

ACTUALIZACIÓN

2026

Consenso

BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las **mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia



ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISBN: en trámite

Bogotá, D. C., Colombia, mayo de 2026

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Consenso basado en la evidencia para evaluar los indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia; Bogotá, D. C. 2026.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización expresa de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

José Mauricio Camaro Fuentes
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Expertos metodológicos - Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora ejecutiva

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e
Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Lina Johana Herrera Parra
Líder de investigación

Johanna Marcela García Cruz
Especialista en analítica

Sara Esther Builes Montes
Especialista en analítica

Sandra Milena Puentes Sánchez
Especialista en analítica

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en analítica

Lorena Viviana López Reyes
Epidemióloga

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Expertos clínicos

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC

Dr. Jaime Alberto González

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG

Dra. Marcela Celis Amórtegui
Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología - ACHO

Dr. Abrahán Hernández
Dr. Javier Pacheco

Expertos clínicos - sesiones especiales

Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos - ACGO

Dra. Juliana Rodríguez
Dra. Lina María Caicedo Páez
Dra. René Pareja

Panel de expertos

Representantes del gobierno

Cristina Sofía Robayo Puentes - Superintendencia Nacional de Salud

Jorge Alexis Medina Parra - Defensoría del Pueblo

Diana Marcela Russy Roa - Instituto Nacional de Salud

Claudia Rincón Acevedo - Instituto Nacional de Salud

Carolina Bernal Rodríguez - Ministerio de Salud y Protección Social

Expertos delegados de las asociaciones científicas

Joaquín Gustavo Luna Ríos - Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)

Lina María Caicedo Páez - Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO)

Angélica Viviana Fletcher Prieto - Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO)

Lina María Loaiza Salazar - Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica (ACRO)

René Pareja - Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO)

Juliana Lucía Rodríguez Castillo - Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO)

Representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud - Expertos clínicos independientes

Lina María Trujillo Sánchez - Ginecóloga oncóloga

Jairo Mendoza Quevedo - Hospital Universitario Mayor - Méderi

Rusvelt Franklin Vargas Moranth - Centro Cancerológico del Caribe Cecac Ltda.

Juan Carlos Rengifo Cuspian - Clínica la Estancia S.A.

Edgard Andrés Pulido Gil - Liga Colombiana Contra el Cáncer

Diego Gómez Abreo - Hospital Internacional de Colombia

Carlos Germán Benavides - Fundación Hospital San Pedro

Néstor Eduardo Llinás Quintero - Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida

Ronald Jahir Domínguez Molina - Sociedad Médica Rionegro - Somer S.A.

Daniela Villota Burbano - Clínica Nuestra Señora de Los Remedios

Gabriel Rendón - Auna Centro Las Américas - Sede Arkadia

Fabio Augusto Zarama Márquez - Instituto Cancerológico de Nariño

Delegados por las entidades aseguradoras en salud (EAPB y entidades territoriales)

Lizeth Arrieta Melgarejo - EPS Familiar de Colombia

Cristian Bernand Fuentes Bonilla - Secretaría de Salud de Cundinamarca

Luz Helena Gutiérrez Suárez - Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Luisa Fernanda Ovalle Guarín - Compensar EPS

Mónica del Socorro González - Anas Wayuu EPS Indígena

Andrea Ortega Enciso - Sanitas EPS
Marcela del Rosario Melo Melo - Sanitas EPS
Jonathan Armando Sierra Prieto - Salud Total EPS
Jennifer Solarte - Secretaría de Salud del Putumayo
Cielo del Rosario Castillo Rosero - Mallamas EPSI
Catalina Araque López - Aliansalud EPS
María Fernanda Rodríguez - Aliansalud EPS
José J. Vergara Díaz - Secretaría de Salud de Montería
Claudia Mosquera - Secretaría de Salud del Chocó
Alina Bravo Chamarro - Secretaría de Salud del Chocó
Marly Rocio Navia Paz - Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
Luis Javier Peña Cuene - Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
Martha Liliana Correa Zambrano - Salud Mía EPS
Diana Marcela Cruz Mora - Secretaría de Salud del Valle del Cauca
Erika Nieto - Famisanar EPS
Ana Victoria Estupiñán Ortega - Secretaría de Salud de Arauca
Mónica Artunduaga Mejía - Secretaría de Salud de Risaralda
Gloria Liliana López López - Comfenalco Valle
Tatiana Castro Madero - Coosalud EPS
Laura Andrea González Quintero - Asmet Salud EPS
Rosa Amelia Osorio Vélez - Pijaos EPSI
Diana Cristina Morera Niño - Nueva EPS
Laura Milena Hernández Herrera - Mutual Ser EPS
Jhon Jairo Torres Gómez - Sura EPS

Representantes de las asociaciones de pacientes invitadas

Asociación Nacional de Pacientes con Enfermedades de Alto Costo
Fundación Salamanca Borrero - SalBo

Asociaciones de pacientes que delegaron representante

Néstor Álvarez Lara - Asociación Nacional de Pacientes de Alto Costo
Harold Yesid Salamanca - Fundación Salamanca Borrero - SalBo

Asociaciones de pacientes que participaron en el consenso

Néstor Álvarez Lara - Asociación Nacional de Pacientes de Alto Costo
Harold Yesid Salamanca - Fundación Salamanca Borrero - SalBo

Participantes del panel de expertos de la reunión de cierre

Andrea Yeraldin Vargas - Secretaría de Salud Departamental del Vaupés

Catalina Arague López - Aliansalud EPS

Diana Cristina Morera Niño - Nueva EPS

Diana Marcela Cruz Mora - Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca

Diana Marcela Russy Roa - Instituto Nacional de Salud

Doris Serna Correa - Savia Salud EPS

Edgar Andrés Pulido Gil - Liga Colombiana Contra el Cáncer

Erika Nieto - Famisanar EPS

Erika Patricia Amado Vallarino - Savia Salud EPS

Gloria Liliana López López - Comfenalco Valle EPS

Harold Salamanca - Fundación Salbo

Jairo Mendoza Quevedo - Méderi Hospital Universitario

John Píscol Suárez - Famisanar EPS

Jonathan Armando Sierra Prieto - Salud Total EPS

Juliana Rodríguez - Fundación Santa Fe de Bogotá

Laura Milena Hernández - Mutual Ser EPS

Lina María Caicedo Páez - Asociación Colombiana de Ginecología Oncológica

Lizeth Arrieta Melgarejo - EPS Familiar de Colombia

Luisa Fernanda Ovalle Guarín - Compensar EPS

Luz Elena Gutiérrez Suárez - Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Marcela del Rosario Melo Melo - Sanitas EPS

Marly Rocío Navia Paz - Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI

Martha Patricia Becerra - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Martha Silva Peláez - Savia Salud EPS

Néstor Álvarez - Pacientes de Alto Costo

Néstor Eduardo Lunas Quintero - Fundación Colombiana de Cancerología - Clínica Vida

René Pareja - Instituto Nacional de Cancerología

Ronal Bastidas Gustin - Instituto Departamental de Salud de Nariño

Rusvelt Franklin Vargas Moranth - Centro Cancerológico del Caribe

Yuly Andrea Ortega Enciso - Sanitas EPS

Iván Puerto - Secretaría de Salud de Soacha

Jaime González - Asociación Colombiana de Sociedades Científicas

Daniel Tiguaro Ledezys - Mallamas EPSI

Luz Elena Gutiérrez Suárez - Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Marcela Celis Amórtegui - FECOLSOG

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Consenso basado en la evidencia: indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia	1.0	14 de mayo de 2026	
	1.1	22 de mayo de 2026	Ajuste en la página 23, tabla 1, indicador CER_24_1, en la columna en verde la cifra corresponde a ≤ 60 días y en la columna en rojo la cifra es > 60 días. En la página 57, en la figura 1, se ajusta la oportunidad de inicio del tratamiento para que quede con el símbolo ≤ 30 días, y en la figura 2 se ajusta la oportunidad de inicio del tratamiento para que quede ≤ 60 días.
	1.2	22 de mayo de 2026	Páginas 7, 8 y 9, ajuste en el panel de expertos.

Tabla de contenido

Abreviaturas	15
Glosario	17
1. Introducción	28
2. Contexto	29
2.1. Panorama mundial de la enfermedad	29
2.2. Panorama del cáncer de cuello uterino en Colombia	29
3. Objetivos	30
3.1. Objetivo general	30
3.2. Objetivos específicos.....	30
4. Alcance	31
5. Metodología del consenso	31
5.1. Pasos de la metodología para el consenso	31
Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador (GD) y del panel de expertos (PE)	32
Paso 2: definición de la pregunta orientadora	32
Paso 3: revisión sistemática de la literatura (RSL).....	33
Etapa 1: diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura	33
Etapa 2. selección de la evidencia.....	34
Etapa 3: extracción de la evidencia.....	35
Etapa 4: evaluación de la calidad de la evidencia	35
Etapa 5: síntesis de la evidencia	36
Paso 4: definición de los indicadores preliminares	39
Paso 5: reunión de apertura con el PE.....	44
Paso 6: primera ronda de votación del consenso.....	44
Paso 7: segunda ronda de votación del consenso	48
Paso 8: reunión de cierre	50
6. Resultados	50
1. Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica.....	51
2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó la estadificación clínica	51
3. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB2)	52
4. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1	52

5. Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratados a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1	53
6. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía	53
7. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical	54
8. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia	54
9. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia basada en platino	55
10. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) con valoración por cuidado paliativo	55
11. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes con valoración por cuidado paliativo	56
12. Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo.....	56
13. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo	57
14. Oportunidad de la atención general en los casos nuevos de neoplasia intraepitelial cervical 3 (NIC 3) o carcinoma <i>in situ</i> : tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.....	58
15. Oportunidad de la atención general en los casos nuevos invasivos: tiempo entre la fecha de tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.....	58
16. Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> : tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento	59
17. Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos invasivos: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.....	59
18. Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del manejo definitivo con braquiterapia en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA).....	60
19. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo dentro del periodo de reporte.....	61
20. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino	61
21. Supervivencia general a los 5 años.....	61
22. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento	62
23. Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, al menos una vez en el periodo.....	62
24. Fragmentación de la atención en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino	63
25. Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico.....	63
7. Referencias bibliográficas	65
8. Anexos.....	74

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas	74
Anexo 2. Diagrama PRISMA	79
Anexo 3. Lista de los artículos incluidos.....	80
Anexo 4. Lista de artículos excluidos.....	86
Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia	96
5.1. Revisiones sistemáticas de la literatura	96
5.2. Guías de práctica clínica.....	96
5.3. Estudios de cohortes	97
5.4. Revisiones narrativas.....	97
5.5. Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi.....	97
5.6. Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi.....	98
5.7. Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales	99
5.8. Estudios observacionales retrospectivos tipo auditoría clínica.....	99
5.9. Estudios cuasiexperimentales retrospectivos (series temporales interrumpidas)	99
5.10. Estudios transversales tipo encuesta online	100
Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos.....	100

Lista de figuras

Figura 1. Diagrama de oportunidades de los casos de cáncer de cuello uterino invasivos	57
Figura 2. Diagrama de oportunidades de los casos de carcinoma <i>in situ</i> o NIC 3.....	57

Abreviaturas

ABS:	<i>American Brachytherapy Society.</i>
ASCO:	<i>American Society of Clinical Oncology.</i>
ACGO:	Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos.
ACHO:	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.
ACSC:	Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CCV:	Citología cervicovaginal.
CNR:	Casos nuevos reportados (diagnosticados durante el periodo de análisis).
DeCS:	Descriptores en ciencias de la salud.
EAPB:	Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
EAPVS:	Entidad Administradora de Planes Voluntarios de Salud.
EOC:	Entidad Obligada a Compensar.
EPS:	Entidad Promotora de Salud.
EPSI:	Entidad Promotora de Salud Indígena.
ET:	Entidad Territorial.
ESGO:	<i>European Society of Gynecological Oncology.</i>
ESMO:	<i>European Society for Medical Oncology.</i>
ESTRO:	<i>European Society for Radiotherapy and Oncology.</i>
FECOLSOG:	Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
GD:	Grupo desarrollador.
GIN:	<i>Guidelines International Network.</i>
GPC:	Guía de práctica clínica.
GLOBOCAN:	<i>Global Cancer Observatory.</i>
IARC:	<i>International Agency for Research on Cancer.</i>
ICIs:	Inhibidores de puntos de control inmunitario.
INC:	Instituto Nacional de Cancerología.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
LILACS:	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social.
MeSH:	<i>Medical Subject Headings.</i>
NIC:	Neoplasia intraepitelial cervical.



Abreviaturas

NIH:	<i>National Institutes of Health.</i>
NCCN:	<i>National Comprehensive Cancer Network.</i>
NICE:	<i>National Institute for Health and Care Excellence.</i>
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PE:	Panel de expertos.
PICO:	Población, Intervención, Comparador, Desenlaces (del inglés <i>Outcome</i>).
PRISMA:	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.</i>
PROM:	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i> (Medidas de Resultados Informadas por el Paciente).
RAM:	<i>RAND/UCLA Appropriateness Method.</i>
RIC:	Rango intercuartílico.
RSL:	Revisión sistemática de la literatura.
SGO:	<i>Society of Gynecologic Oncology.</i>
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
TNM:	Tumor primario, nódulos (ganglios linfáticos), metástasis.
UPC:	Unidad de pago por capitación.
VPH:	Virus del papiloma humano.

Glosario

Los términos que se presentan a continuación, utilizados como referencia en todo el documento, han sido adoptados del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI, por sus siglas en inglés) (1).

Biopsia:	extracción de células o tejidos para que un patólogo los examine al microscopio o realice otras pruebas.
Braquiterapia:	es un tipo de radioterapia interna en la cual se colocan en el cuerpo, dentro o cerca del tumor, semillas, listones o cápsulas que contienen una fuente de radiación. La braquiterapia es un tratamiento local y trata solo una parte específica del cuerpo.
Cáncer:	enfermedad en la que células anormales se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
Cáncer localizado:	describe el cáncer que se encuentra solo en el tejido o el órgano donde se originó y que no se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos o a otras partes del cuerpo.
Cáncer localmente avanzado:	cáncer que se ha diseminado solamente a los tejidos o ganglios linfáticos cercanos.
Cáncer primario:	es un término usado para describir dónde se desarrolló el tumor original.
Carcinoma <i>in situ</i>:	etapa intermedia del desarrollo del cáncer, identificada por la presencia de todas las características citológicas de malignidad sin invasión de los tejidos circundantes.
Conización:	procedimiento en el que se extrae una muestra de tejido anormal, en forma de cono, del cuello uterino con un bisturí tradicional o bisturí láser.
Diagnóstico histopatológico:	confirmación de un tipo de cáncer o neoplasia, a través del estudio de tejidos y células.
Histología:	estudio de los tejidos y las células bajo el microscopio.
Invasivo o infiltrante:	cáncer que se ha diseminado más allá de la capa de tejido de la cual se desarrolló, infiltrando el tejido sano.
Inmunoterapia:	tipo de terapia biológica en la que se usan sustancias para estimular o inhibir el sistema inmunitario a fin de ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.
Metástasis:	diseminación de células cancerígenas del lugar donde inicialmente se originaron a otras partes del cuerpo.



Glosario

Neoplasia:	crecimiento celular anormal descontrolado. Para efectos del documento, sinónimo de cáncer.
Neoplasia intraepitelial cervical:	término que se usa para indicar que en una biopsia se encontraron células anormales en la superficie del cuello uterino. Por lo general, la neoplasia intraepitelial cervical se debe a una infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). Se clasifica en una escala de 1 a 3, según cuán anormales se vean las células al microscopio y cuánto tejido del cuello uterino se encuentre afectado.
PD-L1:	proteína de punto de control inmunitario que se une al receptor PD-1 en su superficie para inhibir la actividad de las células T, que son las células efectoras primarias en la inmunidad antitumoral.
Prueba de hibridación <i>in situ</i>:	técnica de laboratorio empleada para localizar una secuencia de ADN o ARN en una muestra biológica.
Prueba inmunohistoquímica:	método de laboratorio para el que se usan anticuerpos a fin de determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido.
Quimioterapia:	tratamiento usado para detener el crecimiento de las células neoplásicas.
Radioterapia:	es el uso de radiación de alta energía proveniente de rayos gamma, rayos x, protones, neutrones y otras fuentes, para detener el crecimiento del cáncer.
Quimiorradiación:	tratamiento que combina la quimioterapia con la radioterapia.
Terapia neoadyuvante:	es una terapia inicial utilizada para reducir el tamaño del tumor antes del procedimiento principal, que suele ser la cirugía.
Terapia adyuvante:	tratamiento complementario que se administra tras el procedimiento principal contra el cáncer, como la cirugía, con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencia. Puede incluir quimioterapia, radiación, tratamiento hormonal y terapias dirigidas o biológicas.
TNM:	es un sistema utilizado para determinar el grado de diseminación del cáncer. La letra T indica el tamaño del tumor y su extensión local; la N se refiere a la afectación de los ganglios linfáticos locoregionales; y la M señala la presencia de metástasis.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
1	CER_15_1	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica.	Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO vigente o su versión actualizada) (CNR).	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino.	Porcentaje	≥ 95 %	≥ 80 y < 95 %	< 80 %	Anual	X		El numerador incluye los casos de mujeres con carcinoma <i>in situ</i> (NIC 3) y cáncer invasivo. Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO 2018).
2	CER_15_2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó la estadificación clínica.	Mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial.	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reportadas en el periodo.	Porcentaje	≥ 90 %	≥ 80 y < 90 %	< 80 %	Anual		X	El numerador incluye los casos de mujeres con carcinoma <i>in situ</i> (NIC 3) y cáncer invasivo. Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO 2018).
3	CER_16	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB2).	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1 - IB2).	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.	Porcentaje	≥ 70 %		< 70 %	Anual	X		Ninguna
4	CER_17_1	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1.	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB).	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Ninguna



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
5	CER_17_2	Diagnóstico	Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratadas a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1.	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratadas, a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1, prevalentes.	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB), recurrentes, persistentes y previamente tratadas.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X	Ninguna	
6	CER_18	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1.	Porcentaje	≥ 90 %	≥ 60 a < 90 %	< 60 %	Anual	X	Ninguna	
7	CER_19	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.	Mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino que reciben cirugía radical.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X	Ninguna	
8	CER_20	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) con indicación de quimiorradioterapia y braquiterapia.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.	

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
9	CER_21	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia basada en platino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia concurrente basada en platino.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva.	Porcentaje	≥ 95 %		< 95 %	Anual	X		Ninguna
10	CER_22_1	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) con valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo (CNR).	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA).	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.
11	CER_22_2	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes con valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA).	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores. Incluye a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino confirmado hasta cinco años antes de la fecha de corte del análisis.
12	CER_22_3	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo (CNR).	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB).	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
13	CER_22_4	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB).	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Incluye a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino confirmado hasta cinco años antes de la fecha de corte del análisis.</p>
14	CER_23_1	Oportunidad	Oportunidad de la atención general en los casos nuevos de neoplasia intraepitelial cervical 3 (NIC 3) o carcinoma <i>in situ</i> : tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el tamizaje o la fecha de remisión a la institución y el primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> .	Promedio de días	Línea de base			Anual	X	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Criterios de inclusión: fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva.</p> <p>Notas adicionales: El tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde al tratamiento quirúrgico. Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al finalizar el periodo.</p>	

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
15	CER_23_2	Oportunidad	Oportunidad de la atención general en los casos nuevos invasivos: tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el tamizaje o la fecha de remisión a la institución y el primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.	Promedio de días	≤ 75 días	> 75 a 90 días	> 90 días	Anual	X	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Criterios de inclusión: fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva.</p> <p>Notas adicionales: el tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde a: tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia. Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al finalizar el periodo.</p>	
16	CER_24_1	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i>: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	CNR en mujeres con cáncer de cuello uterino con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> .	Promedio de días	≤ 60 días		> 60 días	Anual	X	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Criterios de inclusión: fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva.</p> <p>Notas adicionales: el tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde al tratamiento quirúrgico. Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al finalizar el periodo.</p>	

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
17	CER_24_2	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos invasivos: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.	Promedio de días	≤ 30 días	> 31 a 45 días	> 45 días	Anual	X		El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores. Criterios de inclusión: fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva. Notas adicionales: el tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde a: el tratamiento quirúrgico, la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al finalizar el periodo.
18	CER_25	Oportunidad	Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del manejo definitivo con braquiterapia en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA).	Sumatoria de los días transcurridos desde la fecha de inicio del tratamiento primario con quimiorradioterapia hasta la última fecha de la braquiterapia, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento primario con quimiorradioterapia y braquiterapia, en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA).	Promedio de días	≤ 56 días		> 56 días	Anual	X		Ninguna
19	CER_11	Morbimortalidad	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo dentro del periodo de reporte.	Mujeres con cáncer de cuello uterino con fecha de diagnóstico dentro del periodo de reporte.	Población femenina mayor de 18 años (Base de Datos Única de Afiliados o población DANE).	Casos por 100.000 mujeres	Por definir			Anual	X		Ninguna

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
20	CER_12	Morbimortalidad	Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino fallecidas durante el periodo.	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reportadas en el periodo.	Casos por 100.000 mujeres	< 5,5	5,5 a 8,2	> 8,2	Anual		X	Ninguna
21	CER_13	Resultado	Supervivencia general a los 5 años.	Método estadístico: análisis de supervivencia mediante método Kaplan - Meier con IC 95%.		Probabilidad de supervivencia a los 5 años.	Línea de base			5 años		X	Se incluyen todos los casos, con posibilidad de realizar análisis por subgrupos de interés. Las escalas permitidas serán las que a la fecha de corte de cada año estén validadas en el país. Entre estas se incluyen, por ejemplo: 1. EORTC QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30) Evaluación general de la calidad de vida en pacientes con cáncer. 2. FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy - General) Medición global de bienestar físico, social/ familiar, emocional y funcional. 3. FACT-CX (Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix) Módulo específico para el cáncer de cuello uterino que complementa la escala FACT - G.
22	CER_26_1	Seguimiento	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento.	Mujeres con cáncer de cuello uterino que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida validada en Colombia, antes del inicio del tratamiento.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		



Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
23	CER_26_2	Seguimiento	Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, al menos una vez en el período.	Mujeres con cáncer de cuello uterino diagnosticadas en los últimos 5 años que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida validada en Colombia, al menos una vez en el período.	Mujeres con cáncer de cuello uterino diagnosticadas en los últimos 5 años.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	<p>Las escalas permitidas serán las que a la fecha de corte de cada año estén validadas en el país. Entre estas se incluyen, por ejemplo:</p> <p>1. EORTC QLQ-C30 (<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30</i>) Evaluación general de la calidad de vida en pacientes con cáncer.</p> <p>2. FACT-G (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>) Medición global de bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional.</p> <p>3. FACT-CX (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix</i>) Módulo específico para el cáncer de cuello uterino que complementa la escala FACT-G.</p>
24	CER_27	Seguimiento	Fragmentación de la atención en los casos nuevos en mujeres con cáncer de cuello uterino.	Sumatoria del número de IPS que realizaron atención directa del cáncer para cada caso nuevo de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo, desde el diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, durante el período.	CNR en mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.	Porcentaje	Línea de base			Anual	X		Ninguna

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 1. Ficha técnica general de los indicadores definidos en el consenso basado en la evidencia para medir la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino, 2025 (continuación)

Consecutivo	Código	Dominio	Indicador				Rango de cumplimiento			Periodicidad	Casos		Observaciones
			Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Alto	Medio	Bajo		Incidentes	Prevalentes	
25	CER_28	Seguimiento	Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo que asistieron al menos a dos consultas de ginecología, ginecología oncológica o oncología clínica o oncología radioterápica durante el primer año de diagnóstico.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo durante el primer año de diagnóstico.	Porcentaje	Línea de base			Anual		X	Ninguna



1. Introducción

Según el *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN), el cáncer de cuello uterino ocupó el cuarto lugar entre las neoplasias más frecuentes en las mujeres en el mundo. En 2022 se estimaron 662.301 casos nuevos, lo que representó aproximadamente el 3,30 % del total de casos de cáncer en la población general. Ese mismo año se registraron 348.874 muertes atribuibles a esta neoplasia. La tasa de supervivencia a cinco años varía desde un 91 % en estadios tempranos hasta apenas un 19 % en la enfermedad metastásica (3). Las proyecciones indican que tanto la incidencia como la mortalidad continuarán aumentando hacia el año 2050 (2).

Las cifras del cáncer de cuello uterino resultan especialmente preocupantes dado que este tipo de cánceres, en gran medida, una enfermedad prevenible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la combinación de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje sistemático y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas constituye una de las intervenciones más costo-efectivas en oncología (4).

La vacuna contra el VPH, cuya eficacia para prevenir infecciones persistentes por genotipos de alto riesgo supera el 90% en poblaciones no expuestas, se posiciona como una herramienta fundamental de prevención primaria (5). A su vez, las estrategias de tamizaje basadas en pruebas de detección del ADN del VPH han demostrado mayor sensibilidad que la citología convencional para la detección de lesiones de alto grado, con reducciones significativas en la incidencia del cáncer invasivo cuando se implementan con la cobertura adecuada (6). En este sentido, ninguna mujer debería morir por una enfermedad para la cual existen intervenciones preventivas eficaces, accesibles y respaldadas por décadas de evidencia científica.

Este reconocimiento ha llevado a la OMS a adoptar, en 2020, la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino, con metas cuantificables para el año 2030: vacunar al 90 % de las niñas antes de los 15 años, tamizar al 70 % de las mujeres entre los 35 y los 45 años con pruebas de alta precisión y tratar al 90 % de las mujeres con la enfermedad detectada (7). Esta estrategia reconoce que la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública –definida operativamente como una incidencia por debajo de 4 casos por 100.000 mujeres al año– es un objetivo alcanzable a escala global, siempre que los sistemas de salud actúen con coherencia, cobertura y equidad (8).

Desde esta perspectiva, todo diagnóstico de cáncer invasivo de cuello uterino puede interpretarse como un indicador de falla en alguno de los eslabones de la cadena preventiva –el acceso a la vacunación, la cobertura del tamizaje, la calidad diagnóstica y la oportunidad del tratamiento de lesiones precancerosas– y, en última instancia, una expresión de inequidad estructural en la salud (9). La brecha entre lo que es científicamente posible y lo que ocurre en la práctica real no es un fenómeno biológico sino una consecuencia de decisiones de política sanitaria, financiamiento, organización de servicios y determinantes sociales (10). Los países y regiones con mayor carga de enfermedad son, de manera consistente, aquellos con menor cobertura de vacunación, tamizaje deficiente y acceso limitado al tratamiento (11).

En este contexto, el acceso y los resultados en salud deben evaluarse de manera sistemática y continua, con el propósito de monitorear las tendencias de morbilidad y mortalidad de la enfermedad y de evaluar el impacto de las intervenciones implementadas. Para ello es indispensable definir y medir indicadores pertinentes al contexto, sustentados en la mejor evidencia disponible y actualizada, y contruidos en articulación con los diferentes actores del sistema de salud (12).

Así, como parte del proceso de evaluación de la calidad de la atención y de los resultados en salud, la Cuenta de Alto Costo (CAC) realizó en 2016 el primer consenso para definir los indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo por parte de los aseguradores y los prestadores en pacientes con cáncer de cuello uterino (13). Este proceso se desarrolló utilizando la metodología de consenso Delphi modificado, conocida como *RAND/UCLA Appropriateness Method* (RAM) (14), y contó con la participación de representantes de los diferentes actores del sistema de salud colombiano.

