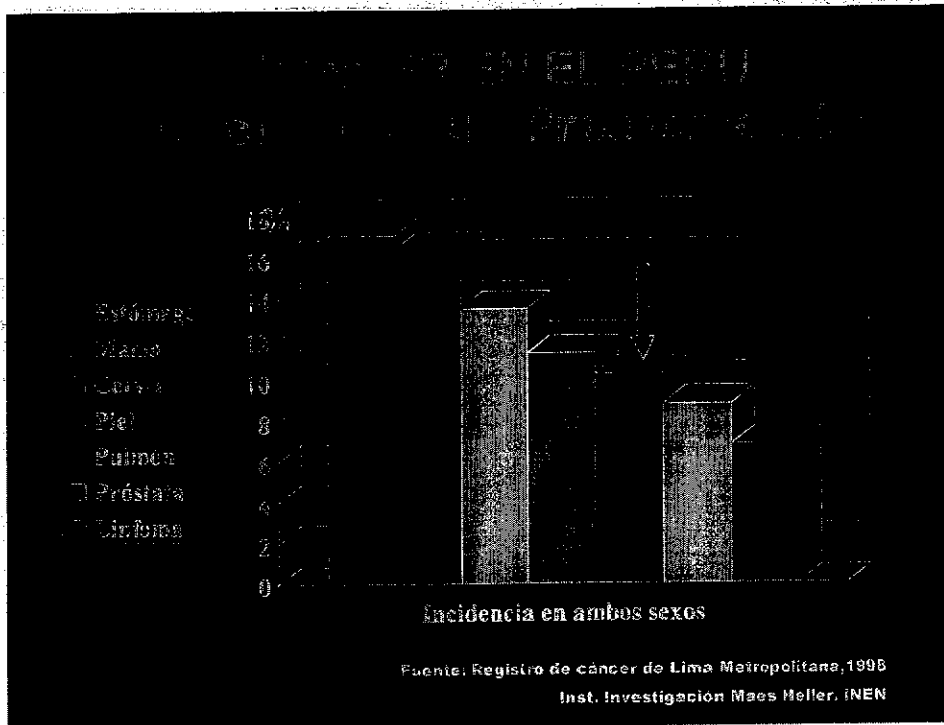


Figura 1. Neoplasias más frecuentes en el Perú

En el mundo es una enfermedad prevalente y más aún en países desarrollados, en los cuales se encuentra entre las tres o dos primeras patologías entre las neoplasias malignas (10).

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DE LA GNPCO EN CÁNCER DE PULMÓN

Esta guía no intenta ser rígida o que sirva como un modelo estándar. Los estándares de cuidados son determinados sobre la base de una data clínica disponible para un caso individual y que es sujeto al cambio del conocimiento científico, avances tecnológicos y patrones de cuidados.

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN

La relación entre cáncer de pulmón y tabaquismo está demostrada científicamente y epidemiológicamente la relación de causa - efecto, hasta en un 90% (11, 12). Otros elementos cancerígenos vinculados al cáncer de pulmón son: pesticidas, humos de combustión de motores automotrices, humos de leña



que son frecuentes en áreas rurales (13). La exposición ocupacional: en trabajadores en minas, asbestos, discotecas, bares, casinos, etc. (14)

CLASIFICACIÓN DE ESTADIOS CLÍNICOS

Determinado por el sistema internacional T, N, M (15)(Ver Figura 2)

CLASIFICACIÓN DE TIPOS HISTOLÓGICOS

En concordancia con la clasificación internacional de tipos histológicos del cáncer de pulmón por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16). Se consideran dos grupos de neoplasias malignas de pulmón: Células pequeñas y Células no pequeñas. El grupo de células no pequeñas a su vez se clasifica en adenocarcinoma, epidermoide, células claras, carcinoide, adenoide quístico, mucoepidermoide, adenoescamoso, sarcomas, carcinosarcomas, linfomas, etc.

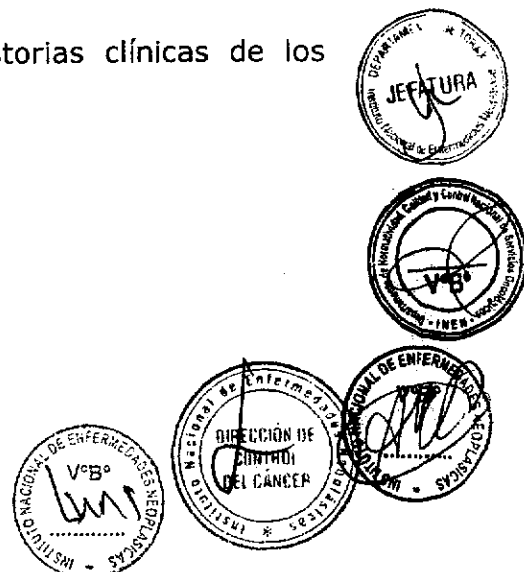
Estadio	Clasificación de estadios clínicos en cáncer de pulmón		
	T	N	M
Ia	T1	N0	M0
Ib	T2	N0	M0
IIa	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIb	T1-2-3	N2	M0
	T1-2-3	N3	M0
IV	T4	N0-1-2-3	M0
	M1 con cualquier combinación		

Figura 2. Clasificación de estadios clínicos en cáncer de pulmón

SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas predominantes registrados en las historias clínicas de los pacientes son (17):

- Tos 90%
- Dolor Torácico 60%
- Disnea 38%
- Espect. Hemoptoica 35%
- Otros 78%



ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

El EPOC afecta al 1,5% de la población general y al 7% de varones por encima de los 75 años (18). Los estudios holandeses han encontrado que el 22% de pacientes con cáncer tenían EPOC, pero no hay evidencia para considerar un diagnóstico de cáncer en pacientes con EPOC (19).

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO (Counselling)

El asesoramiento psicológico es una relación de ayuda entre un profesional (counsellor) y un paciente, el cual realiza una demanda ante una situación del presente difícil de resolver por sí solo (20).

El Counselling no es dar consejos. Nosotros lo entendemos como un acompañamiento que permite al paciente clarificar los elementos de la realidad y desarrollar su control, favoreciendo su crecimiento personal y la toma de decisiones.

El Counsellor ayuda al individuo a clarificar, y de esta manera reconocer y aceptar, las emociones conflictivas despertadas por circunstancias perturbadoras determinadas (experiencias traumáticas como accidentes, duelo por muertes cercanas, discapacidades, enfermedades que amenazan la vida, pérdida de empleo o casa, dificultades matrimoniales, o relaciones rotas que perturban el patrón de vida previo).

Tanto el Counsellor como psicoterapeuta tienen que respetar el derecho del paciente a tomar decisiones con su propio sistema de valores, recursos personales y capacidad de autodeterminación.

METODOLOGÍA DE DESARROLLO

Habiendo analizado diferentes metodologías de adaptación propuesta por países desarrollados (ADAPTE, OSTEBA, NZGG, entre otros) y guías clínicas latinoamericanas, así como las normas técnicas peruanas para la elaboración de las guías de prácticas clínicas 2005-2006 elaboradas por el MINSA (NT N° 00-MINSA/DGSP -V.O) y (NT N°027-MINSA/DGSP-V.01) y el análisis de nuestra experiencia local, el comité de GNPCO Cáncer de Pulmón, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ve por conveniente el empleo de la metodología elaborada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) (Ver Anexo 3). Es el objetivo de este comité de GNPCO, la aplicación de la presente guía en el ámbito nacional.

La presente GNPCO de Cáncer de Pulmón se presenta por considerarse una neoplasia maligna frecuente en el Perú, se encuentra entre las cinco más frecuentes en la atención de los pacientes que se atienden con diagnóstico de cáncer (9, 21).

Es necesario aclarar que una vez elaborada la guía clínica adaptada, se deben elaborar productos finales de uso local como protocolos, manual de procedimientos, flujogramas, etc para facilitar el empleo de las recomendaciones de la guía adaptada, a nivel de las instituciones que prestan atención oncológica.



FORMULACION DE LAS PREGUNTAS CLAVES DE LA GUÍA

Listado de preguntas clínicas (Ver Anexo 4) en los siguientes tópicos:

- I. Prevención
- II. Diagnóstico
- III. Tratamiento

Elaboración de preguntas PICO

Una vez definida la población diana de pacientes y profesionales a los que va dirigida la guía, se formularon las preguntas clínicas clave a las que responde la guía, priorizando cuestiones en las que hay variabilidad en la práctica en contra de la evidencia disponible, o con impacto directo en la morbilidad, o las técnicas y tratamientos novedosos, o aquellas que el comité técnico percibió como aspecto mejorable en la atención del paciente.

Se ha considerado la opinión de sociedades científicas relevantes, así como representantes de pacientes para la confección de preguntas clave.

Partiendo del listado de preguntas clínicas, éstas se reformularon utilizando el esquema (PICO) Paciente, Intervención, Comparación y Outcome (resultado) y tipo de estudio necesario para responder a la pregunta (22).

Posteriormente las preguntas se clasificaron en tres tópicos planificados (prevención, diagnóstico y tratamiento).

ÁMBITO DE IMPLEMENTACIÓN Y USO DE LA GPC:

La presente guía tiene por objeto su implementación en los siguientes lugares:

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
2. Unidades Oncológicas del Ministerio de Salud.
3. Otros centros de atención oncológica y Preventorios
4. Centros Médicos asistenciales en general

OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL:

- Elaboración de la guía de práctica clínica en cáncer de pulmón para la homogenización en prevención, diagnóstico y manejo asistencial del cáncer de pulmón a células no pequeñas a nivel nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer después de haber realizado una búsqueda exhaustiva y sistemática en Internet, (procedimiento que se describe posteriormente) en las bases de datos disponibles un sistema de recomendaciones basado en la evidencia de las diferentes medidas a adoptar en el manejo del cáncer de pulmón a células no pequeñas. El nivel de evidencia y grado de recomendación se calificó de acuerdo a uno de los esquemas internacionalmente aceptado.
- Establecer los objetivos de tratamiento en cáncer de pulmón a células no pequeñas en la GNPCO.



- Establecer basados en la evidencia el diagnóstico de cáncer de pulmón a células no pequeñas en la GNPCO.
- Establecer basados en la evidencia el control apropiado del cáncer de pulmón a células no pequeñas en la GNPCO.
- Establecer los objetivos de tratamiento cáncer de pulmón a células no pequeñas en la GNPCO.
- Establecer basados en la evidencia aspectos de prevención en cáncer de pulmón a células no pequeñas en la GNPCO.

PACIENTES EN QUIENES SE APLICARÁ LA GNPCO:

Pacientes portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas de acuerdo con los criterios internacionalmente aceptados en los ámbitos descritos.

SITUACIONES EN LAS QUE NO ES APLICABLE LA GNPCO:

La presente GNPCO no puede ser adecuadamente aplicada en servicios que no cuenten con los requerimientos mínimos necesarios para el diagnóstico y manejo de pacientes con cáncer de pulmón a células no pequeñas. Asimismo la adaptación realizada se circunscribió a los ámbitos descritos no pudiendo asegurarse su aplicación fuera de éstos.

BÚSQUEDA SISTEMÁTICA BIBLIOGRÁFICA:

Estrategia de búsqueda de Guías de Práctica Clínica

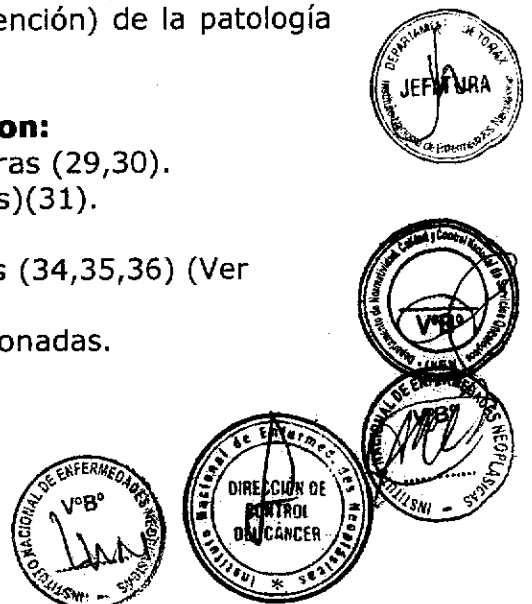
El objetivo de búsqueda fue hallar guías de práctica clínica (guías de novo) y revisiones sistemáticas basados en preguntas PICO, para luego proceder a su adaptación. Se realizó una búsqueda exhaustiva en internet, en las bases de datos a fin de hallar guías de práctica clínica, utilizando como palabras de búsqueda (23,24,25,26,27,28):

- Cáncer de pulmón a células no pequeñas
 - Términos Mesh: "lung cancer guidelines", "Lung Cancer", "Lung cancer prevention", "Cancer", "Non small cell lung cancer", "lung cancer diagnosis", "lung cancer treatment".
 - Guías de práctica clínica, guías clínicas, guías, recomendaciones
- Se utilizaron Mesh terms con las palabras clave: "clinical guidelines", "guidelines", "recommendations", "evidence guide", "practice clinical guidelines", "systematic review", "guías clínicas", "guías", "recomendaciones", "guía de evidencia", "guía de práctica clínica" y "revisión sistemática", así como el tópico clínico (datos epidemiológicos, etiológicos, clínicos, diagnóstico, tratamiento, prevención) de la patología en cuestión.

Las bases en las que se realizó la búsqueda fueron:

- La base Cochrane, Pubmed principalmente, entre otras (29,30).
- Ensayos clínicos controlados (Current controled trials)(31).
- Pubgle, Babelmesh, (32,33)
- Instituciones buscadoras, compiladoras, etc de guías (34,35,36) (Ver Anexo 5 y 5A)
- Se consultó a expertos sobre guías nacionales relacionadas.

Inclusión de estudios y calificación:



Luego de seleccionar los GPC, se procedió a calificarlas con el Instrumento de calificación AGREE (37). (Ver Anexo 6)

Búsqueda de puntos específicos

Durante la adaptación de las guías descritas y su adecuación a nuestra realidad local, se procedió a hacer búsquedas de acuerdo a los objetivos específicos, en las que se siguió el siguiente procedimiento:

- a. Se formuló una pregunta de investigación siguiendo la estructura PICO
- b. Las búsquedas se hicieron en todas las bases accesibles, internacionales, locales y además se realizó una búsqueda basada en consejos de expertos y búsquedas manuales.
- c. Esta búsqueda se hizo sin límites, utilizando thesaurus y búsqueda libre con el propósito que esta búsqueda fuese exhaustiva.
- d. Se consiguió el texto completo de los artículos hallados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA SELECCIÓN DE LAS GUÍAS

1. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) de Cáncer de pulmón deberán permitir brindar información sobre el tema con el fin de ayudar a los profesionales de la salud en general y a los pacientes, a tomar decisiones a cerca de la adecuada atención en relación a situaciones específicas, en el contexto del manejo de la enfermedad.
2. Las GPC deben haber sido publicadas durante los últimos cinco años preferentemente, cuya información deberá haber sido refrendada por las instituciones correspondientes.
4. Los datos de los autores -nombre, institución, datos de contacto- y la declaración de conflicto de interés, deben aparecer de forma clara (38).
5. Los criterios metodológicos correspondientes a los métodos de búsqueda de evidencia científica utilizados, deberán estar consignados en el documento.
6. Las fuentes bibliográficas deberán estar sustentadas de manera clara.
7. La lengua del material obtenido podrá ser en español o Inglés o cualquier otra lengua de acuerdo al dominio del participante en el grupo de trabajo al interior de la comisión de GNPCO Cáncer de Pulmón.
8. Los métodos de la búsqueda de guías deberán estar incluidas en las mismas.
9. El filtro metodológico fue evaluado al aplicar el Instrumento AGREE: Guías recomendadas que tuvieron calificación >60%.
10. La calidad y contenido de las guías incluidas fueron evaluadas por el comité técnico correspondiente.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS EVALUADAS POR LA COMISIÓN:

DESCRIPCIÓN DE LAS GUÍAS

Organización que la realiza
Fecha de su Publicación o Actualización
Población/Contexto de Aplicación
Financiación
Descripción de Ítems



Búsqueda: Fuentes / Presencia de estrategias de búsqueda / Fecha de cierre de búsqueda

Escala utilizada para Clasificar Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación.

Presencia de Tablas de Evidencia

Método utilizado para formular recomendaciones

PROCESO METODOLÓGICO SECUENCIAL

A criterio de los miembros del comité se estableció un cronograma de acciones para definir las referencias bibliográficas y contrastarlas con evidencias bibliográficas obtenidas a nivel local, nacional y mundial.

El comité a través de los responsables de los tópicos diseñados, se elaboraron las Tablas de Guías (39) para cada pregunta PICO (Ver Anexo 7).

Cada miembro del comité técnico se encargó de analizar la pregunta PICO según los 7 criterios de adaptación (40), según la metodología OSTEBA (Ver Anexo 8).

No se pudo contactar la guía clínica de cáncer de pulmón con otra local o nacional al no existir lo referido.

Las características socioculturales del Perú y limitaciones de implementación logística y factores económicos de nuestra población, van a tener algún impacto para la aplicación de la guía, la cual tendrá evaluarse en forma individual según el caso (41).

CALIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

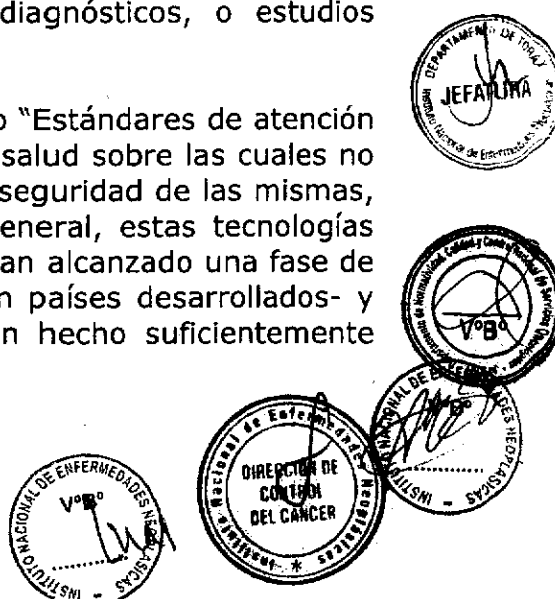
Respecto a las intervenciones diagnósticas, preventivas o terapéuticas, ellas han sido clasificadas en las siguientes categorías:

1) Efectiva :

- Intervenciones terapéuticas o preventivas: Aquellas que demuestren efectividad a través de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados (incluidos meta-análisis), o ensayos clínicos controlados concluyentes.

- Intervenciones diagnósticas: Aquellas que demuestren ser efectivas a través de revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos, o estudios diagnósticos individuales concluyentes.

- Intervenciones que puedan ser catalogadas como "Estándares de atención reconocidos", es decir, aquellas intervenciones en salud sobre las cuales no existen incertidumbres respecto a la efectividad y seguridad de las mismas, o sobre la pertinencia de su aplicación. Por lo general, estas tecnologías sanitarias se encuentran sancionadas por el uso, han alcanzado una fase de difusión amplia a nivel mundial -especialmente en países desarrollados- y su efectividad es citada en la literatura como un hecho suficientemente demostrado.



En el ámbito diagnóstico, generalmente se trata de tecnologías "tradicionales", en tanto se han aplicado de manera rutinaria por muchos años, y desde el punto de vista de su costo-efectividad, son claramente "tan buenas o mejores y más baratas", o claramente "mejores al mismo costo", que opciones más recientes o complejas.

Criterios básicos para considerar que una intervención o método diagnóstico constituye un "estándar de atención", sobre el cual no se requiere una evaluación explícita:

- Acuerdo sobre la pertinencia de la intervención, de parte del comité técnico, y
- Reconocimiento de su pertinencia / efectividad por parte de la comunidad científica, de modo consistente, en documentos incluidos en la revisión
- No existe evidencia que permita clasificarla en alguna de las restantes categorías

2) Incierta : Se incluirán en esta categoría todas las intervenciones que:

- Posean evidencia de inferior calidad que la citada en la categoría anterior, y no sean clasificables como estándar de atención reconocido.
- Posean evidencia contradictoria o no concluyente, entre la cual existan estudios que apoyan la efectividad de las mismas

3) Inefectiva : Se incluirán en esta categoría todas las intervenciones en las que:

- Se haya establecido su ineffectividad versus placebo a través de revisiones sistemáticas de la literatura o ensayos clínicos randomizados de alto poder.