Como resultado de la implementación y la medición de estos indicadores, de los avances en la atención clínica de esta neoplasia y de la necesidad de continuar fortaleciendo la evaluación de la atención en salud brindada a las mujeres con cáncer de cuello uterino, la CAC realizó la actualización de estos indicadores, consolidada en esta segunda versión.

Este documento presenta una breve descripción epidemiológica del cáncer de cuello uterino, seguida de los objetivos y el alcance del consenso, así como de la descripción metodológica. Finalmente, se presentan los indicadores seleccionados, organizados por dominios de diagnóstico, tratamiento, oportunidad, seguimiento, morbilidad y resultado. Para cada uno de los indicadores se describen las características operativas como la definición, el numerador y el denominador, el dominio, la unidad de medida, la periodicidad de la medición, la población, el rango de cumplimiento y las observaciones clave.

2. Contexto

2.1. Panorama mundial de la enfermedad

En el mundo, el cáncer de cuello uterino ha sido uno de los tipos de cáncer más frecuentes entre las mujeres en 25 países. Además ha constituido la principal causa de muerte de mujeres de 37 países (29 ubicados en África subsahariana y el resto en América Central y del Sur). Cerca del 90% de los nuevos casos y de las muertes han ocurrido en países de ingresos bajos y medios (15).

Sin embargo, desde la década de 1950 la mortalidad ha disminuido hasta en un 70 %. Este descenso se ha observado principalmente en países de altos ingresos y se atribuye a la implementación de programas de tamizaje, al diagnóstico y tratamiento tempranos, así como a la vacunación contra el VPH en niñas y adolescentes entre los 9 y los 17 años (16).

Por lo que corresponde a la vacunación, a pesar de las intervenciones orientadas a ampliar su alcance, incluida su incorporación gradual en los programas nacionales de inmunización de 148 estados miembros de la OMS, para el 2023 solo 15 países alcanzaron la meta del 90 %. A nivel mundial, el 27 % de la población objetivo recibió al menos una dosis, mientras que únicamente el 20 % completó el esquema (18). Estos resultados evidencian que la vacunación contra el VPH continúa enfrentando desafíos para alcanzar niveles óptimos de cobertura (13).

2.2. Panorama del cáncer de cuello uterino en Colombia

Según GLOBOCAN, en Colombia para el año 2022, el cáncer de cuello uterino ocupó el cuarto lugar en incidencia, con una tasa de 13,7 casos por 100.000 habitantes. Así mismo, fue la tercera neoplasia más frecuente en mujeres, precedida por el cáncer de mama y el cáncer colorrectal (20).

Por su parte, según datos poblacionales del Instituto Nacional de Cancerología (INC) durante el periodo 2017 - 2021, en promedio se registraron en el país 101.483 casos nuevos de cáncer por año. En las mujeres se presentaron 54.090 casos durante este periodo, de los cuales 4.331 (8,0 %) correspondieron a cáncer de cuello uterino, ubicándose en la cuarta posición de neoplasias más frecuentes en las mujeres, precedido por mama, tiroides y colorrectal. Para este mismo periodo, fueron calculadas –con corrección por subregistro– 44.355 muertes anuales por cáncer general en el total de la población, de las cuales 22.672 (51,10 %) ocurrieron en las mujeres y 2.044 (9,0 %) fueron asociadas al cáncer de cuello uterino (21).

La mayor carga de esta neoplasia se concentra en mujeres de 55 años en adelante, con una tasa de incidencia más alta en mayores de 65 años (30,6 casos por cada 100.000 mujeres). De este grupo, los casos nuevos presentan una marcada heterogeneidad entre territorios. En Bogotá, D. C., Risaralda y San Andrés y Providencia, se presentó un mayor número de casos incidentes. En cuanto a la mortalidad, esta aumenta con la edad. La tendencia de la tasa de mortalidad en el país, según datos de estadísticas vitales del DANE, desde 2005 ha mostrado un descenso sostenido, al pasar de 9,4 a 6,4 muertes por 100.000 mujeres, para el año 2022 (15).

De acuerdo con los datos estimados por la CAC, en el marco del aseguramiento en salud en Colombia, entre el 2 de enero de 2023 y el 1º de enero de 2024 se reportaron 3.559 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, de los cuales 1.439 correspondieron a carcinoma *in situ* y 2.120 a cáncer invasivo (22). Así mismo, durante los últimos cinco periodos analizados se ha observado un incremento en la prevalencia del cáncer invasivo; para el periodo 2024, la tasa de prevalencia alcanzó 102,45 casos por 100.000 mujeres, lo que representa un aumento del 50,90 % en comparación con el año 2020 (22).



Estos hallazgos muestran la importancia de fortalecer las acciones orientadas a la prevención, de fomentar la detección oportuna y de asegurar una atención integral. Reforzar estas medidas resulta esencial para disminuir el impacto de la enfermedad y optimizar la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establece en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 (23) el control del cáncer como prioridad dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo tanto, define las siguientes metas, con plazo de cumplimiento a 2031:

- El 85 % de las mujeres entre 25 y 29 años estarán tamizadas para cáncer de cuello uterino.
- El 85 % de las mujeres de 30 a 65 años estarán tamizadas para cáncer de cuello uterino.
- Se garantiza que en menos de 30 días se realice la confirmación diagnóstica en el 90 % de mujeres con tamización positiva para cáncer de cuello uterino.
- Se garantizará que en menos de 30 días se inicie el tratamiento al 100 % de mujeres con diagnóstico positivo de cáncer de cuello uterino.
- Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000 mujeres.

En el 2014, mediante la Resolución 0247, el MSPS estableció el reporte anual obligatorio de las personas con cáncer, garantizando que el sistema de salud colombiano cuente con un registro obligatorio, imprescindible para la gestión del riesgo, el seguimiento, la evaluación y la mejora continua del manejo de esta enfermedad de alto costo y de relevancia en salud pública (24). Esta información hace parte de la bodega de datos que gestiona la CAC y se estructura según el instructivo definido en la misma resolución.

Finalmente, la Resolución 3339 de 2019 del MSPS y el Ministerio de Hacienda estableció el mecanismo de redistribución de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), recursos destinados a las empresas promotoras de salud (EPS) y demás entidades obligadas a compensar (EOC) para los cánceres priorizados, incluyendo el de cuello uterino (25). Este mecanismo tiene como objetivo promover la gestión del riesgo por parte de los aseguradores, fortalecer la detección temprana, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y el seguimiento de los pacientes con cáncer, mediante incentivos económicos diferenciados. Cabe mencionar que actualmente rige la Resolución 1620 de 2020 que modifica los artículos 7° y 9° de la Resolución 3339 de 2019 y sustituye su Anexo Técnico, con el fin de ajustar el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC destinados a la atención de los cánceres priorizados (25).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Actualizar los indicadores mínimos para la medición y evaluación de gestión del riesgo en las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), de las entidades territoriales (ET) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS), en el marco del aseguramiento en Colombia.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar y priorizar los indicadores para medir la gestión del riesgo en la población de estudio a partir de la mejor evidencia científica disponible.
- Realizar la evaluación técnica de los indicadores identificados, analizando características como su factibilidad, precisión y relevancia.
- Operacionalizar los indicadores priorizados teniendo en cuenta la estructura del reporte según la normatividad.

4. Alcance

Con base en los resultados del consenso, se implementará la medición de los indicadores que puedan ser calculados a partir de la información reportada a la CAC mediante el instructivo de reporte sustentado en la normatividad vigente. Los indicadores que no puedan ser medidos y que hayan sido definidos por consenso, serán objeto de análisis para determinar la forma más conveniente de recolectar la información no disponible conforme a lo definido en la Resolución 0247 de 2014 (26), la cual establece la obligatoriedad del reporte anual de la población con cáncer atendida en el marco del sistema de salud colombiano.

Este consenso es aplicable en el marco del aseguramiento en salud en Colombia. Es de resaltar que los indicadores propuestos no pretenden sustituir las guías de práctica clínica, ni orientar el tratamiento o influir en la relación entre las EAPB y las IPS. Tampoco se busca promover la selección de tratamientos, de insumos ni de medicamentos.

Así mismo, los indicadores definidos en este consenso no excluyen la medición de otros considerados pertinentes, necesarios y relevantes para la evaluación de los procesos y de los resultados al interior de las entidades. De igual manera no tienen injerencia en los aspectos relacionados con tarifas, pagos, infraestructura, costos, tipos de contratación o con el pago por la atención prestada a los pacientes.

5. Metodología del consenso

Se adaptó la metodología del consenso a la propuesta RAND/UCLA de métodos de uso apropiado (RAM, por sus siglas en inglés), desarrollada por el grupo de investigadores de la *RAND Corporation* y la Universidad de California en Los Ángeles (14). Posteriormente, se definieron los indicadores prioritarios para la evaluación y el monitoreo de la gestión del riesgo en las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

La metodología se basa en la combinación de la mejor evidencia científica y el juicio colectivo de un panel de expertos, fusionando la técnica Delphi con la de grupos nominales (14). Este método ha sido utilizado y adaptado previamente en otras experiencias de selección de indicadores en diferentes contextos y para distintas condiciones de salud (27 - 30).

Para la conformación del panel de expertos, se convocó a los diferentes actores del SGSSS. Para ello, la CAC remitió un comunicado oficial de invitación vía correo electrónico. En respuesta, cada entidad, asociación o grupo de interés designó un delegado con experiencia en el área temática. En el caso de los expertos clínicos, se recibió confirmación directa de su participación. A continuación, se presentan cada uno de los pasos que se llevaron a cabo para la actualización de este consenso.

5.1. Pasos de la metodología para el consenso

1. Convocatoria del grupo desarrollador (GD) y del panel de expertos (PE).
2. Definición de la pregunta orientadora.
3. Revisión sistemática de la literatura (RSL).
4. Definición de los indicadores preliminares.
5. Reunión de apertura con el PE.
6. Primera ronda de votación del consenso.
7. Segunda ronda de votación del consenso.
8. Reunión de cierre.



Paso 1: convocatoria del grupo desarrollador (GD) y del panel de expertos (PE)

La selección de los participantes se realizó con base en su experiencia, trayectoria y conocimiento en el tema o área de interés. En el caso de los miembros del GD, se solicitó a la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO), la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC) y la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) designar a los expertos clínicos especializados en el manejo del cáncer de cuello uterino. Por su parte, la CAC asignó a los expertos metodológicos, quienes cuentan con experiencia en la revisión sistemática de la literatura (RSL), el desarrollo de indicadores de salud, los procesos participativos y el análisis de datos.

Grupo desarrollador:

- Cinco expertos clínicos con formación en ginecología u oncología de reconocida trayectoria en el manejo de mujeres con cáncer de cuello uterino en el país.
- Cinco expertos metodológicos con formación en epidemiología, salud pública y afines.

Sesiones especiales:

Se contó con la participación de los expertos clínicos de la Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos (ACGO). Durante estas sesiones, se evaluó la pertinencia de los indicadores y se realizaron los ajustes necesarios para optimizar su operatividad.

Por su parte, para conformar el PE, se realizó una convocatoria directa a todos los sectores del SGSSS, solicitando la designación de un delegado por sector. Se recomendó que el representante designado fuera, preferiblemente, el referente en cáncer de cuello uterino de la organización o una persona con experiencia y conocimiento en la cohorte y en los indicadores de gestión del riesgo relacionados con la enfermedad.

Panel de expertos:

- **Conformado por los delegados de los cinco sectores de interés:** aseguramiento, prestación, gobierno, sociedades científicas o expertos clínicos y asociaciones de pacientes.

Siguiendo las indicaciones de la metodología RAND/UCLA (14), el GD orientó al PE a través de las fases del proceso y les proporcionó los datos sintetizados a partir de la evidencia científica disponible, como punto de partida para llegar a un consenso formal respecto a la pregunta orientadora.

Paso 2: definición de la pregunta orientadora

De acuerdo con la enfermedad en cuestión, el objetivo del consenso y la metodología seleccionada, los integrantes del GD formularon y refinaron la siguiente pregunta:

En el marco del aseguramiento de salud en Colombia, ¿cuáles son los indicadores relacionados con la atención de pacientes con cáncer de cuello uterino que impactan en la obtención de mejores resultados clínicos y de la gestión del riesgo?

A continuación, se desarrolla la pregunta en metodología PICO con el objetivo de describir las temáticas de la RSL.

Tabla 2. Pregunta de la revisión sistemática en estructura PICO

P	Personas con cáncer de cuello uterino.
I	Indicadores para evaluar los resultados clínicos y de la gestión del riesgo.
C	No aplica.
O	Aspectos relevantes de la atención en las dimensiones del diagnóstico, el tratamiento, la oportunidad y el seguimiento.

P: población; **I:** intervención; **C:** comparador; **O:** desenlace (del inglés *outcome*).

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Paso 3: revisión sistemática de la literatura (RSL)

El GD realizó la RSL siguiendo los lineamientos de la declaración de los principales elementos de informe para las revisiones sistemáticas y los metaanálisis (PRISMA, por sus siglas en inglés) (31). Esto, con el propósito de identificar y sintetizar la información disponible respecto a los indicadores para evaluar la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud de las mujeres con cáncer de cuello uterino.

Etapas de la RSL:

1. Diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura.
2. Selección de la evidencia.
3. Extracción de la evidencia.
4. Evaluación de la calidad de la evidencia.
5. Síntesis de la evidencia.

A continuación, se describen cada una de las anteriores etapas.

Etapas de la RSL: Etapa 1: diseño de la estrategia y búsqueda sistemática de la literatura

Inicialmente, se identificaron los términos clave para la búsqueda sistemática de la literatura de acuerdo con la estructura PICO de la pregunta orientadora (**tabla 2**). Así mismo, se emplearon los términos descriptores en ciencias de la salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH), así como términos libres en inglés y español. El diccionario de los términos utilizado se describe en la **tabla 3**.

Tabla 3. Términos de búsqueda DeCS, MeSH y libres utilizados

Términos DeCS	Términos MeSH	Términos naturales	
		Español	Inglés
"Neoplasias del Cuello Uterino"	" <i>Uterine Cervical Neoplasms</i> "	"Cáncer de cérvix"	" <i>Cervical cancer</i> " " <i>Cervical neoplasm*</i> "
"Indicadores de Salud"	" <i>Health Status Indicators</i> "	"Indicadores de resultados"	" <i>Health Status Indicators</i> "
"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud"	" <i>Quality Indicators, Health Care</i> "	"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud "	" <i>Quality Indicators Health Care</i> " " <i>Healthcare quality</i> "
NA	NA	NA	" <i>Health metric*</i> "
NA	NA	NA	" <i>Quality indicator</i> "
NA	NA	NA	" <i>Healthcare risk assessment</i> "
NA	NA	NA	" <i>Health indicator*</i> "
"Manejo de la Enfermedad"	" <i>Disease Management</i> "	"Manejo de la Enfermedad "	" <i>Disease Management</i> "
"Gestión de Riesgos"	" <i>Risk Management</i> "	"Administración de riesgos"	" <i>Risk Management</i> "
"Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud"	" <i>Health Care Quality, Access, and Evaluation</i> "	NA	" <i>Health Care Quality</i> "
"Calidad de la Atención de Salud"	" <i>Quality of Health Care</i> "	"Calidad de los servicios de salud"	" <i>Quality of Care</i> "
"Manejo de Atención al Paciente"	" <i>Patient Care Management</i> "	NA	" <i>Patient Care Management</i> "
"Estándar Asistencial"	" <i>Standard of Care</i> "	"Estándar de atención"	" <i>Standard of Care</i> "
"Tiempo hasta el tratamiento"	" <i>Time-to-Treatment</i> " " <i>Treatment delay</i> "	"Demora en el tratamiento"	" <i>Time to initial treatment</i> " " <i>Treatment delay*</i> "

(*): truncador.

NA: no aplica.

Fuente: elaboración CAC.



Las estrategias de búsqueda se basaron en los términos presentados en la tabla. Sin embargo, en determinados casos se añadieron sinónimos o términos relacionados que permitieron mejorar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda bibliográfica.

La búsqueda sistemática de la literatura se realizó en las siguientes bases de datos:

- MEDLINE.
- Embase.
- LILACS - Biblioteca Virtual en Salud (BVS).
- Iris - Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Epistemonikos.
- *Cochrane Library*

Para la identificación de otros registros complementarios se consultaron motores de búsqueda académica y bases secundarias, tales como:

- Google Académico.

Para la identificación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) se realizaron búsquedas en los sitios web de las siguientes organizaciones:

- *American Society of Clinical Oncology (ASCO) - Estados Unidos.*
- *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - Reino Unido.*
- *National Comprehensive Cancer Network (NCCN) - Estados Unidos.*
- *Guidelines International Network (GIN).*
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica - México.
- Tripdatabase.

Adicionalmente, se aplicó la estrategia de bola de nieve para la identificación de registros adicionales a partir de las referencias incluidas en los estudios seleccionados. El detalle completo de cada estrategia puede consultarse en el **anexo 1**, donde se presentan las bitácoras de búsqueda y se detallan las diferentes estrategias aplicadas, el número de registros recuperados, los filtros utilizados y las fechas de ejecución en cada base de datos.

Etapa 2. selección de la evidencia

Se identificaron 2.326 referencias bibliográficas, las cuales fueron exportadas a la plataforma Rayyan (32,33) para la eliminación de duplicados. Posteriormente, dos revisores realizaron la tamización de las referencias por título y resumen.

En esta etapa se evaluaron 1.455 registros provenientes de bases de datos y 557 registros identificados por otras fuentes. Las discrepancias entre los revisores fueron resueltas mediante la intervención de un tercer evaluador. Así, se obtuvieron 134 referencias para revisión del texto completo, de las cuales 99 provenían de la búsqueda en bases de datos y 35 de otras fuentes. Finalmente, fueron incluidos en la revisión 35 estudios. El proceso de selección, conforme a las directrices PRISMA (34), se presenta en el **anexo 2**. El listado de artículos incluidos y excluidos se puede consultar en los **anexos 3 y 4**, respectivamente.

Por otro lado, la selección de la evidencia se basó en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad presentados a continuación:

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Criterios de inclusión

- **Estudios primarios:** estudios de cohortes que incluyan la medición de los indicadores o las métricas de calidad de la atención.
- **Estudios secundarios o integrativos:** revisión sistemática de la literatura con o sin metaanálisis y revisiones narrativas.
- **Documentos técnicos:** textos elaborados por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de referencia en el seguimiento y manejo del cáncer de cuello uterino, que evalúen o presenten los indicadores para la medición de la gestión del riesgo, la calidad de la atención o el acceso a los servicios de salud.
- **Guías de práctica clínica y otros documentos:** textos que presenten recomendaciones clave para la atención de las personas con cáncer de cuello uterino.

Criterios de exclusión

- Idioma diferente al inglés o al español.
- Documentos publicados antes del 2016.
- Documentos no disponibles en texto completo.

Etapa 3: extracción de la evidencia

El **anexo 3** registra la información relevante de los 35 artículos incluidos. La extracción de datos fue realizada por uno de los revisores a través de un formulario que incluyó la siguiente información de los estudios individuales: título, autor, país, año, diseño del estudio, revista, tema y población.

Etapa 4: evaluación de la calidad de la evidencia

En el **anexo 5** se presentan los resultados del proceso de evaluación de la calidad de la evidencia. Los estudios incluidos fueron valorados de acuerdo con su diseño metodológico, utilizando las siguientes herramientas:

- **RSL con o sin metaanálisis:** lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del *Joanna Briggs Institute* (JBI) (35).
- **GPC:** *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II) (36).
- **Estudios de cohortes:** Newcastle – Ottawa (37).
- **Revisiones narrativas:** *Assessment of Narrative Review Article* (SANRA) (38).
- **Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi:** *Delphi Critical Appraisal Tool* (DCAT) (39).
- **Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi:** lista de chequeo para opinión de expertos del *Joanna Briggs Institute* (JBI) (40).
- **Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales:** lista de chequeo para la evidencia textual/política del *Joanna Briggs Institute* (JBI) (40).

Adicionalmente, se incluyeron tres estudios con diseños metodológicos específicos, seleccionados por su contribución al análisis de los indicadores.

- **Estudio observacional descriptivo retrospectivo tipo auditoría clínica:** *NIH Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies* (41).
- **Estudio transversal tipo encuesta online:** *AXIS Tool* (42).
- **Estudio cuasiexperimental retrospectivo de series temporales interrumpidas:** *NIH Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies with No Control Group* (41).



Debido a que el documento *Quality Indicators, Registry & Research, Quality Care* (SGO) corresponde a una página web y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para población con riesgo o presencia de cáncer a una presentación en Power Point, no son susceptibles de ser evaluadas mediante las herramientas de análisis de calidad aplicadas en este consenso.

Etapa 5: síntesis de la evidencia

La distribución de los artículos y documentos incluidos según tipo de estudio o naturaleza metodológica se presenta en la **tabla 4**. En ella se evidencia que el 22,90 % de las publicaciones incluidas corresponde a documentos originados en Estados Unidos, el 11,40 % a Europa (documentos multinacionales elaborados por expertos de distintos países europeos) y el 8,60 % a documentos de alcance global desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 4. Distribución de los artículos y documentos incluidos según su tipo de estudio o naturaleza metodológica

Tipo de estudio o documento	Número de estudios o documentos (n)	Porcentaje (%)
Guías de práctica clínica.	8	22,85
Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi.	8	22,85
Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.	5	14,28
Revisiones narrativas.	4	11,43
Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi.	3	8,57
Revisiones sistemáticas de la literatura.	1	2,86
Estudios de cohortes.	1	2,86
Estudios observacionales retrospectivos tipo auditoría clínica.	1	2,86
Estudios cuasiexperimentales retrospectivos (series temporales interrumpidas).	1	2,86
Estudios transversales tipo encuesta <i>online</i> .	1	2,86
Página web institucional de sociedad científica profesional ¹ .	1	2,86
Otros documentos ² .	1	2,86
Total	35	100%

¹ Página web institucional de la *Society of Gynecologic Oncology* (SGO), Sociedad Científica Internacional Especializada en Oncología Ginecológica.

² Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para población con riesgo o presencia de cáncer y RIAS específicas de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, disponibles en formatos power point, excel y png.

Fuente: elaboración CAC.

Como se presenta en la **tabla 5**, los artículos incluidos se distribuyeron por temática y según los criterios metodológicos aplicados, de la siguiente manera: 26 en tratamiento (74,28 %), 22 en seguimiento (62,85 %), 20 en diagnóstico (57,14 %), 17 en oportunidad (48,57 %) y 8 en prevención (22,85 %).

Tabla 5. Distribución de los artículos según la temática

N°	Título	Autor/Organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
1	<i>A retrospective audit of treatment pathway for women diagnosed with cervical cancer in the Auckland region 2012 - 2016</i> (43).	Parinpanayagam S. et al.	2020				X	X
2	<i>Acceptability of quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer: results of an online survey</i> (44).	Luyckx A. et al.	2020		X	X	X	X

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 5. Distribución de los artículos según la temática (continuación)

N°	Título	Autor/Organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
3	<i>Advances in Cervical Cancer.</i>	Foley O.W. et al.	2023		X	X		
4	<i>American Brachytherapy Society radiation oncology alternative payment model task force: Quality measures and metrics for brachytherapy (45).</i>	American Brachytherapy Society (ABS)	2022			X	X	
5	<i>Better late than never: Brachytherapy is more important than timing in treatment of locally advanced cervical cancer (46).</i>	Korenaga T.K. et al.	2022			X	X	
6	<i>Brachytherapy: A critical component of primary radiation therapy for cervical cancer: From the Society of Gynecologic Oncology (SGO) and the American Brachytherapy Society (ABS) (47).</i>	Society of Gynecologic Oncology (SGO)/ American Brachytherapy Society (ABS)	2019			X	X	
7	<i>Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators NHS-2025 (48).</i>	National Health Service Scotland (NHS)	2025			X		
8	<i>Cervical Cancer. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology (49).</i>	NCCN. National Comprehensive Cancer Network	2025		X	X	X	X
9	<i>Cervical Cancer: Evaluation and Management (50).</i>	Wipperman J. et al.	2018			X		X
10	<i>Clinical Oncology Gynaecological cancer: The Royal College of Radiologist consensus statements.</i>	The Royal College of Radiologists	2024			X		X
11	<i>COVID-19 impact on timing of brachytherapy treatment and strategies for risk mitigation (51).</i>	Williams V.M. et al.	2020				X	
12	<i>Effect of municipal and state regulation on access and outcomes for cervical cancer patients in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series analysis (52).</i>	Faria L.V. et al.	2022				X	
13	<i>ESGO/ESTRO quality indicators for radiation therapy of cervical cancer (53).</i>	European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)/ European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO)	2023		X	X	X	X
14	<i>ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023 (3).</i>	European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)/ European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO)/ European Society of Pathology (ESP)	2023		X	X	X	X



Tabla 5. Distribución de los artículos según la temática (continuación)

N°	Título	Autor/Organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
15	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) expanded quality indicators and accreditation for cervical cancer management (54).</i>	<i>European Society of Gynecological Oncology (ESGO)</i>	2024		X	X	X	X
16	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) quality indicators for surgical treatment of cervical cancer (55).</i>	<i>European Society of Gynecological Oncology (ESGO)</i>	2020		X	X		X
17	<i>Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma (German Guideline) (56).</i>	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO)</i>	2022	X	X	X		X
18	<i>Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (8).</i>	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2020	X	X	X		X
19	Guía de práctica clínica cáncer cérvico uterino Chile (57).	Ministerio de Salud del Gobierno de Chile	2020	X	X	X		X
20	Guía metodológica Observatorio Nacional de Cáncer ONC Colombia (58).	Ministerio de Salud y Protección Social	2018	X	X		X	X
21	<i>Gynaecological Cancer Regional Follow-up Guidelines NHS Scotland (59).</i>	<i>NHS Scotland</i>	2024					X
22	<i>Gynaecological cancer: A guide to clinical practice in NSW (60).</i>	<i>Agency for Clinical Innovation (ACI) NSW - Gynaecological Oncology Network</i>	2019		X	X	X	
23	<i>Is it feasible to enhance quality assurance of cervical cancer screening in Latin America? A regional expert consensus (61).</i>	Rangel V. et al.	2023	X	X			X
24	<i>Management and Care of Women with Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology (ASCO) Resource-Stratified Clinical Practice Guideline (62).</i>	<i>American Society of Clinical Oncology (ASCO)</i>	2016			X		X
25	<i>Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis (63).</i>	Hanna T.P. et al.	2020				X	
26	<i>Quality Indicators: Quality, Registry & Research, Quality Care (SGO) (64).</i>	<i>Society of Gynecologic Oncology (SGO)</i>	2020			X		
27	<i>Radiation therapy quality-of-care indicators for locally advanced cervical cancer: A consensus guideline (65).</i>	Croke J. et al.	2016		X	X	X	X

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 5. Distribución de los artículos según la temática (continuación)

N°	Título	Autor/Organización	Año	Prevención	Diagnóstico	Tratamiento	Oportunidad	Seguimiento
28	<i>Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri (66).</i>	Bhatla N. et al.	2019		X			
29	<i>Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan (67).</i>	Kakuwa T. et al.	2025			X		
30	Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para población con riesgo o presencia de cáncer, y RIAS específicas de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino (68).	Ministerio de Salud y Protección Social	2016	X	X	X	X	X
31	<i>SEOM-GEICO Clinical Guidelines on cervical cancer (2023) (69).</i>	Spanish Gynecological Cancer Research Group (GEICO)/ Spanish Society of Medical Oncology (SEOM)	2024		X	X		X
32	<i>Strategic framework for the comprehensive prevention and control of cervical cancer in the Western Pacific Region 2023-2030 OMS (7).</i>	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2023	X	X	X		X
33	<i>The role and contribution of treatment and imaging modalities in global cervical cancer management: survival estimates from a simulation-based analysis (70).</i>	Ward Z.J. et al.	2020		X	X		
34	<i>The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline (71).</i>	European Society for Medical Oncology (ESMO)	2022					X
35	<i>WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer (OMS) (17).</i>	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2020	X	X	X	X	X
Total				8	20	26	17	22

Fuente: elaboración CAC.