4) Perjudicial: Se incluirán en esta categoría todas las intervenciones en las que se haya establecido su condición de riesgosas para la salud de la población o para subgrupos de pacientes a través de una revisión sistemática de la literatura.

RESULTADOS:

GUIAS SELECCIONADAS y EVALUADAS

Las guías incluidas para el proceso de adaptación, que cumplieran los criterios de inclusión; que por su metodología, obtuvieron un puntaje AGREE alto; y que a consideración del comité técnico, presentaban un contenido clínico adecuado son las abajo mencionadas.

ELECCIÓN DE LAS GPC PARA SU ADAPTACIÓN.

Las guías halladas fueron:

1. **Lung Cancer Study Group, Dutch:** Guía Holandesa publicada en idioma Inglés, en el año 2004. El documento se encuentra completo, con excelente metodología, el contenido de calidad y muy útil para considerarlo como referencia (42).
2. **American College of Chest Physicians, ACCP.** Documento publicado en inglés el año 2007 en los EEUU de NA. Es una guía de práctica clínica oncológica muy completa. Su metodología es muy adecuada, con



apreciada calidad, considerada como un documento para adaptación de otras nuevas guías (43).

3. **Australian Government National Health and Medical Research Council, AGNHMRC.** Guía Australiana con buena calidad metodológica, publicada en 2004. Cumple con criterios de utilidad por sus características técnico científicas (44).
4. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN.** Publicado en 2005. Escocia. Una guía completa y con adecuada metodología, que permite reconocer su buena calidad (45).
5. **National Collaborating Centre for Acute Care, N.I.C.E.** Publicado en 2005. Reino Unido. Una guía de práctica clínica adecuada, con buena metodología (46).
6. **Cancer Care Ontario,** Publicado en 2004. Guía hecha en Canadá, completa, con adecuada calidad (47).

La calificación AGREE de cada una de estas guías clínicas está detallada en el anexo 6.

RESUMEN DEL RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL DESARROLLO METODOLÓGICO

PREGUNTAS CLÍNICAS PICO DE LAS GUÍAS:

Se establecieron 13 preguntas PICO, teniendo en cuenta la existencia de tres tópicos para la GNPCO Cáncer de pulmón:

RESUMEN DEL DEL RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL DESARROLLO METODOLOGICO POR PREGUNTAS PICO

No	Tópico	Subtópico	Nivel de Evidenc.	Grado de Rec.
1	Prevenición	Tabaquismo	1	A
2		Beta carotenos	1	A
3		Quimioprevención	1	B
4	Diagnóstico	Tomografía Computada	1	B
5		Broncoscopía	1	A
6		BIPA	1	A
7		Videotoracosopia	1	C
8		Tomografía de emision de Positrones	1	A
9	Tratamiento	EC I y II Qt Adyuvante	1	A
10		EC I,IIy III operados mas Qt	1	A
11		EC IIIA y B No reseables	1	A
12		EC IIIB y IV	1	A
13		Agentes Biológicos	1	A

Tabla de Guías

: 13

14



Nivel Evidencia	: Variables
Grado de Recomendación	: Variables
Bibliografía	: Adecuadas
Comentarios	: Incluidos en las tablas de guías
Presentación en forma Completa	: Todas
Revisión Cochrane	: Pacialmente
La consistencia de entre guías es alta	: Todas
Consistencia a nivel del contenido	: Adecuadas
Tipo de estudio citado	: Todas
Graduación en la recomendación	: Todas

En todas las preguntas (100%) no se consideró necesario realizar una actualización, que pudieran modificar el contenido o el grado de recomendación.

Las respuestas a las preguntas que proporcionan las guías se han encontrado aplicables a nuestro medio en las 13 preguntas PICO (100%).

No se han presentado problemas de aplicación en cuestiones referentes a los tópicos de prevención, diagnóstico ni tratamiento.

Se ha empleado el sistema de nivel de evidencia y gradación de las recomendaciones del grupo Task Force (Ver Anexo 9)

RECOMENDACIONES ADAPTADAS BASADAS EN LAS PREGUNTAS PICO

I. Prevención:

1. ¿En individuos con riesgo para cáncer de pulmón el no consumo de tabaco es una medida efectiva de prevención?

Recomendación

El no consumir tabaco es una medida eficaz en la prevención secundaria del cancer de pulmón.

Gradación

-Según la guía original: (ACCP) es fuerte (1B).

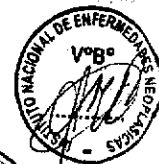
(no hay otra guía para comparar)

- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:

- nivel de evidencia: **1+**
- grado de recomendación: **A**

Comentario

La prevención del tabaquismo (primaria) y secundaria (cesación), han permitido evaluar a través de innumerables publicaciones, que hay una evidencia tangible cuando el individuo no se expone mas al hábito de fumar y en consecuencia los estudios realizados soportan esta posición. Infortunadamente, no es fácil demostrar mediante los estudios desarrollados las bondades de la prevención primaria del hábito de fumar y las evidencias no son del todo "fuertes", pero cuando se trata de prevención



secundaria es muy fuerte y sobretodo cuando la cesación es al poco tiempo de haber iniciado el hábito del tabaquismo.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable para todo el país, no requiriendo mayor cambio en infraestructura para conseguirlo. Enfatizar en campañas de sensibilización a la población (día del no fumador, charlas, etc).

2. ¿En individuos con riesgo a desarrollar cáncer de pulmón, el consumo de beta carotenos en la dieta suplementaria previene el cáncer de pulmón?

Recomendación

El consumo de betacarotenos como dieta suplementaria no ha demostrado ser recomendable para la prevención del cáncer de pulmón. El uso de los mismos en fumadores pesados, por el contrario aumenta el riesgo del cáncer de pulmón.

Gradación

- Según la guía original: (ACCP, 2007) es fuerte (1A).
(La guía australiana permite comparar con similares resultados)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

Para individuos en quienes tienen alto riesgo para desarrollar cáncer de pulmón o tienen historia de cáncer, el uso de beta caroteno no es recomendable para la prevención primaria, secundaria o terciaria.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable para todo el país, no requiriendo mayor cambio en infraestructura para conseguirlo.

3. ¿En población de alto riesgo para cáncer de pulmón, la quimioprevención beneficia para prevenir el cáncer de pulmón?

Recomendación

La quimioprevención no ha probado ser recomendable para quienes tienen riesgo de presentar cáncer de pulmón

Gradación

- Según la guía original: (ACCP 2007) es fuerte (1B).
(La guía australiana permite comparar y con similares resultados)



- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **B**

Comentario: Para individuos fumadores mas de 20 paquetes de cigarrillos al año o con historia de cancer de pulmón, el uso de quimioprevención, que incluye la administración de N-acetilcisteina, aspirina, budesonida, inhibidores coxx-2, PG1 análogos, entre otros, ya sea el uso por si solos o combinado, no hay suficiente data para recomendar el uso de los mismos con criterio de prevenir el cáncer del pulmón. No existen suficientes fundamentos para su uso en la prevención primaria, secundaria o terciaria.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable para todo el país, no requiriendo mayor cambio en infraestructura para conseguirlo.

II. Diagnóstico:

1. ¿Todo paciente adulto con sospecha de cáncer de pulmón debe tener estudio por imágenes mediante tomografía de tórax?

Recomendación

La tomografía computada de tórax es el método de elección para determinar la localización exacta de la lesión, cuando se sospecha en cáncer de pulmón. Tiene moderada sensibilidad y es muy importante para determinar resecabilidad tumoral.

Gradación

- Según la guía original: (Holandesa, 2004) es fuerte (1A).
- Las guías de ACCP, NICE, SIGN y Australia tienen similares resultados. No se ha pronunciado al respecto la de Ontario-Canadá.
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **B**

Comentario

Pacientes con sospecha de Cáncer pulmonar susceptibles de tratamiento deben tener tomografía de tórax que incluya abdomen superior. Frente a la sospecha de cáncer de pulmón o presencia de nódulo (s) en el pulmón, el estudio por imágenes que se recomienda es la tomografía computada del tórax. Si bien tiene moderada sensibilidad y especificidad en relación a cierto tipo de lesiones nodulares, es el examen que debe considerarse cuando hay sospecha de cáncer de pulmón.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable para todo el país, siempre y cuando se tenga el equipo respectivo dentro de la infraestructura asistencial.



2. En paciente adulto con lesión pulmonar central, sospechosa de cáncer de pulmón a células no pequeñas (NSCLC), el método diagnóstico de elección es la broncoscopia?

Recomendación

En el individuo con sospecha de cáncer de pulmón y que presenta lesión tumoral radiológica central, la broncofibroscopia es el método mas recomendable para confirmar el diagnóstico. Adicionalmente provee información sobre el estadio clínico de la enfermedad en relación al tumor primario (T), entre otras.

Gradación

- Según la guía original: (Holandesa, 2004) es fuerte (1 A1).
- La ACCP, 2007 (1C), NICE (2B), SIGN (2++B), tienen similar.
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

La presencia de una tumoración radiológica pulmonar central, sospechosa de ser considerada como cáncer pulmonar, el método a elegir para la confirmación patológica según se puede advertir de los estudios publicados en las guías de práctica clínica, es mediante la broncoscopia flexible.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable para todo el país, siempre y cuando se cuente con el equipo de diagnóstico respectivo dentro de la logística institucional.

3. En pacientes con con lesión pulmonar periférica, sospechosa de cáncer de pulmón, la biopsia intratorácica percutánea por aspiración pulmonar (BIPA) es el método diagnóstico de elección?

Recomendación

La biopsia intratorácica percutánea pulmonar por aspiración (BIPA), es la primera opción para investigar el diagnóstico patológico en lesiones periféricas de pulmón en ausencia de contraindicaciones.

Gradación

- Según la guía original: Australian Government National Health and Medical Research, 2004 es fuerte (IV 0).
- Las guías de práctica clínica publicadas por ACCP, NICE, SIGN y Lung Cancer Study Group Dutch establecen las mismas recomendaciones con similar ponderación. La guía de Cancer Care Notario no lo menciona.
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario



La BIPA debería ser considerada como el método de diagnóstico en presencia de lesiones pulmonares periféricas, siempre y cuando no haya contraindicaciones para el método diagnóstico en mención. La BIPA se puede realizar en lesiones periféricas de dos cm de diámetro o menores y bajo guía tomográfica preferentemente.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en la mayoría de centros médicos asistenciales en el país, siempre que cuenten con la infraestructura para el procedimiento. Enfatizar que el médico que realice el procedimiento deberá tener la experiencia necesaria.

4. En pacientes adultos con sospecha clínica de cáncer de pulmón, con derrame pleural, en quienes no se demostró neoplasia maligna luego de dos estudios citológicos de líquido pleural y biopsia de pleura cerrada, se debe realizar videotoroscopia diagnóstica?

Recomendación

Pacientes con sospecha de cáncer de pulmón con derrame pleural cuyo resultado citológico es negativo luego de dos toracocentesis, la toracoscopia es el siguiente paso recomendado.

Gradación

-Según la guía original: Diagnosis and Management of Lung Cancer - ACCP Guidelines, es fuerte (1C)

- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:

- nivel de evidencia: **1+**
- grado de recomendación: **C**

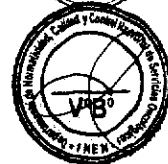
Comentario

La toracoscopia es un procedimiento diagnóstico aplicable para pacientes con sospecha de cáncer en quienes el estudio citopatológico del líquido pleural no contribuye con el diagnóstico de cáncer. Es un método de diagnóstico en quienes los otros procedimientos menores no han confirmado el diagnóstico de cáncer. Permite evaluar la cavidad torácica, incluyendo los órganos y tejidos accesibles al mismo durante el procedimiento.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en aquellas instituciones del país que estén dotados de los equipos e infraestructura correspondiente. El médico que realice el procedimiento deberá tener una adecuada experiencia.

5. Los pacientes con cáncer de pulmón elegibles para cirugía, deberían tener estudio de tomografía de emisión de positrones con isótopo fluordioxiglucosa (FGD-PET) previamente?



Recomendación

Pacientes candidatos a cirugía, deberían tener estudio de tomografía de emisión de positrones (PET) para descartar compromiso linfático o metástasis a distancia.

Gradación

- Según la guía original: Lung Cancer Study Group Dutch (1-0)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

Pacientes con cáncer de pulmón EC IB-IIIIB, deben tener PET para estadiage mediastinal y extratorácico. El FDG-PET, debería ser el estándar en la evaluación de estadios I-III para tratamiento quirúrgico, El PET puede ser utilizado para identificación de lesiones solitarias pulmonares, que no se cuente con confirmación citológica. PET es el método mas exacto para determinar la benignidad o malignidad de lesiones pulmonares. Altamente predictivo para masas pulmonares no accesibles.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: No aplicable en el país. No existe el equipo al momento de la publicación del presente documento. En paises vecinos existe la infraestructura.

TRATAMIENTO

1. Los pacientes con cáncer de pulmón a células no pequeñas EC I - II, deben recibir tratamiento de segunda línea?

Recomendación

Las guías clínicas recomiendan el uso de doxetacel como agente único para el control del cáncer y como tratamiento de segunda línea.

Gradación

- Según la guías oriinales: NICE, SIGN, Lung Cancer Study Group Dutch, Cancer Care Ontario (1A)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

El doxetacel es el agente de elección, como monoterapia cuando se decide administrar quimioterapia de segunda línea en pacientes con cáncer de pulmón.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.



Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en el país.

2. ¿Está recomendado el tratamiento con quimioterapia adyuvante en los pacientes portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas operados en estadios clínicos EC I, II y III A?

Recomendación

En individuos con cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios tempranos EC IA y IB no se recomienda el uso de quimioterapia; mientras que en estadios EC II y IIIA se recomienda quimioterapia basada en platino. ACCP, 2007 (1 A). Otras guías clínicas (Dutch 11) con estudios de Fase III y metanálisis tienen la misma recomendación.

Guías clínicas de SING, NICE y Australiana no reportan.

Gradación

- Según la guías originales: ACCP y DUTCH , es fuerte (1 A)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

El añadir quimioterapia sistémica en individuos operados de cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios tempranos IA y IB, no modifica la sobrevida de los mismos, en consecuencia no se recomienda su uso en estas etapas.

Cuando al enfermo tratado quirúrgicamente en estadio II y IIIA se le ofrece quimioterapia sistémica, mejora la sobrevida de los mismos.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en el país.

3. ¿Cuál es el tratamiento de un paciente portador de cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios clínico III-A y B no resecable?

Recomendación

Para pacientes con cáncer de pulmón a células no pequeñas (NSCLC) localmente avanzado la combinación de quimioterapia (QT) basada en platino mas radioterapia (RT) mejora la sobrevida. Fase III (DUTCH 1 A).

Gradación

- Según la guía original (DUTCH) la recomendación es fuerte (1 A)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario



La combinación de RT mas QT basada en platino en pacientes en buen estado de actividad, sin derrame pleural, con mínima pérdida de peso (menor del 5%), mejora la sobrevida Fase III (ACCP A 1)

Quimioterapia basada en platino adicional a la RT convencional 60Gy/ 30F / 6 semanas Fase III (SING A)

La combinación de RT + QT basada en platino en pacientes en buen estado de actividad mejora la sobrevida. Fase III (Australiana 1)

La combinación de RT + QT basada en platino en pacientes en buen estado de actividad mejora la sobrevida. Fase III (NICE 1)

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en el país.

4. ¿Cuál es el tratamiento de los paciente con cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadio clínico III-B y IV?

Recomendación

En individuos con cáncer de pulmón a células no pequeñas es estadio clínico IIIB y IV, con un adecuado performance clínico (ECOG <2), está indicado el tratamiento con una dupleta de quimioterapia basada en platino. El agente de tercera generación. No mas de 4 cursos de tratamiento.

La adición de un tercer agente esta indicado en una subpoblación de pacientes con características de no corresponder a carcinoma epidermoide, ausencia de metastasis al sistema nervioso central y ausencia de hemoptisis (ACCP A 1)

Gradación

-Según la guía original: es fuerte (ACCP, 1 A)

- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:

- nivel de evidencia: **1+**
- grado de recomendación: **A**

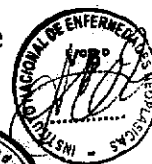
Comentario

La de quimioterapia sistémica basados en platino, en individuos en ECOG 0-1, menores de 70 años, sin condiciones médicas asociadas, agente de tercera generación en portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas es estadio clínico IIIB y IV, mejora el control de la enfermedad. Fase III (Australiana A 1)

Las guías clínicas SING, DUTCH, NICE A 1, sugieren similar enfoque terapéutico y condiciones de actividad del paciente: Quimioterapia basada en una dupleta de platino. Pacientes ECOG 0-1. No mas de cuatro cursos. Fase III

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en el país.



5. ¿Cuál es el rol de los agentes biológicos en primera línea de tratamiento?

Recomendación

En individuos con cáncer de pulmón a células no pequeñas, la adición de bevacizumab a una primera línea de quimioterapia estandar, mejora la sobrevida libre de progresión y la sobrevida global en una población seleccionada de pacientes con histología de no epidermoide, ausencia de metastasis cerebral y sin antecedente de hemoptisis. Fase III (ACCP 1 A)
Las guías clínicas del SING, Dutch, NICE, Australia no reportan

Gradación

- Según la guía original: es fuerte (ACCP)
- Adaptando metodológicamente la recomendación según Task Force:
 - nivel de evidencia: **1+**
 - grado de recomendación: **A**

Comentario

El Bevacizumab es un nuevo agente biológico que ha resultado tener eficacia terapéutica en un grupo seleccionado de pacientes al reducir la vascularización de los tumores e inhibir el crecimiento de los mismos. Neutraliza la actividad biológica del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF).

Esta droga acompaña a los agentes quimioterapéuticos convencionales de primera línea en base a platino y de esa manera se potencializa el efecto terapéutico en el control del cáncer de pulmón NSCLC.

Según los criterios de adaptación: Cumple todos los criterios propuestos por el grupo Osteba, para la adaptación metodológica.

Respecto a la adaptación cultural de la recomendación: Es aplicable en el país

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN: EFECTIVAS, INCIERTAS, INEFECTIVAS, PERJUDICIALES

	EFECTIVAS	INCIERTAS	INEFECTIVAS	PERJUDICIALES
INTERVENCIONES PREVENTIVAS	Tabaco	Betacarotenos	Quimio-prevencción	
INTERVENCIONES DIAGNÓSTICAS	Tomografía Computada Broncoscopía Biopsia Intratorácica Percutánea por Aspiración			



	Videotoracoscopia Asistida			
	Tomografía de Emisión de Positrones			
INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS	Tratamiento en EC I y II Segunda Línea			
	Tratamiento EC I, II y III Quimioterapia adyuvante			
	Tratamiento para EC III			
	Tratamiento en EC IIIB y IV			
	Agentes Biológicos en el Tratamiento			

COMENTARIOS:

La implementación de las guías, será responsabilidad del MINSA, el diseño de un plan de implementación de las GNPCO serán realizadas según esta metodología.

Cabe resaltar que sin una estrategia efectiva para la adecuada implementación y uso de las GNPCO, el costo y esfuerzo de la elaboración de éstas es inútil.

Debe considerarse que los productos finales elaborados a partir de una guía clínica adaptada (protocolos, manual de procedimientos, etc), influyen en el uso de las recomendaciones adaptadas.

Los indicadores de control (monitoreo) y evaluación (criterios de revisión del cumplimiento y de resultados clínicos) a cargo del INEN.

El uso del presente documento se enfoca como una guía en el manejo del paciente con cáncer de pulmón a células no pequeñas y no tiene que considerarse como un documento de carácter legal.

Los aspectos funcionales de carácter asistencial y que no se encuentren descritos en la presente guía, podrán ser evaluados y tendrán un diseño de manejo asistencial en favor del paciente de manera individualizada y de consenso entre los especialistas.

Además de las guías que permitieron adaptar el presente documento (ACCP, NICE, SIGN, Australiana, Holandesa y Canadiense), se han consultado otras guías, estudios de metanálisis, CRT, RS, etc.



Existe consenso entre las guías respecto al manejo quirúrgico del cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios clínicos tempranos, EC I y II. (Ver guías evaluadas)

Respecto a la presencia de ganglios mediastinales detectados mediante estudios por imágenes, particularmente con tomografía de tórax, existe consenso en establecer el diagnóstico microscópico del mismo para confirmar la presencia de metástasis a través del procedimiento más sencillo (Métodos endoscópicos, BIPA, mediastinoscopía, mediastinotomía, VATS, entre otros) (Ver guías evaluadas)

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - Perú.
<http://www.inen.sld.pe>
2. ADAPTE collaboration. Resource Toolkit for Guideline Adaption.
<http://www.adpate.org>
3. Comarca Gipuzkoa Este. Osakidetza-Servicio Vasco de salud. Guía de práctica clínica de asma. 1999. <http://www.osanet.euskadi.net/r85-20357/es>
4. Tomás Pantoja, Heather Strain, Lorena Valenzuela. Guías Clínicas. Rev Med Chile 2007, 135: 1282 -1290
5. Guías clínicas, México.
http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Guias_clinicas_del_IMSS
6. Ministerio de Salud. NT. N° 00-MINSA/DGSP-VO Norma técnica para la elaboración de las guías de prácticas clínicas.
http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/dgsp/140_guiaenfdiarr.pdf minsa guías
7. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Guías Clínicas.
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/doc/nvanco.htm>
8. Hayward RSA, Wilson MC, Tunia SR et al. For the evidence based medicine working group. User´s guides to the medical literature. VII. How to use clinical practice guidelines. A Are recommendations valid? JAMA 1995; 274: 570-4
9. Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Centro de Investigación "Maes Heller". Instituto de Enfermeades Neoplásicas 1990-3. Volumen II 20-3.
10. Cancer epidemiology. <http://www.cancerindex.org/clinks4e.htm>
11. Tobbaco control countries profile.
http://www.cancer.org/docroot/PRO/content/PRO_1_1_Tobacco_Control_Country_Profiles.asp



12. Amorin E, Rubiños J, Zamora R, Méndez K, Cedeño A, Díaz E. Miembros de la Comisión de Lucha Antitabáquica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (COLAT-INEN). Tabaquismo en el INEN. Boletín del INEN ISSN 1017-0642, 2004 (26) No. 2 22-36.

13. A C Chovil, Occupational lung cancer and smoking: a review in the light of current theories of carcinogenesis. Can Med Assoc J. 1979 September 8; 121(5): 548-50, 553-5.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1704422>

14. Nacional Institute for Occupational safety and health.
<http://www.cdc.gov/niosh/topics/cancer/>

15. Internacional Union Against Cancer. Global control of the cancer.
<http://www.UICC.org>

16. Yeso R, Classification of lung cancer-histology NEJM 1985 mar 7; 312 (10) 652-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2983206>

17. Rubini C, Amorín E, Rojas V. Aspectos generales del cáncer de pulmón. Editorial Circle, Lima-Perú, 1996.

18. Global coalition lung cancer
<http://www.lungcancercoalition.org/es/tratamientos>

19. P Ernst S Suissa. Pharmacoepidemiology unit Mc Gill University Health Centre. Mc Gill University Montreal. Quebec. Eurpe Resp J 2003, 22, 865-6.
<http://erj.ersjournals.com/cgi/reprint/22/5/865-a.pdf>

20. To help. Lung cancer organization. A program of cancer care.
http://www.lungcancer.org/get_help/counseling.php

21. Poquioma E. Epidemiología del cáncer en el Perú. En prensa.

22. Aspectos metodológicos de las guías de práctica clínica. Diabetes mellitas. <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/aspectos-metodologicos-de-la-gua-de-prctica-clnica-sobre-diabetes-tipo-2>

23. Guías clínicas, protocolos y Revisiones sistemáticas. ¿Cuál elegir?
<http://www.scribd.com/doc/3172956/guias-clinicas-protocolos-revisiones-sistematicas>.

24. MeSH Guidelines for Medical Catalogers Available on the Web
<http://nmlm.gov/psr/lat/v8n4/mesh.html>

25. Como hacer guías clínicas.
http://www.fisterra.com/guias2/no_explor/Hacer_guias.htm

26. Evidencia clínica, revisiones sistemáticas y metanalíticas.
http://www.wikilearning.com/monografia/produccion_de_guias_para_la_practica_clinica-revisiones_sistematicas_y_metanaliticas/8044-2



27. El sistema GRADE para la evaluación de la calidad en las revisiones sistemáticas . www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1978,14857
28. W. Michael Alberts, MD, MBA, FCCP Lung cancer guidelines. http://www.chestjournal.org/content/123/1_suppl/1S.full
29. The Cochrane Collaboration, an international not-for-profit organization, providing up-to-date information about the effects of health care. <http://www.cochrane.org>
30. PubMed Central (PMC) is a free digital archive of biomedical and life sciences journal literatura. <http://www.pubmedcentral.nih.gov>.
31. Lamas Meilán, Manuel María, Pita Fernández, Salvador. El onsentimiento informado en los ensayos clínicos. Cad Aten Primaria 1998; 5: 99-103. <http://fisterra.com/mbe/investiga/8consentimiento-ensayos.asp>
32. Búsqueda avanzada. Acerca de. Novedades, las últimas guías de la práctica clínica encontradas a través de pubgle con acceso libre. <http://www.pubgle.com>.
33. BabelMeSH is a cross-language tool for searching MEDLINE/PubMedbabelmesh. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
34. Centros elaboradores · Centros metodológicos · Organismos compiladores · Metabuscadores. server2.semfyec.es/www/semfyec/es/recursos-profesionales/guias-clinicas/como-elaboralas.html.
35. Organismos compiladores o Clearinghouses. Se trata de organismos que recogen guías clínicas basadas en la evidencia y evaluadas con diferentes instrumentoscompiladores. http://www.semfyec.es/es/informativo/organismos_compiladores
36. ¿Qué es una guía de práctica clínica? http://www.semfyec.es/es/informativo/guias_clinicas_profesionales/
37. AGREE Electronic Library for Guideline Developers. <http://www.agreecollaboration.org>.
38. Declaración de conflictos de interes. <http://www.cochrane.es/node/282> - 18k
39. Guías de práctica clinica (I) conceptos básicos. http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008_numero_3/2008_vol4_numero3.6.htm
40. Guia de práctica clínica en el sistema de salud. http://www.guiasalud.es/apoyo_CClav.htm
41. Hisayuki Shigematsu, Shinichi Toyooka, and Makoto Suzuki. The Need for an Individual Approach to Lung Cancer Treatment



42. Use the Search NICE guidance tool for quick and easy access to all NICE guidance and guidance in development. http://_www.nice.org.uk.
43. American College of Chest Physicians. <http://:www.chestnet.org>
44. Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Management of Lung Cancer, 2004. <http://:www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm>
45. Management patients with lung cancer. <http://:www.sign.ac.uk/pdf/sign80.pdf>
46. A clinical practice guideline on Lung cancer is being developed for use in the NHS. <http://:www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=article&o=29665>
47. Lung Cancer Evidence-based Series (EBS) and Practice Guidelines <http://www.cancercares.on.ca/english/home>

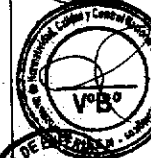
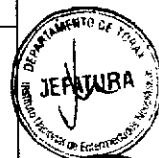
AGRADECIMIENTOS

Ana Rodríguez Barrios
 Bella Grimberg Castro
 Bárbara Sierlecki Dokowska
 Ingrid Pérez Quiroga
 Juan Del Mar Estremadoyro
 Manuel Luque Casanave
 María Linda Socarraz de Taboada
 Teresa Sparrow Villanueva

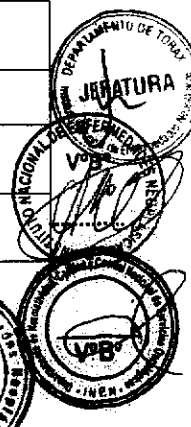
ANEXOS

Anexo 1: PARTICIPANTES DURANTE EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE GUIAS CLÍNICAS DE CÁNCER DE PULMÓN

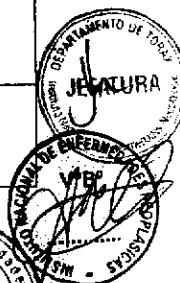
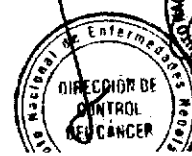
LISTA DE TEMAS (Guías Clínicas)				
	TEMA	Participantes	Cargo	Especialidad
1	Guía clínica para diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer (primario, a células no pequeñas) de pulmón en el Perú.	Amorín Kajatt, Edgar	Coordinador General	Cirugía Oncológica. Cirugía de Tórax y Cardiovascular



2	Comité técnico	Manrique, Javier	Responsables del tópico prevención	Cirujano Oncólogo
		Eguituz Rodríguez, Raúl		Cirujano Oncólogo
		De La Guerra, Pancorvo, Alberto	Responsables del tópico diagnóstico	Cirujano Oncólogo
		Rivera Torres, Julio		Cirujano de Tórax y CV
		Mas López, Luis	Responsables del tópico tratamiento	Médico Oncólogo
		Heredia Zelaya, Adela		Radio-Oncólogo
3	Línea jerárquica	Víctor Rojas Gonzales	Jefe del Departamento de Tórax	Cirujano Oncólogo
4	Encargado para la Coordinación extrainstitucional	Rodríguez Lira, Alvaro	Coordinador Instituciones externas	Radiólogo
		Ayón Seminario, Jorge	Suplente	Radiólogo
5	Asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia	Salazar Ordoñez, Carlos	Asesor principal	Médico Internista Master en Epidemiología Clínica
		Huayanay Falcón, Leandro	Asesor Académico	Médico Internista Master en Epidemiología Clínica
		Rojas Vilca, José	Asesor	Médico Internista Master en Epidemiología Clínica
6	Comité Revisor Médicos	Barriga Tantaleán, Oscar	Revisor	Radiooncólogo
		Barrionuevo Cornejo, Carlos	Revisor	Patólogo
		Bracamonte Ortiz, Luis	Revisor	Cirujano Cardiovascular
		Cano Pérez, Roque	Revisor	Medicina Nuclear
		Carracedo Gonzales, Carlos	Revisor	Médico Oncólogo
		Castillo Bravo, Luis	Revisor	Médico Internista
		García Madrid, Jorge	Revisor	Patólogo
		Lachos Dávila, Alberto	Revisor	Radiooncólogo



		Morales Guzmán-Barrón, Rossana	Revisor	Radiólogo
		Rodríguez Baldoceada, Rosario	Revisor	Endocrinóloga
		Rodríguez Lira, José	Revisor	Radiólogo
		Rojas Gonzales, Víctor	Revisor	Cirujano Oncólogo
		Ruiz Mori, Enrique	Revisor	Cardiólogo
		Saavedra Leveau, Carlos	Revisor	Neumólogo
		Suazo Casanova	Revisor	Médico Oncólogo
		Vidal Padilla, Oscar	Revisor	Neurólogo
		Vidaurre Rojas, Tatiana	Revisor	Médico Oncólogo
7	Comité Revisor, Enfermería	Gaspar Meza, Nancy	Revisora	Enfermera
		Goyburu Molina, Marlene	Revisora	Enfermera
8	Comité Revisor, Tecnólogos Médicos	Muñoz Baravino Cecilia	Revisora	Tecnólogo Médico
		Cornejo Martinez, María Belinda	Revisora	Tecnólogo Médico
9	Comité Revisor, Voluntariado INEN	Socarraz de Tabeada, María Linda	Revisora	ALINEN
		Grimberg Castro, Bella	Revisora	ALINEN
10	Comité Revisor, Representantes de pacientes	Sierlecki Dokowska, Bárbara	Revisora	Ama de casa
		Sparrow Villanueva, Teresa	Revisora	Ama de casa
11	Comité Revisor, Representantes de la Sociedad Civil	Del Mar Estremadoyro, Juan Manuel	Revisor	Industrial. Alcalde del Distrito de Santiago de Surco
		Luque Casanave, Manuel	Revisor	Ingeniero. Director, Centro para el Desarrollo económico, Social y Ambiental
12	Comité Revisor, Representantes de las Sociedades Médicas Científicas	Edgar Amorin Kajatt	Revisor	Representantes Sociedad Peruana de Cancerología (SPC)
		Víctor Rojas Gonzales		
		Jorge Salas Sánchez	Revisor	Representantes Sociedad Peruana de Oncología



	Alfredo Aguilar Cartagena		(SPO)
	Ruiz Figueroa, Eloy	Revisor	Presidente Sociedad Peruana de Cirugía Oncológica (SPCO)
	Díaz Saravia, Pablo	Revisor	Presidente Sociedad Peruana de Cirugía de Tórax y Cardiovascular (SPCTCV)
	Javier Jáuregui Antúnez	Revisor	Representantes Sociedad Peruana de Neumología (SPN)
	Carlos Iberico Barrera		
	Licc Rosa García Balboa	Revisor	Representantes Sociedad Peruana de Enfermeras Oncológicas (SPEO)
	Licc Mery Sánchez García		

Anexo 2. CANCER DE PULMÓN. ASPECTOS ESTADÍSTICOS-INEN

REPORTE DE LOS DIAGNÓSTICOS CORRESPONDIENTES A NEOPLASIAS MALIGNAS DE PULMÓN PERÍODO 2000-2005 INEN

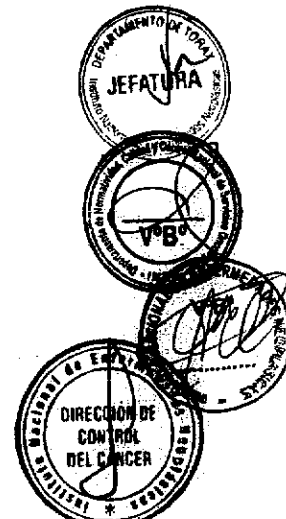
- Número de casos de NM Pulmón según año de diagnóstico

	Nº	%
2000	332	16,1
2001	310	15,0
2002	329	15,9
2003	346	16,8
2004	366	17,7
2005	380	18,4
Total	2063	100,0

- Distribución de casos según sexo

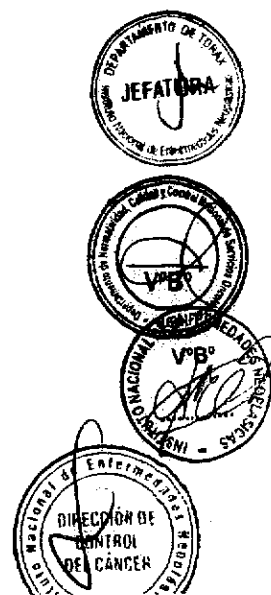
SEXO	Nº	%
M	1097	53,2
F	966	46,8
Total	2063	100,0

- Distribución de casos según edad



Intervalo de edad	Nº	%
[1-4]	1	,0
[15-19]	1	,0
[20-24]	4	,2
[25-29]	22	1,1
[30-34]	34	1,6
[35-39]	62	3,0
[40-44]	95	4,6
[45-49]	150	7,3
[50-54]	208	10,1
[55-59]	208	10,1
[60-64]	284	13,8
[65-69]	339	16,4
[70-74]	285	13,8
[75-79]	205	9,9
[80-84]	102	4,9
[>=85]	63	3,1
Total	2063	100,0

- Distribución de casos según procedencia geográfica



Procedencia	Nº	%
Lima	1261	61,1
Callao	120	5,8
Ancash	86	4,2
La Libertad	83	4,0
Junin	69	3,3
Arequipa	54	2,6
Ica	54	2,6
Piura	53	2,6
Lambayeque	52	2,5
Cajamarca	32	1,6
Ayacucho	29	1,4
Huanuco	28	1,4
Huancavelica	24	1,2
San Martín	18	,9
Pasco	17	,8
Loreto	16	,8
Apurímac	13	,6
Cusco	13	,6
Puno	10	,5
Amazonas	6	,3
Ucayali	5	,2
Tacna	4	,2
Tumbes	4	,2
Madre de Dios	2	,1
Moquegua	2	,1
Extranjeros	8	,4
Total	2063	100,0

▪ Distribución de casos según procedencia geográfica

Procedencia	Nº	%
Lima	1170	56,7
Provincia	794	38,5
Provincia de Lima	91	4,4
Extranjeros	8	,4
Total	2063	100,0

▪ Distribución de casos según localización específica



DX_TOPOGRAFIA ESPECIFICA	Nº	%
TM BRONQUIO O PULMON, SAI	2037	98,8
TM BRONQUIO O PULMON, LOBULO SUPERIOR	12	,6
TM BRONQUIO O PULMON, LOBULO INFERIOR	10	,5
TM BRONQUIO O PULMON, LOBULO MEDIO	3	,1
Total	2063	100,0

- Distribución de casos según estadio

ESTADIO	Nº	%
Desconocido	878	42,6
I	27	1,3
II	16	,8
III	295	14,3
IV	847	41,1
Total	2063	100,0

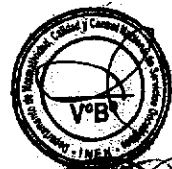
- Distribución de casos derivados según departamento médico

DPTO_MEDICO	Nº	%
TORAX	1649	79,9
MEDICINA	206	10,0
NEUROCIRUGIA	53	2,6
CABEZA Y CUELLO	48	2,3
TUMORES MIXTOS	38	1,8
ABDOMEN	36	1,7
GINECOLOGIA	12	,6
UROLOGIA	11	,5
ORTOPEDIA ONCOLOGICA	5	,2
RADIOTERAPIA	5	,2
Total	2063	100,0

- Distribución de casos correspondientes a pacientes fallecidos

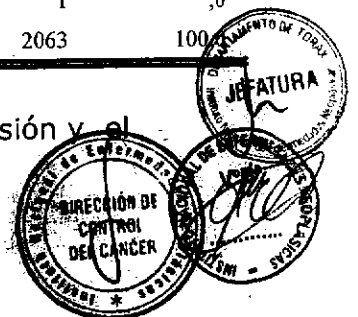
Condición del paciente	Nº	%
Fallecidos	563	27,3
Vivos y/o perdidos de vista	1500	72,7
Total	2063	100,0

- Distribución de casos según morfología



DX_MORFOLOGIA	Nº	%
ADENOCARCINOMA SAI	705	34,2
TM CLINICO, SIN CONFIRMACION MICROSCOPIC	359	17,4
CARCINOMA SAI	201	9,7
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS SAI	184	8,9
ADENOCARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR	96	4,7
CELULAS TUMORALES MALIGNAS	88	4,3
CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS SAI	67	3,2
ADENOCARCINOMA TUBULAR	51	2,5
CARCINOMA DE CELULAS NO PEQUEÑAS	45	2,2
ADENOCARCINOMA PAPILAR SAI	34	1,6
CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS	30	1,5
CARCINOMA NEUROENDOCRINO	20	1,0
CARCINOMA INDIFERENCIADO SAI	16	,8
CARCINOMA ADENOESCAMOSO	16	,8
CARCINOMA CEL.ESCAMOSAS T.QUE.	16	,8
ADENOCARCINOMA DE CELULAS CLARAS SAI	15	,7
CARCINOMA DE CELULAS GRANDES SAI	15	,7
TUMOR CARCINOIDE SAI (EXCEPTO DEL APENDI	13	,6
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS,GRANDES,T	12	,6
TUMOR MALIGNO	12	,6
ADENOCARCINOMA MUCINOSO	9	,4
CARCINOMA DE CELULAS EN ANILLO DE SELLO	8	,4
CARCINOMA DE CELULAS EN GRANO DE AVENA	8	,4
ADENOCARCINOMA SECRETANTE DE MUCINA	6	,3
CARCINOMA ANAPLASICO SAI	4	,2
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE	4	,2
CA. BRONQUIOLO ALVEOLAR MUCINOSO	4	,2
LEIOMIOSARCOMA SAI	3	,1
SARCOMA FUSOCELULAR	3	,1
CARCINOMA ADENOIDE-QUISTICO	3	,1
LINFOMA MALT	3	,1
LINFOMA PERIFERICO DE CELULAS T SAI	2	,1
LINFOMA MALIGNO, DE CELULAS GRANDES, DIF	2	,1
SARCOMA SAI	2	,1
TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO	1	,0
ADENOCARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR NO MUCINOSO	1	,0
SARCOMA DE CELULAS GIGANTES (EXCLUYE EL	1	,0
TUMOR CARCINOIDE ATIPICO	1	,0
CARCINOSARCOMA SAI	1	,0
ADENOCARCINOMA EN ADENOMA TUBULOVELLOSO	1	,0
ADENOCARCINOMA EN POLIPO ADENOMATOSO	1	,0
Total	2063	100