Paso 4: definición de los indicadores preliminares

En los artículos incluidos se evaluó la evidencia científica asociada a los indicadores vigentes y se identificaron 35 indicadores potencialmente elegibles y aplicables en el contexto nacional. Una vez definidos, estos fueron valorados mediante los criterios de la metodología CREMAA, desarrollada por el Banco Mundial, cuyos detalles se presentan en la **tabla 6**. Con base en esta metodología, se priorizaron aquellos indicadores que alcanzaron un promedio superior a 4, equivalente a una puntuación estandarizada $\geq 75\%$. La puntuación detallada por criterio CREMAA de los indicadores preliminares se presenta en el **anexo 6**.



Tabla 6. Criterios de la metodología CREMAA

Acrónimo	Definición	Pregunta
C	Claro (preciso e inequívoco).	¿El indicador es lo suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva?
R	Relevante (apropiado para el tema en cuestión).	¿El indicador es un reflejo lo más directo posible del objetivo?
E	Económico (disponible a un costo razonable).	¿El indicador es capaz de emplear un método práctico y asequible para la obtención de datos?
M	Medible (abierto a validación independiente).	¿Las variables del indicador están lo suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quien haga la medición?
A	Adecuado (ofrece una base suficiente para estimar el desempeño).	¿El indicador es suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente?
A	Aportación marginal (aportes adicionales).	¿El indicador provee información adicional en comparación con los otros indicadores propuestos?

Fuente: elaboración CAC.

La formulación de los indicadores preliminares se realizó a partir de tres alternativas posibles:

- Indicadores textuales identificados en la RSL.
- Modificación de los indicadores identificados en la RSL.
- Recomendaciones clave para la atención del cáncer de cuello uterino.

Por otra parte, se definieron los siguientes criterios para seleccionar los indicadores que se presentarían en la fase participativa con el PE:

- Indicadores del consenso 2016 con cambios y ajustes significativos en su operatividad.
- Nuevos indicadores identificados a través de la RSL.

Posteriormente, los indicadores fueron socializados con los expertos temáticos del GD, quienes, mediante consenso, los excluyeron o ajustaron de acuerdo con la realidad de la atención en las mujeres con cáncer de cuello uterino del país. Los ajustes contemplan cambios en el nombre del indicador, cambios en el numerador, el denominador, las metas o el alcance según corresponda. En este ejercicio se sometieron a una primera ronda de votación con el PE un total de 15 indicadores (**tabla 7**).

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia

N°	Dominio	Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Observaciones
1	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO) (CNR).	CNR de cáncer de cuello uterino.	Porcentaje	Ajustar el punto de corte de 90 % a 95 %
2	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó estadificación clínica.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO).	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reportadas en el periodo.	Porcentaje	Ninguna

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

N°	Dominio	Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Observaciones
3	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).	Número de casos nuevos con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).	CNR de cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB2.	Porcentaje	Ajustar la estadificación desde IA a IB1. Eliminar la palabra "curativo" y modificar a "que recibieron conización o cirugía".
4	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró radioterapia.	Número de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró radioterapia.	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV.	Porcentaje	Indicador que se somete a votación para su eliminación. Se propuso reemplazarlo por un indicador de tratamiento con radioterapia definitiva para quienes reciben quimioterapia basada en platino y presentan estadios localmente avanzados.
5	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV.	Porcentaje	Indicador que se somete a votación para su eliminación, debido a que se propone la inclusión del indicador de tratamiento con quimioterapia basada en platino.
6	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV.	Porcentaje	Actualizar la definición de estadio a localmente avanzados (de IB2 hasta IVA).
7	Tratamiento	Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados con valoración por cuidado paliativo.	Número de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios avanzados a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.	CNR de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados.	Porcentaje	Especificar que los estadios avanzados comprenden los estadios localmente avanzados.
8	Tratamiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios avanzados con valoración por cuidado paliativo.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios avanzados a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios avanzados.	Porcentaje	Especificar que los estadios avanzados comprenden los estadios localmente avanzados.
9	Oportunidad	Oportunidad de la atención general (desde la sospecha hasta el primer tratamiento) de los CNR.	Sumatoria de los días transcurridos entre la nota de remisión del médico o institución general hacia la institución que realizó el diagnóstico y el primer tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	CNR de cáncer de cuello uterino.	Días	Cambiar el nombre del indicador a: "tiempo entre el tamizaje y el primer tratamiento", separado según el tipo de cáncer: <i>in situ</i> y estadios avanzados. Se ajusta el punto de corte: alto, ≤ 75 días; Medio, de 75 a 90 días; Bajo, > 90 días. Se someten a votación 2 indicadores que incluyen las modificaciones mayores de este indicador.



Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

N°	Dominio	Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Observaciones
10	Oportunidad	Oportunidad de la atención de los CNR de cáncer de cuello uterino (desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento).	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico y el primer tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	CNR de cáncer de cuello uterino	Días	Cambiar el nombre a: "oportunidad de inicio del tratamiento".
11	Oportunidad	Oportunidad por médico tratante de los CNR (desde el informe de patología hasta el médico tratante).	Sumatoria de los días transcurridos entre el informe histopatológico válido y la atención por médico tratante en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	CNR de cáncer de cuello uterino.	Días	Se somete a votación para su eliminación teniendo en cuenta que estos tiempos ya se incluyen en otros indicadores que corresponden a los intervalos entre: - El tamizaje y el inicio del tratamiento. - El diagnóstico y el inicio del tratamiento.
12	Oportunidad	Oportunidad de inicio del tratamiento de los CNR (desde el médico tratante hasta el primer tratamiento).	Sumatoria de los días transcurridos entre la atención por el médico tratante y el inicio del primer tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, bloqueo hormonal, cuidado paliativo) en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	CNR de cáncer de cuello uterino.	Días	Se somete a votación para eliminarlo teniendo en cuenta que estos tiempos ya se incluyen en otros indicadores que corresponden a los intervalos entre: - El tamizaje y el inicio del tratamiento. - El diagnóstico y el inicio del tratamiento.
13	Diagnóstico	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo (dentro del periodo de reporte).	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino con fecha de diagnóstico dentro del periodo de reporte.	Población femenina mayor de 18 años (Base de Datos Única de Afiliados o población DANE).	Tasa	Se establece como meta una tasa ≤ 4 por cada 100.000 habitantes (OMS).
14	Resultado	Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino fallecidas durante el periodo.	Población femenina mayor de 18 años (Base de datos Única de Afiliados).	Tasa	Ninguna
15	Resultado	Supervivencia general a los 5 años.	Análisis de supervivencia - método Kaplan Meier.		Porcentaje	Ninguna
17	Seguimiento	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen los criterios de seguimiento.	Número de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen los criterios de seguimiento.	Mujeres con cáncer de cuello uterino reportadas en seguimiento.	Porcentaje	Se propone eliminar del consenso, debido a que no ha sido posible su medición y no está establecido un estándar o concepto de seguimiento. Indicador nuevo según la evidencia. Se somete a primera ronda de votación para su inclusión. Medir en estadios avanzados o metastásicos.
18	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) o metastásico a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1.	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) o metastásico a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD-L1.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) o metastásico.	Porcentaje	Indicador nuevo según la evidencia. Se somete a primera ronda de votación para su inclusión. El grupo desarrollador define el estadio temprano hasta IB2.
19	Diagnóstico	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB1).	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1 - IB1).	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	Porcentaje	Indicador nuevo según la evidencia. Se somete a primera ronda de votación para su inclusión. El grupo desarrollador define el estadio temprano hasta IB2.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 7. Indicadores preliminares propuestos por el GD según la evidencia (continuación)

N°	Dominio	Nombre	Numerador	Denominador	Unidad	Observaciones
20	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en platino.	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en platino.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria.	Porcentaje	Se definió estadio avanzado desde IB2 hasta IVA. Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso.
21	Tratamiento	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en otras terapias diferentes al platino.	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en otras terapias diferentes al platino.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria.	Porcentaje	Se definió estadio avanzado desde IB2 hasta IVA. Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso.
22	Seguimiento	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino que reciben cirugía radical.	Porcentaje	Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso.
23	Seguimiento	Proporción de casos prevalentes de cáncer de cuello uterino evaluados con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento.	Casos prevalentes de cáncer de cuello uterino diagnosticados en los últimos 5 años que fueron evaluados con una escala de calidad de vida validada en Colombia, al menos una vez en el periodo.	Número de casos prevalentes de cáncer de cuello uterino diagnosticados en los últimos 5 años.	Porcentaje	Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso.
24	Seguimiento	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino evaluados con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento.	Casos nuevos de cáncer de cuello uterino que fueron evaluados con una escala de calidad de vida validada en Colombia, antes del inicio del tratamiento.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	Porcentaje	Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso.
25	Oportunidad	Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del tratamiento primario que incluye la radioterapia y la quimioterapia concurrente más el refuerzo de braquiterapia en casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	Sumatoria de los días transcurridos en completar todo el tratamiento primario (radioterapia y quimioterapia) más el refuerzo con braquiterapia en casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo con fecha de diagnóstico y con oportunidad positiva.	Número de casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo con tratamiento primario de radioterapia y quimioterapia más el refuerzo con braquiterapia, con oportunidad positiva y con fechas válidas.	Días	Indicador nuevo que se somete a primera ronda de votación para su inclusión al consenso. Meta: ≤ 56 días (ABS, NCCN, OMS).

Nota: los indicadores presentados en esta corresponden a la propuesta inicial y han sido objeto de ajustes posteriores. La versión final puede consultarse en la tabla 1 o en la sección de resultados.

Fuente: elaboración CAC.



Paso 5: reunión de apertura con el PE

Con el objetivo de presentar los antecedentes del consenso de 2016 y la metodología para su actualización, el 7 de octubre de 2024 se realizó la reunión de apertura con el PE de manera presencial en la ciudad de Bogotá, D. C. En este espacio se expusieron los indicadores propuestos por el GD según la evidencia, destacando los 15 que serían dispuestos para votación por el PE. De esta manera, se explicó la metodología de trabajo y las instrucciones generales para la votación. Posteriormente, se abrió un espacio para resolver las dudas de los panelistas, las cuales fueron atendidas por los miembros del GD.

Paso 6: primera ronda de votación del consenso

Todos los miembros del PE fueron invitados a participar en el proceso de votación mediante la herramienta Forms de Office 365®. La votación se llevó a cabo de forma virtual, garantizando el anonimato de las respuestas individuales a las preguntas de valoración de los indicadores, de modo que para el PE no fuera posible atribuir un resultado a ningún panelista en particular.

El formulario virtual incluyó los 15 indicadores definidos por el GD con base en la evidencia. Para cada uno se plantearon dos preguntas. La primera evaluaba la pertinencia mediante una escala Likert de 1 a 9, donde 1 correspondía a "totalmente en desacuerdo" y 9 a "totalmente de acuerdo" (72). La segunda consistía en un espacio para registrar comentarios, preguntas, propuestas de ajustes o sugerencias adicionales que se consideraran relevantes, acompañados de las referencias que los respalden.

Adicionalmente, para evaluar la eliminación o modificación de los indicadores propuestos, se incluyeron dos preguntas específicas: una con respuesta dicotómica ("sí" o "no") para manifestar acuerdo y una segunda pregunta abierta para que el PE aportara comentarios adicionales, ajustes o sugerencias relacionados con dicho indicador.

A continuación, se presentan los participantes y el número de votos por sector en la primera ronda.

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de participación en la primera ronda de votación según el sector

Sector	Número de votos (n)	Porcentaje de participación (%)
Aseguramiento	26	53,06
Prestadores	10	20,40
Sociedades científicas y expertos clínicos independientes	7	14,28
Gobierno	4	8,16
Asociaciones de pacientes o cuidadores	2	4,08
Total	49	99,98

Fuente: elaboración CAC.

Resultados de la primera ronda de votación del consenso

Para las preguntas tipo Likert, se calculó la mediana de las votaciones de cada indicador de manera independiente por sector, por lo que se obtuvieron cinco valores (uno por sector). Enseguida, a partir de estos resultados sectoriales, se estimó una mediana global que permitió determinar la existencia o no de consenso para cada indicador, de acuerdo con los siguientes criterios:

- **Mediana de 7 a 9:** consenso a favor (el indicador debe ser incluido).
- **Mediana de 4 a 6:** sin consenso (no hay acuerdo sobre la inclusión del indicador).
- **Mediana de 1 a 3:** consenso en contra (el indicador no debe ser incluido).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Para las preguntas con opción de respuesta "sí" o "no", se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada alternativa por sector. Se consideró que existía consenso a favor de la exclusión o modificación cuando el promedio de respuestas "sí", entre los sectores, superó el 50 %.

Como resultado de la primera ronda, se alcanzó un consenso para la inclusión, eliminación o modificación de los 15 indicadores sometidos a votación (**tablas 9 y 10**); de estos, se incluyeron 8 indicadores, se modificaron 2 y se excluyeron 5.

Tabla 9. Resultado de la primera ronda de votación por sectores, preguntas tipo Likert

N°	Indicador	Mediana						Decisión del consenso
		Aseguramiento	Prestación	Pacientes	Gobierno	Sociedades científicas	Mediana global	
1	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) o metastásico a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1.	8	8	9	8	5	8	Incluir
2	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB1).	9	8,5	9	9	5	9	Incluir
3	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en platino.	8	9	9	9	5	9	Incluir
4	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) sometidos a radioterapia radical primaria que reciben quimioterapia concurrente basada en otras terapias diferentes al platino.	7,5	8,5	7	7	5	7	Incluir
5	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.	9	9	8,5	9	9	9	Incluir
6	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino evaluados con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento.	9	9	4,5	9	8	9	Incluir
7	Proporción de casos prevalentes de cáncer de cuello uterino evaluados con una escala de calidad de vida, al menos una vez en el periodo.	9	9	5	9	9	9	Incluir
8	Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del tratamiento primario que incluye la radioterapia y la quimioterapia concurrente más el refuerzo de braquiterapia en casos nuevos con cáncer de cuello uterino.	9	9	9	9	2	9	Incluir

Fuente: elaboración CAC.



Tabla 10. Resultado de la primera ronda de votación por sectores, preguntas dicotómicas de opción de respuesta "sí" o "no"

N°	Indicador	Porcentaje de respuestas "sí" (%)					Porcentaje global	Decisión del consenso
		Aseguramiento	Prestación	Pacientes	Gobierno	Sociedades científicas		
9	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró radioterapia. ¿Está de acuerdo con su eliminación?	84,62	90	100	100	71	89,12	Excluir
10	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia. ¿Está de acuerdo con su eliminación?	84,62	90	100	100	86	92,12	Excluir
11	Oportunidad de la atención general: tiempo entre el tamizaje y el inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino <i>in situ</i> . ¿Está de acuerdo con su modificación?	77	90	100	100	100	93,4	Modificar
12	Oportunidad de la atención general: tiempo entre el tamizaje y el inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino invasivo. ¿Está de acuerdo con su modificación?	69	90	100	100	100	91,8	Modificar
13	Oportunidad de la atención por el médico tratante: tiempo entre el informe histopatológico válido y la atención por el médico tratante. ¿Está de acuerdo con su eliminación?	77	80	50	67	29	60,6	Excluir
14	Oportunidad de inicio del tratamiento: tiempo entre la atención por el médico tratante y el primer tratamiento. ¿Está de acuerdo con su eliminación?	73	90	50	100	57	74	Excluir
15	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen los criterios de seguimiento. ¿Está de acuerdo con su eliminación?	96	90	50	100	71	81,4	Excluir

Fuente: elaboración CAC.

Indicadores propuestos posterior a la primera ronda de votación del consenso

El PE propuso la inclusión de cinco indicadores adicionales, los cuales fueron revisados y discutidos por el GD para su operacionalización. Tras este análisis, el GD decidió excluir 3 indicadores de la segunda ronda de votación (**tabla 11**). Por otro lado, durante la reunión de socialización de los resultados de la primera ronda de votación, el GD propuso indicadores adicionales para la evaluación detallada de las oportunidades, por lo tanto, se sometieron a votación 6 indicadores (**tabla 12**).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Precisiones definidas tras la primera ronda de votación

- De acuerdo con la estadificación clínica del cáncer de cuello uterino según la FIGO (2018), los estadios tempranos comprenden desde IA hasta IB2, los estadios localmente avanzados abarcan desde IB3 hasta IVA y el estadio metastásico corresponde al IVB.
- Aunque el indicador de la "proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia concurrente basada en agentes distintos al platino" fue sometido a votación para su inclusión, el GD propone su exclusión. La razón es que dicho indicador no cuenta con respaldo en la evidencia científica, ni en las recomendaciones de la práctica clínica, y su aplicabilidad se limita a un número reducido de casos.

Tabla 11. Indicadores adicionales propuestos por el PE y razones de su exclusión

Nombre del Indicador	Razones de exclusión	Sector que propone el indicador
Proporción de pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA) que reciben braquiterapia dentro del manejo definitivo.	Excluido para la segunda ronda de votación, dado que con la modificación del indicador de la "proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia" se incluye la información propuesta por el PE.	Sociedades Científicas Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos
Proporción de cuidados paliativos en estadios tardíos.	Excluido para segunda ronda de votación ya que el consenso cuenta con dos indicadores que evalúan la valoración por cuidados paliativos en casos nuevos reportados y prevalentes.	Aseguramiento - EPS Sanitas
Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que reciben acompañamiento psicosocial (trabajo social, psicología o consejería) documentado en su historia clínica durante el tratamiento oncológico.	Excluido porque la información contenida en los indicadores de calidad de vida y valoración por cuidado paliativo puede resultar en la derivación a servicios como trabajo social, psicología, entre otros. Así mismo, con base en el instructivo del consenso, se han identificado dificultades para la recolección de datos relacionados con estas consultas.	Pacientes - Fundación Salamanca Borrero SalBo

Fuente: elaboración CAC.

Tabla 12. Indicadores sometidos a segunda ronda de votación

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Sector que propone el indicador
Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo que asistieron al menos a dos consultas de ginecología, ginecología oncológica o oncología clínica o oncología radioterápica durante el primer año de diagnóstico.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo durante el primer año desde el diagnóstico.	Porcentaje	Sociedades Científicas ASCO
Fragmentación de la atención en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino.	Sumatoria del número de IPS que han atendido a los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo, desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, durante el periodo.	Casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.	Porcentaje	Pacientes - Asociación Nacional de Pacientes con Enfermedades de Alto Costo
Oportunidad de inicio del tratamiento en casos de mujeres con NIC 3 o casos de cáncer cervical <i>in situ</i> : tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento en las mujeres con cáncer de cuello uterino <i>in situ</i> con fecha de diagnóstico válida y con oportunidad positiva.	Número de casos nuevos de mujeres con NIC 3 o cáncer cervical <i>in situ</i> con fecha de diagnóstico y con oportunidad positiva.	Días	Sociedades Científicas ASCO



Tabla 12. Indicadores sometidos a segunda ronda de votación (continuación)

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	Sector que propone el indicador
Oportunidad de inicio del tratamiento en casos invasivos: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento en las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo con fecha de diagnóstico válida y con oportunidad positiva.	Casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo con fecha de diagnóstico y con oportunidad positiva.	Días	Sociedades Científicas ASCO
Oportunidad de la atención general en los casos de mujeres con NIC 3 o cáncer cervical <i>in situ</i>: tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.	Sumatoria de los días transcurridos entre la fecha de remisión a la institución que realiza el diagnóstico y el primer tratamiento en los casos nuevos de NIC 3 o casos de cáncer cervical <i>in situ</i> con fecha de remisión válida.	Número de casos nuevos de mujeres con NIC 3 o cáncer cervical <i>in situ</i> con fecha de remisión o tamizaje válida.	Días	Sociedades Científicas ASCO
Oportunidad de la atención general en los casos de cáncer de cuello uterino invasivo: tiempo entre la fecha de tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento en los casos nuevos de cáncer de cuello uterino.	Sumatoria de los días transcurridos entre la fecha de remisión a la institución que realiza el diagnóstico y el primer tratamiento en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo y con fecha de remisión válida.	Número de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo con fecha de remisión o tamizaje válida.	Días	Sociedades Científicas ASCO

Fuente: elaboración CAC.

Paso 7: segunda ronda de votación del consenso

Los miembros del PE fueron invitados a participar en el proceso de la segunda ronda de votación mediante la herramienta Forms de Office 365®. Del mismo modo que en la primera ronda, se mantuvo el anonimato de las respuestas individuales y se llevó a cabo de forma virtual, garantizando el anonimato de las respuestas individuales a las preguntas de valoración de los indicadores. El formulario virtual incluyó 6 indicadores definidos por el GD.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de participación en la segunda ronda de votación según el sector

Sector	Número de votos (n)	Porcentaje de participación (%)
Aseguramiento	18	50,00
Prestadores	10	27,77
Sociedades científicas y expertos clínicos independientes	5	13,88
Gobierno	1	2,77
Pacientes o cuidadores	2	5,55
Total	36	99,97

Fuente: elaboración CAC.

Resultados de la segunda ronda de votación del consenso

Se realizó el cálculo de medianas para cada indicador, de la misma manera que se realizó para la primera ronda de votación (paso 6).

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 14. Resultados segunda ronda de votación

N°	Indicador	Mediana						Decisión del consenso
		Aseguramiento	Prestadores	Pacientes	Gobierno	Sociedades científicas	Mediana global	
1	Fragmentación de la atención en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino.	9	9	8,5	8	8	8,5	Incluir
2	Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico.	8,5	9	8,5	5	9	8,5	Incluir
3	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos de mujeres con NIC 3 o cáncer cervical <i>in situ</i> : tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	8	9	8,5	6	8	8	Incluir
4	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos invasivos: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.	7,5	9	8,5	9	9	9	Incluir
5	Oportunidad de la atención general en los casos de mujeres con NIC 3 o cáncer cervical <i>in situ</i> : tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.	8	9	8	9	9	9	Incluir
6	Oportunidad de la atención general en los casos invasivos: tiempo entre la fecha de tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.	8,5	9	8,5	9	9	9	Incluir

Fuente: elaboración CAC.

Precisiones de los indicadores derivadas del análisis con el GD

Tras la segunda ronda de votación, se realizó una sesión virtual el día 22 de enero de 2026 con el GD y expertos clínicos de la ACGO, en la cual se analizaron los indicadores nuevos, los modificados y los eliminados.

- Se definió omitir la meta establecida para la proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo dentro del periodo de reporte, considerando que su cumplimiento está proyectado por la OMS para el año 2030.
- De común acuerdo, se decidió incluir mayor detalle al indicador de la "proporción de casos nuevos con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB2 - IVA) o metastásico a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1", por lo que se dividirá en dos: uno con la estadificación de casos metastásicos nuevos y otro para casos prevalentes metastásicos (IVB), recurrentes, persistentes o previamente tratados.
- Debido a que el cuidado paliativo es un componente esencial de la atención oncológica, el indicador de cuidado paliativo se disgregó por casos nuevos y prevalentes, así como por estadificación en localmente avanzado y metastásico.



Paso 8: reunión de cierre

Con el objetivo de socializar los resultados del consenso, se realizó una reunión presencial con los miembros del PE el 19 de febrero de 2026 en Bogotá, D. C. Durante el encuentro, se presentaron a los panelistas los resultados de la primera y la segunda ronda de votación, así como los ajustes realizados a partir de los comentarios recibidos.

Es de destacar que, durante esta reunión de cierre, se acordó utilizar el término "carcinoma *in situ*" en lugar de "cáncer *in situ*". Finalmente, una vez concluida la reunión de cierre, se consolidaron los ajustes finales en las fichas técnicas de los indicadores, las cuales se detallan en la siguiente sección, y se preparó el presente informe técnico.

6. Resultados

A partir de la RSL y del proceso participativo que involucró a todos los sectores, se definieron los indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia. Este proceso permitió consolidar 25 indicadores consensuados, técnicamente sólidos y pertinentes para el contexto nacional.

Los umbrales para la semaforización de los indicadores de línea de base serán establecidos dentro de los tres años posteriores a la publicación de este documento técnico. Este periodo permitirá contar con información suficiente y consistente para definir puntos de referencia realistas, comparables y alineados con la práctica clínica y los resultados observados en el país. En este sentido, se presentan algunas precisiones clave para la adecuada interpretación y aplicación de los indicadores:

- La gestión se evalúa en todas las entidades que han brindado atención a mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo o carcinoma *in situ* o NIC 3. Por ejemplo, si una mujer recibe atención tanto en una EAPB como en una entidad de medicina prepagada, ambos registros se incluyen para la gestión del riesgo de cada entidad.
- Los términos de "estadios tempranos" y "localmente avanzados" corresponden al cáncer de cuello uterino invasivo.
- Los términos "carcinoma *in situ*" y "NIC 3" se utilizan de manera equivalente en el contexto del cáncer de cuello uterino.

A continuación, se presenta cada uno de los indicadores, clasificados según su dominio y nivel de operatividad, junto con las consideraciones técnicas relevantes para su cálculo e interpretación.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

1. Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica

Justificación: la estadificación clínica influye de manera determinante en el pronóstico del cáncer de cuello uterino ya que permite una clasificación más precisa de la extensión de la enfermedad al incorporar hallazgos imagenológicos y anatomopatológicos que previamente no se consideraban. Esta caracterización más detallada refina la estratificación del riesgo, orienta la selección del tratamiento más adecuado y permite estimar con mayor precisión la probabilidad de supervivencia y recurrencia en cada mujer.

Código	CER_15_1
Nombre	Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (CNR).
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino.
Puntos de corte	≥ 95 %
	≥ 80 y < 95 %
	< 80 %
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">El numerador incluye los casos de mujeres con carcinoma <i>in situ</i> (NIC 3) y cáncer invasivo.Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO 2018).

2. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó la estadificación clínica

Justificación: para los casos prevalentes, el estadio inicial no se modifica ante una recurrencia, pero es esencial para determinar si la paciente cumple con los criterios de seguimiento post-tratamiento. El monitoreo de esta población permite evaluar la reaparición de la enfermedad y la efectividad de las intervenciones en salud.

Código	CER_15_2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó estadificación clínica.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial.
Denominador	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reportadas en el periodo.
Puntos de corte	≥ 90 %
	≥ 80 y < 90 %
	< 80 %
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">El numerador incluye los casos de mujeres con carcinoma <i>in situ</i> (NIC 3) y cáncer invasivo.Mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó y se les reportó la estadificación clínica inicial (TNM/FIGO 2018).



3. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB2)

Justificación: el diagnóstico del cáncer de cuello uterino en estadios tempranos permite iniciar tratamientos con intención curativa y se asocia con mejores resultados clínicos y mayores tasas de supervivencia en comparación con el diagnóstico en estadios avanzados.

Código	CER_16
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo diagnosticados en estadios tempranos (IA1 - IB2).
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1 - IB2).
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.
Puntos de corte	≥ 70 % < 70 %
Observaciones	Ninguna

4. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1

Justificación: la determinación de la expresión de la PD - L1 se fundamenta en su papel como biomarcador predictivo para el uso de inmunoterapia en el cáncer de cuello uterino metastásico. Su evaluación permite identificar a las mujeres con mayor probabilidad de beneficiarse de estas terapias, favoreciendo la personalización del tratamiento y la mejora de los resultados en supervivencia.