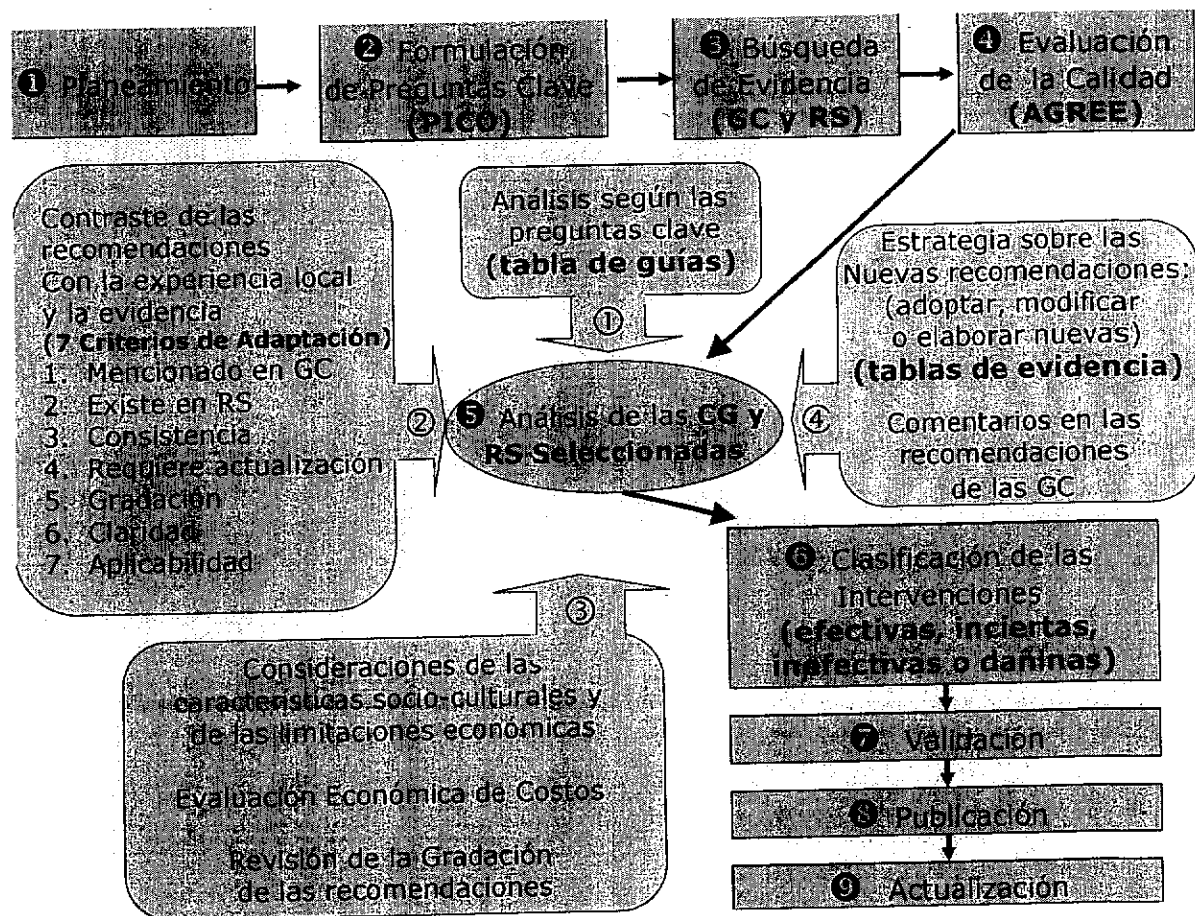
- Grado de concordancia entre el Dx Clínico al momento de admisión y el Dx Patológico



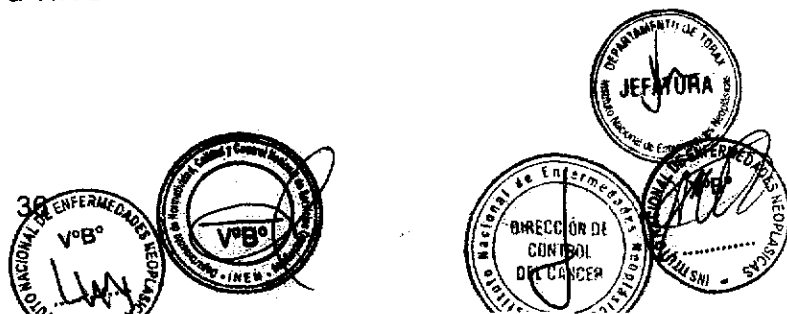
CONCORDANCIA		
	Nº	%
SI	1258	61,0
NO	406	19,7
Sin Dx Clínico	399	19,3
Total	2063	100,0

FUENTE. Ebert Poquioma, INEN Epidemiología 2008

ANEXO 3. FLUJOGRAMA DE ADAPTACIÓN DE LA GNPCO DE CÁNCER DE PULMÓN



Ref: Salazar CA, Huayanay L, Loza C, Málaga G. Manual de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Adaptadas a Nivel Nacional. HNCH- UPCH. Versión 2 Nov 2007.



Anexo 4. Preguntas Claves

Prevención:

En individuos con riesgo para cancer de pulmon el no consumo del tabaco previene el cancer de pulmon versus no cumple ningun rol?

En individuos riesgo para cancer de pulmon la dieta suplementaria con beta carotenos se recomienda para la prevencion del cancer de pulmon a celulas no pequeñas?

En poblacion de alto riesgo para cancer de pulmon, la quimioprevencion beneficia o no para prevenir el cancer de pulmon?

Diagnóstico:

Todo paciente adulto con sospecha de NSCLC debe tener Tomografía de tórax o estudio radiográfico convencional, ¿para diagnóstico de imágenes?

En paciente adulto con lesión pulmonar central, sospechosa de Cáncer de pulmón (NSCLC), ¿el método diagnóstico de elección es la broncoscopia versus otros (esputo, BIPA)?

En paciente adulto, con lesión pulmonar periférica, sospechosa de cáncer de pulmón (NSCLC) ¿el método diagnóstico de elección recomendable sería BIPA vs otros (broncoscopia, VATS)?

En pacientes adultos sospechosos de NSCLC con derrame pleural, que luego de dos estudios citológicos de líquido pleural y biopsia de pleura cerrada negativos, ¿se debe realizar VATS vs Cirugía abierta?

En pacientes adultos con NSCLC elegibles para cirugía, ¿deberían tener evaluación previa con FGD-PET para evaluación de metástasis mediastinal antes de TAC de tórax únicamente?

Tratamiento:

¿Deben recibir tratamiento de segunda línea pacientes en EC I - II?

¿Esta recomendado el tratamiento con quimioterapia adyuvante en los pacientes portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas operados EC I-II-III A?

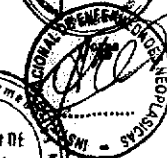
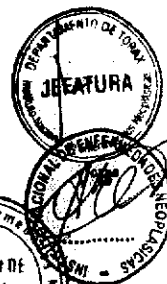
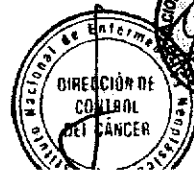
¿Cuál es el tratamiento de un paciente portador de cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios clínico III-A y B no resecable?

¿Cuál es el tratamiento de los paciente con cáncer de pulmón a células no pequeñas EC III-B y IV?

¿Tienen rol los agentes biológicos en primera línea de tratamiento?

Anexo 5. MÉTODO UTILIZADO PARA SELECCIONAR LAS GPC A EVALUARSE

Los recursos de búsqueda los hemos sistematizado en 4 grandes bloques:
a) bases de datos genéricas, b) centros compiladores, registros o de almacenamiento, c) organismos elaboradores y d) centros metodológicos.



A).- BASE DE DATOS GENERICAS

Medline(PubMed)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

TRIPDatabase

<http://www.tripdatabase.com/>

B).-CENTROS COMPILADORES, REGISTROS O DE ALMACENAMIENTO:

National Guideline Clearinhouse (NGC)

<http://www.guideline.gov/>

CMA INFOBASE

<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>

National Electronic Library for Health (NeLH)

<http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/>

GuíaSalud

<http://www.guiasalud.es/>

CPG Infobase

<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>

EBM Guidelines

www.ebmsolutions.com

CPG Univ de San Francisco

<http://medicine.uscf.edu/resources/guidelines>

TRIPDatabase

<http://www.tripdatabase.com>

C).- ORGANISMOS ELABORADORES

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)

American College of Physicians

Cancer Care Ontario

Institute for Clinical System Improvement.

El National Health and Medical Research Council

New Zealand Guidelines Group, de Nueva Zelandia.

Royal Collage of Physicians-RCP Guidelines

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Singapore MoH Guidelines Project

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)

Centro Cochrane Iberoamericano.

Agencia catalana de evaluación de tecnologías sanitarias - ONCOGUIAS.

Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria del País Vasco, Osatzen y su grupo de MBE, Osakidetza-Servicio Vaco de Salud y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco a través de Osteba.



D). - CENTROS METODOLÓGICOS:

AGREE. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation

www.agreecollaboration.org

ETESA: <http://www.minsal.cl>

El Guidelines International Network (GIN)

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa .

OSTEBA

<http://www.euskad/sanidad/osteba>

Colaboración Cochrane <http://update-software.com/clibpluslogon.htm>

ORGANISMOS QUE DESARROLLAN:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

www.sign.ac.uk/index.htm

National Institute for Clinical Excellence

www.nice.org.uk

New Zealand Guidelines Group

www.nzgg.org.nz

National Health & Medical Research Council

www.health.gov.au/nhmrc/publications/cphome.htm

Canadian Task Force on Preventive Health Care

www.ctfphc.org

US Preventive Service Task Force

<http://textnlm.nih.gov>

American health Research Quality Clinical Practice Guidelines

www.ahcpr.gov

ICSI

www.icsi.org

Cancer Care Notario

www.cancercare.on.ca

Clinical Practice guidelines Univ California

<http://medicine.ucsf.edu/sources/guidelines>

Guideline Appraisal Project

www.cche.net/usersguides/main.asp

Health Service Technology Assesment

<http://nlm.nih.gov>

Monash Inst of Health and Medical Research Council

www.healthgov.am/nhmrc/publications/cphome.htm

Wessex Inst for Health research and Development

www.soton.ac.uk/wi

Scottish Health Purchasing Information Centre

www.nhscomfed.org/Scotland/shpic

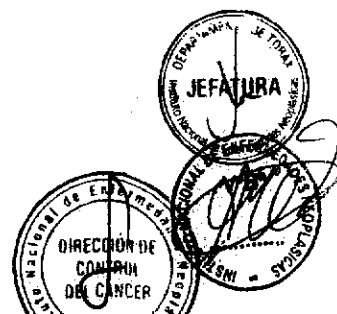
Group Health Norwest

www.ghc.org

E-Guidelines

www.ghc.org

Alberta Medical Ass.Clinical Practice Guidelines



www.albertadoctors.org
 UK Clearinghouse on Health Outcomes
www.leeds.ac.uk
 US National Clearinghouse
www.guidelines.gov
 RAND Health Program
www.rand.org
 Tripdatabase
www.tripdatabase.com
 Guidelines Int'l Network
www.g-i-n.net
 Lung
www.respirar.com
 Osteba
www.euskadi.net/sanidad/osteba
 Sociedad Británica de Cirugía de Tórax
www.brit-thoracic.org.uk
 Guías de Salud española
www.guiasalud.es
 Red de Guías
www.redeguías.edu.es
 Guidelines International Network
www.g-i-n.net
 National Electronic Library for Health Guidelines
www.nelh.nhs.uk
 Revisiones sistemáticas Cochrane.
www.cochrane.es/castellano

Anexo 5-A TABLA RESUMIDA DE ESTUDIOS ENCONTRADOS

Fuente	No. Estudios Incluidos			No. Estudios Excluidos	Razones de exclusión
Tripdatabase	634	Guías RS Basadas en Evidencias	237 288 109	5450	No guía, RS o RCT
Babelmesh	313	Guías RS Otros	106 200 7	24132	No Guías, No prospectivo, No RCT ni RS
PubMed	114	Guías RS	34 80	-	-
Cochrane	20	Guías	20	-	-
Guidelines International Network	45	Guías RS Basadas en Evid	17 25 3	-	-



National Guideline Clearinghouse	35	Guía	35	-	-
SUB-TOTAL	1161	Guías RS Bas Evid Otros	449 593 112 7	29582	No Guías, No prospectivo, No RCT ni RS
TOTAL	30743 REFERENCIAS OBTENIDAS DE LAS DIFERENTES FUENTES DE BÚSQUEDA (INCLUIDOS + EXCLUIDOS).				

Anexo 6. EVALUACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS CON EL INSTRUMENTO AGREE

Tabla 1. Calificación de guía Holandesa: Dutch Lung Cancer Study Group, DLCSG- 2004. "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Ítems	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	6	2	64	94
2. Participación de los implicados	6	2	92	94
3. Rigor en la elaboración	6	2	157	91
4. Claridad de la presentación	6	4	88	89
5. Aplicabilidad	6	3	55	68
6. Independencia editorial	6	2	46	94

Tabla 2. Calificación de guía Norteamericana: American College of Chest Physicians, ACCP-2007. Estados Unidos de Norteamérica "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Ítems	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	4	3	47	97
2. Participación de los implicados	4	4	58	87
3. Rigor en la elaboración	4	7	103	89
4. Claridad de la presentación	4	4	58	87
5. Aplicabilidad	4	3	35	64
6. Independencia editorial	4	2	30	92

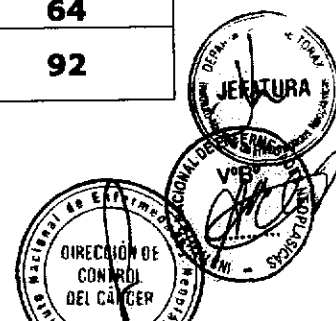


Tabla 3. Calificación de guía Australiana: Australian Government. National Health and Medical Research Council, AGNHMRC- 2004 "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

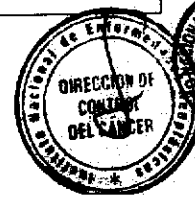
PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Items	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	5	3	57	93
2. Participación de los implicados	5	4	67	78
3. Rigor en la elaboración	5	7	125	86
4. Claridad de la presentación	5	4	71	93
5. Aplicabilidad	5	3	52	82
6. Independencia editorial	5	2	37	90

Tabla 4. Calificación de guía Escocesa: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN-2005 "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Items	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	4	3	34	61
2. Participación de los implicados	4	4	54	79
3. Rigor en la elaboración	4	7	94	78
4. Claridad de la presentación	4	4	54	79
5. Aplicabilidad	4	3	32	55
6. Independencia editorial	4	2	30	92

Tabla 5. Calificación de guía Reino Unido: National Collaborating Centre for Acute Care, N.I.C.E. - 2005 "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Items	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	6	3	66	89
2. Participación de los implicados	6	4	84	83
3. Rigor en la elaboración	6	7	147	83



4. Claridad de la presentación	6	4	86	86
5. Aplicabilidad	6	3	58	74
6. Independencia editorial	6	2	43	86

Tabla 6. Calificación de guía Canadiense; Cancer Care Ontario, 2004 "Cáncer de pulmón a células no pequeñas"

PUNTOS DE EVALUACIÓN	Nº de evaluadores	Nº de Items	Puntaje total	% de evaluación
1. Alcance y objetivo	3	3	31	81
2. Participación de los implicados	3	4	40	78
3. Rigor en la elaboración	3	7	65	70
4. Claridad de la presentación	3	4	34	61
5. Aplicabilidad	3	3	28	67
6. Independencia editorial	3	2	18	70

Tabla 7. Calificación resumida de todas las guías evaluadas con el instrumento AGREE.

Guía	No. de Evaluadores	Puntaje Total	Porcentaje de evaluación
Holandesa	6	507	89%
Norteamericana	4	331	86%
Australiana	5	409	85%
Escocesa	4	298	75%
Reino Unido	6	484	83%
Canadiense	3	216	70%

Tabla 8. Participantes en las evaluaciones AGREE

1. Dr. Amorín, Edgar	Cirujano Oncólogo
2. Dr. De la Guerra, Alberto	Cirujano Oncólogo
3. Dr. Eguiluz, Raúl	Cirujano Oncólogo
4. Dr. Mas, Luis	Oncólogo Clínico
5. Dr. Rivera, Julio	Cirujano Oncólogo
6. Dr. Salazar, Carlos	Médico Internista - Epidemiólogo clínico



Anexo 7. TABLA DE GUIAS

GUÍA : CANCER DE PULMON A CELULAS NO PEQUEÑAS

TÓPICO : PREVENCIÓN

SUBTÓPICO : TABAQUISMO

PREGUNTA PICO : EN INDIVIDUOS CON RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN EL NO CONSUMO DEL TABACO PREVIENE EL CÁNCER DE PULMON VERSUS NO CUMPLE NINGUN ROL?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
ACCP	1 Adecuada evidencia Según define la revisión sistemática y los estudios dirigidos. Pg 55s-56s	B "Fuerte" recomendación sustentada en la guía de Chest 2003, 123-55 - 59S	Peterson AV Jr, Kealey KA, Mann SL, et al. Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention—results on smoking. J Natl Cancer Inst 2000; 92:1979-1991 (ensayo clínico) Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. Am J Public Health 1993; 83:872-880 (metanálisis) The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and	La prevención del tabaquismo (primaria) y secundaria (cesación), han permitido evaluar a través de innumerables publicaciones, que hay una evidencia tangible cuando el individuo no se expone mas al habito de fumar y en consecuencia los estudios realizados soportan esta posición. Infortunadamente , no es fácil demostrar mediante los estudios desarrollados las bondades de la prevención primaria del hábito de fumar y las evidencias no son del todo "fuertes", pero cuando se trata de prevención secundaria es muy fuerte y



			<p>Consortium Representatives . A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. JAMA 2000; 283:3244-3254 (RS)</p> <p>Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med 2001;20:16-66 (RS)</p> <p>Halpern MT, Gillespie BW, Warner KE. Patterns of absolute risk of lung cancer mortality in former smokers. J Natl Cancer Inst 1993; 85:457-464 (RS)</p> <p>Michael J Kelley et al: Prevention of lung cancer. Chest 2003, 50-59. (guia de práctica clínica)</p>	<p>sobretudo cuando la cesación es al poco tiempo de haber iniciado el hábito del tabaquismo.</p>
--	--	--	---	---



INGLESA HOLANDES A CANADIEN SE AUSTRALIA NA ESCOCESA	No hay referencia	No hay referencia	No hay referencia	No hay referencia
---	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN A CÉLULAS NO PEQUEÑAS

TÓPICO : PREVENCIÓN

SUBTÓPICO : DIETA CON BETA CAROTENOS

PREGUNTA PICO : EN INDIVIDUOS RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN LA DIETA SUPLEMENTARIA CON BETA CAROTENOS SE RECOMIENDA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN A CÉLULAS NO PEQUEÑAS ?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
ACCP	1 Adecuada evidencia para no ser considerada como prevención en cáncer de pulmón	A Altamente recomendable para no usar la dieta suplementaria de beta carotenos para la prevención del cáncer de pulmón Chest 2007, 132-59S - 64S	McLarty J. Results of the Tyler Chemoprevention Trial: an intermediate endpoint study [abstract]. Proceedings of the 2nd International Conference: Antioxidant Vitamins and Beta-Carotene Disease Prevention 1994 (Ensayo clínico) Blumberg J, Block G. The Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study in Finland. Nutr Rev 1994; 52:242-245	Para individuos en quienes tienen alto riesgo para desarrollar cáncer de pulmón o tienen historia de cáncer, el uso de beta caroteno no es recomendable para la prevención primaria, secundaria o terciaria. Chest 2007, 132- 59S - 64S



			<p>(RS)</p> <p>Hennekens CH, Buring JE, Manson JE, et al. Lack of effect of long-term supplementation with beta carotene on the incidence of malignant neoplasms and cardiovascular disease (RS)</p> <p>Lee IM, Cook NR, Manson JE, et al. Beta-carotene supplementation and incidence of cancer and cardiovascular disease: the Women's Health Study. J Natl Cancer Inst 1999; 91:2102-2106 (RS)</p> <p>Lonn E, Bosch J, Yusuf S, et al. Effects of long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:1338-1347 (RS)</p>	
AUTRALIANA	II	capitulo II Prevención Ref bibliografica Pg 27-31 de la guía australiana	The Effect of Vitamin E and Beta Carotene on the Incidence of Lung Cancer and Other Cancers in Male Smokers. The Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study	La dieta suplementaria com beta carotenos aumenta el riesgo de cancer de pulmón en fumadores pesados.



			<p>Group. N Engl J Med 1994; 330(15): 1029-35 (RS)</p> <p>Albanes D, Heinonen OP, Taylor PR, Virtamo J, Edwards BK, Rautalahti M, Hartman AM, Palmgren J, Freedman LS, Haapakoski J, Barrett MJ, Pietinen P, Malila N, Tala E, Liippo K, Salomaa ER, Tangrea JA, Teppo L, Askin FB, Taskinen E, Erozan Y, Greenwald P, Huttunen JK.</p> <p>Alpha-Tocopherol and Beta-Carotene Supplements and Lung Cancer Incidence in the Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study: Effects of Base-Line Characteristics and Study Compliance. J Natl Cancer Inst 1996; 88(21): 1560-70. (RS)</p> <p>Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD, Balmes J, Cullen MR, Glass A, Keogh JP, Meyskens FLJ, Valanis B, Williams JHJ,</p>	<p>capitulo II Prevención Ref bibliografica Pg 27-31 de la guía australiana</p>
--	--	--	--	---



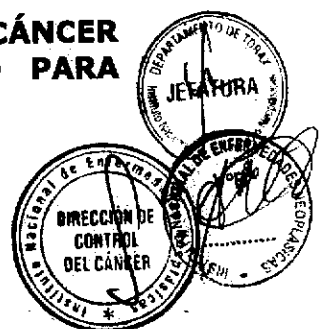
			<p>Barnhart S, Cherniack MG, Brodtkin CA, Hammar S. Risk Factors for Lung Cancer and for Intervention Effects in CARET, the Beta-Carotene and Retinol Efficacy Trial. J Natl Cancer Inst 1996; 88(21): 1550-9. (RS)</p> <p>Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD, Balmes J, Cullen MR, Glass A, Keogh JP, Meyskens FL, Valanis B, Williams JH, Barnhart S, Hammar S. Effects of a Combination of Beta Carotene and Vitamin A on Lung Cancer and Cardiovascular Disease. N Engl J Med 1996; 334(18): 1150-5 (RS)</p>	
<p>INGLESA HOLANDESA CANADIENSE ESCOCESA</p>	<p>No hay referencia</p>	<p>No hay referencia</p>	<p>No hay referencia</p>	<p>No hay referencia</p>

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN A CÉLULAS NO PEQUEÑAS

TÓPICO : PREVENCIÓN

SUBTÓPICO : QUIMIOPREVENCIÓN

PREGUNTA PICO : EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN, LA QUIMIOPREVENCIÓN BENEFICIA O NO PARA PREVENIR EL CÁNCER DE PULMÓN?



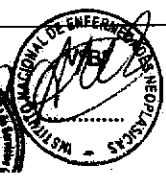
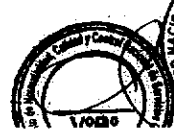
Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
ACCP	<p>1</p> <p>Nivel de evidencia de importancia en la no recomendación del uso de quimioprevención</p> <p>Chest, 2007 pg 59S -64S.</p>	<p>B</p> <p>Recomendación negativa para la quimioprevención</p> <p>No recomendable</p> <p>Chest, 2007 pg 59S -64S.</p>	<p>Lippman SM, Lee JJ, Karp DD, et al. Randomized phase III intergroup trial of isotretinoin to prevent second primary tumors in stage I non-small-cell lung cancer. J Natl Cancer Inst 2001; 93:605-618 (Ensayo clínico)</p> <p>Peto R, Gray R, Collins R, et al. Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors. BMJ (Clin Res Ed) 1988; 296:313-316 (Ensayo clínico)</p> <p>Cook NR, Lee IM, Gaziano JM, et al. Low-dose aspirin in the primary prevention of cancer: the Women's Health Study; a randomized controlled trial. JAMA 2005; 294:47-55 (Ensayo clínico)</p> <p>Heimbürger DC, Alexander CB, Birch R, et al. Improvement in bronchial squamous metaplasia in smokers treated with folate and vitamin B12:</p>	<p>Para individuos fumadores mas de 20 paquetes de cigarrillos al año o con historia de cancer de pulmón, el uso de quimioprevención, incluidos los retinoicos, N-acetilcisteína, aspirina, budesonida, inhibidorescox x-2, PG1 análogos, entre otros, ya sea el uso por si solos o combinado, no hay suficiente data para recomendar el uso de los mismos para la prevención primaria, secundaria o terciaria.</p> <p>Chest, 2007 pg 59S -64S.</p>



			<p>report of a preliminary randomized, double-blind intervention trial. JAMA 1988; 259: (Ensayo clínico)</p> <p>Masferrer JL, Leahy KM, Koki AT, et al. Antiangiogenic and antitumor activities of cyclooxygenase-2 inhibitors. Cancer Res 2000; 60:1306-1311 (RS)</p> <p>Yuan A, Yu CJ, Shun CT, et al. Total cyclooxygenase-2 mRNA levels correlate with vascular endothelial growth factor mRNA levels, tumor angiogenesis and prognosis in non-small cell lung cancer patients. Int J Cancer 2005; (RS)</p> <p>Reid ME, Duffield-Lillico AJ, Garland L, et al. Selenium supplementation and lung cancer incidence: an update of the Nutritional Prevention of Cancer Trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2002; 11:1285-1291 (RS)</p> <p>Kelley M, Folz RJ, Glaser EM, et al.</p>	
--	--	--	--	--



			<p>Phase 1 chemoprevention trial of oltipraz in smokers [abstract]. Proc Am Soc Clin Oncol 2003; 22:92</p> <p>Pendyala L, Schwartz G, Bolanowska-Higdon W, et al. Phase I/pharmacodynamic study of N-acetylcysteine/oltipraz in smokers: early termination due to excessive toxicity. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001; 10:269-272 (RS)</p>	
<p>GUIA AUSTRALIANA</p>	<p>II</p>	<p>capitulo II Prevención Ref bibliografica Pg 27-31 de la guía australiana</p>	<p>Lee JS, Lippman SM, Benner SE, Lee JJ, Ro JY, Lukeman JM, Morice RC, Peters EJ, Pang AC, Fritsche HAJ. Randomized Placebo-Controlled Trial of Isotretinoin in Chemoprevention of Bronchial Squamous Metaplasia. J Clin Oncol 1994; 12(5): 937-45. (RS)</p> <p>Lippman SM, Lee JJ, Karp DD, Vokes EE, Benner SE, Goodman GE, Khuri FR, Marks R, Winn RJ, Fry W, Graziano SL, Gandara DR, Okawara G, Woodhouse CL, Williams B, Perez</p>	<p>La quimioprevención para el cáncer de pulmón establece que aun no hay data que soporte el uso correcto para la prevención del cáncer de pulmón</p> <p>Data obtenida del capitulo II Prevención Ref bibliografica Pg 27-31 de la guía australiana</p>



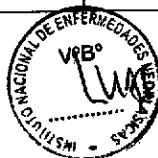
			<p>C, Kim HW, Lotan R, Roth JA, Hong WK. Randomized Phase III Intergroup Trial of Isotretinoin to Prevent Second Primary Tumors in Stage I Non-Small-Cell Lung Cancer. J Natl Cancer Inst 2001; 93(8): 605-18. (RS)</p> <p>van Zandwijk N, Dalesio O, Pastorino U, de Vries N, van Tinteren H. EUROSCAN, a Randomized Trial of Vitamin A and N-Acetylcysteine in Patients With Head and Neck Cancer or Lung Cancer. For the European Organization for Research and Treatment of Cancer Head and Neck and Lung Cancer Cooperative Groups. J Natl Cancer Inst 2000; 92(12): 977-86. (RS)</p>	
<p>INGLESA HOLANDES A CANADIEN SE ESCOCESA</p>	No hay referencia	No hay referencia	No hay referencia	No hay referencia

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN
TÓPICO : DIAGNÓSTICO
SUBTÓPICO : TOMOGRAFÍA DE TÓRAX



PREGUNTA PICO : Todo paciente adulto con sospecha de NSCLC debe tener Tomografía de tórax o estudio radiográfico convencional, para diagnóstico de imágenes?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)
ACCP	Moderado	1 B Pacientes con sospecha de Cáncer pulmonar susceptibles de tratamiento deben tener TAC de Tórax que incluya Abdomen superior CHEST / 132 / 3 / SEPTEMBER, 2007 SUPPLEMENT 185S	<ul style="list-style-type: none"> - Gould MK, Kuschner WG, Rydzak CE, et al. Test performance of positron emission tomography and computed tomography for mediastinal staging in patients with nonsmall-cell lung cancer: a meta-analysis. Ann Intern Med 2003; 139:879-892 - Dwamena B, Sonnad S, Angobaldo J, et al. Metastases from non-small cell lung cancer: mediastinal staging in the 1990s; meta-analytic comparison of PET and CT. Radiology 1999; 213:530-536 - Bollen E, Goei R, Hof-Grootenboer B, et al. Interobserver variability and accuracy of computed tomographic assessment of nodal status in lung cancer. Ann Thorac Surg 1994;58:158-162 - Ratto GB, Frola C, Cantoni S, et al. Improving clinical efficacy of computed tomographic scan in the reoperative assessment of patients with non-small cell lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 1990; 99:416-425 - Nomori H, Watanabe K, Ohtsuka T, et al. The size of metastatic foci and lymph nodes yielding false-negative and false-positive lymph node staging with positron emission tomography in patients with lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2004; 127:1087-1092
AUSTRALIA	II	III Es el estudio de imágenes más sensible, para identificación de nódulos pulmonares y mas específico para nódulos pulmonares solitarios benignos Basado en Oxford Levels of Evidence for Diagnostic Tests 2001 Clinical Practice Guidelines for the Prevention,	<ul style="list-style-type: none"> - Siegelman SS, Zerhouni EA, Leo FP, Khouri NF, Stitik FP. CT of the Solitary Pulmonary Nodule. Am J Roentgenol 1980; 135(1): 1-13. - Patz EFJ. Imaging Bronchogenic Carcinoma. Chest 2000; 117(4 Suppl 1): 90S-5S.



		Diagnosis and Management of Lung Cancer. Australian 2004 pag 50	
HOLANDA	1	A La TC de tórax es el método de elección para determinar la localización exacta de la lesión, cuando se sospecha en cáncer de pulmón. Tiene moderada sensibilidad y es muy importante para determinar resecabilidad tumoral NON-SMALL CELL LUNG CANCER Nation-wide guideline Version 1.0 Dutch Lung Cancer Study Group 2004 pag. 8 - 9	- Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer. Chest 2003;123:S137-46. - Silvestri GA, Littenberg B, Colice GL. The clinical evaluation for detecting metastatic lung cancer: a meta-analysis. Am J Respir Care Med 1995;152:225-30 - Laroche C, Fairbairn I, Moss H, Pepke-Zaba J, Sharples L, Flower C, et al. Role of computed tomographic scanning of the thorax prior to bronchoscopy in the investigation of suspected lung cancer. Thorax 2000;55:359-63 British Thoracic Society Richtlijnen van British Thoracic Society, 2001 - Lewis JW Jr, Madrazo BL, Gross SC, Eyer WR, Magilligan DJ Jr, Kvale PA, et al. The value of radiographic and computed tomography in the staging of lung carcinoma. Ann Thorac Surg 1982;34:553-8. - Verschakelen JA, Bogaert J, Wever W de. Computed tomography in staging for lung cancer. Eur Respir J Suppl 2002;35:S40-8. - Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer. Chest 2003;123:S137-46.
SIGN	3	D La TC contrastada de tórax y abdomen superior es recomendada en todos los pacientes con sospecha de cáncer pulmonar Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with lung cancer. february 2005. pag 8	- Seemann MD Differentiation of malignant from benign solitary pulmonary lesions using chest radiography, spiral CT and HRCT, Lung Cancer 2000;29(2):105-24 - Laroche C Fairbairn I. Role of computed tomographic scanning of the thorax prior to bronchoscopy in the investigation of suspected lung cancer. Thorax 2000;55(5):359-63
NICE	II	B El diagnóstico de Cáncer de pulmón puede ser hecho usando TC The Diagnosis and	- Seemann MD, Seemann O, Luboldt W, Bonel H, Sittek H, Dienemann H et al. Differentiation of malignant from benign solitary pulmonary lesions using chest radiography, spiral CT and HRCT.



		Treatment of Lung Cancer METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE Published by the National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London, WC2A 3PE FEBRUARY 2005 Pag.33	Lung Cancer 2000, 29(2):105-24. - Siegelman SS, Khouri NF, Leo FP, Fishman EK, Braverman RM, Zerhouni EA. Solitary pulmonary nodules: CT assessment. Radiology 1986,160(2):307-12. - Yankelevitz DF, Reeves AP, Kostis WJ, Zhao B, Henschke CI. Small pulmonary nodules: volumetrically determined growth rates based on CT evaluation. Radiology 2000, 217(1):251-6. - Yankelevitz DF, Gupta R, Zhao B, Henschke CI. Small pulmonary nodules: evaluation with repeat CT— preliminary experience. Radiology 1999, 212(2):561-6 - Yamashita K, Matsunobe S, Tsuda T, Nemoto T, Matsumoto K, Miki H et al. Solitary pulmonary nodule: preliminary study of evaluation with incremental dynamic CT. Radiology 1995,194(2):399-405.
ONTARIO		No responde esta pregunta	

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN

TÓPICO : DIAGNÓSTICO

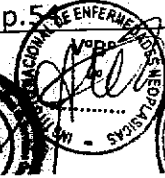
SUBTÓPICO : BRONCOSCOPÍA

PREGUNTA PICO: En paciente adulto con lesión pulmonar central, sospechosa de Cáncer de pulmón (NSCLC), el método diagnóstico de elección es la broncoscopia versus otros (esputo, BIPA) ?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)
ACCP	Moderado	1 C Sospecha de cáncer de pulmón con lesión central, la BFC se recomienda para confirmar el diagnóstico Chest 2007; 132:139S	- Harrow EM, Abi-Saleh W, Blum J, et al. The utility of transbronchial needle aspiration in the staging of bronchogenic carcinoma. Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:601-607 - Schreiber G, McCrory D. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer. Chest 2003; 123(suppl):115S-128S - Baaklini WA, Reinoso MA, Gorin AB, et al. Diagnostic yield of fiberoptic bronchoscopy in evaluating solitary pulmonary nodules. Chest 2000; 117:1049-1054 - McLean AN, Semple PA, Franklin DH, et al. The Scottish multi-centre prospective study of bronchoscopy for bronchial carcinoma and suggested audit standards. Respir Med



			<p>1998; 92:1110-1115</p> <p>- Buccheri G, Barberis P, Delfino MS. Diagnostic, morphologic, and histopathologic correlates in bronchogenic carcinoma: a review of 1,045 bronchoscopic examinations. Chest 1991; 99:809-814</p> <p>- Kurimoto N, Miyazawa T, Okimasa S, et al. Endobronchial ultrasonography using a guide sheath increases the ability to diagnose peripheral pulmonary lesions endoscopically. Chest 2004; 126:959-965</p>
AUSTRALIA	III (0)	<p>La FBC es el procedimiento con mayor exactitud para el diagnóstico de pulmón Basado en Oxford Levels of Evidence for Diagnostic Tests 2001 Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Management of Lung cancer. Australian 2004 pag 52</p>	<p>- Samet JM, Skipper BJ, Humble CG, Patriak DR. Lung cancer risk and vitamin A consumption in New Mexico. 131(2), 198-202. 1985. American Review of Respiratory Disease 1985.</p>
HOLANDA	1	<p>A1 Sospecha de cáncer pulmonar, la BFC es el método mas sensible para obtener el diagnóstico, provee adicionalmente información sobre el T de estadiage NON-SMALL CELL LUNG CANCER Nation-wide guideline Version 1.0 Dutch Lung Cancer Study Group 2004 pag. 8</p>	<p>- Schreiber G, McCrory DC. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer. Summary of published evidence. Chest 2003;123:5115-28</p> <p>- Wallace JM, Deutsch AL. Flexible fiberoptic bronchoscopy and percutaneous needle lung aspiration for evaluating the solitary pulmonary nodule. Chest 1982;81:665-71</p> <p>- Radke JR, Conway WA, Eyer WR, Kvale PA. Diagnostic accuracy in peripheral lung lesions. Factors predicting success with flexible fiberoptic bronchoscopy. Chest 1979;76:176-9</p>
SIGN	2++	<p>B Pacientes con lesiones centrales con buena performance deben ser</p>	<p>- Detterbeck FC, Rivera M.P. Sensitivity of bronchoscopy in diagnosing lung cancer (table). Diagnosis and treatment of lung cancer an evidence-based guide for the practicing clinician. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p. 5</p>



		sometidos a BFC para obtener el diagnóstico histológico o citológico Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with lung cancer. february 2005. pag 9	- Schreiber G, McCrory DC. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: summary of published evidence. Chest 2003;123(1supp):1155-285
NICE	2	B La BFC debería ser realizada en pacientes con lesiones centrales The Diagnosis and Treatment of Lung Cancer METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE Published by the National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London, WC2A 3PE FEBRUARY 2005 Pag. 42	- Schreiber G, McCrory DC. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: Summary of published evidence. Chest 2003, 123(1 Suppl):11, 5S-28S. - Xie HBCornwell R, Grossman JE, Hoerl HD, Kurtycz DF. Bronchoscopy-guided transtracheal and transbronchial fine-needle aspiration biopsy: a 5-year institutional review of 111 cases. Diagnostic Cytopathology 2002, 27(5):276-81. - Hashmi SN, Mubarak A, Qureshi AH, Saeed W, Ijaz A. Role of endobronchial biopsy in the diagnosis of lung diseases. Journal of the College of Physicians & Surgeons Pakistan 2002, 12(10):628-30. - Laroche C, Fairbairn I, Moss H, Pepke-Zaba J, Sharples L, Flower C et al. Role of computed tomographic scanning of the thorax prior to bronchoscopy in the investigation of suspected lung cancer. Thorax 2000, 55(5):359-63. - Bungay HK, Pal CR, Davies CW, Davies RJ, Gleeson FV. An evaluation of computed tomography as an aid to diagnosis in patients undergoing bronchoscopy for suspected bronchial carcinoma. Clinical Radiology 2000, 55(7):554-60.
ONTARIO		No responde esta pregunta	

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN

TÓPICO : DIAGNÓSTICO

SUBTÓPICO : BIOPSIA INTRATORÁCICA PERCUTÁNEA POR ASPIRACIÓN (BIPA)