Código	CER_17_1
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5. Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratados a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1

Justificación: la determinación de la PD - L1 es un criterio clave para seleccionar a las pacientes que pueden beneficiarse de terapias inmunológicas en escenarios de enfermedad avanzada o refractaria, donde las opciones terapéuticas son limitadas y el pronóstico suele ser desfavorable. Por lo tanto, la evaluación de este biomarcador permite optimizar la selección de tratamientos sistémicos y mejorar los resultados clínicos en esta población.

Código	CER_17_2
Nombre	Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratadas a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1.
Dominio	Diagnóstico
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB) recurrentes, persistentes y previamente tratadas a quienes se les realizó la prueba de expresión de la PD - L1 prevalentes.
Denominador	Mujeres con cáncer de cuello uterino metastásico (IVB), recurrentes, persistentes y previamente tratadas.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

6. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía

Justificación: el tratamiento quirúrgico constituye el abordaje de elección en los estadios iniciales del cáncer de cuello uterino. En mujeres seleccionadas con deseo gestacional, pueden emplearse técnicas quirúrgicas conservadoras que permiten preservar la fertilidad. Así mismo, el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica permite la evaluación definitiva de factores pronósticos patológicos, fundamentales para la correcta estadificación y la toma de decisiones terapéuticas posteriores.

Código	CER_18
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 que recibieron conización o cirugía.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1.
Puntos de corte	≥ 90 %
	≥ 60 a < 90 %
	< 60 %
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.



7. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical

Justificación: los márgenes quirúrgicos libres de tumor constituyen un factor pronóstico importante ya que su compromiso se asocia con mayor riesgo de recurrencia y menor supervivencia. Además, su evaluación permite orientar la necesidad de tratamientos adyuvantes y se considera un indicador de la calidad del tratamiento quirúrgico.

Código	CER_19
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino que tienen márgenes quirúrgicos libres de tumor tras una cirugía radical.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino que reciben cirugía radical.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

8. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia

Justificación: en los estadios localmente avanzados, el tratamiento definitivo con quimiorradioterapia concurrente seguida de braquiterapia constituye el estándar de manejo ya que esta combinación ha demostrado mejores resultados en el control regional de la enfermedad y en la supervivencia de las pacientes.

Código	CER_20
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) que reciben manejo definitivo con quimiorradioterapia y braquiterapia.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo con indicación de quimiorradioterapia y braquiterapia.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

9. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia basada en platino

Justificación: en el cáncer de cuello uterino localmente avanzado, la quimiorradioterapia concurrente basada en platino constituye el estándar de tratamiento ya que se asocia con una reducción del riesgo de recaída y una mejora en la supervivencia. Este efecto se atribuye al papel radiosensibilizador del cisplatino, que incrementa la eficacia de la radioterapia.

Código	CER_21
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia basada en platino.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva que reciben quimioterapia concurrente basada en platino.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) sometidas a radioterapia definitiva.
Puntos de corte	$\geq 95 \%$ $< 95 \%$
Observaciones	Ninguna

10. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) con valoración por cuidado paliativo

Justificación: la valoración por cuidado paliativo es un componente esencial de la atención oncológica de alta calidad que debe integrarse desde el momento del diagnóstico. Esta valoración permite una comprensión integral de la situación clínica de las mujeres con cáncer, así como detectar las necesidades de intervención preventivas o inmediatas.

Código	CER_22_1
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) con valoración por cuidado paliativo.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios localmente avanzados (IB3 - IVA) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo (CNR).
Denominador	CNR en mujeres con cáncer de cuello uterino en localmente avanzados (IB3 - IVA).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.



11. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes con valoración por cuidado paliativo

Justificación: en los estadios avanzados del cáncer de cuello uterino, la valoración por cuidado paliativo es fundamental para la identificación y el manejo oportuno de los síntomas físicos y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales asociados a la enfermedad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida mediante un abordaje integral y centrado en la persona.

Código	CER_22_2
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes con valoración por cuidado paliativo.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA) prevalentes a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.
Denominador	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (IB3 - IVA).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">• El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.• Incluye a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino confirmado hasta cinco años antes de la fecha de corte del análisis.

12. Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo

Justificación: la valoración por cuidado paliativo es un componente esencial de la atención oncológica. En los casos metastásicos no solo se limita al cuidado al final de la vida, sino que busca mejorar la calidad de vida a partir de la gestión integral de los síntomas, el soporte psicosocial y espiritual y la disminución de consultas innecesarias a los servicios de urgencias y hospitalizaciones prolongadas.

Código	CER_22_3
Nombre	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo (CNR).
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

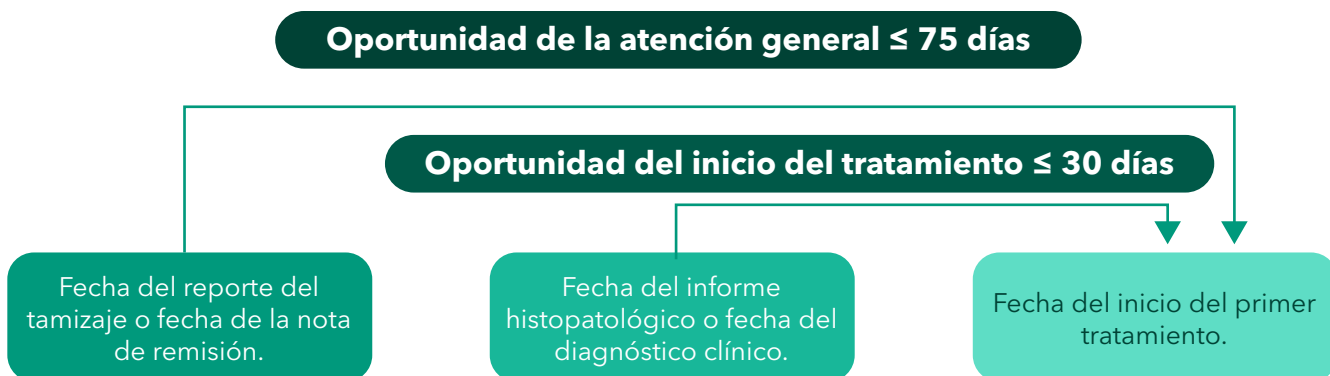
WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

13. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo

Justificación: la valoración por cuidado paliativo es un componente esencial de la atención oncológica. En los casos metastásicos no solo se limita al cuidado al final de la vida, sino que busca mejorar la calidad de vida a partir de la gestión integral de los síntomas, el soporte psicosocial y espiritual y la disminución de consultas innecesarias a los servicios de urgencias y hospitalizaciones prolongadas.

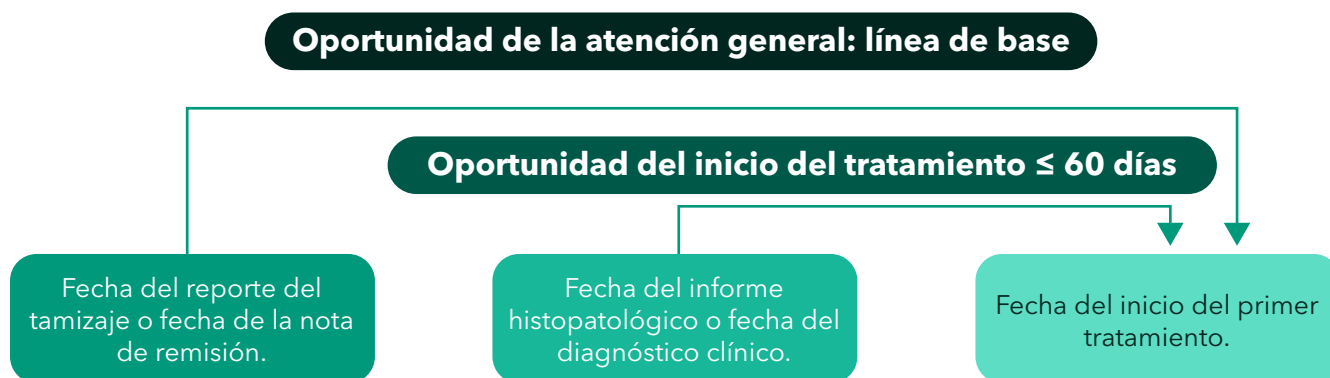
Código	CER_22_4
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) con valoración por cuidado paliativo, prevalentes.
Dominio	Tratamiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios metastásicos (IVB) a quienes se les realizó valoración por cuidado paliativo.
Denominador	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios metastásicos (IVB).
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores. Incluye a las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino confirmado hasta cinco años antes de la fecha de corte del análisis.

Figura 1. Diagrama de oportunidades de los casos de cáncer de cuello uterino invasivos



[Descargar figura](#)

Figura 2. Diagrama de oportunidades de los casos de carcinoma *in situ* o NIC 3



[Descargar figura](#)



14. Oportunidad de la atención general en los casos nuevos de neoplasia intraepitelial cervical 3 (NIC 3) o carcinoma *in situ*: tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento

Justificación: este indicador permite evaluar la oportunidad de la atención a lo largo de la ruta de detección y manejo de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. El manejo oportuno de estas lesiones es fundamental para evitar su progresión a cáncer invasivo.

Código	CER_23_1
Nombre	Oportunidad de la atención general en los casos nuevos de neoplasia intraepitelial cervical 3 (NIC 3) o carcinoma <i>in situ</i> : tiempo entre la fecha del tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria de los días transcurridos entre el tamizaje o la fecha de remisión a la institución y el primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> .
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores. Criterios de inclusión: Fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva. Notas adicionales: <ul style="list-style-type: none">El tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde al tratamiento quirúrgico.Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al final del periodo.

15. Oportunidad de la atención general en los casos nuevos invasivos: tiempo entre la fecha de tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento

Justificación: la medición de este intervalo permite evaluar la oportunidad de la atención desde la detección o la sospecha clínica hasta el inicio del manejo en las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo. Los retrasos en este proceso pueden asociarse con la progresión de la enfermedad y peores desenlaces clínicos.

Código	CER_23_2			
Nombre	Oportunidad de la atención general en los casos nuevos invasivos: tiempo entre la fecha de tamizaje o la fecha de remisión a la institución que hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento.			
Dominio	Oportunidad			
Unidad	Promedio de días			
Periodicidad	Anual			
Población	Incidentes			
Numerador	Sumatoria de los días transcurridos entre el tamizaje o la fecha de remisión a la institución y el primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.			
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.			
Puntos de corte	<table border="1"><tr><td>≤ 75 días</td></tr><tr><td>75 a 90 días</td></tr><tr><td>> 90 días</td></tr></table>	≤ 75 días	75 a 90 días	> 90 días
≤ 75 días				
75 a 90 días				
> 90 días				
Observaciones	El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores. Criterios de inclusión: Fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva. Notas adicionales: <ul style="list-style-type: none">El tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde al tratamiento quirúrgico.Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al final del periodo.			

16. Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos con NIC 3 o carcinoma *in situ*: tiempo trascurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento

Justificación: el inicio oportuno del tratamiento en mujeres con NIC 3 o carcinoma *in situ* es fundamental ya que el manejo adecuado de estas lesiones reduce el riesgo de progresión a cáncer de cuello uterino invasivo. La medición de este intervalo permite evaluar la oportunidad de la atención y la capacidad del sistema de salud para garantizar el tratamiento oportuno, lo que contribuye a mejorar el pronóstico y a fortalecer las estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino.

Código	CER_24_1
Nombre	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> : tiempo trascurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino con NIC 3 o carcinoma <i>in situ</i> .
Puntos de corte	≤ 60 días
	> 60 días
Observaciones	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Criterios de inclusión: Casos con fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva.</p> <p>Notas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde a: tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia. Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al final del periodo.

17. Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos nuevos invasivos: tiempo trascurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento

Justificación: el inicio oportuno del tratamiento en las mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo es un componente esencial de la calidad de la atención oncológica ya que los retrasos entre el diagnóstico y el inicio del manejo se han asociado con la progresión de la enfermedad y peores desenlaces clínicos. La medición de este intervalo permite evaluar la oportunidad de la atención, identificar barreras en el acceso a los servicios especializados y fortalecer la articulación de las redes de atención, contribuyendo a mejorar el control de la enfermedad y la supervivencia de las pacientes.



Código	CER_24_2
Nombre	Oportunidad de inicio del tratamiento en los casos invasivos: tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento.
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria de los días transcurridos entre el diagnóstico (informe histopatológico) y la fecha de inicio del primer tratamiento, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.
Puntos de corte	≤ 30 días
	31 a 45 días
	> 45 días
Observaciones	<p>El indicador fue modificado en la clasificación de la estadificación incluida en su operativización; por lo tanto, sus resultados no son comparables con los periodos anteriores.</p> <p>Criterios de inclusión: Fecha de diagnóstico válida y oportunidad positiva.</p> <p>Notas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none">El tratamiento definido para los estadios de este indicador corresponde a: tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia.Los casos sin fecha de finalización en cada oportunidad se considerarán concluidos al final del periodo.

18. Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del manejo definitivo con braquiterapia en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA)

Justificación: la medición del tiempo total de tratamiento es fundamental porque la oportunidad y la continuidad son determinantes del control tumoral. La prolongación del tiempo total de tratamiento se ha asociado con desenlaces clínicos desfavorables. Por lo tanto, la finalización oportuna del tratamiento constituye un elemento clave en la calidad de la atención que reciben las mujeres con esta neoplasia.

Código	CER_25
Nombre	Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de la duración del manejo definitivo con braquiterapia en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA).
Dominio	Oportunidad
Unidad	Promedio de días
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Sumatoria de los días transcurridos desde la fecha de inicio del tratamiento primario con quimiorradioterapia hasta la última fecha de la braquiterapia, considerando únicamente a las mujeres que cumplen con los criterios contenidos en el denominador.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento primario con quimiorradioterapia y braquiterapia, en estadio localmente avanzado (IB3 - IVA).
Puntos de corte	≤ 56 días
	> 56 días
Observaciones	Ninguna

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

19. Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo dentro del periodo de reporte

Justificación: permite monitorear la ocurrencia de casos y evaluar el impacto de las estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. Este indicador contribuye a identificar brechas en el acceso a los servicios de salud y a orientar acciones para fortalecer el control de la enfermedad, lo que se alinea con la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para la eliminación del cáncer de cuello uterino.

Código	CER_11
Nombre	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo dentro del periodo de reporte.
Dominio	Morbimortalidad
Unidad	Casos por 100.000 mujeres
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino con fecha de diagnóstico dentro del periodo de reporte.
Denominador	Población femenina mayor de 18 años (Base de Datos Única de Afiliados o población DANE).
Puntos de corte	Por definir
Observaciones	Ninguna

20. Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino

Justificación: el seguimiento de la mortalidad permite evaluar el impacto de la enfermedad y la calidad de la prestación de los servicios de salud a lo largo de la atención, incluyendo el tamizaje, el diagnóstico oportuno, el inicio del tratamiento y el seguimiento de las mujeres con cáncer de cuello uterino. Así mismo, este indicador permite monitorear el progreso del cumplimiento de la estrategia global de la Organización Mundial de la Salud para la eliminación del cáncer de cuello uterino (90-70-90), cuyo objetivo es reducir la mortalidad por esta enfermedad para el año 2030.

Código	CER_12
Nombre	Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.
Dominio	Morbimortalidad
Unidad	Casos por 100.000 mujeres
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino fallecidas durante el periodo
Denominador	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino reportadas en el periodo.
Puntos de corte	< 5,5
	5,5 a 8,2
	> 8,2
Observaciones	Ninguna

21. Supervivencia general a los 5 años

Justificación: la supervivencia es una medida pronóstica que estima la probabilidad de que las pacientes permanezcan vivas durante un periodo determinado después del diagnóstico. Este indicador proporciona información clave para evaluar la calidad de la atención oncológica, orientar la toma de decisiones en salud pública y mejorar los resultados clínicos de las mujeres con cáncer de cuello uterino.



Código	CER_13
Nombre	Supervivencia general a los 5 años.
Dominio	Resultado
Unidad	Probabilidad de supervivencia a los 5 años
Periodicidad	
Población	Prevalentes
Numerador	Método estadístico: análisis de supervivencia mediante el método Kaplan-Meier con IC 95 %.
Denominador	
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Se incluyen todos los casos, con posibilidad de realizar análisis por subgrupos de interés.

22. Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento

Justificación: la medición de la calidad de vida antes del inicio del tratamiento permite establecer una línea de base del estado de las mujeres, lo que guía la toma de decisiones terapéuticas y facilita la planificación temprana de intervenciones de soporte.

Código	CER_26_1
Nombre	Proporción de casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, antes del inicio del tratamiento.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida validada en Colombia, antes del inicio del tratamiento.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Las escalas permitidas serán las que a la fecha de corte de cada año estén validadas en el país. Entre estas se incluyen, por ejemplo: 1. EORTC QLQ-C30 (<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30</i>). 2. FACT-G (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>). Medición global de bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional 3. FACT-Cx (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix</i>). Módulo específico para el cáncer de cuello uterino que complementa la escala FACT-G.

23. Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, al menos una vez en el periodo

Justificación: la medición de la calidad de vida durante el seguimiento permite identificar de manera integral el impacto de la enfermedad y del tratamiento sobre el bienestar de las mujeres con cáncer de cuello uterino. Esta medición facilita el monitoreo de la evolución del estado de salud de las mujeres, orienta la toma de decisiones clínicas y permite planificar de manera oportuna intervenciones de soporte que contribuyan a mejorar los resultados en salud.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Código	CER_26_2
Nombre	Proporción de casos prevalentes de mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas con una escala de calidad de vida, al menos una vez en el periodo.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino diagnosticadas en los últimos 5 años que fueron evaluadas con una escala de calidad de vida validada en Colombia, al menos una vez en el periodo.
Denominador	Mujeres con cáncer de cuello uterino diagnosticadas en los últimos 5 años.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Las escalas permitidas serán las que a la fecha de corte de cada año estén validadas en el país. Entre estas se incluyen, por ejemplo: 1. EORTC QLQ-C30 (<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30</i>). Evaluación general de la calidad de vida en pacientes con cáncer 2. FACT-G (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>). Medición global de bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional. 3. FACT-Cx (<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Cervix</i>). Módulo específico para el cáncer de cuello uterino que complementa la escala FACT-G.

24. Fragmentación de la atención en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino

Justificación: un mayor número de IPS involucradas en la atención puede reflejar una mayor fragmentación del cuidado y asociarse con retrasos en el inicio o finalización del tratamiento.

Código	CER_27
Nombre	Fragmentación de la atención en los casos nuevos de mujeres con cáncer de cuello uterino.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Promedio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por caso.
Periodicidad	Anual
Población	Incidentes y prevalentes
Numerador	Sumatoria del número de IPS que realizaron atención directa del cáncer para cada caso nuevo de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo, desde el diagnóstico hasta el inicio del último tratamiento, durante el periodo.
Denominador	CNR de mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

25. Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico

Justificación: el seguimiento oncológico constituye un proceso multidisciplinario y centrado en la paciente, orientado a optimizar los resultados clínicos y la calidad de la atención. La realización periódica de consultas especializadas durante el primer año desde el diagnóstico permite mantener la vigilancia clínica de las pacientes, favoreciendo la detección temprana de la recurrencia o la progresión de la enfermedad, así como la identificación y el manejo de los efectos asociados al cáncer y a sus tratamientos.



Código	CER_28
Nombre	Seguimiento oncológico durante el primer año de diagnóstico.
Dominio	Seguimiento
Unidad	Porcentaje
Periodicidad	Anual
Población	Prevalentes
Numerador	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo que asistieron al menos a dos consultas de ginecología, ginecología oncológica o oncología clínica o oncología radioterápica durante el primer año de diagnóstico.
Denominador	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo durante el primer año de diagnóstico.
Puntos de corte	Línea de base
Observaciones	Ninguna

La actualización de los indicadores definidos en este consenso deberá realizarse cada cinco (5) años, o antes si surge nueva evidencia científica que justifique su modificación, o si así lo requieren las necesidades del SGSSS. Como resultado de estas revisiones, podrá ser necesario adicionar, ajustar o suprimir indicadores, así como modificar los mecanismos de generación de la información y la periodicidad del reporte, en coherencia con los avances técnicos, regulatorios y operativos del sistema de salud.

7. Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Diccionario de cáncer del NCI. 2024. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer>
2. World Health Organization. Cervical cancer. 2024. [Citado el 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023. International Journal of Gynecological Cancer. 2023;33(5):649-66. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429.
4. World Health Organization (WHO). Cervical cancer. Newsroom. 2025.
5. Arbyn M, Lan X, Simoons C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database Syst Rev. Mayo de 2018 9; 5(5). doi: 10.1002/14651858.
6. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. Lancet. 8 de febrero de 2014; [citado el 11 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24192252/>
7. World Health Organization (WHO). Strategic Framework for the Comprehensive Prevention and Control of Cervical Cancer in the Western Pacific Region 2023-2030. Manila; 2023.
8. World Health Organization (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2020. 52 p.
9. Sinno AK, Varma S, Tanner EJ. Updates in Sentinel Lymph Node Mapping in Gynecologic Cancer. Curr Obstet Gynecol Rep. 2018;7(1):28-38. doi: 10.1007/s13669-018-0230-x.
10. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. Lancet. 2017 Feb 25;389(10071):847-60. doi:10.1016/S0140-6736(16)31392-7.
11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;209-49.
12. World Health Organization (WHO). Quality health services. 2025. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
13. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (Cuenta de Alto Costo). Consenso Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en paciente con cáncer de cuello uterino en Colombia. Vol. 1. Bogotá, D.C.; 2016. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/07/Consenso-Cancer-mama-y-cuello-uterino-2016.pdf>
14. Fitch Kathryn, Bernstein S, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand/UCLA; 2001. 109 p.
15. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel R, Soerjomaram I et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Ca-A Cancer Journal for Clinicians. 2024;3. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38572751/>
16. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano. Bogotá, D.C.; 2023. [Citado el 11 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-vacunacion-contra-virus-papiloma-humano-ninas-ninos.pdf>
17. World Health Organization (WHO). WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer. Geneva: World Health Organization; 2020. 99 p.
18. Han J, Zhang L, Chen Y, Zhang Y, Wang L, Cai R, et al. Global HPV vaccination programs and coverage rates: a systematic review. EClinicalMedicine. 2025;84. doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103290.
19. World Health Organization (WHO). Sexual and Reproductive Health and Rights. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://platform.who.int/data/sexual-and-reproductive-health-and-rights/cervical-cancer-data>



20. Ferlat J, Ervik M, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M et al. Cancer Today. 2024. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheet.pdf>
21. Pardo Ramos C, Cendales Duarte R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2017 - 2021. Primera edición. Instituto Nacional de Cancerología, Vol. 1. Bogotá, D.C.; 2025. Disponible en: www.cancer.gov.co
22. Cuenta de Alto Costo (CAC) FC de E de AC. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2024. Bogotá, D.C.; 2025. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/09/Situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-2024-2.pdf>
23. Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia. Resolución 1035 de 2022: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el pueblo Rom y la población negra afrocolombiana, raizal y palenquera. Bogotá, D.C.; Junio de 2022.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 de 2014: Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer. Bogotá, D.C. Colombia; febrero de 2014. [Citado el 29 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3339 de 2019: Por la cual se establece e implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC para los cánceres priorizados. Bogotá, D.C.; diciembre de 2019. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3339-de-2019.pdf?utm_source=chatgpt.com
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 247 de 2014: Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer. Bogotá, D.C.; febrero de 2014. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%202014.pdf
27. Correia RH, Dash D, Jones A, Vanstone M, Aryal K, Siu HY-H et al. Primary care quality for older adults: Practice-based quality measures derived from a RAND/UCLA appropriateness method study. PLoS One. 2024;19(1):e0297505. [Citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10798529/>
28. Derendorf L, Stock S, Simic D, Lemmen C. Developing quality indicators for cross-sectoral psycho-oncology in Germany: combining the RAND/UCLA appropriateness method with a Delphi technique. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):599. [Citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10249931/>
29. Pap R, Lockwood C, Stephenson M, Simpson P. Development of prehospital care quality indicators for the Australian setting: a modified RAND/UCLA appropriateness method. Emergency Medicine Journal. 2022;39(1):57-62. [Citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/39/1/57.long>
30. Prezioso G, Suppiej A, Alberghini V, Bergonzini P, Capra ME, Corsini I et al. Pediatric Headache in Primary Care and Emergency Departments: Consensus with RAND/UCLA Method. 2022;12(2):142. [Citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8877535/>
31. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. [Citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
32. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):1-10. [Citado el 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
33. Rayyan Systems Inc. Rayyan: AI-Powered Systematic Review Management Platform. 2025. [Citado el 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.rayyan.ai/>
34. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. Vol. 372, BMJ. BMJ Publishing Group; 2021. doi: 10.1136/bmj.n71.
35. Aromataris E, Fernández R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):132-40. doi: 10.1097/XEB.0000000000000055.
36. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf
37. The Ottawa Hospital Research Institute. Newcastle-Ottawa Quality Assessment Form for Cohort Studies. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

38. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*. 2019;4(1):5. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-019-0064-8#citeas>
39. Khodyakov D, Grant S, Kroger J, Bauman M. RAND Methodological Guidance for Conducting and Critically Appraising Delphi Panels. *RAND Methodological Guidance for Conducting and Critically Appraising Delphi Panels*. 29 de diciembre de 2023; [citado el 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.rand.org/pubs/tools/TLA3082-1.html>
40. Aromataris EMZ. Chapter 4: Systematic reviews of text and opinion. In: *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. [Citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://synt.hesimanual.jbi.global>
41. National Heart Lung and Blood Institute. Study Quality Assessment Tools - NIH. National Institutes of Health (NIH). [Citado el 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
42. Downes MJ, Brennan ML, Williams HC, Dean RS. Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*. 2016;6(12):e011458. [Citado el 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e011458>
43. Parinpanayagam S, Brooks S. A retrospective audit of treatment pathway for women diagnosed with cervical cancer in the Auckland region 2012–2016. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2020;64(1):144–50. doi: 10.1111/1754-9485.12973.
44. Luyckx A, Wyckmans L, Bonte AS, Trinh XB, Van Dam PA. Acceptability of quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer: Results of an online survey. Vol. 20, *BMC Women’s Health*. BioMed Central; 2020. doi: 10.1186/s12905-020-00999-3.
45. Foley OW, Strom D, Hinchcliff E. Advances in Cervical Cancer. *Advances in Oncology*. 2023;3(1):55–66. doi: 10.1016/j.yao.2023.01.005.
46. Korenaga TRK, Yoshida EJ, Pierson W, Chang J, Ziogas A, Swanson ML et al. Better late than never: Brachytherapy is more important than timing in treatment of locally advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2022;164(2):348–56. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.11.015.
47. Holschneider CH, Petereit DG, Chu C, Hsu IC, Ioffe YJ, Klopp AH et al. Brachytherapy: A critical component of primary radiation therapy for cervical cancer: From the Society of Gynecologic Oncology (SGO) and the American Brachytherapy Society (ABS). *Gynecol Oncol*. 2019;152(3):540–7. doi: 10.1016/j.ygyno.2018.10.016.
48. Healthcare Improvement Scotland. *Cervical Cancer Clinical Quality Performance Indicators*. Vol. 5. Escocia; 2025.
49. Gaillard S, Hopkins Kimmel Cancer Center Robert Giuntoli JI, Glaser S, Howitt BE, Kendra K, Landrum L et al. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Cervical Cancer*. 2025. Disponible en: <https://www.nccn.org/home/member>
50. Wipperfurth J, Neil T, Williams T. *Cervical Cancer: Evaluation and Management*. Vol. 97. 2018. Disponible en: www.aafp.org/afp
51. The Royal College of Radiologists. *Gynaecological cancer: RCR consensus statements*. London: The Royal College of Radiologists; 2024.
52. Faria LV, Emmerick ICM, da Silva MJS. Effect of municipal and state regulation on access and outcomes for cervical cancer patients in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series analysis. *J Cancer Policy*. 2022;33. doi: 10.1016/j.jcipo.2022.100339.
53. Chargari C, Tanderup K, Planchamp F, Chiva L, Humphrey P, Sturdza A et al. ESGO/ESTRO quality indicators for radiation therapy of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2023;33(6):862–75. doi: 10.1136/ijgc-2022-004180.
54. Fotopoulou C, Eriksson AG, Planchamp F, Morice P, Taylor A, Sturdza A et al. European Society of Gynaecological Oncology expanded quality indicators and accreditation for cervical cancer management. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2024;34(4):480–9. doi: 10.1136/ijgc-2024-005293.
55. Cibula D, Planchamp F, Fischerova D, Fotopoulou C, Kohler C, Landoni F, et al. European Society of Gynaecological Oncology quality indicators for surgical treatment of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2020;30(1):3–14. doi: 10.1136/ijgc-2019-000878.
56. German Guideline Program in Oncology (German Cancer Society GCAA. *Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma*. Berlín; marzo de 2022.
57. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. *Resumen ejecutivo guía de práctica clínica cáncer cérvico uterino 2019: MINSAL*. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas>
58. Ministerio de Salud. Gobierno de Colombia. *Observatorio Nacional de Cáncer ONC Colombia*. Bogotá, D.C.; 2018.