PREGUNTA PICO : En paciente adulto, con lesión pulmonar periférica, sospechosa de cáncer de pulmón (NSCLC) el método



diagnóstico de elección recomendable sería BIPA vs otros (broncoscopia, VATS)?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)
ACCP	Moderado	<p>1B</p> <p>Pacientes con sospecha de cáncer pulmonar con lesión periférica menor de 2 cm ,que requiera diagnóstico para planificar el tratamiento, se recomienda BIPA</p> <p>Diagnosis and Management of Lung Cancer: ACCP Guidelines CHEST / 132 / 3 / SEPTEMBER, 2007 SUPPLEMENT 140S</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schreiber G, McCrory DC. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: Summary of published evidence. Chest 2003, 123(1 Suppl) :115S-28S - Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, et al. Transthoracic needle aspiration biopsy for the diagnosis of localised pulmonary lesions: a meta-analysis. Thorax 1999; 54:884-893 - Lopez Hanninen E, Vogl TJ, Ricke J, et al. CT-guided percutaneous core biopsies of pulmonary lesions: diagnostic accuracy, complications and therapeutic impact. Acta Radiol 2001; 42:151-155 - Geraghty PR, Kee ST, McFarlane G, et al. CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of pulmonary nodules: needle size and pneumothorax rate. Radiology 2003; 229:475-481 - Wallace MJ, Krishnamurthy S, Broemeling LD, et al. CTguidedpercutaneous fine-needle aspiration biopsy of small(_ or _1-cm) pulmonary lesions. Radiology 2002; 225:823-828 - Geraghty PR, Kee ST, McFarlane G, et al. CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of pulmonary nodules: needle size and pneumothorax rate. Radiology 2003; 229:475-481 - Yamagami T, Iida S, Kato T, et al. Usefulness of newautomated cutting needle for tissue-core biopsy of lung nodules under CT fluoroscopic guidance. Chest 2003; 124: 147-154 - Arslan S, Yilmaz A, Bayramgurler B, et al. CT-guided transthoracic fine needle aspiration of pulmonary lesions: accuracy and complications in 294 patients. Med Sci Monit 2002; 8:CR493-CR497 - Tan KB, Thamboo TP, Wang SC, et al. Audit of transthoracic fine needle aspiration of the lung: cytological subclassification of bronchogenic carcinomas and diagnosis of tuberculosis. Singapore Med J 2002; 43:570 - 575 - Wallace MJ, Krishnamurthy S, Broemeling LD, et al. CT guided percutaneous fine-needle aspiration biopsy of small (< or = 1-cm) pulmonary lesions. Radiology



			2002; 225:823-828
AUSTRALIA	IV (0)	BIPA es la primera opción para investigar el diagnóstico patológico en lesiones periféricas de pulmón en ausencia de contraindicaciones Basado en Oxford Levels of Evidence for Diagnostic Tests 2001 Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Management of Lung cancer. Australian 2004 pag 52	<ul style="list-style-type: none"> - Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, Stead LF. Interventions for Smoking Cessation in Hospitalised Patients (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2001; 2: CD001837. - Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a Nicotine Antagonist) for Smoking Cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2): CD001009. - Bonfiglio TA. Fine Needle Aspiration Biopsy of the Lung. Pathol Annu 1981; 16 Pt1:159-80. - Barbazza R, Toniolo L, Pinarello A, Scapinello A, Falconieri G, Di Bonito L. Accuracy of Bronchial Aspiration Cytology in Typing Operable (Stage I-II) Pulmonary Carcinomas. Diagn Cytopathol 1992; 8(1): 3-7
HOLANDA	1	A1 El rendimiento del diagnóstico de BIPA depende del tamaño de la lesión NON-SMALL CELL LUNG CANCER Nation-wide guideline Version 1.0 Dutch Lung Cancer Study Group 2004 pag. 9	Detterbeck F, Mehta AC. American College of Chest Physicians. Diagnosis of lung cancer: the guidelines. Chest 2003;123:S129-36.
SIGN	2 ++	B La BIPA debería ser considerada como el método diagnóstico de presencia para lesiones periféricas de pulmón Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with lung cancer. february 2005. pag 9	<ul style="list-style-type: none"> - Detterbeck FC, Rivera M.P. Sensitivity of bronchoscopy in diagnosing lung cancer (table). Diagnosis and treatment of lung cancer an evidence-based guide for the practicing clinician. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p.54. - Schreiber G, McCrory DC. Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: summary of published evidence. Chest 2003;123(1supp):1155-285
	II	B	- Schreiber G, McCrory DC. Performance



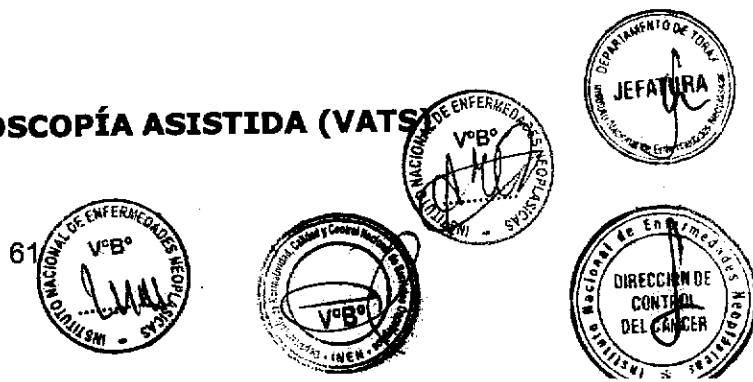
J

NICE		<p>La BIPA es recomendada para el diagnóstico de cáncer de pulmón en pacientes con lesiones periféricas</p> <p>The Diagnosis and Treatment of Lung Cancer METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE</p> <p>Published by the National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London, WC2A 3PE</p> <p>FEBRUARY 2005</p> <p>Pag. 42</p>	<p>characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: Summary of published evidence. Chest 2003, 123(1 Suppl) :115S-28S.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dahlstrom JE, Langdale-Smith GM, James DT. Fine needle aspiration cytology of pulmonary lesions: a reliable diagnostic test. Pathology 2001, 33(1):13-6. - Yu LS, Deheinzeln D, Younes RN, Chojniak R. Computed tomography-guided cutting needle biopsy of pulmonary lesions. Revista do Hospital Das Clinicas; Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo 2002, 57(1) :15-8. - Dennie CJ, Matzinger FR, Marriner JR, Maziak DE. Transthoracic needle biopsy of the lung: results of early discharge in 506 outpatients. Radiology 2001, 219(1):247-51. - Manhire A, Charig M, Clelland C, Gleeson F, Miller R, Moss H et al. Guidelines for radiologically guided lung biopsy. Thorax 2003, 58(11):920-36 - Yamagami T, Iida S, Kato T, Tanaka O, Nishimura T. - Combining fine-needle aspiration and core biopsy under CT fluoroscopy guidance: A better way to treat patients with lung nodules? American Journal of Roentgenology 2003, 80(3):811-5. - Yamagami T, Iida S, Kato T, Tanaka O, Toda S, Kato D et al. Usefulness of new automated cutting needle for tissue-core biopsy of lung nodules under CT fluoroscopic guidance. Chest 2003, 124(1):147-54. - Yu LS, Deheinzeln D, Younes RN, Chojniak R. Computed tomography-guided cutting needle biopsy of pulmonary lesions. Revista do Hospital Das Clinicas; Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo 2002, 57(1):15-8.
ONTARIO		No responde esta pregunta	

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN

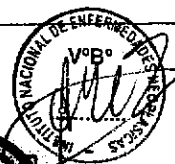
TÓPICO : DIAGNÓSTICO

SUBTÓPICO : VIDEOTORACOSCOPIA ASISTIDA (VATS)



PREGUNTA PICO: En pacientes adultos sospechosos de NSCLC con derrame pleural, que luego de dos estudios citológicos de líquido pleural y biopsia de pleura cerrada negativos, se debe realizar VATS vs Cirugía abierta?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)
ACCP	Bajo	1C (fuerte) Pacientes con sospecha de cáncer de pulmón con derrame pleural cuyo resultado citológico es negativo luego de dos toracocentesis, la toracoscopia es el siguiente paso recomendado Diagnosis and Management of Lung Cancer: ACCP Guidelines CHEST / 132 / 3 / SEPTEMBER, 2007 SUPPLEMENT 142S	<ul style="list-style-type: none"> - Sahn SA. Malignancy metastatic to the pleura. Clin Chest Med 1998; 19:351-361 - Menzies R, Charbonneau M. Thoracoscopy for the diagnosis of pleural disease. Ann Intern Med 1991; 114:271-276 - Page RD, Jeffrey RR, Donnelly RJ. Thoracoscopy: a review of 121 consecutive surgical procedures. Ann Thorac Surg 1989; 48:66-68 - Harris RJ, Kavuru MA, Mehta AC, et al. The impact of thoracoscopy on the management of pleural disease. Chest 1995; 107:845-852
AUSTRALIA		No responde esta pregunta	
HOLANDA	3	3C Si el resultado citológico de líquido pleural es negativo, la posibilidad de BIPA y biopsia dirigida debe realizarse NON-SMALL CELL LUNG CANCER Nation-wide guideline Version 1.0 Dutch Lung Cancer Study Group 2004 pag.9-10	<ul style="list-style-type: none"> - Loddenkemper R, Schonfeld N. Medical thoracoscopy. Curr Opin Pulm Med 1998;4:235-8 . - Boutin C, Astoul P. Diagnostic thoracoscopy. Clin Chest Med 1998;19:295-309 . - Antony VB, Loddenkemper R, Astoul P, Boutin C, Goldstraw P, Hott J, et al. Management of malignant pleural effusions. Eur Respir J 2001;18:402-19 .



SIGN	3	D La toracoscopia debería ser considerada en pacientes con sospecha de cáncer pulmonar, donde procedimientos menores no confirmaron el diagnóstico Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with lung cancer. february 2005. pag 10	-Walshe AD, Douglas JG, Kerr KM, McKean ME, Godden DJ. An audit. Of the Clinical investigation of pleural efusión. Thorax 1992;47 (9):734-7 -Mack MJ, Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Acliff TE. Thoracoscopy for the diagnosis of the indeterminate solitary pulmonary nodule. Ann Thorac Surg 1993;56(4):825-32 - Mitruka S, Landreneau RJ, Mack MJ, Fetterman Ls, Gammie J, Bartley S, et al. Diagnosing the indeterminate pulmonary nodule: percutaneous biopsy versus thoracoscopy. Surgery 1995;118(4):676-84
NICE		No responde esta pregunta	
ONTARIO		No responde esta pregunta	

GUÍA : CÁNCER DE PULMÓN

TÓPICO : DIAGNÓSTICO

SUBTÓPICO : TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)

PREGUNTA PICO: En pacientes adultos con NSCLC elegibles para cirugía, deberían tener evaluación previa con FGD-PET para evaluación de metástasis mediastinal antes de TAC de tórax únicamente?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)
ACCP	1	B Pacientes con cáncer de pulmón EC IB-IIIIB, deben tener PET para estadiage mediastinal y extratorácico	- Toloza E, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer: a review of the current evidence. Chest 2003(suppl):137s-146s - Pieterman RM, van Putten JWG, Meuzelaar JJ, et al. Preoperative staging of non-small-cell lung cancer with positron-emission tomography. N Engl J Med 2000; 343:254-261



		CHEST / 132 / 3 / SEPTEMBER, 2007 SUPPLEMENT 189S	<p>-Gould MK, Kuschner WG, Rydzak CE, et al. Test performance of positron emission tomography and computed tomography for mediastinal staging in patients with nonsmall-cell lung cancer: a meta-analysis. Ann Intern Med 2003; 139:879-892</p> <p>- Reed CE, Harpole DH, Posther KE, et al. Results of the American College of Surgeons Oncology Group Z0050 trial: the utility of positron emission tomography in staging potentially operable non-small cell lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 126:1943-1951</p> <p>- MacManus MP, Hicks RJ, Matthews JP, et al. High rate of unsuspected distant metastases by PET in apparent stage III non-small-cell lung cancer: implications for radical radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001; 50:287-293</p>
AUSTRALIA	1-(0)	PET es el método mas exacto para determinar la benignidad o malignidad de lesiones pulmonares. Altamente predictivo para masas pulmonares no accesibles Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Management of Lung Cancer. Australian 2004 pag.75	<p>- Prauer HW, Weber WA, Romer W, Treumann T, Ziegler SI, Schwaiger M. Controlled Prospective Study of Positron Emission Tomography Using the Glucose Analogue [18f]Fluorodeoxyglucose in the Evaluation of Pulmonary Nodules. Br J Surg 1998;85(11): 1506-11.</p> <p>- Gupta NC, Maloof J, Gunel E. Probability of Malignancy in Solitary Pulmonary Nodules Using Fluorine-18-FDG and PET. J Nucl Med 1996; 37(6): 943-8.</p> <p>- Gould MK, Maclean CC, Kuschner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of Positron Emission Tomography for Diagnosis of Pulmonary Nodules and Mass Lesions: a Meta-Analysis. JAMA 2001; 285(7): 914-24.</p>
HOLANDA	1	A1 El FDG-PET, debe ser el estandar en la evaluación de estadios I-III para tratamiento quirúrgico NON-SMALL CELL LUNG CANCER Nation-wide guideline Version 1.0 Dutch Lung Cancer Study Group 2004 pag.14	<p>- Kalff V, Hicks RJ, MacManus P, Binns DS, McKenzie AF, Ware RE, et al. Clinical impact of (18)F fluorodeoxyglucose positron emission tomography in patients with non-small-cell lung cancer: a prospective study. J Clin Oncol 2001;19:111-8.</p> <p>- Tinteren H van, Hoekstra OS, Smit EF, Bergh JH van den, Schreurs AJ, Stallaert RA, et al. Effectiveness of positron emission tomography in the preoperative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: the PLUS multicentre randomised trial. Lancet 2002;359:1388-93 .</p> <p>- Pieterman RM, Putten JW van, Meuzelaar JJ, Mooyaart EL, Vaalburg W, Koeter GH, et al. Preoperative staging of non-small-cell lung cancer with positron-emission tomography. N</p>



			Engl J Med 2000;343:254-61
SIGN	2++	C El PET puede ser utilizado para identificación de lesiones solitarias pulmonares, que no se cuenta con confirmación citológica Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with lung cancer. february 2005. pag 10	- Scottish Executive. Positron emission tomography scanning: implementation with in Scotland. (NHS HDL (2003) 63). Cited 11 nov. 2004 - Gould MK, Maclean CC, Kushner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of Positron Emission Tomography for Diagnosis of Pulmonary Nodules and Mass Lesions: a Meta-Analysis. JAMA 2001; 285(7): 914-24. - Detterbeck FC, Rivera MP Table 4-10 Detection of primary lung cancers by positron-emission tomography scanning (table). In: Detterbeck FC, Rivera MP, Socinski MA, Rosenman JG, editors. Diagnosis and Treatment of lung cancer. An evidence-based guide for the practicing clinician. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p. 58
NICE	I	A Pacientes candidatos a cirugía, deberían tener PET para descartar compromiso linfático o metástasis a distancia The Diagnosis and Treatment of Lung Cancer. METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE. Published by the National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London, WC2A 3PE FEBRUARY 2005. pag 6 y 34	- Gould MK, Maclean CC, Kushner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of Positron Emission Tomography for Diagnosis of Pulmonary Nodules and Mass Lesions: a Meta-Analysis. JAMA 2001; 285(7): 914-24 - Dunagan D, Chin R, Jr., McCain T, Case L, Harkness B, Oaks T et al. Staging by positron emission tomography predicts survival in patients with nonsmall cell lung cancer. Chest 2001, 119(2):333-9. - Hain SF, Curran KM, Beggs AD, Fogelman I, O'Doherty MJ, Maisey MN. FDG-PET as a "metabolic biopsy" tool in thoracic lesions with indeterminate biopsy. European Journal of Nuclear Medicine 2001, 28(9):1336-40. - Herder GJ, van Tinteren H, Comans EF, Hoekstra OS, Teule GJ, Postmus PE et al. Prospective use of serial questionnaires to evaluate the therapeutic efficacy of 18F-fluorodeoxyglucose (FDG) positron emission tomography (PET) in suspected lung cancer. Thorax 2003, 58(1):47-51.
ONTARIO		No responde esta pregunta	



GUÍA CLÍNICA : CÁNCER DE PULMÓN Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer primario del pulmón a células no pequeñas en el Perú

TÓPICO : TRATAMIENTO

SUBTÓPICO : TRATAMIENTO EC I - II

PREGUNTA PICO: ¿Deben recibir tratamiento de segunda línea pacientes en EC I - II?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
SING	I	A	J Clin Oncol 2000; 18(10): 2095-103. J Clin Oncol 2000; 18(12): 2354-62.	Docetaxel agente unico Fase III
DUTCH	I	A	J Clin Oncol 2000; 18(10): 2095-103. J Clin Oncol 2000; 18(12): 2354-62.	Docetaxel agente unico en pacientes con estado de actividad ECOG 0-1 Fase III
NICE	I	A	J Clin Oncol 2000; 18(10): 2095-103. J Clin Oncol 2000; 18(12): 2354-62.	Monoterapia con docetaxel Fase III
AUSTRALIA	II		J Clin Oncol 2000; 18(10): 2095-103. J Clin Oncol 2000; 18(12): 2354-62.	Pacientes en buen estado de performance Indicado docetaxel Fase III
CHEST	No reporta	No reporta		

GUÍA CLÍNICA: CÁNCER DE PULMÓN
Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer primario del pulmón a células no pequeñas en el Perú

TÓPICO: TRATAMIENTO

SUBTÓPICO: TRATAMIENTO EC I - III

PREGUNTA PICO : ¿esta recomendado el tratamiento con quimioterapia adyuvante en los pacientes portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas operados EC I-II-III A?



Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
SING	No reportada	NR		
DUTCH	Nivel 1		BMJ 1995;311:899-909 Lung Cancer 2003;40:181-6 Lung Cancer 2003;41(Suppl 2;S54):O-179 J Nat Cancer Inst 2003;95:1453-61 N Engl J Med 2004;350:351-60	Meta-analisis Fase III Fase III Fase III Fase III
NICE		No recomienda		
AUSTRALIA		No recomienda		
CHEST		1ª	J Clin Oncol 2005; 23:3270-3278 Fase III J Clin Oncol 2006; 24(18S):7008 Fase III N Engl J Med 2005; 352:2589-2597 Fase III Lancet 2006; 7:719-727 Fase III J Clin Oncol 2006; 24(18S):7007 Fase III Int J Cancer 2006; 119:955-960 Fase III N Engl J Med 2004; 350:1713-1721 Fase III J Clin Oncol 2005; 23:4999-5006 Fase III N Engl J Med 2004; 350:351-360 Fase III	EC IA No recomendado quimioterapia EC IB No recomendado EC II - IIIA se recomienda quimioterapia basada en platino

GUÍA CLÍNICA: CÁNCER DE PULMÓN



Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer primario del pulmón a células no pequeñas en el Perú

TÓPICO: TRATAMIENTO

SUBTÓPICO: TRATAMIENTO EC III

PREGUNTA PICO : ¿Cuál es el tratamiento de un paciente portador de cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios clínico III-A y III-B no resecable?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
SING		A	Adv ther 2003,20(1):14 Chest 2000,117:358 N Engl.J of Med 1990, 323:940	Quimioterapia basada en platino adicional a la RT convencional 60Gy/ 30F / 6 semanas Fase III
DUTCH	NIVEL 1	A1	Chest 2000;117:358-64 J Natl Cancer Inst 1991;83:417-23 J Natl Cancer Inst 1996;88:1210-5	Para pacientes con NSCLC localmente avanzado la combinación QT basada en platino + RT mejorar la sobrevida, Fase III
AUSTRALIA	1		BMJ 1995; 311(7010): 899-909. Ann Intern Med 1996; 125(9): 723-9.	La combinación de RT + QT basada en platino en pacientes en buen estado de actividad mejora la sobrevida Fase III
NICE	1		Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1:Art No.: CD002140.	La combinación de RT + QT basada en platino en pacientes en buen estado de actividad mejora la sobrevida Fase III
CHEST	1	A	BMJ 1995; 311:899-909	La combinación de RT + QT



			J Clin Oncol 1999; 17:2692-2699 J Clin Oncol 2005; 23:5910-5917	basada en platino en pacientes en buen estado de actividad, sin derrame pleural, minima pérdida de peso <5%, mejora la sobrevida Fase III
--	--	--	--	---

GUÍA CLÍNICA: CÁNCER DE PULMÓN Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer primario del pulmón a células no pequeñas en el Perú

TÓPICO: TRATAMIENTO

SUBTÓPICO: TRATAMIENTO EC IIIB y IV

PREGUNTA PICO : ¿Cuál es el tratamiento de los paciente con cáncer de pulmón a células no pequeñas EC III-B y IV?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
SING	1	A	BMJ 1995;311:899-909 . J Natl Cancer Inst 2000;92:1074-80 Lung Cancer 2000;27:145-57	Quimioterapia basada en una dupleta de platino Pacientes ECOG 0-1 No mas de cuatro cursos Fase III
DUTCH	1	A	BMJ 1995;311:899-909 . J Natl Cancer Inst 2000;92:1074-80 Lung Cancer 2000;27:145-57	Quimioterapia basada en una dupleta de platino Pacientes ECOG 0-1 Fase III
NICE	1	A	BMJ 1995;311:899-909 . J Natl Cancer Inst 2000;92:1074-80	Quimioterapia basada en platino Pacientes en ECOG 0-1 Agente de tercera



69



			Lung Cancer 2000;27:145-57	generación Fase III
AUSTRALIA	1	A	BMJ 1995;311:899-909 J Natl Cancer Inst 2000;92:1074-80 Lung Cancer 2000;27:145-57	Quimioterapia basada en platino Pacientes en ECOG 0-1, menores de 70 años Agente de tercera generación No condiciones medicas asociadas Fase III
CHEST	1	A	JAMA 2004; 292:470-484 N Engl J Med 2006; 355:2542-2550 N Engl J Med 2002; 346:92-98	Quimioterapia dupleta basada en platino Pacientes en ECOG <2 Agente de tercera generación No mas de 4 cursos de tratamiento La adición de un tercer agente esta indicada en una subpoblación de pacientes: no epidermoide, no metastasis sistema nervioso central, no hemoptisis

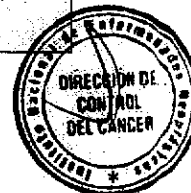
GUÍA CLÍNICA: CÁNCER DE PULMÓN Guía clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer primario del pulmón a células no pequeñas en el Perú

TÓPICO: TRATAMIENTO

SUBTÓPICO: AGENTES BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO

PREGUNTA PICO : ¿Tienen rol los agentes biológicos en primera línea de tratamiento?

Guía (Enfoque de la pregunta)	Evidencia (Nivel)	Recomendación (Grado)	Referencias Bibliográficas (Tipo de publicación)	Comentarios
----------------------------------	----------------------	--------------------------	--	-------------

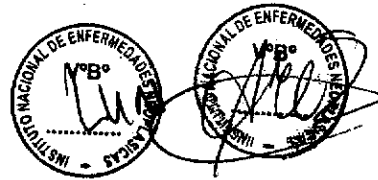


SING	NR			
DUTCH	NR			
NICE	NR			
AUSTRALIA	NR			
CHEST	1	A	N Engl J Med 2006; 355:2542-2550	La adición de bevacizumab mejora la sobrevida libre de progresión y la sobrevida global en una población seleccionada de pacientes: <ul style="list-style-type: none"> • Histología de no epidermoid e • No metastasis cerebral • No antecedente de hemoptisis Fase III

ANEXO 8. 7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

(Según metodología elaborada por el grupo Osteba)

EN INDIVIDUOS CON RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN EL NO CONSUMO DEL TABACO PREVIENE EL CÁNCER DE PULMÓN VERSUS NO CUMPLE NINGUN ROL?



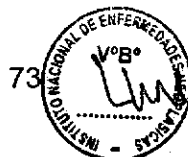
<p>1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE</p>
<p>2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta (citada o no en las guías)?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (Incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido.</p> <p>SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación.</p> <p>PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL</p>
<p>4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?</p>	<p><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO</p>
<p>5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales. 	<p><input type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, N) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable</p>
<p>6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (falta de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)</p>	<p><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO</p>

EN INDIVIDUOS RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN LA DIETA SUPLEMENTARIA CON BETA CAROTENOS SE RECOMIENDA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN A CÉLULAS NO PEQUEÑAS?



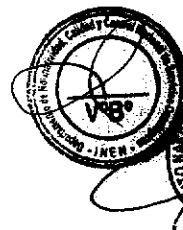
1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales.	<input type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO

PREGUNTA PICO EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO PARA CÁNCER DE PULMÓN, LA QUIMIOPREVENCIÓN BENEFICIA O NO PARA PREVENIR EL CÁNCER DE PULMÓN?



1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SIGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales.	<input type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (E, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio; si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO

PREGUNTA PICO: TODO PACIENTE ADULTO CON SOSPECHA DE NSCLC DEBE TENER TAC DE TÓRAX O ESTUDIO RADIOGRÁFICO CONVENCIONAL, PARA DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES?



1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (Cada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido.</p> <p>SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación.</p> <p>PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
<p>5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales. 	<input checked="" type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

PREGUNTA PICO: EN PACIENTE ADULTO CON LESIÓN PULMONAR CENTRAL, SOSPECHOSA DE CÁNCER DE PULMÓN (NSCLC), EL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ELECCIÓN ES LA FIBROBRONCOSCOPIA VS OTROS (ESPUTO, BIPA)?

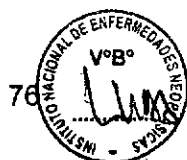


75



<p>1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE</p>
<p>2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)</p>	<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido.</p> <p>SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación.</p> <p>PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL</p>
<p>4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?</p>	<p><input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO</p>
<p>5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales. 	<p><input type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input checked="" type="radio"/> No clasificable</p>
<p>6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)</p>	<p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>

PREGUNTA PICO: EN PACIENTE ADULTO, CON LESIÓN PULMONAR PERIFÉRICA, SOSPECHOSA DE CÁNCER DE PULMÓN (NSCLC) EL MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ELECCIÓN RECOMENDABLE SERÍA BIPA VS OTROS (BRONCOSCOPIA, VATS?)



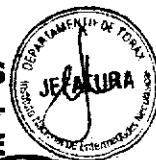
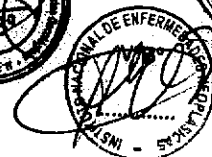
<p>1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
<p>2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido.</p> <p>SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación.</p> <p>PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
<p>4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<p>5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida; equiparable a A o B de SIGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, v) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
<p>6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<p>7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio; si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

PREGUNTA PICO: EN PACIENTES ADULTOS SOSPECHOSOS DE NSCLC CON DERRAME PLEURAL, QUE LUEGO DE DOS ESTUDIOS CITOLÓGICOS DE LÍQUIDO PLEURAL Y BIOPSIA DE PLEURA CERRADA NEGATIVOS, SE DEBE REALIZAR VATS VS CIRUGÍA ABIERTA?



1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿Las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (Incongruencias importantes, congruentes, ligeras Incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿Se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿Los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales.	<input type="radio"/> Firme (A/B) <input checked="" type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc).	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

PREGUNTA PICO: EN PACIENTES ADULTOS CON NSCLC ELEGIBLES PARA CIRUGÍA, DEBERÍAN TENER EVALUACIÓN PREVIA CON FGD-PET PARA EVALUACIÓN DE METÁSTASIS MEDIASTINAL ANTES DE TAC DE TÓRAX ÚNICAMENTE?



1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿Las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿Se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿Los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales.	<input checked="" type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, v) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO

Proceso de Elaboración de Guías Clínicas Adaptadas INEN 2007 – 2008

7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

PREGUNTA PICO: ¿deben recibir tratamiento de segunda línea pacientes en EC I - II?



1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales.	<input checked="" type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Proceso de Elaboración de Guías Clínicas Adaptadas INEN 2007 – 2008

7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

PREGUNTA PICO : ¿Está recomendado el tratamiento con quimioterapia adyuvante en los pacientes portadores de cáncer de pulmón a células no pequeñas operados EC I-II-III A?



<p>1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE</p>
<p>2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL</p>
<p>4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales. 	<p><input checked="" type="radio"/> Firme (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable</p>
<p>6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>
<p>7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio; si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p>

Proceso de Elaboración de Guías Clínicas Adaptadas INEN 2007 – 2008

7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

PREGUNTA PICO : ¿Cuál es el tratamiento de un paciente portador de cáncer de pulmón a células no pequeñas en estadios clínico III-A y B no resecaible?

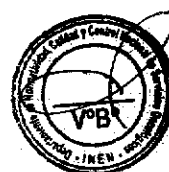


<p>1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> PARCIALMENTE</p>
<p>2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>
<p>3. Consistencia entre las guías:</p> <p>¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias?</p> <p>¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares?</p> <p>¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías?</p> <p>Consistencia:</p> <p>NO: existen incongruencias importantes de contenido.</p> <p>SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación.</p> <p>PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p> <p><input type="radio"/> PARCIAL</p>
<p>4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>
<p>5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN. - basada en opiniones de expertos. - basada en estudios observacionales. 	<p><input checked="" type="radio"/> Firme (A/B)</p> <p><input type="radio"/> Consenso (D, V)</p> <p><input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C)</p> <p><input type="radio"/> No clasificable</p>
<p>6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>
<p>7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)</p>	<p><input checked="" type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>

Proceso de Elaboración de Guías Clínicas Adaptadas INEN 2007 – 2008

7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

PREGUNTA PICO : ¿Cuál es el tratamiento del paciente con cáncer de pulmón a células no pequeñas EC III-B y IV?



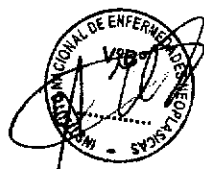
1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación: Se trata de una recomendación: <ul style="list-style-type: none"> - sólida, equiparable a A o B de SIGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales. 	<input checked="" type="radio"/> Firma (A/B) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Proceso de Elaboración de Guías Clínicas Adaptadas INEN 2007 – 2008

7 CRITERIOS DE ADAPTACIÓN

PREGUNTA PICO
tratamiento?

: ¿Tienen rol los agentes biológicos en primera línea de



83



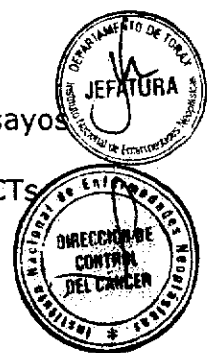
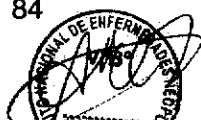
1. ¿Responden las guías a nuestra pregunta?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIALMENTE
2. ¿Existe alguna revisión Cochrane que responda a la pregunta? (citada o no en las guías)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3. Consistencia entre las guías: ¿las guías son coincidentes en el contenido de la recomendación o existen incongruencias de contenido? (incongruencias importantes, congruentes, ligeras incongruencias) ¿En qué sentido pueden afectar las incongruencias? ¿se apoyan en evidencias o en tipos de estudios similares? ¿los niveles de evidencia y grados de recomendación son equiparables entre distintas guías? Consistencia: NO: existen incongruencias importantes de contenido. SI: las guías coinciden en el contenido de la recomendación, en el tipo de estudio en que se apoyan y en el grado de recomendación. PARCIAL: existen incongruencias ligeras en el contenido o las guías son congruentes pero se basan en tipos de estudios diferentes y el grado de recomendación no es equiparable.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> PARCIAL
4. Actualización de las guías: ¿es probable que se haya publicado algún estudio relevante que pueda modificar el sentido o el grado de la recomendación?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
5. Grado de la recomendación. Se trata de una recomendación: - sólida, equiparable a A o B de SIGN, - basada en opiniones de expertos, - basada en estudios observacionales.	<input checked="" type="radio"/> Firme (A/R) <input type="radio"/> Consenso (D, V) <input type="radio"/> Basada en estudios observacionales (C) <input type="radio"/> No clasificable
6. Claridad de la recomendación: ¿la recomendación es clara, no ambigua, y está claramente formulada?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
7. Aplicabilidad de la recomendación en nuestro medio. Valorar: la repercusión en nuestro medio, si existen barreras adicionales que dificulten la aplicación de la recomendación (carencia de recursos diagnósticos o terapéuticos, repercusiones económicas de adoptar la recomendación, factibilidad de implementar esta recomendación en nuestro medio, etc.)	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Anexo 9. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Task Force. Claves para evaluar:

Niveles de evidencia

- 1++ Alta calidad de metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados (RCTs), o RTCs bajo riesgo desasgo.
- 1+ Metanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de RCTs o RTCs



- con bajo riesgo de sesgo.
- 1- Metanálisis, revisiones sistemáticas de RCTs o RCTs con alto riesgo de Sesgo.
 - 2++ Alta calidad de revisiones sistemáticas de casos controles o estudios cohorte.
Alta calidad de caso control o estudios cohorte con bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad que la relación es causal.
 - 2+ caso control bien conducido o estudio cohorte con bajo riesgo de confusión o sesgos y moderada probabilidad que la relación es causal.
 - 2- Caso control o estudio cohorte con alto riesgo de confusión o Bias y significativo riesgo que la relación no es causal.
 - 3 Estudio no analítico, ejm reporte de casos, serie de casos.
 - 4 Opinión de expertos.

Grados de recomendación

- A** Por lo menos un metanálisis, revisión sistemática de RCTs o RCTs mencionadas como 1++ y directamente aplicables a la población blanco; o

Un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios relacionados como 1+, directamente aplicables a la población blanco, y demostrando consistencia completa de resultados.

- B** Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios relacionados como 2++, directamente aplicables a la población blanco, demostrando consistencia completa de resultados; o

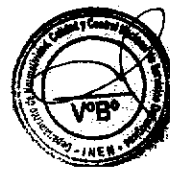
Evidencia extrapolada de estudios relacionados como 1++ o 1+

- C** Un cuerpo de evidencia incluyendo estudios relacionados como 2+, directamente aplicables a la población blanco, demostrando consistencia completa de resultados; o

Evidencia extrapolada de estudios relacionados como 2++

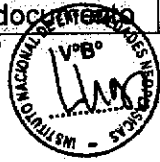
- D** Evidencia nivel 3 o 4; o

Evidencia extrapolada de estudios relacionados como 2+



Anexo 10. PROCESO CRONOLÓGICO DE ELABORACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS ADAPTADAS

Mes	Semana	Actividad	Herramienta
Enero 2008	1	1. Temas a tratar	• Lista de Temas
	2	2. Tópicos por cada tema : diagnóstico, tratamiento, prevención	• Lista de tópicos por cada tema
	3 y 4	3. Preguntas PICO por cada tópico	• Lista de preguntas PICO (guiada)
Febrero 2008	1	4. Estrategia de búsqueda de GC y RS	• Mesh Terms • Filtros
	1 y 2	5. Búsqueda exhaustiva de GC y RS	
	3 y 4	6. Calificación de GC y RS	• Herramienta AGREE
Marzo 2008	1	7. Comparación de evidencias	• Tabla de Guías (por cada pregunta PICO)
	2	8. Análisis de las evidencias	• 7 Criterios de Adaptación (por cada pregunta PICO)
	3	9. Comentarios en relación a: - características culturales y sociales - infraestructura y tecnología	• Comité técnico
	4	10. aproximación económica	• Oficina de costos
Abril 2008	1, 2, y 3	11. Gradación de las recomendaciones	• Sistema GRADE(°) resto según GC base
	4	12. Clasificación de las intervenciones (efectivas, inefectivas, incierta, perjudiciales)	• Tabla de clasificación
Mayo-diciembre 2008	1 - 4	13. Evaluación de las guías	• Comité técnico
	1 - 4	14. Elaboración de correcciones	• Comité técnico
	1 - 4	15. Adendas	• Comité técnico
Enero 2009	1 - 4	16. Evaluación final	• Comité técnico
Febrero 2009	1, 2	17. Revisión de la Guía	• Comité revisor
	3, 4	18. Entrega de Sugerencias y modificaciones por el Comité Revisor	• Comité revisor
Marzo 2009	1	19. Modificaciones sugeridas en la Guía	• Coordinador
	2	20. Entrega del documento	• Comisión



Anexo 11. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AGREE	: Appraisal of Guidelis Research Evaluation
AIDS	: Síndrome de deficiencia autoinmune adquirida
BFC	: Broncofibroscopía
BIPA	: Biopsia Intratorácica Percutánea por Aspiración
CCTR	: Cochrane Controlled Trials Registry
CD-ROM	: Compact disk-read only memory
CDSR	: Cochrane Database of Systematic Reviews
CI	: Intervalo de confianza
CIE	: Código Internacional de Especialidades
Cochran Q	: Chi-square Cochrane
DARE	: Database of Abstracts and Reviews, Cochrane Library
df	: Grado de libertad
exp	: Explorar
FPR	: Falso negativo (false positive rate)
GC	: Guías clínicas
GIN	: Guidelines Internacional Network
GNPCO	: Guías Nacional de Práctica Clínica Oncológica
GPC	: Guía de Práctica Clínica
HR	: Hazard ratio
IARC	: International Agency for Research on Cancer
INEN	: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
LID	: Lóbulo inferior derecho
LII	: Lóbulo inferior izquierdo
LM	: Lóbulo medio
LSD	: Lóbulo superior derecho
LSI	: Lóbulo superior izquierdo
MeSH	: Medical Subject Heading
MINSA	: Ministerio de Salud
NHMRC	: National Health and Medical Research Council
NLM-USA	: National Library of Medicine (EEUU de NA)
NM	: Neoplasia Maligna
NNH	: Number needed to harm
NNT	: Number needed to treat
OR	: Odds ratio
PICO	: Población, Intervención, Comparación, (Outcome)Resultados
P-value	: Probabilidad
QT	: Quimioterapia
RCT	: Randomised controlled trial
RD	: Risk difference
RMN	: Resonancia magnética nuclear
ROC	: Receiver-operator curve
RR r	: Elative risk/risk ratio
RS	: Revisiones sistemáticas
RT	: Radioterapia
SCHARP	: Survival Curve and Hazard Ratio Program
SROC	: Summary receiver-operator curve



TAC : Tomografía axial computada
TEM : Tomografía espiral multicorte
TNM : Tumor, Nodo linfático, Metástasis
TPR : True positive rate

Anexo 12. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acontecimiento adverso

Resultados no beneficiarios medidos en un estudio de una intervención que puede o puede no haber sido causado por la intervención.

Aleatorización

Un proceso de asignación de participantes al tratamiento o grupos de control dentro de un ensayo controlado mediante un mecanismo aleatorio, como tirar monedas, al azar número de mesa, o generadas por ordenador números aleatorios.

Aplicabilidad (véase también la validez externa, generalizar)

La aplicación de los resultados tanto a los pacientes individuales y grupos de pacientes. Este término se prefiere a generalizar, ya que incluye la idea de particularising o individualización y el tratamiento es más cercano al objetivo general de la práctica clínica. Se ocupa de si un determinado tratamiento que mostró un beneficio en un estudio se puede esperar que el mismo beneficio a un solo paciente.

Asignación (o asignación a los grupos en un estudio)

La forma en que los sujetos se asignan a los diferentes grupos en un estudio (por ejemplo, tratamiento contra las drogas/placebo; habitual de tratamiento o sin tratamiento). Esto puede ser por un método aleatorio (véase el ensayo controlado aleatorio) o un método non random (véase pseudorandomised estudio controlado).

Bradford-Hill criterios (véase la causalidad)

En estudio de casos y controles, los pacientes con un determinado resultado o enfermedad y un grupo de controles sin la enfermedad o resultado son seleccionados (por lo general con cuidado el examen de selección adecuada de controles, se pongan en venta, etc.), y a continuación, que se obtenga información sobre si los sujetos han estado expuestos a la factor que se investiga.

Broncoscopia

Procedimiento de diagnóstico a través del árbol bronquial y obtención de muestras de tejidos, células, fluidos, etc, con criterio diagnóstico.

Calidad de las pruebas

Grado en que el sesgo se ha impedido mediante el diseño y realización de la investigación de pruebas que se deriva.