59. Campbell K, Harrand R, Milling Smith O, Graham K, Stanley B, Lindsay R. Gynaecological Cancer Regional Follow-up Guidelines West of Scotland Cancer Network Gynaecological Cancer Managed Clinical Network. Vol. 3. Glasgow; 2024.
60. Agency for Clinical Innovation (ACI). Gynaecological cancer: A guide to clinical practice in NSW GUIDE Gynaecological Oncology Network 2025 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation) CC-ND-BY. Chatswood; 2019.
61. Rangel V, Fernández-Deaza GP, Castillo JS, Murillo R. Is it feasible to enhance quality assurance of cervical cancer screening in Latin America? A regional expert consensus. *J Med Screen*. 2023;30(4):185-194. doi:10.1177/09691413231178253.
62. Chuang L, Temin S, Camacho R, Feldman S, Gultekin M, Gupta V et al. Management and Care of Women With Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *J Glob Oncol*. 2016;2(5):311-40. Disponible en: www.asco.org/rs-cervical
63. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087. doi: 10.1136/bmj.m4087.
64. Society of Gynecologic Oncology. Quality Indicators. Quality, Registry & Research, Quality Care. Chicago; abril de 2020. Disponible en: <https://www.sgo.org/resources/quality-indicators/>
65. Croke J, Fyles A, Barbera L, D'Souza D, Pearcey R, Stuckless T et al. Radiation therapy quality-of-care indicators for locally advanced cervical cancer: A consensus guideline. *Pract Radiat Oncol*. 2016;6(5):315-23. doi: 10.1016/j.prro.2016.01.012.
66. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denny LA, Grenman S, Karunaratne K, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145(1):129-35. doi:10.1002/ijgo.12749.
67. Kakuwa T, Rikitake R, Nagase S, Mikami M, Baba T, Kaneuchi M et al. Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan. *J Gynecol Oncol*. 2025;36(5). doi: 10.3802/jgo.2025.36.e78.
68. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas Integral de Atención en Salud, cáncer de cuello uterino . 2016. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta_integral_cuellouterino.aspx
69. Manso L, Ramchandani-Vaswani A, Romero I, Sánchez-Lorenzo L, Bermejo-Pérez MJ, Estévez-García P et al. SEOM-GEICO Clinical Guidelines on cervical cancer (2023). *Clinical and Translational Oncology*. 2024;26(11):2771-82. doi: 10.1007/s12094-024-03604-3.
70. Ward ZJ, Grover S, Scott AM, Woo S, Salama DH, Jones EC et al. The role and contribution of treatment and imaging modalities in global cervical cancer management: survival estimates from a simulation-based analysis. *Lancet Oncol*. 2020;21(8):1089-98. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30316-8.
71. Di Maio M, Basch E, Denis F, Fallowfield LJ, Ganz PA, Howell D et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. *Annals of Oncology*. 2022;33(9):878-92. doi: 10.1016/j.annonc.2022.04.007.
72. Fitch Kathryn. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Rand; 2001. 109 p. [Citado el 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
73. Shah C, Vicini F, Beriwal S, Thaker N, Frank SJ, Rossi P et al. American Brachytherapy Society radiation oncology alternative payment model task force: Quality measures and metrics for brachytherapy. *Brachytherapy*. 2022;21(1):63-74. doi: 10.1016/j.brachy.2021.10.003.
74. Williams VM, Kahn JM, Harkenrider MM, Chino J, Chen J, Fang LC, et al. COVID-19 impact on timing of brachytherapy treatment and strategies for risk mitigation. *Brachytherapy*. 2020;19(4):401-11. doi: 10.1016/j.brachy.2020.04.005.
75. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis*. 2020;24(2):102-31. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32243307/>
76. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: Updates Through 2023. *J Low Genit Tract Dis*. 2024;28(1):3-6. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10755815/pdf/jlgt-28-03.pdf>
77. Jhawar S, Hathout L, Elshaikh MA, Beriwal S, Small W, Mahmoud O. Adjuvant Chemoradiation Therapy for Cervical Cancer and Effect of Timing and Duration on Treatment Outcome. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*Physics*. 2017;98(5):1132-41. doi: 10.1016/j.ijrobp.2017.03.045.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

78. Horeweg N, Mittal P, Gradowska PL, Boere I, Chopra S, Nout RA. Adjuvant Systemic Therapy after Chemoradiation and Brachytherapy for Locally Advanced Cervical Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2021;13(8):1880. doi: 10.3390/cancers13081880.
79. Sabulei C, Maree JE. An exploration into the quality of life of women treated for cervical cancer. *Curationis*. 2019;42(1):1-9. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6556867/pdf/CUR-42-1982.pdf>
80. Carelon Clinical Appropriateness Guidelines. Appropriate use criteria: brachytherapy, intensity modulated radiation therapy, stereotactic body radiation therapy, and stereotactic radiosurgery. Septiembre de 2023. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://guidelines.carelonmedicalbenefitsmanagement.com/wp-content/uploads/2023/03/PDF-Radiation-Therapy-excludes-Proton-2023-04-09.pdf>
81. Chiew K, Chong S, Duggan KJ, Kaadan N, Vinod SK. Assessing guideline adherence and patient outcomes in cervical cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2017;13(5). doi: 10.1111/ajco.12605.
82. Matsuo K, Huang Y, Matsuzaki S, Ragab OM, Roman LD, Wright JD. Association between definitive chemoradiotherapy wait-time and survival in locally-advanced cervical cancer: Implications during the coronavirus pandemic. *Gynecol Oncol*. 2021;161(2):414-21. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.02.026.
83. Amarnath SR, Waggoner S, Yurch M, Maggioto A, DeBernardo R. Can We Improve the Quality of Care Delivered to Cervical Cancer Patients? Development of Quality Metrics and Quality Improvement Program at a Single Institution. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*Physic*. 2023;117(2):S98-9. doi: 10.1016/j.ijrobp.2023.06.434.
84. Krok-Schoen JL, Oliveri JM, Paskett ED. Cancer Care Delivery and Women's Health: The Role of Patient Navigation. *Front Oncol*. 2016;6:1-10. doi: 10.3389/fonc.2016.00002.
85. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021;155(S1):28-44. doi: 10.1002/ijgo.13865.
86. Healthcare Improvement Scotland. Cervical Cancer Clinical Quality Performance Indicators. Abril de 2022. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.healthcareimprovementscotland.scot/wp-content/uploads/2024/06/CQPI-Cervical-Cancer.pdf>
87. Ferreira da Silva I, Ferreira da Silva I, Koifman RJ. Cervical Cancer Treatment Delays and Associated Factors in a Cohort of Women from a Developing Country. *J Glob Oncol*. 2019;(5):1-11. doi: 10.1200/JGO.18.00199.
88. DeBoer RJ, Umutooni V, Bazzett-Matabele L, Katznelson E, Nguyen C, Umwizerwa A et al. Cervical cancer treatment in Rwanda: Resource-driven adaptations, quality indicators, and patient outcomes. *Gynecol Oncol*. 2022;164(2):370-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.12.002.
89. Shaili A, McMillian N, Vaishnavi S, Nekhlyudov L, Podoll M, Rodabaugh K et al. NCCN Guidelines Version 1.2024 Cervical Cancer NCCN Framework TM : Basic Resources Continue NCCN Guidelines Panel Disclosures. Abril de 2024. Disponible en: www.NCCN.org.
90. Shaili A, McMillian N, Vaishnavi S, Nekhlyudov L, Podoll M, Rodabaugh K et al. NCCN Framework for Resource Stratification of NCCN Guidelines (NCCN Framework) Cervical Cancer Core Resources. Febrero de 2024. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical_core.pdf
91. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(2):166-74. doi: 10.1016/j.soncn.2019.02.003.
92. Taha T, Reiss A, Amit A, Perets R. Checkpoint Inhibitors in Gynecological Malignancies: Are we There Yet? *BioDrugs*. 2020;34(6):749-62. doi: 10.1007/s40259-020-00450-x.
93. Tran K, Rahal R, Fung S, Lockwood G, Louzado C, Xu J et al. Choosing Wisely in Cancer Control across Canada—A Set of Baseline Indicators. *Current Oncology*. 2017;24(3):201-6. doi: 10.3747/co.24.3643.
94. Fokom Domgue J, Schmelmer KM. Conservative management of cervical cancer: Current status and obstetrical implications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;55:79-92. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.009.
95. Sehna B, Kmoníčková E, Sláma J, Tomancová V, Zikán M. Current FIGO Staging for Carcinoma of the Cervix Uteri and Treatment of Particular Stages. *Klinická Onkologie*. 2019;32(3). doi: 10.14735/amko2019224.
96. Liang J, Mvemba A, Swanson M, Hsu I-C (Joe), Alvarez E, Chapman J et al. Delay to timely treatment in locally advanced cervical cancer: insurance inequities in access to gynecologic oncology. *Am J Obstet Gynecol*. 2025;233(3):186.e1-186.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2025.02.032.



97. Ramey SJ, Asher D, Kwon D, Ahmed AA, Wolfson AH, Yechieli R et al. Delays in definitive cervical cancer treatment: An analysis of disparities and overall survival impact. *Gynecol Oncol.* 2018;149(1):53–62. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.12.010.
98. da Silva IF, da Silva IF, Saraceni V, Koifman RJ. Delays in treatment initiation and conclusion in women with stage IA to IIB cervical cancer: A survival study in a hospital-based cohort from a developing country. *Cancer Epidemiol.* 2023;86:102450. doi: 10.1016/j.canep.2023.102450.
99. Céspedes N, Aparicio C. Depression and quality of life in women with cervical cancer at the Regional Hospital of Encarnación. *DEL NACIONAL.* 2017;9(2):32–45. doi: 10.18004/rdn2017.0009.02.032-045.
100. Showalter TN, Camacho F, Cantrell LA, Anderson RT. Determinants of Quality Care and Mortality for Patients with Locally Advanced Cervical Cancer in Virginia. *Medicine.* 2016;95(8):e2913. doi: 10.1097/MD.0000000000002913.
101. Kotha N V, Williamson CW, Mell LK, Murphy JD, Martínez E, Binder PS et al. Disparities in time to start of definitive radiation treatment for patients with locally advanced cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2022;32(5):613–8. doi: 10.1136/ijgc-2021-003305.
102. McAlarnen L, Small C, Tischer K, Sona M, Bedi M, Erickson B et al. Does social vulnerability impact cervical cancer patients undergoing definitive irradiation including brachytherapy? A single institution's experience (283). *Gynecol Oncol.* 2022;166:S150. doi: 10.1016/S0090-8258(22)01504-9.
103. Dey T, Mukerjee A, Rai B, Arora M, Kumar D, Srinivasa G et al. Early integration of palliative care in cervical cancer: Experiences from a pilot study. *J Family Med Prim Care.* 2023;12(2):366–70. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1569_22.
104. Paulsen T, Liland H, Myklebust TÅ, Lindemann K. Early referral to a palliative team improves end-of-life care among gynecological cancer patients: a retrospective, population-based study. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2022;32(2):181–8. doi: 10.1136/ijgc-2021-002898.
105. Shah R, Nwankwo C, Kwon Y, Corman SL. Economic and Humanistic Burden of Cervical Cancer in the United States: Results from a Nationally Representative Survey. *J Womens Health.* 2020;29(6):799–805. doi: 10.1089/jwh.2019.7858.
106. Silva-Muñoz MA. Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2020;85(1):74–98. doi: 10.4067/S0717-75262020000100074.
107. Matsuo K, Huang Y, Matsuzaki S, Klar M, Wright JD. Effect of delay in surgical therapy for early-stage cervical cancer: An implication in the coronavirus pandemic. *Eur J Cancer.* 2020;139:173–6. doi: 10.1016/j.ejca.2020.08.025.
108. Noh KW, Kim B, Choi CH, Kim T-J, Lee J-W, Kim B-G et al. Effect of Waiting Time from Pathological Diagnosis to Definitive Concurrent Chemoradiation for Cervical Cancer on Overall Survival. *Cancer Res Treat.* 2022;54(1):245–52. doi: 10.4143/crt.2021.023.
109. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023*. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2023;33(5):649–66. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429.
110. Tewari KS, Monk BJ. Evidence-Based Treatment Paradigms for Management of Invasive Cervical Carcinoma. *Journal of Clinical Oncology.* 2019;37(27):2472–89. doi: 10.1200/JCO.18.02303.
111. Li R, Germino E, Horne ZD, Vargo JA, Chen Y-J, Glaser S. External beam radiation and brachytherapy boost at different facilities is associated with increased treatment delays in cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2020;30(10):1505–12. doi: 10.1136/ijgc-2020-001700.
112. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña L, González-Díaz JA. Factors associated with delays in time to treatment initiation in Colombian women with cervical cancer: A cross-sectional analysis. *Gynecol Oncol Rep.* 2021;35:100697. doi: 10.1016/j.gore.2021.100697.
113. Stewart K, Campbell S, Frumovitz M, Ramírez PT, McKenzie LJ. Fertility considerations prior to conservative management of gynecologic cancers. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2021;31(3):339–44. doi: 10.1136/ijgc-2020-001783.
114. Willows K, Lennox G, Covens A. Fertility-sparing management in cervical cancer: balancing oncologic outcomes with reproductive success. *Gynecol Oncol Res Pract.* 2016;3(1). [Citado el 30 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5073939/pdf/40661_2016_Article_30.pdf
115. Madalena Ribeiro C, dos Santos Silva I, Eluf Neto J, Pereira Baltar Cury LC, Azevedo e Silva G. Follow-up of women screened for cervical cancer in São Paulo, Brazil: An analysis of the times to diagnostic investigation and treatment. *Cancer Epidemiol.* 2021;72:101940. doi: 10.1016/j.canep.2021.101940.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

116. Mayadev JS, Ke G, Mahantshetty U, Pereira MD, Tarnawski R, Toita T. Global challenges of radiotherapy for the treatment of locally advanced cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2022;32(3):436–45. doi: 10.1136/ijgc-2021-003001.
117. Sun C, Mustafe AA, Liu B, Ma Y, Lyu W. Global disease burden of cervical cancer and the association of screening coverage with quality of disease management. *Journal of Zhejiang University (Medical Sciences)*. 2025;54(3):281–8. doi: 10.3724/zdxbyxb-2024-0585.
118. Kokka F, Bryant A, Brockbank E, Powell M, Oram D. Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7 de abril de 2015; doi: 10.1002/14651858.CD010260.pub2.
119. Devine C, Viswanathan C, Faria S, Marcal L, Sagebiel TL. Imaging and Staging of Cervical Cancer. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2019;40(4):280–6. doi: 10.1053/j.sult.2019.03.001.
120. Tran PL, Morice P, Chirpaz E, Lazaro G, Boukerrou M. Impact of management on mortality in patients with invasive cervical cancer in Reunion Island. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;215:164–70. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.010.
121. Stuebs FA, Beckmann MW, Fehm T, Dannecker C, Follmann M, Langer T et al. Implementation and update of guideline-derived quality indicators for cervical cancer in gynecological cancer centers certified by the German Cancer Society (DKG). *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023;149(14):12755–64. doi: 10.1007/s00432-023-05132-z.
122. Dumas L, Ring A, Butler J, Kalsi T, Harari D, Banerjee S. Improving outcomes for older women with gynaecological malignancies. *Cancer Treat Rev*. 2016;50:99–108. doi: 10.1016/j.ctrv.2016.08.007.
123. Jacobson G, Chuang L, Pankow M. Improving quality of care and timely access to radiation therapy for patients with invasive cervical cancer at the National Cancer Institute Paraguay. *Gynecol Oncol Rep*. 2018;25:82–6. doi: 10.1016/j.gore.2018.06.006.
124. Chargari C, Arbyn M, Leary A, Abu-Rustum NR, Basu P, Bray F et al. Increasing global accessibility to high-level treatments for cervical cancers. *Gynecol Oncol*. 2022;164(1):231–41. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.10.073.
125. Aredes MA, Garcez MR, Chaves G V. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *Nutrition & Dietetics*. 2018;75(3):263–70. doi: 10.1111/1747-0080.12414.
126. Seino M, Nagase S, Tokunaga H, Yamagami W, Kobayashi Y, Tabata T et al. Japan Society of Gynecologic Oncology 2022 guidelines for uterine cervical neoplasm treatment. *J Gynecol Oncol*. 2024;35(1). doi: 10.3802/jgo.2024.35.e15.
127. Kim S-W, Chun M, Ryu H-S, Chang S-J, Kong TW, Oh Y-T et al. Long-term results of early adjuvant concurrent chemoradiotherapy for high-risk, early stage uterine cervical cancer patients after radical hysterectomy. *BMC Cancer*. 2017;17(1):297. doi: 10.1186/s12885-017-3299-0.
128. Chuang LT, Temin S, Berek JS. Management and Care of Patients with Invasive Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline Rapid Recommendation Update. *JCO Glob Oncol*. 2022 May;(8). doi: 10.1200/GO.22.00027.
129. Restaino S, Pellicchia G, Arcieri M, Bogani G, Taliento C, Greco P et al. Management for Cervical Cancer Patients: A Comparison of the Guidelines from the International Scientific Societies (ESGO-NCCN-ASCO-AIOM-FIGO-BGCS-SEOM-ESMO-JSGO). *Cancers (Basel)*. 2024;16(14):2541. doi: 10.3390/cancers16142541.
130. National Institute for Health and Care Excellence. Interventional procedure overview of minimally invasive radical hysterectomy for early stage cervical cancer. 2021.
131. Iwamoto M, Nakamura F, Higashi T. Monitoring and evaluating the quality of cancer care in Japan using administrative claims data. *Cancer Sci*. 2016;107(1):68–75. doi: 10.1111/cas.12837.
132. Buclin CP, Doninelli M, Bertini L, Bodenmann P, Cullati S, Chiolerio A et al. Monitoring equity in the delivery of health services: a Delphi process to select healthcare equity indicators. *Swiss Med Wkly*. 2024;154(10):3714. doi: 10.57187/s.3714.
133. Ahmed HZ, Vijayakumar S, Duggar WN, Allbright R. MRI-Directed Brachytherapy for Cancer of the Uterine Cervix: A Case Report, Review, and Perspective on the Importance of Widespread Use of This Technological Advance in the United States. *Cureus*. 7 de junio de 2021; doi: 10.7759/cureus.15495.
134. Chopra SJ, Mathew A, Maheshwari A, Bhatla N, Singh S, Rai B et al. National Cancer Grid of India Consensus Guidelines on the Management of Cervical Cancer. *J Glob Oncol*. 2018;(4):1–15. doi: 10.1200/JGO.17.00152.
135. Wang R, Tao X, Wu X, Jiang H, Xia H. Number of Removed Pelvic Lymph Nodes as a Prognostic Marker in FIGO Stage IB1 Cervical Cancer with Negative Lymph Nodes. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(4):946–52. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.002.



136. Burki TK. Outcomes after minimally invasive surgery in cervical cancer. *Lancet Oncol.* 2018;19(12):e674. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30840-4.
137. Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Vélez-Mejía C, Pérez-Bustos AH, Muñoz-Zuluaga C, El-Sharkawy F et al. Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model. *J Glob Oncol.* 2019;(5):1-9. doi: 10.1200/JGO.19.00054.
138. Nyakudarika N, Marsh L, Moatamed N, Zakhour M. Pandemic paradox: Shorter times from consult to gynecologic oncology treatment during COVID-19. *Gynecol Oncol.* 2021;162:S226. doi: 10.1016/S0090-8258(21)01081-7.
139. Maina J, Lichter KE, Benishay ET, George J, Henry M, Fakie N et al. Patterns of Care and Outcomes Among Women with Locally Advanced Cervical Cancer Treated with Curative Intent at a Tertiary Center in South Africa. *Cancer Med.* 2025;14(6). doi: 10.1002/cam4.70712.
140. Apás Pérez De Nucci A, Minig L, Perrotta M. Patterns of cervical cancer care in Argentina: Applying ASCO recommendations adjusted by local resources. *Gynecol Oncol Rep.* 2017;21:61-6. doi: 10.1016/j.gore.2017.06.012.
141. National Institute for Health and Care Excellence. Pembrolizumab plus chemotherapy with or without bevacizumab for persistent, recurrent or metastatic cervical cancer. 2023 May.
142. Ketch PW, Zaharias RS, Leath CA. Pharmacotherapy for cervical cancer: current standard of care and new perspectives. *Expert Opin Pharmacother.* 2024;25(12):1591-603. doi: 10.1080/14656566.2024.2395379.
143. Swanson M, Ayadi A El, Nakalembe M, Namugga J, Nakisige C, Chen L et al. Predictors of delay in the cervical cancer care cascade in Kampala, Uganda. 2024. doi: 10.21203/rs.3.rs-5467551/v1.
144. Sheridan B, Irzaldy A, Heijnsdijk EAM, Dimitrova N, Senore C, Basu P et al. Prioritizing performance and outcome indicators for quality assessment of cancer screening programs in the EU. *Public Health.* 2025;239:185-92. doi: 10.1016/j.puhe.2024.12.010.
145. Álzate Galeano L, Calderón Montoya L, Muñoz Jaramillo O. Propuesta para la adaptación y adopción de la ruta de atención integral al cáncer de cuello uterino en Colombia. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables, Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud; 2017.
146. Griesshammer E, Wesselmann S, Beckmann MW, Dannecker C, Wagner U, Sibert NT et al. Quality assurance and improvement in oncology using guideline-derived quality indicators - results of gynaecological cancer centres certified by the German Cancer Society (DKG). *J Cancer Res Clin Oncol.* 2023;149(5):1703-15. doi: 10.1007/s00432-022-04060-8.
147. Steinkasserer L, Wesselmann S, Quaas J, Beckmann MW, Dannecker C, Hachenberg J et al. Quality assurance using quality indicators for prevention and early detection of cervical cancer in certified gynaecological dysplasia units and consultancies. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;310(4):2191-202. doi: 10.1007/s00404-024-07694-w.
148. Watanabe T, Mikami M, Katabuchi H, Kato S, Kaneuchi M, Takahashi M et al. Quality indicators for cervical cancer care in Japan. *J Gynecol Oncol.* 2018;29(6). doi: 10.3802/jgo.2018.29.e83.
149. Bonte A-S, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. *European Journal of Surgical Oncology.* 2019;45(4):528-37. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.051.
150. Ramírez P. Quality indicators in cervical cancer surgery: a valiant step in the right direction. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2019;30(1, 1-2).
151. Okuyama A, Kuwabara M, Zenda S. Quality indicators of supportive care for patients with cancer undergoing treatment: a systematic review. *BMC Cancer.* 2025;25(1):103. doi: 10.1186/s12885-025-13519-z.
152. Gamble CR, Huang Y, Tergas AI, Khoury-Collado F, Hou JY, St. Clair CM et al. Quality of Care and Outcomes of Patients with Gynecologic Malignancies Treated at Safety-Net Hospitals. *JNCI Cancer Spectr.* 2019;3(3). doi: 10.1093/jncics/pkz039.
153. Boria F, Chiva L, Zanagnolo V, Querleu D, Martin-Calvo N, Căpîlna ME et al. Radical hysterectomy in early cervical cancer in Europe: characteristics, outcomes and evaluation of ESGO quality indicators. *International Journal of Gynecological Cancer.* 2021;31(9):1212-9. doi: 10.1136/ijgc-2021-002587.
154. Pennington KP, Urban RR, Gray HJ. Revisiting Minimally Invasive Surgery in the Management of Early-Stage Cervical Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network.* 2019;17(1):86-90. doi: 10.6004/jnccn.2018.7263.
155. Yarandi F, Montazeri A, Shirali E, Mohseni M, Fakehi M, Ghaemi M. Sexual Quality of Life in Gynecological Cancer Survivors in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2021;22(7):2171-5. doi: 10.31557/APJCP.2021.22.7.2171.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

156. Dessources K, Hari A, Pineda E, Amneus MW, Sinno AK, Holschneider CH. Socially determined cervical cancer care navigation: An effective step toward health care equity and care optimization. *Cancer*. 2020;126(23):5060-8. doi: 10.1002/cncr.33124.
157. Disis ML, Adams SF, Bajpai J, Butler MO, Curiel T, Dodt SA et al. Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) clinical practice guideline on immunotherapy for the treatment of gynecologic cancer. *J Immunother Cancer*. 2023;11(6):e006624. doi: 10.1136/jitc-2022-006624.
158. Pujade-Lauraine E, Hernández-Chagui JD, Takyar J, Rabon-Stith K, Nunes A. Standard of care in locally advanced cervical cancer and unmet needs: a systematic literature review of phase III randomized controlled trials. *Gynecol Oncol*. 2021;162:S277-8. doi: 10.1016/S0090-8258(21)01178-1.
159. Boria F, Chiva L, Chacón E, Zanagnolo V, Fagotti A, Kucukmetin A et al. SUCCOR quality: validation of ESGO quality indicators for surgical treatment of cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2022;32(10):1236-43. doi: 10.1136/ijgc-2022-003790.
160. Min Y, Liu Z, Huang R, Li R, Jin J, Wei Z et al. Survival outcomes following treatment delays among patients with early-stage female cancers: a nationwide study. *J Transl Med*. 2022;20(1):560. doi: 10.1186/s12967-022-03719-7.
161. La Torre G, Mannocci A, Cocchiara RA, D'egidio V, Sestili C, Lia L et al. Systematic review of the Quality Indicators (QIs) to evaluate the CCCN approach in the management of oncology patients. 2019. [Citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ipaac.eu/res/file/outputs/wp10/quality-indicators-systematic-review-evaluation-comprehensive-cancer-care-network.pdf>
162. Paulino E, de Melo AC, de Andrade DAP, de Almeida MS. Systemic therapy for advanced cervical cancer: Leveraging the historical threshold of overall survival. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2023;183:103925. doi: 10.1016/j.critrevonc.2023.103925.
163. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023*. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2023;33(5):649-66. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429.
164. Odiase O, Noah-Vermillion L, Simone BA, Aridgides PD. The Incorporation of Immunotherapy and Targeted Therapy into Chemoradiation for Cervical Cancer: A Focused Review. *Front Oncol*. 2021;11. doi: 10.3389/fonc.2021.663749.
165. You K-Y, Zhou X-H, Jiang Y-H, Bi Z-F, Liu Y-M, Qiu X-S. The Selection of Time Interval Between Surgery and Adjuvant Therapy in Early Stage Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2018;28(7):1325-32. doi: 10.1097/IGC.0000000000001307.
166. Andring LM, Corrigan KL, Reeve B, Meyer L, Wang XS, Smith G et al. The Value of Patient-Reported Outcomes to Predict Symptom Burden and Health-Related Quality of Life After Chemoradiation for Cervical Cancer: A Prospective Study. *Pract Radiat Oncol*. 2024;14(5):e353-61. doi: 10.1016/j.prro.2024.04.025.
167. van Vliet-Pérez SM, van Paassen R, Wauben LSGL, Straathof R, Berg NJ van de, Dankelman J et al. Time-action and patient experience analyses of locally advanced cervical cancer brachytherapy. *Brachytherapy*. 2024;23(3):274-81. doi: 10.1016/j.brachy.2024.01.007.
168. Abdelraheim AR, Khairy M, Mohammed M, Lawrence A. Two week waits: What are we waiting for? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;215:112-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.011.
169. Matsuo K, Shimada M, Matsuzaki S, Enomoto T, Mikami M. Wait-time for adjuvant radiotherapy and oncologic outcome in early-stage cervical cancer: A treatment implication during the coronavirus pandemic. *Eur J Cancer*. 2021;148:117-20. doi: 10.1016/j.ejca.2021.02.013.
170. Matsuo K, Novatt H, Matsuzaki S, Hom MS, Castaneda A V., Licon E et al. Wait-time for hysterectomy and survival of women with early-stage cervical cancer: A clinical implication during the coronavirus pandemic. *Gynecol Oncol*. 2020;158(1):37-43. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.05.019.