Calidad de vida

El grado en que una persona percibe a sí mismos en condiciones de funcionar física, emocional y socialmente. En un contexto más "cuantitativo" sentido, una estimación del resto de la vida libre de deficiencia,



discapacidad o minusvalía como capturadas por el concepto de calidad de vida ajustadas en función de años (AVACs).

Causalidad

La relación de causa a los efectos que producen. El Bradford-Hill criterios de asociación causal: relación temporal (la exposición siempre precede a los resultados - el único criterio esencial), consistencia, fuerza, especificidad, relación dosis-respuesta, plausibilidad biológica, coherencia y experimento.

Ciego

El ciego o de ocultación es el proceso utilizado en estudios epidemiológicos y los ensayos clínicos en los que los observadores y los temas que no tienen los conocimientos como tratamientos a los que los sujetos se asignan al. Esto se hace con el fin de minimizar el sesgo que se forman en la respuesta del paciente y los resultados de medición. En simple ciego estudios sólo los asuntos son ciegos a sus asignaciones, mientras que en estudios doble ciego, tanto los observadores y los temas son ignorados del tratamiento de las asignaciones.

Colaboración Cochrane

La Colaboración Cochrane es una red internacional que tiene por objeto preparar, mantener y difundir la alta calidad de las revisiones sistemáticas sobre la base de los ensayos controlados aleatorios (ECA) y, cuando ECA no están disponibles, la mejor evidencia disponible de otras fuentes. Promueve el uso de objetivos expresos los métodos para minimizar el sesgo, y rigurosa revisión por pares.

¿Cómo revisar las pruebas Cumulative meta-análisis?

En una revisión sistemática, los resultados de los estudios pertinentes están ordenados por algunas características, secuencial y puesta en común de los ensayos se lleva a cabo en aumento o disminuye el orden.

Concurso de controles

Controles de recibir la alternativa de intervención y se someten a evaluación simultáneamente con el grupo que recibió la nueva intervención. Asignación a la intervención o control no es al azar.

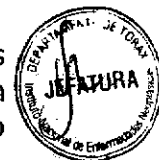
Confusión

La medida de un efecto del tratamiento se distorsiona debido a las diferencias en variables entre los grupos de tratamiento y control que también guardan relación con el resultado. Por ejemplo, si el tratamiento (o una nueva intervención) se prueba en los pacientes más jóvenes entonces puede parecer más eficaz que la comparación, no porque sea mejor, sino porque los pacientes más jóvenes tenían mejores resultados.

Controles históricos

Los datos de unos bienes previamente publicados o serie pacientes tratados previamente en una institución que se utilizan para la comparación con un recogido prospectivamente grupo de pacientes expuestos a la tecnología o la intervención de interés en la misma institución.

Cuidados paliativos



Modelo terapéutico orientado a disminuir o desaparecer síntomas del paciente para hacer mas llevadera su enfermedad y en lo posible discreta mejor calidad de vida.

Cumulative meta-análisis

En una revisión sistemática, los resultados de los estudios pertinentes están ordenados por algunas características, secuencial y puesta en común de los ensayos se lleva a cabo en aumento o disminuye el orden.

Diferencia

Una medida de la variación mostrada por un conjunto de observaciones, definida por la suma de los cuadrados de desviación de la media, dividido por el número de grados de libertad en el conjunto de observaciones.

Diferencia de riesgo (DR)

La diferencia (absoluta) en las proporciones con el resultado entre los grupos de tratamiento y control. Si el resultado representa un acontecimiento adverso (como la muerte) y la diferencia de riesgo es negativa (por debajo de 0), esto sugiere que el tratamiento reduce el riesgo a que se refiere como el riesgo absoluto reducción.

Efecto estadísticamente significativo (véase también el efecto clínicamente importante)

Uno de los resultados para que la diferencia entre la intervención y de control grupos es estadísticamente significativa (es decir, el P-valor es 0,05). A estadísticamente efecto significativo no es necesariamente clínicamente importantes.

Efecto modificación, efecto modificador (véase también la interacción)

La relación entre una única variable (o de covarianza) y el tratamiento efecto. Interacción significativa entre el tratamiento y una variable indica que el efecto del tratamiento varía según los niveles de esta variable.

Eficiencia (técnica y asignativa)

La medida en que el máximo beneficio posible se consigue fuera de los recursos disponibles

Efusión Pleural

Presencia de fluidos anormales en cantidad y calidad en la cavidad pleural.

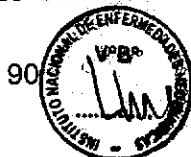
El riesgo relativo o riesgo relativo (RR)

Relación de las proporciones en los grupos de tratamiento y control con el resultado. Esto expresa el riesgo de que los resultados en el grupo de tratamiento relativa a que en el grupo control.

Ensayo controlado aleatorio

Un estudio comparativo experimental en el que los participantes se asignan a tratamiento o intervención o control / placebo utilizando grupos de forma aleatoria mecanismo (véase la aleatorización). Los participantes tienen la misma probabilidad de ser asignados a una intervención o grupo de control y, por tanto, la asignación de sesgo es eliminado.

Error aleatorio



La porción de variación en una medida que no tiene conexión aparente a cualquier otra medida o variable, generalmente considerado como debido al azar.

Estadio clínico

Nominación a una de las etapas sistematizadas durante la historia natural de la enfermedad. Cuando se refiere al cáncer, se hace uso además del examen físico al estudio mediante imágenes, entre otros.

Estándar de oro

Un método, procedimiento o medida que se considera generalmente aceptadas o como la mejor disponible. A menudo utiliza para comparar con nuevos métodos.

Estudio comparativo

Un estudio entre ellos una comparación o grupo control.

Estudio de casos y controles

Los pacientes con un determinado resultado o enfermedad y un grupo de controles sin la enfermedad o resultado son seleccionados (por lo general con cuidado el examen de selección adecuada de controles, se pongan en venta, etc) y, a continuación, que se obtenga información sobre si los sujetos han estado expuestos a la factor que se investiga.

Estudio de cohortes

Los datos se obtienen a partir de grupos que han estado expuestos o no expuestos a la nueva tecnología o factor de interés (por ejemplo, a partir de bases de datos). Cuidadoso examen usualmente se da a la selección de los pacientes, la elección de resultados, controles adecuados, se pongan en venta, etc. Sin embargo, los datos sobre los resultados pueden ser limitados.

Estudio transversal

Un estudio que examina la relación entre enfermedades (u otros healthrelated características) y otras variables de interés, tal como existen en un población definida en un momento (es decir, la exposición y los resultados son tanto medido al mismo tiempo).

Estudios observacionales

También conocido como los estudios epidemiológicos. Estos son generalmente realizadas por los investigadores que no participan en la atención clínica de los pacientes que han estudiados, y que no están utilizando la tecnología objeto de la investigación en este grupo de pacientes.

Evaluación Cardiovascular

Estudios que conducen a evaluar el corazón, su función y condición frente a una potencial cirugía o exposición a drogas durante la quimioterapia.

Examen Físico del paciente



Evaluación ectoscópica, palpatoria, auscultatoria, de carácter sensorial y a través de la observación para establecer criterios de diagnóstico médico en el paciente.

Exámenes de Laboratorio

Estudio de muestras de tejidos, fluidos, etc con la finalidad de establecer diagnóstico microscópico, orientado a gérmenes, características organolépticas, químicas y físicas de los mismos.

Extrapolación

Se refiere a la aplicación de los resultados a una mayor población y los medios para inferir, predecir, o ampliar los resultados del proyecto más allá de lo que se registró, observado o experimentado.

Falacia ecológica

El sesgo que puede ocurrir porque observó una asociación entre las variables en forma agregada (por ejemplo, estudiar o país) el nivel no representa necesariamente la asociación que existe en una persona (sujeto).

Fiabilidad

También llamada la coherencia o la reproducibilidad. El grado de estabilidad que existe cuando una medición se hizo en varias ocasiones bajo condiciones diferentes o de diferentes observadores.

Función Pulmonar

Valoración funcional de los pulmones y vías respiratorias traqueobronquiales y delimitar factores o variantes respecto a la edad, sexo, raza o enfermedad de fondo.

Glosario 99

Medicina basada en la evidencia y la atención de la salud. El proceso de encontrar información relevante en la literatura médica para abordar un problema clínico específico. Atención al paciente sobre la base de las pruebas derivadas de los mejores estudios disponibles.

Grados de libertad (df)

El número de comparaciones independientes que pueden hacerse entre los miembros de una muestra.

Hazard ratio (HR)

Cuando el tiempo con el resultado de interés es sabido, esta es la relación entre los peligros en el tratamiento y los grupos de control donde el peligro es la probabilidad de tener los resultados en el tiempo t , dado que el resultado no ha ocurrido hasta el momento T .

Heterogeneidad

Se refiere a las diferencias en el efecto del tratamiento entre los estudios que contribuyan a un meta-análisis. Si existe heterogeneidad significativa, esto indica que la los juicios no son la estimación de un solo efecto del tratamiento común.

Hipótesis nula



La hipótesis que afirma que no hay diferencia entre dos o más o las intervenciones de dos o más grupos (por ejemplo, hombres y mujeres). La nula hipótesis afirma que los resultados observados en un estudio (por ejemplo, los aparentes efectos beneficiosos de la intervención) no son diferentes de lo que podría haberse producido como resultado de la operación de pura casualidad.

Historia Clínica del Paciente

Documento de carácter médico legal en la que se registran hechos vinculados al manejo médico del paciente.

Historia Natural de la enfermedad

Curso de la enfermedad desde sus inicios pasando por la evolución natural sin intervención de tratamientos impartidos, pasando por la diseminación de la enfermedad, que puede ser de inicio local, regional y a distancia o de manera global y sistémica, hasta el deceso del paciente.

Incidencia

El número de nuevos eventos (nuevos casos de una enfermedad) en una población definida, en un plazo determinado de tiempo.

Intención de tratar

Un análisis de un ensayo clínico donde los participantes son analizados en función del grupo al que inicialmente fueron asignados al azar, independientemente de si se trata o no abandonado, cumplido plenamente con el tratamiento, o cruzado y el otro recibió tratamiento. Al preservar el original grupos se puede ser más la confianza de que sean comparables.

Interacción

La relación entre una única variable (o de covarianza) y el tratamiento efecto.

Intervalo de confianza (IC)

Un intervalo en el que la población parámetro (el "verdadero" valor) es espera que se encuentran con un determinado grado de certeza (por ejemplo, 95%).

Intervención

Una intervención por lo general, ser un procedimiento terapéutico como tratamiento con un agente farmacéutico, la cirugía, un suplemento dietético, un cambio de dieta o la psicoterapia. Algunas otras intervenciones son menos obvias, como principios detección (cribado), los pacientes materiales educativos, o la legislación. La clave característica es que una persona o su entorno se manipulan en la esperanza de beneficiar a esa persona.

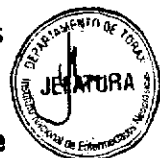
La eficiencia (técnica y asignativa).

La medida en que el máximo beneficio posible se consigue fuera de los recursos disponibles.

La fuerza de las pruebas Magnitud, precisión y reproducibilidad de la intervención efecto (incluye magnitud del efecto tamaño, intervalo de



93



confianza del ancho, P-valor, y la exclusión de efectos clínicamente poco importante).

En el caso de nonrandomised estudios, factores adicionales como la verosimilitud biológica, biológicas gradiente y la temporalidad de las asociaciones pueden ser considerados.

La heterogeneidad

Se refiere a las diferencias en el efecto del tratamiento entre los estudios que contribuyan a una meta-análisis. Si existe heterogeneidad significativa, esto indica que la los juicios no son la estimación de un solo efecto del tratamiento común.

Magnitud del efecto del tratamiento

Se refiere al tamaño (o la distancia desde el nulo valor que indica no el efecto del tratamiento) de la medida de resumen (o estimación puntual) de la el efecto del tratamiento y los valores incluidos en el correspondiente 95% intervalo de confianza.

Glosario 101

Mediastinoscopia

Procedimiento quirúrgico que permite abordar el espacio mediastinal mediante una pequeña incisión para esternal.

Medicina basada en la evidencia y la atención de la salud

El proceso de encontrar información relevante en la literatura médica para abordar un problema clínico específico. Atención al paciente sobre la base de las pruebas derivadas de los mejores estudios disponibles.

Meta-análisis

Los resultados de varios estudios, identificados en una revisión sistemática, se combinan y se resume cuantitativamente.

Meta-regresión

La instalación de un modelo de regresión lineal con una estimación del tratamiento efecto que la variable dependiente y el nivel de estudio como los descriptores variables independientes.

Metástasis

Término utilizado para señalar diseminación del cáncer por fuera de su ámbito de crecimiento local. Puede ser regional o a distancia.

Modelo de pronóstico

Un modelo estadístico que las estimaciones de una persona probabilidad de desarrollar el enfermedad o resultado de interés de los valores de diversas características (tales como edad, sexo, factores de riesgo).

Nivel de evidencia

Estudio de diseños son a menudo agrupados en una jerarquía en función de su validez o grado en que no son susceptibles al sesgo. La jerarquía indica que los estudios deben dar más peso a una evaluación.



No randomizado cruzadas sobre el diseño

Los participantes en un juicio se miden antes y después de la introducción o retiro de la intervención y el orden de introducción y la retirada no es aleatorio.

Número necesario a tratar (NNT) (véase también el número necesario para dañar)

Cuando el tratamiento reduce el riesgo de resultados adversos especificados de un condición, NNT es el número de pacientes con una determinada condición que deben recibir un tratamiento para un período determinado, a fin de evitar la aparición de los resultados adversos. Este número es el inverso de la reducción del riesgo absoluto.

Número necesario para dañar (NND) (véase también el número necesario a tratar). Cuando el tratamiento aumenta el riesgo de los resultados, entonces la inversa de la reducción del riesgo absoluto se llama el número necesario para dañar.

Odds ratio (OR)

Relación de las probabilidades de los resultados en el grupo de tratamiento para las probabilidades correspondientes en el grupo control.

102 Cómo examinar las pruebas

Operabilidad

Potencialidad quirúrgica en un paciente.

Paciente de resultados relevantes

Cualquier resultado que la salud es significativa para el paciente. Puede ser la mejor sustituto resultado, los recursos proporcionados como parte del tratamiento, impacto en la productividad (indirecto) o uno que no se puede medir con precisión (por ejemplo, dolor, sufrimiento). Los ejemplos más comunes son: primaria los resultados clínicos, calidad de vida y los.

Paciente espera tasa de eventos (PEER)

La probabilidad de que un paciente experimentará un evento en particular (por ejemplo, un accidente cerebrovascular o infarto de miocardio) si no se trata. También conocido como riesgo.

Post-test único estudio

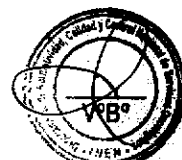
Los pacientes se someten a la intervención objeto de estudio y los resultados son descritos. Esto no permite comparaciones.

Precisión

Precisión estadística indica cuán cerca está la estimación para el valor real. Es definida como la inversa de la varianza de una medición o estimación.

Pretest-post-test estudio

Resultados (dolor, síntomas, etc) se miden a los participantes en el estudio antes la recepción de la intervención objeto de estudio y los mismos resultados son medidos después. «Mejora» en los resultados se informa. A menudo se hace referencia al igual que antes y después de estudios.



Prevalencia

La medida de la proporción de personas en una población que tienen algunos atributos o enfermedad en un determinado punto en el tiempo o durante algún período de tiempo.

Prueba

Los datos sobre la eficacia de un nuevo tratamiento o intervención derivados de estudios comparándolo con una alternativa apropiada. Preferiblemente la prueba se obtiene a partir de una buena calidad del ensayo controlado aleatorio, pero no puede ser.

Pseudorandomised estudio controlado

Un estudio experimental en comparación que los sujetos se asignan a tratamiento o intervención o control / placebo grupos en una forma nonrandom (como suplente de asignación, la asignación por día de la semana, incluso impares estudio números, etc.) Estos grupos pueden variar de unos a otros en los medios que no suponga la presencia de la intervención poniendo a prueba. Esto contrasta con 'True' experimentos (ECA), donde los resultados son comparados para los grupos formado por asignación aleatoria (y por lo tanto son equivalentes entre sí en todos los aspectos, con excepción de la intervención). Glosario 103

Rayos X

Equipo médico utilizado para evaluar a los pacientes, tejidos, órganos, entre otros con la finalidad de documentar aspectos vinculados al diagnóstico del enfermo.

Reducción del riesgo absoluto

El efecto de un tratamiento se puede expresar como la diferencia entre los resultados relevantes en el tratamiento y el control de grupos restando un tipo (dado por la proporción que experimentó el evento de interés) de la otra. La reciprocidad es el número necesario a tratar (NNT).

Reducción del riesgo relativo (RRR)

La reducción relativa del riesgo asociado a una intervención. Esta medida se utiliza cuando el resultado de interés es un acontecimiento adverso y la intervención reduce el riesgo. Se calcula como uno menos el riesgo relativo, O bien: $RRR = 1 - (\text{porcentaje de eventos en el grupo de tratamiento} / \text{tasa de eventos en grupo control})$.

Resultado clínico

Uno de los resultados de un estudio en el que se define sobre la base de la enfermedad estudiados (por ejemplo, fractura en la osteoporosis, la curación de la úlcera péptica y las tasas de recaída).

Revisión sistemática

El proceso de localización de forma sistemática, evaluar y sintetizar las pruebas de los estudios científicos con el fin de obtener una visión general fiable.



Riesgo relativo o riesgo relativo (RR)

Relación de las proporciones en los grupos de tratamiento y control con el resultado. Esto expresa el riesgo de que los resultados en el grupo de tratamiento relativa a que en el grupo control.

Series de casos

La intervención se ha utilizado en una serie de pacientes (puede o no ser series consecutivas) y los resultados reportados. No existe un control separado grupo de comparación.

Series de tiempo interrumpido

El efecto del tratamiento se evaluó comparando el patrón de (múltiples) pretest y resultados (múltiples) después de los resultados de las pruebas (tras la introducción del de intervención) en un grupo de pacientes. Además de un grupo de control que se observa en los mismos puntos en el tiempo pero la intervención no se presentó a ese grupo. Este tipo de estudio puede también usar múltiples series de tiempo con la introducción escalonada de la intervención.

Series temporales

Un conjunto de mediciones realizadas a través del tiempo. Una series de tiempo interrumpido es genera cuando un conjunto de mediciones se realice antes de la introducción de una intervención (o algún otro cambio en el sistema), seguido por otro conjunto de las mediciones realizadas a través del tiempo después del cambio.

Sesgo

Sesgo es una desviación sistemática de una medición de la 'verdad' valor líder ya sea a una sobreestimación o subestimación del efecto del tratamiento. Sesgo puede proceden de muchas fuentes diferentes, como la asignación de pacientes, medición, interpretación, publicación y revisión de los datos.

Sesgo de selección

Error sistemático debido a diferencias en las características entre los que son seleccionados para el estudio y los que no lo son. Se invalida las conclusiones y generalizaciones que de lo contrario se pueden extraer de dichos estudios.

Sulcus Superior

Espacio anatómico de la cavidad torácica que se ubica en la parte superior del mismo, sirve como reparo anatómico para establecer acontecimientos funcionales o patológicos.

Tomografía Computada de Tórax (TEM/TAC)

Estudio por imágenes de órganos definidos con fines diagnósticos. Estudio basado en imágenes de hasta 16 cortes por segundo, helicoidal, con posibilidad de reconstrucciones variadas y recomposiciones de los tejidos materia de estudio.



Ultrasonografía Endoscópica y Punción con Aguja

Utilización de un equipo sonográfico o ecográfico a través de la caña de endoscopio, en este caso a través de la caña de endoscopio, en este caso a través del gastroscopio con la finalidad de diagnóstico del área mediastinal.

Validez

De medición: una expresión del grado en que una medición medidas lo que tiene por objeto medir, sino que incluye la construcción y el contenido validez.

De estudio: el grado en que las deducciones extraídas del estudio son justificarse si se tienen en cuenta los métodos de estudio, la representatividad de la muestra de estudio, y la naturaleza de la población de que se hubiera establecido (interna y validez externa, aplicabilidad, generalizar).