8. Anexos

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas

Búsqueda en MEDLINE	
Base de datos	MEDLINE (National Library of Medicine, EE. UU)
Plataforma	PubMed
Fecha de búsqueda	3/18/2025
Límite de tiempo	2016 - 2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	((<i>"uterine cervical neoplasms"</i> [MeSH Terms] OR <i>"uterine cervical neoplasms"</i> [Title/Abstract] OR <i>"cervical cancer"</i> [Title/Abstract]) AND (<i>"health status indicators"</i> [MeSH Terms] OR <i>"health status indicators"</i> [Title/Abstract] OR <i>"quality indicators, health care"</i> [MeSH Terms] OR <i>"quality indicators health care"</i> [Title/Abstract] OR <i>"disease management"</i> [MeSH Terms] OR <i>"disease management"</i> [Title/Abstract] OR <i>"quality indicator"</i> [Title/Abstract] OR <i>"risk management"</i> [MeSH Terms] OR <i>"risk management"</i> [Title/Abstract] OR <i>"health care quality"</i> [Title/Abstract] OR <i>"quality of care"</i> [Title/Abstract] OR <i>"patient care management"</i> [Title/Abstract] OR <i>"standard of care"</i> [MeSH Terms] OR <i>"standard of care"</i> [Title/Abstract] OR <i>"Time-to-Treatment"</i> [MeSH Terms] OR <i>"Time-to-Treatment"</i> [Title/Abstract])) AND ((2016:3000/12/12[mdat] AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))
Referencias identificadas	1.160

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda en ScienceDirect	
Base de datos	Embase
Plataforma	ScienceDirect
Fecha de búsqueda	3/12/2025
Límite de tiempo	2016-2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Title, abstract, keywords
Estrategia de búsqueda	((<i>"Uterine Cervical Neoplasms"</i> OR <i>"Cervical cancer"</i> OR <i>"Cancer de cervix"</i>) AND (<i>"Quality indicator"</i> OR <i>"Risk Management"</i> OR <i>"Quality of Health Care"</i> OR <i>"Quality of Care"</i> OR <i>"Standard of Care"</i> OR <i>"Time-to-Treatment"</i>)
Referencias identificadas	310

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas (continuación)

Búsqueda en LILACS - Biblioteca virtual en Salud (BVS)	
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	3/13/2025
Límite de tiempo	2016-2025
Límites de lenguaje	Español e inglés
Otros filtros	Otras bases de LATAM
Estrategia de búsqueda	(<i>"Neoplasias del Cuello Uterino"</i> OR <i>"Uterine Cervical Neoplasms"</i> OR <i>"Cáncer de cuello uterino"</i> OR <i>"cáncer de cuello uterino"</i>) AND (<i>"Indicadores de Salud"</i> OR <i>"Health Status Indicators"</i> OR <i>"Indicadores de Calidad de la Atención de Salud"</i> OR <i>"Quality Indicators, Health Care"</i> OR <i>"Manejo de la Enfermedad"</i> OR <i>"Disease Management"</i> OR <i>"Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud"</i> OR <i>"Health Care Quality, Access, and Evaluation"</i> OR <i>"Calidad de la Atención de Salud"</i> OR <i>"Quality of Health Care"</i> OR <i>"Standard of Care"</i> OR <i>"Time-to-Treatment"</i>) AND db:{LILACS OR IBECs OR BINACIS OR CUMED OR BDEFN OR WPRIM OR LIPECS OR colecionaSUS OR BIGG OR AIM OR MedCarib OR MINSALCHILE OR SES-SP OR SMS-SP OR HomeoIndex OR PAHO OR BDNPAR OR BRISA OR ARGMSAL OR BBO OR LIS OR VETINDEX}) AND la:(<i>"en"</i> OR <i>"es"</i>) AND (year_cluster:[2016 TO 2025]) AND instance: <i>"regional"</i>
Referencias identificadas	82

* Se incluyó el término "cáncer de cuello uterino" porque arrojaba una mejor búsqueda.

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda en Iris - Repositorio Institucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	
Base de datos	<i>Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) - OMS</i>
Plataforma	IRIS WHO
Fecha de búsqueda	3/17/2025
Límite de tiempo	La base de datos no lo permite
Límites de lenguaje	La base de datos no lo permite
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<i>Subject: "Uterine Cervical Neoplasms" AND Title: Framework</i>
Referencias identificadas	7

* Los mejores resultados fueron los obtenidos con el término natural adicional "Framework".

Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas (continuación)

Búsqueda en Cochrane Library	
Base de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
Plataforma	Cochrane Library
Fecha de búsqueda	3/17/2025
Límite de tiempo	Enero de 2016 - diciembre de 2025
Límites de lenguaje	Ninguno
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda final	#26: #3 AND #24 with Cochrane Library publication date between Jan 2016 and Dec 2025, in Cochrane Reviews
Referencias identificadas	25
Estrategias de búsqueda:	
#1	MeSH descriptor: [Uterine Cervical Neoplasms] explode all trees ("cervical cancer"): ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#2	#1 OR #2
#3	MeSH descriptor: [Health Status Indicators] explode all trees
#4	(Health Status Indicators): ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#5	MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees
#6	(Quality Indicators, Health Care):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#7	(Health metric):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#8	("quality indicator"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#9	MeSH descriptor: [Disease Management] explode all trees
#10	("disease management"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#11	MeSH descriptor: [Risk Management] explode all trees
#12	("risk management"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#13	MeSH descriptor: [Health Care Quality, Access and Evaluation] explode all trees
#14	(Health Care Quality):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#15	MeSH descriptor: [Quality of Health Care] explode all trees
#16	(Quality of Care): ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#17	MeSH descriptor: [Patient Care Management] explode all trees
#18	(Patient Care Management): ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#19	MeSH descriptor: [Standard of Care] explode all trees
#20	(Standard of Care):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#21	MeSH descriptor: [Time-to-Treatment] explode all trees
#22	(Time-to-Treatment):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#23	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
#24	#3 AND #24 with Cochrane Library publication date between Jan 2016 and Dec 2025
#25	#3 AND #24 with Cochrane Library publication date between Jan 2016 and Dec 2025, in Cochrane Reviews
#26	#3 AND #24 with Cochrane Library publication date between Jan 2016 and Dec 2025, in Cochrane Reviews

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 1. Bitácoras de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas (continuación)

Búsqueda en Google Académico	
Plataforma o motor de búsqueda	Google Académico
Fecha de búsqueda	3/17/2025
Límite de tiempo	2016-2025
Límites de lenguaje	Cualquier idioma
Otros filtros	Ninguno
Estrategia de búsqueda	((<i>“Uterine Cervical Neoplasms”</i>) OR (<i>“Cáncer de cuello uterino”</i>) OR (<i>“Cervical cancer”</i>)) AND ((<i>“Health Status Indicators”</i>) OR (<i>“Indicadores de resultados”</i>) OR (<i>“Quality Indicators, Health Care”</i>) OR (<i>“Indicadores de Calidad de la Atención de Salud”</i>) OR (<i>“Quality Indicators Health Care”</i>) OR (<i>“Health metric”</i>) OR (<i>“Quality indicator”</i>) OR (<i>“Disease Management”</i>) OR (<i>“Manejo de la Enfermedad ”</i>) OR (<i>“Risk Management”</i>) OR (<i>“Administración de riesgos”</i>) OR (<i>“Health Care Quality, Access, and Evaluation”</i>) OR (<i>“Health Care Quality”</i>) OR (<i>“Quality of Health Care”</i>) OR (<i>“Calidad de los servicios de salud”</i>) OR (<i>“Quality of Care”</i>) OR (<i>“Patient Care Management”</i>) OR (<i>“Standard of Care”</i>) OR (<i>“Estándar de atención”</i>) OR (<i>“Time-to-Treatment”</i>) OR (<i>“Demora en el tratamiento”</i>))
Referencias identificadas	389

Fuente: elaboración CAC.

Búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) en Trip database	
Plataforma o motor de búsqueda	Trip database
Fecha de búsqueda	3/18/2025
Límite de tiempo	2016-2025
Límites de lenguaje	La plataforma no lo permite
Otros filtros	Guidelines
Estrategia de búsqueda	((<i>“Uterine Cervical Neoplasms”</i>) OR (<i>“Cáncer de cuello uterino”</i>) OR (<i>“Cervical cancer”</i>)) AND ((<i>“Health Status Indicators”</i>) OR (<i>“Indicadores de resultados”</i>) OR (<i>“Quality Indicators, Health Care”</i>) OR (<i>“Indicadores de Calidad de la Atención de Salud”</i>) OR (<i>“Quality Indicators Health Care”</i>) OR (<i>“Health metric”</i>) OR (<i>“Quality indicator”</i>) OR (<i>“Disease Management”</i>) OR (<i>“Manejo de la Enfermedad ”</i>) OR (<i>“Risk Management”</i>) OR (<i>“Administración de riesgos”</i>) OR (<i>“Health Care Quality, Access, and Evaluation”</i>) OR (<i>“Health Care Quality”</i>) OR (<i>“Quality of Health Care”</i>) OR (<i>“Calidad de los servicios de salud”</i>) OR (<i>“Quality of Care”</i>) OR (<i>“Patient Care Management”</i>) OR (<i>“Standard of Care”</i>) OR (<i>“Estándar de atención”</i>) OR (<i>“Time-to-Treatment”</i>) OR (<i>“Demora en el tratamiento”</i>))
Referencias identificadas	114

Fuente: elaboración CAC.

Resultados de otras búsquedas de GPC	Número de GPC
<i>American Society of Clinical Oncology (ASCO) – Estados Unidos</i>	15
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica - México (CENETEC) - México	1
<i>Guidelines International Network (GIN)</i>	6
<i>National Comprehensive Cancer Network (NCCN) – Estados Unidos</i>	5
<i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – Reino Unido</i>	3
Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) - Colombia	3
Total	33

Fuente: elaboración CAC.

Otros métodos	Número
Bola de nieve	12
Total	12

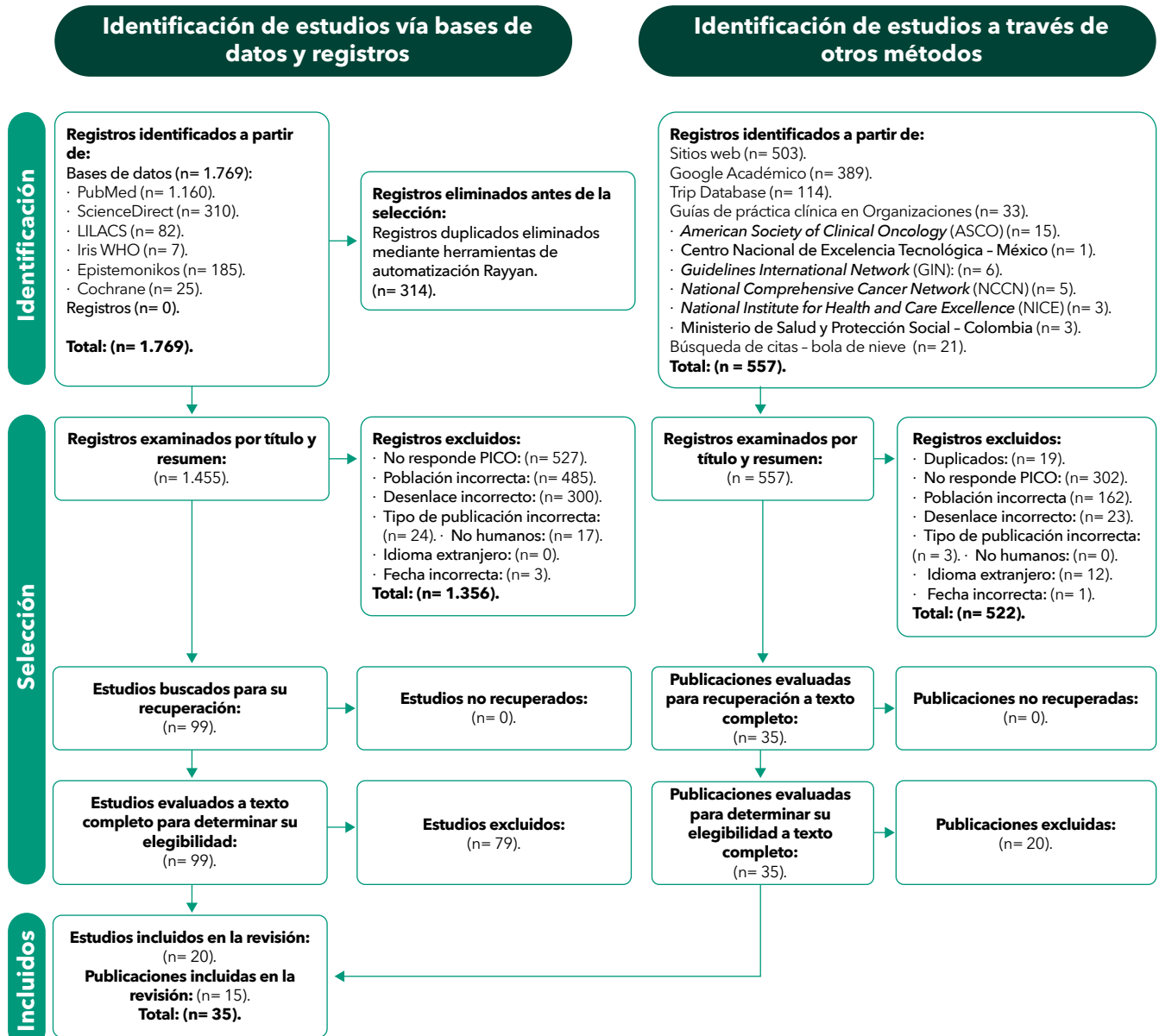
Fuente: elaboración CAC.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 2. Diagrama PRISMA



Fuente: elaboración CAC.

[Descargar figura](#)



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
1	<i>A retrospective audit of treatment pathway for women diagnosed with cervical cancer in the Auckland region 2012-2016</i> (43).	Parinpanayagam S. et al.	Nueva Zelanda	2020	Estudio descriptivo retrospectivo tipo auditoria clínica con análisis de supervivencia.	<i>Journal of medical imaging and radiation oncology.</i>	Indicadores de oportunidad entre el diagnóstico y el tratamiento.	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino FIGO IB1 - IVA (estadificación de 2018) entre 2012 - 2016.
2	<i>Acceptability of quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer: results of an online survey</i> (44).	Luyckx A. et al.	Bélgica y otros países europeos (no especificados)	2020	Estudio transversal tipo encuesta online.	<i>BMC women's health.</i>	Indicadores de calidad para el manejo del cáncer ginecológico.	Profesionales médicos especializados (ginecólogos, oncólogos ginecólogos, médicos oncólogos, radiólogos y otros no especificados).
3	<i>Advances in Cervical Cancer</i> (45).	Foley, O.W., et al.	Estados Unidos	2023	Revisión narrativa.	<i>Advances in Oncology.</i>	Avances clínicos en diagnóstico, tratamiento y desenlaces en cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, localmente avanzados y metastásico.
4	<i>American Brachytherapy Society radiation oncology alternative payment model task force: Quality measures and metrics for brachytherapy</i> (73).	<i>American Brachytherapy Society (ABS).</i>	Estados Unidos	2022	Consenso de expertos (No Delphi).	<i>Brachytherapy.</i>	Indicadores de calidad y métricas clínicas y dosimétricas para braquiterapia en cáncer de cuello uterino.	Diversos tipos de cáncer, incluido el cáncer de cuello uterino.
5	<i>Better late than never: Brachytherapy is more important than timing in treatment of locally advanced cervical cancer</i> (46).	Korenaga T.K. et al.	Estados Unidos	2022	Estudio de cohorte retrospectiva.	<i>Gynecologic oncology.</i>	Evaluación del impacto del cumplimiento del tratamiento estándar (quimiorradioterapia + braquiterapia finalizada ≤ 8 semanas) sobre la sobrevida en cáncer de cuello uterino localmente avanzado.	Mujeres de 18 a 79 años con cáncer de cuello uterino estadio II a IVA, tratadas con quimiorradioterapia definitiva en EE.UU. entre el 2004 y el 2015.
6	<i>Brachytherapy: A critical component of primary radiation therapy for cervical cancer: From the Society of Gynecologic Oncology (SGO) and the American Brachytherapy Society (ABS)</i> (47).	<i>Society of Gynecologic Oncology (SGO) and the American Brachytherapy Society (ABS).</i>	Estados Unidos	2019	Artículo de revisión/ revisión narrativa.	<i>Gynecologic oncology.</i>	Justificación de la braquiterapia como componente integral de tratamiento estándar para pacientes que reciben radioterapia primaria por cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino, que reciben radioterapia primaria, tratadas con intención curativa.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
7	<i>Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators NHS-2025</i> (48).	<i>National Health Service Scotland (NHS)</i>	Escocia, Reino Unido	2025	Consenso No Delphi (basado en RSL de guías y revisión de expertos).	<i>National Health Service Scotland (NHS)</i> .	Indicadores de calidad para la atención del cáncer de cuello uterino.	Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino.
8	<i>Cervical Cancer. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology</i> (49).	<i>NCCN. National Comprehensive Cancer Network.</i>	Estados Unidos	2025	Guía de práctica clínica.	<i>NCCN. National Comprehensive Cancer Network.</i>	Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas para el cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.
9	<i>Cervical Cancer: Evaluation and Management</i> (50).	Wipperman J. et al.	Estados Unidos	2018	Artículo de revisión/ revisión narrativa.	<i>American family physician.</i>	Evaluación y manejo del cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.
10	<i>Clinical Oncology Gynaecological cancer: The Royal College of Radiologist consensus statements</i> (51).	The Royal College of Radiologists.	Reino Unido	2024	Consenso de expertos (No Delphi).	<i>The Royal College of Radiologists.</i>	Declaraciones clínicas de consenso para guiar el manejo de cánceres ginecológicos.	Mujeres con diagnósticos de cáncer ginecológico, incluyendo cáncer de cuello uterino, vagina, vulva y endometrio.
11	<i>COVID-19 impact on timing of brachytherapy treatment and strategies for risk mitigation</i> (74).	Williams V.M. et al.	Estados Unidos	2020	Revisión narrativa con recomendaciones basadas en la opinión de expertos.	<i>Brachytherapy.</i>	Estrategias de mitigación y oportunidad del tratamiento en varios tipos de cánceres durante la pandemia por COVID-19.	Pacientes con cáncer ginecológico, mama y próstata.
12	<i>Effect of municipal and state regulation on access and outcomes for cervical cancer patients in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series analysis</i> (52).	Faria L.V. et al.	Brasil	2022	Estudio cuasiexperimental retrospectivo (series temporales interrumpidas).	<i>Journal of cancer policy.</i>	Evaluación del impacto de la regulación estatal y municipal en la oportunidad de la atención y los desenlaces en el cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.
13	<i>ESGO/ESTRO quality indicators for radiation therapy of cervical cancer</i> (53).	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)/ European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO).</i>	Europa y validación internacional	2023	Consenso internacional no Delphi con búsqueda sistemática y validación de expertos.	<i>International journal of gynecological cancer.</i>	Indicadores de calidad para radioterapia y braquiterapia en cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
14	<i>ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023 (3).</i>	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)/ European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO)/ European Society of Pathology (ESP).</i>	Europa (multinacional, expertos de distintos países europeos).	2023	Guía de práctica clínica basada en la revisión sistemática y el consenso experto.	<i>International Journal of Gynecological Cancer.</i>	Recomendaciones actualizadas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino.	Pacientes adultas con cáncer cervical en distintos estadios.
15	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) expanded quality indicators and accreditation for cervical cancer management (54).</i>	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO).</i>	Europa (multinacional)	2024	Consenso no Delphi.	<i>International journal of gynecological cancer.</i>	Indicadores de calidad propuestos para mejorar la atención de las pacientes con cáncer de cuello uterino.	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.
16	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) quality indicators for surgical treatment of cervical cancer (55).</i>	<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO).</i>	Europa (multinacional)	2020	Consenso no Delphi.	<i>International journal of gynecological cancer.</i>	Indicadores de calidad propuestos para mejorar la calidad del tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino.	Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.
17	<i>Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma (German Guideline) (56).</i>	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO).</i>	Alemania	2022	Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia.	<i>German Guideline Program in Oncology (GGPO).</i>	Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en cáncer de cuello uterino.	Pacientes con cáncer cervicouterino.
18	<i>Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem (8).</i>	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Documento global, elaborado por OMS	2020	Documento de política pública .	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Estrategia global de la OMS para eliminar el cáncer de cuello uterino mediante la vacunación, el cribado y el tratamiento.	Mujeres y adolescentes a nivel mundial.
19	Guía de práctica clínica cáncer cérvico uterino Chile (57).	Ministerio de Salud. Gobierno de Chile	Chile	2020	Guía de Práctica Clínica (metodología GRADE).	Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.	Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas del cáncer cervicouterino basadas en evidencia.	Mujeres con cáncer cervicouterino invasor, recurrente o metastásico.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
20	Guía metodológica Observatorio Nacional de Cáncer ONC Colombia (58).	Ministerio de Salud y Protección Social.	Colombia	2018	Documento de política pública .	Ministerio de Salud y Protección Social.	Metodología para la consolidación, el análisis y el uso de indicadores poblacionales de cáncer, incluyendo las tasas de incidencia, la prevalencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino.	Población general de Colombia, con desagregación por grupos de edad y área de residencia.
21	<i>Gynaecological Cancer Regional Follow-up Guidelines NHS Scotland</i> (59).	<i>NHS Scotland.</i>	Escocia, Reino Unido	2024	Documento de política pública con recomendaciones basadas en la evidencia y el consenso local.	NHS Scotland.	Recomendaciones de seguimiento clínico para el cáncer ginecológico, incluyendo el cáncer de cuello uterino.	Pacientes con cáncer ginecológico (cuello uterino, ovario, endometrio, vulva).
22	<i>Gynaecological cancer: A guide to clinical practice in NSW</i> (60).	<i>Agency for Clinical Innovation (ACI) NSW - Gynaecological Oncology Network.</i>	Australia (Nueva Gales del Sur)	2019	Guía de práctica clínica basada en el consenso de expertos.	<i>Agency for Clinical Innovation (ACI) NSW - Gynaecological Oncology Network.</i>	Recomendaciones clínicas para el manejo del cáncer de cuello uterino.	Mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico.
23	<i>Is it feasible to enhance quality assurance of cervical cancer screening in Latin America? A regional expert consensus</i> (61).	Rangel V. et al.	América Central y del Sur	2023	Consenso con metodología Delphi.	<i>Journal of medical screening.</i>	Indicadores de calidad relacionados con la tamización, diagnóstico y resultado del cáncer de cuello uterino en países en desarrollo.	Mujeres en edad objetivo para tamizaje y control del cáncer de cuello uterino.
24	<i>Management and Care of Women with Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology (ASCO) Resource-Stratified Clinical Practice. Guideline</i> (62).	<i>American Society of Clinical Oncology (ASCO).</i>	Multinacional (Participación de expertos globales)	2016	Guía de práctica clínica basada en la revisión sistemática y el consenso.	<i>Journal of Global Oncology.</i>	Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos del cáncer de cuello uterino según el nivel de recursos.	Mujeres en todos los niveles de recursos diagnosticadas con cáncer de cuello uterino invasivo.



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
25	<i>Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis</i> (63).	Hanna T.P. et al.	Canadá, Reino Unido	2020	Revisión sistemática y metaanálisis.	<i>BMJ (Clinical research ed.)</i> .	Asociación entre los retrasos en el inicio del tratamiento y el aumento en la mortalidad por cáncer.	Pacientes de siete tipos de cáncer tratados con intención curativa, incluido el cáncer de cuello uterino.
26	<i>Quality Indicators: Quality, Registry & Research, Quality Care</i> (SGO) (64).	<i>Society of Gynecologic Oncology (SGO)</i> .	Estados Unidos	2020	Página web institucional SGO.	<i>SGO Society of Gynecologic Oncology</i> .	Indicadores de estructuras, procesos y resultados en el cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.
27	<i>Radiation therapy quality-of-care indicators for locally advanced cervical cancer: A consensus guideline</i> (65).	Croke J. et al.	Canadá	2016	Consenso (Delphi modificado).	<i>Practical radiation oncology</i> .	Indicadores de calidad para la atención radioterapéutica del cáncer de cuello uterino localmente avanzado.	Mujeres con cáncer de cuello uterino localmente avanzado.
28	<i>Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri</i> (66).	Bhatla N. et al.	<i>International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)</i> .	2019	Consenso no Delphi.	<i>International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)</i> .	Actualización de la clasificación FIGO para el cáncer de cuello uterino invasivo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.
29	<i>Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan</i> (67).	Kakuwa T. et al.	Japón	2025	Estudio mixto: Consenso Delphi modificado + estudio observacional descriptivo retrospectivo tipo auditoría clínica.	<i>Journal of gynecologic oncology</i> .	Revisión y análisis de indicadores de calidad en la atención del cáncer de cuello uterino.	Mujeres con diagnóstico de cáncer cervical tratadas en hospitales certificados.
30	Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para población con riesgo o presencia de cáncer, y RIAS específicas de Cáncer de mama y Cáncer de cuello uterino (68).	Ministerio de Salud y Protección Social.	Colombia	2016	Documento técnico normativo disponible en formatos de PowerPoint, Excel y PNG.	Ministerio de Salud y Protección Social.	Indicadores de oportunidad, tratamiento y seguimiento en cáncer de cuello uterino invasivo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.
31	<i>SEOM-GEICO Clinical Guidelines on cervical cancer</i> (2023) (69).	<i>The Spanish Gynaecological Cancer Research Group (GEICO)/ the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM)</i> .	España	2024	Guía de práctica clínica basada en la revisión sistemática y el consenso experto.	<i>Clinical and Translational Oncology</i> .	Recomendaciones clínicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino.	Mujeres con cáncer de cuello uterino en todos los estadios.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

N°	Título	Autor/ Organización	País	Año	Diseño de estudio	Revista/ Organización	Tema	Población
32	<i>Strategic framework for the comprehensive prevention and control of cervical cancer in the Western Pacific Region 2023 - 2030</i> OMS (7).	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Región del Pacífico Occidental (OMS)	2023	Documento de política pública.	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Prevención y control integral del cáncer de cuello uterino en la región del Pacífico Occidental.	Población femenina de la región del Pacífico Occidental.
33	<i>The role and contribution of treatment and imaging modalities in global cervical cancer management: survival estimates from a simulation-based analysis</i> (70).	Ward Z.J. et al.	Internacional (EE. UU., Egipto, Países Bajos, Australia)	2020	Estudio de simulación basado en un modelo de microsimulación con consenso no Delphi.	<i>The Lancet. Oncology.</i>	Estimación del impacto de tratamiento, imagen y calidad en la supervivencia global.	Mujeres con cáncer de cuello uterino invasivo.
34	<i>The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline</i> (71).	<i>European Society for Medical Oncology (ESMO).</i>	Panel internacional	2022	Guía de práctica clínica.	<i>Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology.</i>	Recomendaciones generales sobre integración de PROMs en la atención clínica oncológica.	Se aborda todo tipo de cáncer.
35	<i>WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer</i> (OMS) (17).	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Documento global	2020	Documento de política pública.	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Recomendaciones de la OMS para la atención del cáncer de cuello uterino invasivo.	Mujeres con cáncer de cuello uterino.

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 4. Lista de artículos excluidos

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
1	<i>2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors (75).</i>	<i>American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP).</i>	2020	Se enfoca en la gestión de resultados anormales de la citología cervicovaginal (CCV) y precáncer cervical, lo cual no es el alcance del consenso.
2	<i>2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: Updates Through 2023 (76).</i>	Perkins R. B. et al.	2024	Se enfoca en la gestión de resultados anormales de la CCV y precáncer cervical, lo cual no es el alcance del consenso.
3	<i>Adjuvant Chemoradiation Therapy for Cervical Cancer and Effect of Timing and Duration on Treatment Outcome (77).</i>	Jhawar S. et al.	2017	Analiza tiempos críticos en el tratamiento adyuvante pero no fundamenta los umbrales propuestos en las guías clínicas o los estándares internacionales y no justifica su selección de puntos de corte, limitando su aplicabilidad.
4	<i>Adjuvant Systemic Therapy after Chemoradiation and Brachytherapy for Locally Advanced Cervical Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis (78).</i>	Horeweg N. et al.	2021	Aborda la eficacia y toxicidad de los esquemas farmacológicos específicos en el manejo adyuvante del cáncer de cuello uterino localmente avanzado. Su contenido no se alinea con el alcance del consenso.
5	<i>An exploration into the quality of life of women treated for cervical cancer (79).</i>	Sabulei C. et al.	2019	Presenta resultados de calidad de vida en mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino, pero no propone indicadores normativos ni recomendaciones basadas en guías de práctica clínica u organismos técnicos.
6	<i>Appropriate Use Criteria: Brachytherapy, Intensity Modulated Radiation Therapy, Stereotactic Body Radiation Therapy, and Stereotactic Radiosurgery. Clinical Appropriateness Guidelines (80).</i>	<i>Carelon Clinical Appropriateness Guidelines.</i>	2023	Documento normativo dirigido a profesionales y aseguradores del sistema de salud en Estados Unidos. Orientado a regulaciones del sistema de salud estadounidense lo cual no se alinea con el alcance ni la aplicabilidad del consenso.
7	<i>Assessing guideline adherence and patient outcomes in cervical cancer (81).</i>	Chiew K.L. et al.	2017	Aunque evalúa la adherencia a guías clínicas relevantes (NCCN, ESMO, JSGO, SIGN), se basa en versiones desactualizadas entre 2006 y 2015. Las guías actualizadas se incluyeron en el presente consenso.
8	<i>Association between definitive chemoradiotherapy wait-time and survival in locally-advanced cervical cancer: Implications during the coronavirus pandemic (82).</i>	Matsuo K. et al.	2021	Impacto del tiempo de espera para iniciar la quimiorradioterapia en el contexto de pandemia por COVID-19, no se proponen recomendaciones ni umbrales de tiempo basados en guías de práctica clínica o directrices formales.
9	<i>Can We Improve the Quality of Care Delivered to Cervical Cancer Patients? Development of Quality Metrics and Quality Improvement Program at a Single Institution (83).</i>	Amarnath, S.R., et al.	2023	Corresponde a un resumen de congreso sin el artículo completo disponible. No se identifican publicaciones relacionadas del mismo estudio.
10	<i>Cancer Care Delivery and Women's Health: The Role of Patient Navigation (84).</i>	Krok-Schoen J.L. et al.	2016	No se proponen indicadores derivados de guías de práctica clínica ni de directrices técnicas establecidas, además se enfoca en el diagnóstico de lesiones precancerosas lo cual no es el alcance de este consenso.
11	<i>Cancer of the cervix uteri: 2021 update (85).</i>	Bhatla N. et al.	2021	Las recomendaciones presentadas no se encuentran en su totalidad respaldadas por guías de práctica clínica o directrices. Aunque hace referencia a la FIGO en relación con la estadificación, el resto de las recomendaciones carece del soporte explícito. Ya se incluyó en el consenso una actualización de la FIGO.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
12	<i>Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators NHS- 2022 (86).</i>	NHS Scotland.	2022	No se incluye ya que existe una versión más reciente publicada en 2025, la cual se incluye en el consenso.
13	<i>Cervical Cancer Treatment Delays and Associated Factors in a Cohort of Women from a Developing Country (87).</i>	Ferreira da Silva I. et al.	2019	No proporciona recomendaciones ni indicadores. A pesar de que hace referencia a guías, estas se encuentran desactualizadas.
14	<i>Cervical cancer treatment in Rwanda: Resource-driven adaptations, quality indicators, and patient outcomes (88).</i>	DeBoer R.J. et al.	2022	Se basa en indicadores de calidad para el tratamiento del cáncer de cuello uterino propuestos por la <i>Society of Gynecologic Oncology (SGO)</i> , guía que ya fue incluida en el presente consenso.
15	<i>Cervical Cancer. Basic Resources. Framework for Resource Stratification of NCCN Guidelines. Version 1.2024 (89).</i>	NCCN	2024	No incluye el contenido completo. Es una adaptación parcial de la guía de práctica clínica NCCN según el nivel de recursos; esta guía ya se incluyó en el consenso.
16	<i>Cervical Cancer. Core Resources. Framework for Resource Stratification of NCCN Guidelines. Version 1.2024 (90).</i>	NCCN	2024	No incluye el contenido completo. Es una adaptación parcial de la guía de práctica clínica NCCN según el nivel de recursos; esta guía ya se incluyó en el consenso.
17	<i>Cervical Cancer. Enhanced Resources. Framework for Resource Stratification of NCCN Guidelines. Version 1.2024.</i>	NCCN	2024	No incluye el contenido completo. Es una adaptación parcial de la guía de práctica clínica NCCN según el nivel de recursos; esta guía ya se incluyó en el consenso.
18	<i>Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management (91).</i>	Johnson C.A. et al.	2019	Todas las indicaciones para el tratamiento son adaptaciones de las guías de práctica clínica del NCCN, las cuales ya están incluidas en el presente consenso.
19	<i>Checkpoint Inhibitors in Gynecological Malignancies: Are we There Yet? (92).</i>	Taha T. et al.	2020	Revisión actualizada sobre los avances en el uso de inhibidores de puntos de control inmunitario (ICIs) en cánceres ginecológicos. Su contenido se centra en resultados preliminares de ensayos clínicos y en el desarrollo de nuevas combinaciones terapéuticas, lo cual no es el alcance del consenso.
20	<i>Choosing wisely in cancer control across Canada-a set of baseline indicators (93).</i>	Tran K. et al.	2017	El único indicador específico para el cáncer de cuello uterino está relacionado con el tamizaje y detección temprana de la enfermedad, lo cual no está dentro del alcance del consenso.
21	<i>Conservative management of cervical cancer: Current status and obstetrical implications (94).</i>	Fokom Domgue J. et al.	2019	Revisión narrativa sobre modalidades conservadoras en el cáncer de cuello uterino temprano y sus implicaciones obstétricas. No es el alcance del consenso y no propone indicadores ni recomendaciones de guías de práctica clínica o entes técnicos.
22	<i>Current FIGO Staging for Carcinoma of the Cervix Uteri and Treatment of Particular Stages (95).</i>	Sehnal B. et al.	2019	El artículo está en checo, idioma que impide su análisis completo.
23	<i>Delay to timely treatment in locally advanced cervical cancer - insurance inequities in access to gynecologic oncology (96).</i>	Liang, J. et al.	2025	Aunque se enfoca en la oportunidad de inicio del tratamiento y se basa en los lineamientos de ESGO/ ESTRO, no se incluye debido a que dichas guías ya están incorporadas directamente en este consenso. Además, su enfoque en los factores de riesgo para el retraso del tratamiento no corresponde al alcance definido para el consenso.



Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
24	<i>Delays in definitive cervical cancer treatment: An analysis of disparities and overall survival impact (97).</i>	Ramey S.J. et al.	2018	Estudio descriptivo de cohorte que analiza los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento en una población específica sin proponer indicadores basados en guías o directrices internacionales reconocidas.
25	<i>Delays in treatment initiation and conclusion in women with stage IA to IIIB cervical cancer: A survival study in a hospital-based cohort from a developing country (98).</i>	Da Silva I.F. et al.	2023	Estudio observacional descriptivo que analiza tiempos de oportunidad en una cohorte hospitalaria, sin proponer indicadores específicos basados en guías de práctica clínica ni estándares internacionales.
26	Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital Regional de Encarnación (99).	Céspedes N. et al.	2017	Evalúa medidas autoinformadas de calidad de vida (PROMs) y depresión, sin embargo, es una evaluación descriptiva de su cohorte, no define instrumentos como indicadores de gestión del riesgo, ni propone recomendaciones basadas en guías de práctica clínica nacionales o internacionales.
27	<i>Determinants of Quality Care and Mortality for Patients with Locally Advanced Cervical Cancer in Virginia (100).</i>	Showalter T.N. et al.	2016	Estudio observacional que analiza el tratamiento estándar asociado a la mortalidad, pero que no propone indicadores de gestión del riesgo ni recomendaciones basadas en guías o estándares internacionales. Propone un puntaje de calidad como construcción propia del estudio sin validación como indicador formal.
28	<i>Disparities in time to start of definitive radiation treatment for patients with locally advanced cervical cancer (101).</i>	Kotha N.V. et al.	2022	Estudio descriptivo sobre los factores sociodemográficos que impactan en el inicio del tratamiento, sin embargo, no define indicadores de gestión del riesgo, ni propone estándares basadas en guías o directrices internacionales.
29	<i>Does social vulnerability impact cervical cancer patients undergoing definitive irradiation including brachytherapy? A single institution's experience (283) (102).</i>	McAlarnen L. et al.	2022	Resumen de congreso sin el artículo completo publicado ni datos metodológicos suficientes.
30	<i>Early integration of palliative care in cervical cancer: Experiences from a pilot study (103).</i>	Dey T. et al.	2023	Evalúa el impacto de los cuidados paliativos tempranos sobre la calidad de vida, no define indicadores de gestión del riesgo, ni propone estándares clínicos ni recomendaciones basadas en guías internacionales.
31	<i>Early referral to a palliative team improves end-of-life care among gynecological cancer patients: a retrospective, population-based study (104).</i>	Torbjørn P. et al.	2022	No define indicadores de gestión del riesgo ni recomendaciones operativas basadas en guías o directrices internacionales.
32	<i>Economic and Humanistic Burden of Cervical Cancer in the United States: Results from a Nationally Representative Survey (105).</i>	Shah R. et al.	2020	Análisis retrospectivo de los datos de la Encuesta de Gastos Médicos (<i>Medical Expenditure Panel Survey</i>) (2006 - 2015). A pesar de abordar componentes relacionados con la calidad de vida, no propone indicadores específicos ni recomendaciones.
33	Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino (106).	Silva Muñoz M.A.	2020	Mediante una revisión bibliográfica, se describen los efectos físicos y psicosociales presentados en las mujeres con cáncer de cuello uterino pero no propone indicadores ni directrices.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
34	<i>Effect of delay in surgical therapy for early-stage cervical cancer: An implication in the coronavirus pandemic</i> (107).	Matsuo K. et al.	2020	Aunque evalúa el tiempo desde el diagnóstico hasta recibir manejo quirúrgico como variable de oportunidad, no menciona guías ni directrices, y no define indicadores respaldados por estándares clínicos. Además, ya se incluyeron en el consenso guías y estudios que abordan estos tiempos con soporte de directrices internacionales.
35	<i>Effect of Waiting Time from Pathological Diagnosis to Definitive Concurrent Chemoradiation for Cervical Cancer on Overall Survival</i> (108).	Noh K.W. et al.	2022	El artículo no proporciona recomendaciones ni indicadores. A pesar de que hace referencia a guías que mencionan indicadores de oportunidad, estas se encuentran desactualizadas.
36	<i>ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023.</i>	Cibula D. et al.	2023	No se incluye dado que es un artículo duplicado ya incluido en el consenso.
37	<i>ESGO_ESTRO_ESP_Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer 2018</i> (109).	Cibula D. et al.	2018	Es una versión desactualizada (2018) de la guía que ya se incluyó en el análisis la actualización de 2023.
38	<i>Evidence-Based Treatment Paradigms for Management of Invasive Cervical Carcinoma</i> (110).	Tewari K.S. et al.	2019	Aunque presenta actualizaciones clínicas del manejo del cáncer de cuello uterino, la mayoría del contenido describe ensayos clínicos en curso al momento de su revisión, lo cual no corresponde al alcance del consenso. Además, las recomendaciones están basadas en guías de la NCCN y ESMO que ya fueron incluidas.
39	<i>External beam radiation and brachytherapy boost at different facilities is associated with increased treatment delays in cervical cancer</i> (111).	Li R. et al.	2020	Recomendaciones sobre la oportunidad del tratamiento basadas en guías del <i>American Brachytherapy Society (ABS)</i> , <i>American Society for Radiation Oncology</i> y <i>National Comprehensive Cancer Network (NCCN)</i> . Estas guías ya se incluyeron directamente en el consenso por lo cual este artículo no se incluye.
40	<i>Factors associated with delays in time to treatment initiation in Colombian women with cervical cancer: A cross-sectional analysis</i> (112).	Hernández Vargas J.A. et al.	2021	Su objetivo principal es identificar factores asociados al retraso en el inicio del tratamiento en las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia. Este enfoque no corresponde al alcance del consenso.
41	<i>Fertility considerations prior to conservative management of gynecologic cancers</i> (113).	Stewart K. et al.	2021	Menciona recomendaciones sobre la fertilidad que han sido sugeridas por la ASCO; esta guía y sus indicadores ya fueron incluidas en el análisis por lo que este artículo no se incluye.
42	<i>Fertility-sparing management in cervical cancer: balancing oncologic outcomes with reproductive success</i> (114).	Willows K. et al.	2016	El objetivo principal es describir estrategias quirúrgicas de preservación de fertilidad, lo cual no es el alcance del consenso. Además, no aborda indicadores de calidad.
43	<i>Follow-up of women screened for cervical cancer in São Paulo, Brazil: An analysis of the times to diagnostic investigation and treatment</i> (115).	Madalena Ribeiro C. et al.	2021	Se enfoca en tiempos de diagnóstico y seguimiento de mujeres principalmente con resultados positivos de tamizaje y lesiones precancerosas, lo cual no es el enfoque del consenso. No presenta indicadores relacionados con el cáncer de cuello uterino invasivo.
44	<i>Global challenges of radiotherapy for the treatment of locally advanced cervical cancer</i> (116).	Mayadev J.S. et al.	2022	Revisión narrativa que no presenta indicadores de calidad. Aunque revisa guías internacionales, algunas están desactualizadas y otras ya están incluidas en el presente consenso.



Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
45	<i>Global disease burden of cervical cancer and the association of screening coverage with quality of disease management</i> (117).	Sun C. et al.	2025	El artículo está publicado en chino, lo que limita su análisis metodológico completo.
46	<i>Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer</i> (118).	Kokka F. et al	2022	Revisión sistemática que se enfoca en técnicas quirúrgicas, lo cual no es el alcance del consenso.
47	<i>Imaging and Staging of Cervical Cancer</i> (119).	Devine C. et al.	2019	Revisión narrativa que describe técnicas de imagen y estadificación, pero no aporta indicadores específicos ni recomendaciones estandarizadas con definiciones operativas que puedan incorporarse como indicadores.
48	<i>Impact of management on mortality in patients with invasive cervical cancer in Reunion Island</i> (120).	Tran P.L. et al.	2017	Evalúa el impacto de las prácticas clínicas sobre la mortalidad en cáncer de cuello uterino, no aporta indicadores o recomendaciones y se basa en la guía francesa (no disponible en inglés o español) y en recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica, esta última ya incluida en el consenso.
49	<i>Implementation and update of guideline-derived quality indicators for cervical cancer in gynecological cancer centers certified by the German Cancer Society (DKG)</i> (121).	Stuebs F.A. et al.	2023	El artículo presenta indicadores en cáncer de cuello uterino invasivo, estos indicadores son los mismos reportados en la guía de la Sociedad Alemana contra el Cáncer (DKG), la cual ya fue incluida en el presente consenso.
50	<i>Improving outcomes for older women with gynaecological malignancies</i> (122).	Dumas L. et al.	2016	Revisión narrativa que no incluye indicadores ni recomendaciones para el cáncer de cuello uterino. Menciona el Consenso de la Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica, pero se encuentra desactualizado desde el año 2014.
51	<i>Improving quality of care and timely access to radiation therapy for patients with invasive cervical cancer at the National Cancer Institute Paraguay</i> (123).	Jacobson G. et al.	2018	Reporte retrospectivo de intervención institucional que describe las mejoras implementadas en el tratamiento del cáncer de cuello uterino. No propone indicadores ni recomendaciones, se basa en la guía de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), la cual ya fue incluida en este consenso.
52	<i>Increasing global accessibility to high-level treatments for cervical cancers</i> (124).	Chargari C. et al.	2022	Aborda el acceso global a los diferentes tratamientos para el cáncer de cuello uterino. Aunque hace referencia a estándares de tratamiento de organizaciones internacionales como la OMS, FIGO y ASCO, el artículo no propone indicadores. Las guías de estas organizaciones fueron incluidas en el presente consenso.
53	<i>Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer</i> (125).	Aredes M.A. et al.	2018	Estudio prospectivo que evalúa el impacto de la quimiorradioterapia sobre el estado nutricional, la capacidad funcional, la calidad de vida y la toxicidad del tratamiento. Sin embargo, no propone indicadores o recomendaciones que puedan incorporarse al consenso.
54	<i>Japan Society of Gynecologic Oncology 2022 guidelines for uterine cervical neoplasm treatment</i> (126).	Seino M. et al.	2024	No se incluye en el consenso dado que ya está incluido el artículo " <i>Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan</i> " con literatura médico-científica más actualizada y que está basada en la guía de la Sociedad Japonesa de Oncología Ginecológica.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
55	<i>Long-term results of early adjuvant concurrent chemoradiotherapy for high-risk, early stage uterine cervical cancer patients after radical hysterectomy (127).</i>	Kim S.W. et al.	2017	Estudio retrospectivo que no formula recomendaciones respaldadas por guías clínicas ni por organizaciones internacionales, las recomendaciones se derivan exclusivamente de los hallazgos del propio estudio y no proporciona indicadores.
56	<i>Management and Care of Patients With Invasive Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline Rapid Recommendation Update (128).</i>	Chuang L. et al.	2022	Corresponde a una actualización de las guías ASCO centradas en intervenciones farmacológicas específicas que describen los resultados del ensayo clínico KEYNOTE-826 sobre el uso de pembrolizumab, lo cual no es el alcance del consenso. La guía completa de la ASCO fue incluida en el presente consenso.
57	<i>Management for Cervical Cancer Patients: A Comparison of the Guidelines from the International Scientific Societies (ESGO-NCCN-ASCO-AIOM-FIGO-BGCS-SEOM-ESMO-JSGO) (129).</i>	Restaino S. et al.	2024	Resumen comparativo de guías que ya han sido individualmente incluidas para este consenso. No aporta indicadores nuevos ni recomendaciones adicionales.
58	<i>Minimally invasive radical hysterectomy for early stage cervical cancer. NICE interventional procedures guidance (130).</i>	NICE. National Institute for Health and Care Excellence.	2021	Guía de práctica clínica enfocada en el abordaje técnico del procedimiento quirúrgico, lo cual no es el alcance del consenso. Además no presenta indicadores aplicables.
59	<i>Monitoring and evaluating the quality of cancer care in Japan using administrative claims data (131).</i>	Iwamoto M. et al.	2016	Estudio descriptivo retrospectivo que aborda un único indicador para el cáncer de cuello uterino, el cual fue desarrollado por un panel de expertos en 2007 y revisado en 2010, por lo que se considera desactualizado respecto a la evidencia científica actual.
60	<i>Monitoring equity in the delivery of health services: a Delphi process to select healthcare equity indicators (132).</i>	Buclin C. et al.	2024	Aunque el artículo desarrolla indicadores de equidad en salud aplicables de forma general, no contiene indicadores específicos para el cáncer de cuello uterino invasivo.
61	<i>MRI-Directed Brachytherapy for Cancer of the Uterine Cervix: A Case Report, Review, and Perspective on the Importance of Widespread Use of This Technological Advance in the United States (133).</i>	Ahmed H.Z. et al.	2021	Se trata de un reporte de caso acompañado de una revisión narrativa que no incluye indicadores; aunque se apoya en guías de organizaciones como ESTRO, estas ya fueron incluidas previamente en el consenso.
62	<i>National Cancer Grid of India Consensus Guidelines on the Management of Cervical Cancer (134).</i>	Chopra S.J. et al.	2018	Guía de práctica clínica adaptada a las condiciones particulares del sistema de salud de la India. Varias de sus recomendaciones están supeditadas a la disponibilidad local de tecnologías, medicamentos y recurso humano, lo que limita su aplicabilidad y extrapolación a otros contextos.
63	<i>Number of Removed Pelvic Lymph Nodes as a Prognostic Marker in FIGO Stage IB1 Cervical Cancer with Negative Lymph Nodes (135).</i>	Wang R. et al.	2020	Estudio de cohorte retrospectivo que propone predictores de desenlace clínico para el cáncer de cuello uterino. Las recomendaciones se basan únicamente en sus propios hallazgos, no se basa en guías de práctica clínica o directrices que respalden sus propuestas, por lo que se considera insuficiente para ser incorporado en el consenso.



Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
64	<i>Outcomes after minimally invasive surgery in cervical cancer</i> (136).	Burki T.K.	2018	Nota científica que resume los resultados de dos estudios sobre el abordaje quirúrgico en el cáncer de cuello uterino estadio I, lo cual no es el alcance del consenso. Además, no constituye una guía de práctica clínica, documento de consenso, ni contiene recomendaciones o indicadores formales.
65	<i>Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model</i> (137).	Sardi A. et al.	2019	Estudio descriptivo retrospectivo que documenta la experiencia piloto en el diseño e implementación de un modelo para mejorar la atención del cáncer de mama y de cuello uterino en la ciudad de Cali, Colombia. Si bien se identificaron barreras en el proceso a la atención, su análisis no hace parte del alcance del presente consenso.
66	<i>Pandemic paradox: Shorter times from consult to gynecologic oncology treatment during COVID-19</i> (138).	Nyakudarika N. et al.	2021	Aunque se presenta como un estudio retrospectivo tipo casos y controles que analiza la oportunidad en el tratamiento oncológico durante la pandemia, el documento corresponde a una presentación de póster en un evento científico. No se encuentra disponible un artículo completo, ni se identifican indicadores ni recomendaciones.
67	<i>Patterns of Care and Outcomes Among Women With Locally Advanced Cervical Cancer Treated With Curative Intent at a Tertiary Center in South Africa</i> (139).	Maina J. et al.	2025	Estudio observacional retrospectivo que describe patrones de atención y resultados en cáncer de cuello uterino localmente avanzado en Sudáfrica. Resalta la importancia de completar el tratamiento estándar pero no fundamenta sus recomendaciones, estas se derivan exclusivamente de los hallazgos del propio estudio.
68	<i>Patterns of cervical cancer care in Argentina: Applying ASCO recommendations adjusted by local resources</i> (140).	Apás Pérez De Nucci A. et al.	2017	Estudio descriptivo que analiza el patrón actual de atención del cáncer de cuello uterino en Argentina y establece recomendaciones ajustadas a los recursos locales de la ASCO. Sin embargo, estas guías ya están incorporadas en el presente consenso, por lo que este estudio no aporta elementos adicionales.
69	<i>Pembrolizumab plus chemotherapy with or without bevacizumab for persistent, recurrent or metastatic cervical cancer</i> (141).	NICE. National Institute for Health and Care Excellence.	2023	Documento de una evaluación tecnológica de un medicamento específico y estudios clínicos en relación con su efectividad. Dado que el consenso no contempla análisis particulares de medicamentos, este artículo queda fuera del alcance.
70	<i>Pharmacotherapy for cervical cancer: current standard of care and new perspectives</i> (142).	Ketch P.W. et al.	2024	Revisión narrativa de la literatura y ensayos clínicos fase I-III en relación con nuevas terapias para el cáncer de cuello uterino recurrente, metastásico o persistente. El objetivo del artículo es resumir avances terapéuticos farmacológicos, más que proponer indicadores de calidad o lineamientos clínicos.
71	<i>Predictors of delay in the cervical cancer care cascade in Kampala, Uganda</i> (143).	Swanson M. et al.	2024	Este estudio aborda los retrasos en la atención del cáncer de cuello uterino en Kampala, Uganda, con el objetivo de identificar los factores asociados a retrasos en el proceso de atención, lo cual no constituye el alcance del consenso.
72	<i>Prioritizing performance and outcome indicators for quality assessment of cancer screening programs in the EU</i> (144).	Sheridan B. et al.	2025	Consenso de expertos que se centra en indicadores de tamización y lesiones precancerosas, lo cual está fuera del alcance del consenso.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
73	Propuesta para la adaptación y adopción de la ruta de atención integral al cáncer de cuello uterino en Colombia (145).	Álzate Galeano L. et al.	2017	Tesis de especialización que realiza una propuesta metodológica para adaptar la ruta integral de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia. No plantea indicadores ni recomendaciones específicas, sino que propone un marco para orientar esos procesos en las entidades territoriales.
74	<i>Quality assurance and improvement in oncology using guideline-derived quality indicators - results of gynaecological cancer centres certified by the German cancer society (DKG)</i> (146).	Griesshammer E. et al.	2023	El artículo no se incluye porque los indicadores que presenta son los mismos ya incluidos previamente en el consenso a través de la guía alemana "Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma (German Guideline)".
75	<i>Quality assurance using quality indicators for prevention and early detection of cervical cancer in certified gynaecological dysplasia units and consultancies</i> (147).	Steinkasserer L. et al.	2024	El enfoque del artículo es en prevención y detección temprana (lesiones precancerosas) lo cual está fuera del alcance del consenso. No aborda el manejo ni el seguimiento del cáncer de cuello uterino invasivo.
76	<i>Quality indicators for cervical cancer care in Japan</i> (148).	Watanabe T. et al.	2018	Estudio observacional que no se incluye en el consenso, dado que se priorizó otro artículo del mismo país que aborda el mismo tema con una revisión más actualizada de la literatura médico-científica (año 2025), el cual además se basa en la guía de la Sociedad Japonesa de Oncología Ginecológica.
77	<i>Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer</i> (149).	Bonte A.S. et al.	2019	Este artículo corresponde a la versión anterior del estudio ya incluido en este consenso, titulado "Acceptability of quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer: results of an online survey". El artículo ya incluido prioriza y valida los indicadores propuestos inicialmente, esta versión se centra en la revisión sistemática por lo que se considera redundante.
78	<i>Quality indicators in cervical cancer surgery: a valiant step in the right direction</i> (150).	Ramirez P.T.	2020	Comentario editorial. Este artículo no propone indicadores ni recomendaciones, comenta y respalda el trabajo de ESGO, guías ya incluidas en este consenso.
79	<i>Quality indicators of supportive care for patients with cancer undergoing treatment: a systematic review</i> (151).	Okuyama A. et al.	2025	Revisión sistemática de carácter general que aborda indicadores de cuidado de soporte en todos los tipos de cáncer, sin desagregar por localización tumoral ni desarrollar indicadores específicos para el cáncer de cuello uterino, por lo que no se incluye.
80	<i>Quality of Care and Outcomes of Patients With Gynecologic Malignancies Treated at Safety-Net Hospitals</i> (152).	Gamble C.R. et al.	2019	Estudio observacional que propone cinco indicadores de los cuales dos carecen de sustento bibliográfico o respaldo de organismos internacionales; uno se basa en la guía ESMO 2012, ya actualizada e incorporada en el consenso, y los dos restantes, sustentados en la literatura de 1999 y 2000, fueron incluidos en el consenso con evidencia más reciente. Por tanto, este artículo no se incluye.
81	<i>Radical hysterectomy in early cervical cancer in Europe: characteristics, outcomes and evaluation of ESGO quality indicators</i> (153).	Boria F. et al.	2021	Artículo que se centra en la validación de los indicadores de la ESGO, el artículo original de la ESGO ya se incluyó en este consenso.



Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
82	<i>Revisiting Minimally Invasive Surgery in the Management of Early-Stage Cervical Cancer</i> (154).	Pennington KP, Urban RR and Gray HJ	2019	Revisión narrativa que no propone indicadores, se enfoca en analizar el rol de la cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de cuello uterino estadio IA2 - IB1, tema que está en otros artículos incluidos como guías de prácticas clínica o consensos.
83	<i>Sexual quality of life in gynecological cancer survivors in Iran</i> (155).	Yarandi F. et al.	2021	Estudio que se centra en la calidad de la vida sexual postratamiento en cánceres ginecológicos, sin embargo se aborda de manera general. No propone indicadores o recomendaciones clínicas para el manejo específico del cáncer de cuello uterino.
84	<i>Socially determined cervical cancer care navigation: An effective step toward health care equity and care optimization</i> (156).	Dessources K. et al.	2020	El estudio no propone indicadores ni recomendaciones clínicas, por lo que se excluye.
85	<i>Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) clinical practice guideline on immunotherapy for the treatment of gynecologic cancer</i> (157).	Disis M.L. et al.	2023	Se centra en recomendaciones para el uso clínico de la inmunoterapia, particularmente los inhibidores de puntos de control inmunológico, lo cual excede el alcance temático del consenso.
86	<i>Standard of care in locally advanced cervical cancer and unmet needs: a systematic literature review of phase III randomized controlled trials</i> (158).	Pujade-Lauraine Eric. et al.	2021	Aborda los tratamientos farmacológicos evaluados en ensayos clínicos fase III para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado. Sin embargo, este tema no se encuentra dentro del alcance del consenso y el artículo corresponde a un resumen de congreso (<i>abstract</i>) sin acceso al texto completo.
87	<i>SUCCOR quality: validation of ESGO quality indicators for surgical treatment of cervical cancer</i> (159).	Boria F. et al.	2022	Ya se incorporó el artículo original de la ESGO que presenta el conjunto completo de indicadores de calidad para el tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino. Este artículo valida únicamente cinco indicadores del total y no aporta información adicional.
88	<i>Survival outcomes following treatment delays among patients with early-stage female cancers: a nationwide study</i> (160).	Min Y. et al.	2022	Artículo que no presenta indicadores ni recomendaciones respaldadas por guías u organismos científicos. Además, los puntos de corte utilizados para definir el retraso en el tratamiento no provienen de consensos técnicos ni documentos oficiales.
89	<i>Systematic Review of the Quality Indicators (QIs) to Evaluate the CCCN Approach in the Management of Oncologic Patients</i> (161).	La Torre G. et al.	2019	El artículo se basa en el estudio " <i>Quality indicators for cervical cancer care in Japan</i> ", previamente analizado pero excluido para priorizar el estudio " <i>Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan</i> " que presenta una revisión más reciente y se fundamenta en la guía de la Sociedad Japonesa de Oncología Ginecológica.
90	<i>Systemic therapy for advanced cervical cancer: Leveraging the historical threshold of overall survival</i> (162).	Paulino E. et al.	2023	Revisión narrativa que aborda los avances terapéuticos específicos en el manejo del cáncer de cuello uterino avanzado, basada en estudios clínicos fase I - III, lo cual no constituye el alcance del consenso.
91	<i>The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/ European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer</i> (163).	Cibula D. et al.	2018	Artículo duplicado que corresponde a una versión desactualizada (2018) de la guía ESGO/ESTRO/ESP. Ya fue incluida en el consenso la versión actualizada publicada en 2023.

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 4. Lista de artículos excluidos (continuación)

N°	Título del artículo	Autores/Organización	Año	Motivo de la exclusión
92	<i>The Incorporation of Immunotherapy and Targeted Therapy Into Chemoradiation for Cervical Cancer: A Focused Review (164).</i>	Odiase O. et al.	2021	Revisión narrativa centrada en terapias dirigidas (anti-VEGF) e inmunoterapia (anti-PD - 1, anti-PD - L1 y anti-CTLA-4) basada en ensayos clínicos, lo cual no es el alcance del consenso. No propone indicadores relacionados.
93	<i>The Selection of Time Interval Between Surgery and Adjuvant Therapy in Early Stage Cervical Cancer (165).</i>	You K.Y. et al.	2018	Estudio observacional que analiza el impacto del intervalo entre la cirugía y la terapia adyuvante; sin embargo, el umbral de 5 semanas utilizado para clasificar los grupos de comparación no se basa en directrices, consenso o guías de práctica clínica, se definió arbitrariamente a partir de datos observados de la propia cohorte institucional, lo cual limita su aplicabilidad externa.
94	<i>The Value of Patient-Reported Outcomes to Predict Symptom Burden and Health-Related Quality of Life After Chemoradiation for Cervical Cancer: A Prospective Study (166).</i>	Andring L.M. et al.	2024	Estudio observacional prospectivo que evalúa la utilidad de los desenlaces reportados por las pacientes (PROMs). Sin embargo, no propone indicadores formales de calidad ni recomendaciones basadas en directrices o consenso.
95	<i>Time-action and patient experience analyses of locally advanced cervical cancer brachytherapy (167).</i>	van Vliet-Pérez S.M. et al.	2024	Estudio observacional prospectivo que evalúa los tiempos y la experiencia del paciente durante el procedimiento de la braquiterapia, pero no propone indicadores o recomendaciones basadas en guías, consensos u organismos reconocidos. Tampoco establece indicadores de oportunidad aplicables.
96	<i>Two week waits: What are we waiting for? (168).</i>	Abdelraheim A.R. et al.	2017	Estudio observacional retrospectivo que se enfoca en la evaluación del sistema de referencia para la sospecha del cáncer ginecológico, con énfasis en cáncer de endometrio. No aporta indicadores ni recomendaciones para el cáncer de cuello uterino.
97	<i>Updates in Sentinel Lymph Node Mapping in Gynecologic Cancer (9).</i>	Sinno A.K. et al.	2018	Revisión narrativa centrada en la técnica de mapeo del ganglio centinela (SLN) en cánceres ginecológicos. No propone indicadores y, además, las recomendaciones presentadas se fundamentan en la guía de la NCCN, la cual ya se incluyó en el consenso.
98	<i>Wait-time for adjuvant radiotherapy and oncologic outcome in early-stage cervical cancer: A treatment implication during the coronavirus pandemic (169).</i>	Matsuo K. et al.	2021	Carta al editor sobre un estudio observacional retrospectivo que evalúa el tiempo de espera para la radioterapia adyuvante y los desenlaces oncológicos en el cáncer de cuello uterino temprano. Sin embargo, las recomendaciones derivadas se basan únicamente en los hallazgos del estudio, sin respaldo de guías de práctica o recomendaciones de organismos técnico - científicos.
99	<i>Wait-time for hysterectomy and survival of women with early-stage cervical cancer: A clinical implication during the coronavirus pandemic (170).</i>	Matsuo K. et al.	2020	Estudio observacional retrospectivo que, si bien aporta datos sobre oportunidad quirúrgica, restringe su aplicabilidad al contexto de la pandemia (COVID-19). Además, el punto de corte de oportunidad no se basa en evidencia clínica generalizable sino en el consenso de expertos durante una crisis sanitaria.

Fuente: elaboración CAC.



Anexo 5. Evaluación de la calidad de la evidencia

5.1. Revisiones sistemáticas de la literatura

Lista de verificación para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación del Joanna Briggs Institute (JBI)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 10 - 11
Calidad Moderada	Puntaje 6 - 9
Calidad Baja	Puntaje 0 - 5

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis.</i>	Hanna T.P. et al. 2020	Alta

5.2. Guías de práctica clínica

Herramienta AGREE II	
Interpretación de la calidad	
Muy recomendada	Puntuación estandarizada de los dominios 3 y 6 ≥ 60 .
Recomendada	Puntuación estandarizada del dominio 3 (mínimo 50 %) y del dominio 6 (mínimo 40 %).
No recomendada	Puntuaciones estandarizadas del dominio 3 (menores a 50 %) y del dominio 6 (menores a 40 %).
No se sabe	No hay suficiente información para evaluar la GPC.

La herramienta no recomienda niveles de calidad global por lo que se adaptan según las indicaciones del IETS y el MSPS para la adopción o adaptación de GPC.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Cervical Cancer. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 4. 2025.</i>	NCCN. National Comprehensive Cancer Network. 2025.	Muy recomendada
<i>ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer - Update 2023.</i>	Cibula D. et al. 2023.	Muy recomendada
<i>Evidence-based Guideline Diagnosis, Treatment, and Follow-Up in Patients with Cervical Carcinoma (German Guideline).</i>	German Guideline Program in Oncology (GGPO), 2022.	Muy recomendada
Guía de práctica clínica cáncer cérvico uterino Chile.	Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2020.	Muy recomendada
<i>Gynaecological cancer: A guide to clinical practice in NSW.</i>	Gynaecological Oncology Network, 2019.	Recomendada
<i>Management and Care of Women With Invasive Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline.</i>	Chuang L. et al. 2016.	Muy recomendada
<i>SEOM-GEICO Clinical Guidelines on cervical cancer (2023).</i>	Manso L. et al. 2024.	Recomendada
<i>The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline.</i>	Di Maio M. et al & ESMO Guidelines Committee. 2022.	Muy recomendada

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.3. Estudios de cohortes

Herramienta Newcastle - Ottawa (NOS)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 7 - 9
Calidad Moderada	Puntaje 4 - 6
Calidad Baja	Puntaje 0 - 3

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Better late than never: Brachytherapy is more important than timing in treatment of locally advanced cervical cancer.</i>	Korenaga T.K. et al.	Alta

5.4. Revisiones narrativas

Herramienta SANRA	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 10 - 12
Calidad Moderada	Puntaje 7 - 9
Calidad Baja	Puntaje 0 - 6

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Advances in Cervical Cancer.</i>	Foley, O.W., et al. 2023.	Alta
<i>Brachytherapy: A critical component of primary radiation therapy for cervical cancer: From the Society of Gynecologic Oncology (SGO) and the American Brachytherapy Society (ABS).</i>	Holschneider et al. 2019.	Moderada
<i>Cervical Cancer: Evaluation and Management.</i>	Wipperman, J., Neil, T. & Williams, T. 2018.	Moderada
<i>COVID-19 impact on timing of brachytherapy treatment and strategies for risk mitigation.</i>	Williams V.M. et al. 2020.	Alta

5.5. Consensos u otros procesos participativos con metodología Delphi

Herramienta DCAT	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	El estudio Delphi es de alta calidad y ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad Moderada	El estudio Delphi es de calidad moderada y probablemente ofrece una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad Baja	El estudio Delphi es de baja calidad y puede que no proporcione una representación razonable de las opiniones de los panelistas.
Calidad Críticamente Baja	El estudio Delphi es de calidad insuficiente para ser utilizado como representación adecuada de las opiniones de los panelistas.



De acuerdo con la herramienta, una respuesta «No» en cualquiera de los cuatro ítems básicos implica disminuir al menos un nivel la calificación global (por ejemplo, de «Alta» a «Moderada»). Una o pocas respuestas «no» en los ítems adicionales puede o no dar lugar a una disminución, pero varios «no» deben suponer una rebaja de al menos un nivel en la evaluación global. Dado que la herramienta no define explícitamente cuántos ítems adicionales se consideran pocos o múltiples, el equipo técnico del consenso acordó establecer el siguiente punto de corte operativo: seis (6) o más ítems adicionales con respuesta "No" determinan una disminución de un nivel en la calificación final de calidad.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Is it feasible to enhance quality assurance of cervical cancer screening in Latin America? A regional expert consensus.</i>	Rangel V. et al. 2023.	Alta
Radiation therapy quality-of-care indicators for locally advanced cervical cancer: A consensus guideline.	Croke J. et al. 2016.	Alta
<i>Revision of quality indicators for cervical cancer and trend analysis of existing indicators in Japan.</i>	Kakuwa T. et al. 2025.	Alta

5.6. Consensos o paneles de expertos sin metodología Delphi

Lista de chequeo para la opinión de expertos del Joanna Briggs Institute (JBI)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 5 - 6
Calidad Moderada	Puntaje 3 - 4
Calidad Baja	Puntaje 0 - 2

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
American Brachytherapy Society radiation oncology alternative payment model task force: Quality measures and metrics for brachytherapy.	Shah C. et al. 2022.	Alta
<i>Cervical Cancer. Clinical Quality Performance Indicators NHS - 2025.</i>	National Health Service Scotland (NHS). 2025.	Alta
Clinical Oncology Gynaecological cancer: The Royal College of Radiologist consensus statements.	Royal College of Radiologists. 2024.	Alta
<i>ESGO/ESTRO quality indicators for radiation therapy of cervical cancer.</i>	Chargari C. et al. 2023.	Alta
<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) expanded quality indicators and accreditation for cervical cancer management.</i>	Fotopoulou, et al. 2024.	Alta
<i>European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) quality indicators for surgical treatment of cervical cancer.</i>	Cibula, et al. 2020.	Alta
<i>Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri.</i>	Bhatla N. et al. 2019.	Alta
The role and contribution of treatment and imaging modalities in global cervical cancer management: survival estimates from a simulation-based analysis.	Ward Z.J. et al. 2020.	Alta

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

5.7. Documentos técnicos de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales

Lista de chequeo para la evidencia textual/política del <i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI)	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 6 - 7
Calidad Moderada	Puntaje 4 - 5
Calidad Baja	Puntaje 0 - 3

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.</i>	World Health Organization (WHO). 2020.	Alta
Guía metodológica Observatorio Nacional de Cáncer ONC Colombia.	Ministerio de Salud y Protección Social. 2018.	Alta
<i>Gynaecological Cancer Regional Follow-up Guidelines NHS Scotland.</i>	NHS Scotland. 2024.	Alta
<i>Strategic framework for the comprehensive prevention and control of cervical cancer in the Western Pacific Region 2023 - 2030 OMS.</i>	World Health Organization (WHO). 2023.	Alta
<i>WHO framework for strengthening and scaling-up of services for the management of invasive cervical cancer (OMS).</i>	World Health Organization (WHO). 2020.	Alta

5.8. Estudios observacionales retrospectivos tipo auditoría clínica

Herramienta de evaluación de la calidad del NIH para estudios observacionales de cohortes y transversales	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 12 - 14
Calidad Moderada	Puntaje 9 - 11
Calidad Baja	Puntaje 0 - 8

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>A retrospective audit of treatment pathway for women diagnosed with cervical cancer in the Auckland region 2012 - 2016.</i>	Parinpanayagam S. et al. 2020.	Moderada

5.9. Estudios cuasiexperimentales retrospectivos (series temporales interrumpidas)

Herramienta de evaluación de la calidad del NIH para estudios antes - después (pre - post) sin grupo de control	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 10 - 12
Calidad Moderada	Puntaje 7 - 9
Calidad Baja	Puntaje 0 - 6



Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Effect of municipal and state regulation on access and outcomes for cervical cancer patients in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series analysis.</i>	Faria L.V. et al. 2022	Alta

5.10. Estudios transversales tipo encuesta online

Herramienta AXIS para estudios transversales	
Interpretación de la calidad	
Calidad Alta	Puntaje 17 - 20
Calidad Moderada	Puntaje 13 - 16
Calidad Baja	Puntaje 0 - 12

Los documentos evaluados mediante esta herramienta de análisis de calidad fueron clasificados en niveles de calidad (alta, moderada o baja), según un sistema de categorización adaptado por el equipo técnico del consenso. Esta adaptación fue necesaria debido a que los instrumentos originales no establecen un método de puntuación cuantitativo ni umbrales formales.

Título	Autor	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Acceptability of quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer: results of an online survey.</i>	Luyckx A. et al. 2020	Moderada

Nota: La referencia 26, *Quality Indicators: Quality, Registry & Research, Quality Care*, corresponde a la página web de la *Society of Gynecologic Oncology (SGO)*.

Por su parte, la referencia 30 corresponde a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para la población con riesgo o presencia de cáncer, así como a las RIAS específicas de Cáncer de mama y Cáncer de cuello uterino, disponibles en formatos Power Point, Excel y PNG.

Dado que tanto la referencia 26 (página web) como la referencia 30 (documentos en formatos Power Point, Excel y PNG) no corresponden a publicaciones científicas estructuradas y no son susceptibles de ser evaluadas mediante las herramientas de análisis de calidad aplicadas en este consenso.

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos

N°	Actual o nuevo	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación Marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?
			C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
1.1	Actual	Proporción de casos nuevos reportados (CNR) de mujeres con cáncer de cuello uterino a quienes se les realizó la estadificación clínica.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	Sí
1.2	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes a quienes se les realizó la estadificación clínica.	5	5	5	5	5	3	28	4,67	91,70	Sí
2	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB2 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía).	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	Sí

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

N°	Actual o nuevo	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación Marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?
			C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
3	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró radioterapia.	3	5	5	5	3	1	22	3,67	66,70	NO
4	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia.	3	5	5	5	3	1	22	3,67	66,70	NO
5	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
6.1	Actual	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en estadios avanzados con valoración por cuidado paliativo.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
6.2	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino prevalentes en estadios avanzados con valoración por cuidado paliativo.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
7	Actual	Oportunidad de la atención general en los CNR (desde la sospecha hasta el primer tratamiento).	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
8	Actual	Oportunidad de la atención en cáncer en los CNR (desde el diagnóstico hasta el primer tratamiento).	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
9	Actual	Oportunidad por médico tratante en los CNR (desde el informe de patología hasta la atención con el médico tratante).	5	1	5	5	3	3	22	3,67	66,70	NO
10	Actual	Oportunidad de inicio de tratamiento en los CNR (desde la atención con médico tratante hasta el primer tratamiento).	5	2	5	5	3	2	22	3,67	66,70	NO
11	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino con diagnóstico nuevo (dentro del periodo de reporte).	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
12	Actual	Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
13	Actual	Supervivencia general a los 5 años.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
14	Actual	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino que cumplen los criterios de seguimiento.	1	1	1	1	1	1	6	1,00	0,00	NO
15	Nuevo	Estadificación por imagen con resonancia magnética antes del primer tratamiento.	5	5	1	5	4	3	23	3,83	70,80	NO
16	Nuevo	Estadificación con imagen con PET-CT en pacientes no candidatas a cirugía.	5	5	1	3	3	4	21	3,50	62,50	NO



Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

N°	Actual o nuevo	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación Marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?
			C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
17	Nuevo	Estadificación con imagen con tomografía computarizada (TAC) antes del tratamiento en estadio avanzados.	5	5	1	3	3	4	21	3,50	62,5	NO
18	Nuevo	Reporte de score ASA y/o WHO.	5	2	2	5	3	5	22	3,67	66,70	NO
19	Nuevo	Confirmación histológica en recurrencia.	5	5	1	2	4	5	22	3,67	66,70	NO
20	Nuevo	Diagnóstico por imágenes en recurrencia local.	5	4	1	4	4	4	22	3,67	66,70	NO
21	Nuevo	Prueba de expresión de la PD - L1 en pacientes con cáncer de cuello uterino recurrente, progresivo o metastásico.	5	5	2	4	5	5	26	4,33	83,30	SÍ
22	Nuevo	Prueba de inmunohistoquímica (IHC) de HER2 en pacientes con cáncer de cuello uterino recurrente, progresivo o metastásico.	5	3	2	4	2	5	21	3,50	62,50	NO
23	Nuevo	Diagnóstico con cistoscopia o rectoscopia si se sospecha invasión de vejiga o recto.	4	4	3	5	3	3	22	3,67	66,70	NO
24	Nuevo	Captación de casos de cáncer de cuello uterino en estadios tempranos.	5	5	5	5	5	5	30	5,00	100,00	SÍ
25	Nuevo	Informe de patología completo.	5	5	1	1	2	1	15	2,50	37,50	NO
26	Nuevo	Quimioterapia concurrente basada en platino en cáncer localmente avanzado.	4	5	5	5	5	5	29	4,83	95,80	SÍ
27	Nuevo	Braquiterapia en cáncer de cuello uterino localmente avanzado (LACC) con intención curativa.	5	2	5	5	3	2	22	3,67	66,70	NO
28	Nuevo	Radioterapia (incluida braquiterapia) guiada por imagen.	5	5	1	1	4	5	21	3,50	62,50	NO
29	Nuevo	Abordaje quirúrgico en el cáncer de cuello uterino temprano.	5	3	4	4	2	4	22	3,67	66,70	NO
30	Nuevo	Asesoramiento sobre la opción de tratamiento conservador de fertilidad cuando sea elegible.	4	5	2	2	5	5	23	3,83	70,80	NO
31	Nuevo	Márgenes quirúrgicos libres.	5	5	3	3	5	5	26	4,33	83,30	SÍ
32	Nuevo	Quimiorradioterapia adyuvante en estadio FIGO IB N0 presunta.	5	3	3	3	3	4	21	3,50	62,50	NO
33	Nuevo	Informe operatorio completo.	5	5	1	1	2	1	15	2,50	37,50	NO
34	Nuevo	Decisiones de tratamiento discutidas en una reunión de equipo multidisciplinario.	5	5	1	1	4	3	19	3,17	54,20	NO
35	Nuevo	Oportunidad de inicio del tratamiento de la radioterapia: tiempo transcurrido entre la derivación al centro y el inicio del tratamiento de radioterapia primaria.	4	3	5	5	3	1	21	3,50	62,50	NO

ACTUALIZACIÓN DEL CONSENSO BASADO EN LA EVIDENCIA

Indicadores mínimos para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión del riesgo de las mujeres con cáncer de cuello uterino en Colombia

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Anexo 6. Aplicación de la metodología CREMAA a los indicadores propuestos (continuación)

N°	Actual o nuevo	Indicador	Calificación de criterios CREMAA (Claro, Relevante, Económico, Medible, Adecuado, Aportación Marginal)						Puntaje		Puntuación estandarizada	¿El indicador es seleccionado?
			C	R	E	M	A	A	Suma	Promedio		
36	Nuevo	Oportunidad de inicio del tratamiento de la cirugía: tiempo transcurrido entre el diagnóstico confirmado y el inicio del tratamiento de la cirugía.	5	2	3	1	3	1	15	2,50	37,50	NO
37	Nuevo	Oportunidad de completar todo el tratamiento: tiempo total de duración del tratamiento, incluyendo CRTT (quimiorradioterapia) y braquiterapia.	5	5	4	3	5	5	27	4,50	87,50	SÍ
38	Nuevo	Oportunidad de inicio del tratamiento de la braquiterapia: tiempo transcurrido entre la finalización de la radioterapia externa y el inicio de la braquiterapia.	5	3	5	5	3	1	22	3,67	66,70	NO
39	Nuevo	Oportunidad de inicio del tratamiento de cuidados paliativos: tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de los cuidados paliativos.	5	3	5	5	3	2	23	3,83	70,80	NO
40	Nuevo	Oportunidad del diagnóstico: tiempo entre la primera consulta por sospecha de cáncer de cuello uterino y la confirmación histopatológica.	En la reunión CREEMA se propuso este indicador debido a que está definido para otros tipos de cáncer; sin embargo, no se identificó literatura que lo respalde específicamente en el cáncer de cuello uterino. Por lo anterior, no se incluye y no se asigna puntaje.								NA	NO
41	Nuevo	Registro prospectivo estructurado del seguimiento y la morbilidad postoperatoria a 30 días.	5	4	1	1	4	5	20	3,33	58,30	NO
42	Nuevo	Tasa de recurrencia a 2 años en pacientes con estadio pT1b1 (FIGO IB1) y pT1b2 N0 (FIGO IB2) confirmado tras el tratamiento quirúrgico primario en histotipos comunes (carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma habitual).	5	4	1	1	4	5	20	3,33	58,30	NO
43	Nuevo	Cambio de estadio (T-upstaging) tras cirugía.	3	3	1	4	3	5	19	3,17	54,20	NO
44	Nuevo	Seguimiento por imágenes en pacientes de alto riesgo en estadio II o superior.	4	5	1	2	5	5	22	3,67	66,70	NO
45	Nuevo	Seguimiento clínico recomendado a largo plazo en el cáncer de cuello uterino.	3	5	2	2	5	5	22	3,67	66,70	NO
46	Nuevo	Seguimiento en estadios IA1, IA2 e IB1 sin histerectomía.	3	5	2	2	5	5	22	3,67	66,70	NO
47	Nuevo	Implementación del monitoreo de síntomas mediante PROM en la atención integral del cáncer de cuello uterino.	4	5	1	4	5	5	24	4,00	75,00	SÍ
48	Nuevo	Programa de rehabilitación sexual para las pacientes.	4	3	1	1	3	5	17	2,83	45,80	NO
49	Nuevo	Educación al paciente.	5	5	1	1	5	5	22	3,67	66,70	NO

Fuente: elaboración CAC.

El diseño, la diagramación y la corrección de estilo de este consenso **fueron realizados por:**



ELEVATE'S
Media, talent and impact

Revisión y corrección de estilo

Adriana Yulieth Guzmán Matamoros

Correctora de estilo

Elevate's | Media, Talent and Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca

Líder de diseño editorial

Elevate's | Media, Talent and Impact

Mayo, 2026



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO