

## RESUMEN EJECUTIVO

# Guía de Práctica Clínica Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más



**VERSIÓN COMPLETA** de la Guía de Práctica Clínica Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más  
en:

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. SANTIAGO: MINSAL.

Fecha de publicación: 2020

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>En hombres entre 50 y 70 años, el Ministerio de Salud sugiere realizar tamizaje de cáncer de próstata con antígeno prostático específico por sobre no realizarlo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>En la actualidad, la mortalidad por Cáncer de Próstata en Chile (Tasa de Mortalidad 23,5 por 100.000;) es mayor que la mortalidad reportada a nivel mundial. Por este motivo, el panel considera que los beneficios del tamizaje en nuestra población podrían ser mayores a los reportados en otros países.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata de bajo riesgo, el Ministerio de Salud sugiere realizar seguimiento activo por sobre prostatectomía radical.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El seguimiento activo para esta población incluye: realización de examen de antígeno prostático cada 6 meses, biopsia confirmatoria al año y luego cada 2 a 3 años según evolución de cada paciente, examen físico anual (con tacto rectal) y resonancia magnética multiparamétrica de próstata anual.</i></li> <li>- <i>Para clasificación y descripción de Cáncer de Próstata de bajo riesgo revisar enlace de descripción y epidemiología de la enfermedad.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata en que se decide un tratamiento activo, el Ministerio de Salud sugiere realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia o cirugía de acuerdo con las preferencias y comorbilidades del paciente.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel considera que es fundamental que el paciente conozca todas las alternativas terapéuticas, informadas por un comité oncológico multidisciplinario.</i></li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata metastásico, el Ministerio de Salud sugiere radioterapia de próstata asociado a la terapia de deprivación androgénica (TDA) por sobre solo terapia de deprivación androgénica (TDA).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p>	CONDICIONAL	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel considera que el beneficio de la radioterapia y terapia de privación androgénica (TDA) podría ser mayor en personas con cáncer de próstata metastásico con bajo volumen de enfermedad (3 o menos metástasis óseas, sin metástasis viscerales).</i></li> </ul>		
<p>En personas con cáncer de próstata no metastásico resistentes a la castración, el Ministerio de Salud sugiere tratar con terapia de privación androgénica (TDA) más inhibidores de receptor de andrógenos de segunda generación (apalutamida, enzalutamida o darolutamida) por sobre tratar sólo con TDA.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel destaca que es fundamental la adecuada selección de los pacientes de acuerdo con la evaluación realizada por un comité oncológico, considerando: ausencia de metástasis en tomografía computarizada resonancia magnética y cintigrama óseo, que cumpla criterios de resistencia a la castración y tiempo de duplicación de APE (PSADT) menor de 10 meses.</i></li> <li>- <i>La resistencia a la castración se presenta en personas con cáncer de próstata en terapia de privación androgénica continua, con 3 ascensos progresivos del antígeno prostático específico por encima de 2 ng/ml, y niveles de testosterona total sérica menores de 50 ng/dl.</i></li> <li>- <i>En la actualidad NO existe ningún mecanismo de financiamiento para los tratamientos farmacológicos mencionados en esta recomendación relacionada con el cáncer de próstata no metastásico.</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata operadas con factores de riesgo de recidiva tumoral, el Ministerio de Salud sugiere realizar radioterapia adyuvante en comparación a seguimiento y rescate.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Personas que opten por el caso de seguimiento y rescate, el panel considera que podrían obtener mayor beneficio de la radioterapia si son derivadas y tratadas precozmente (Antígeno prostático específico &lt; 0,4 ng/ml).</i></li> <li>- <i>Se describen los siguientes factores de riesgo de recidiva:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pT3a-b</li> <li>-Gleason 8-10</li> <li>-pN1</li> </ul> <i>(*p= estadio patológico)</i> </li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata operado, que presentan recidiva bioquímica (antígeno prostático específico elevado), el Ministerio de Salud recomienda añadir terapia de privación antiandrogénica más radioterapia externa por sobre solo radioterapia externa.</p>	<p><b>FUERTE</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

<p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La terapia de privación antiandrogénica considera el uso de agonistas o antagonistas del receptor de hormona liberadora de gonadotropina (LHRH) durante 6 meses.</i></li> </ul>		
<p>En personas con cáncer de próstata que deciden realizarse una cirugía, el Ministerio de Salud sugiere que esta se efectúe en centros de alto volumen por sobre centros de bajo volumen.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Esta recomendación está en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud, el cual favorece la atención de los pacientes en centros de referencia con equipos multidisciplinarios.</i></li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con cáncer de próstata metastásico sin tratamiento de privación androgénica previo, el Ministerio de Salud SUGIERE añadir quimioterapia con docetaxel a terapia de privación androgénica por sobre no añadir.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El panel considera que el beneficio de la intervención podría ser mayor en personas con alta carga de enfermedad (cuatro o más lesiones metastásicas, siendo una de ellas extra axial, o enfermedad visceral).</i></li> </ul>	<p><b>FUERTE</b></p>	<p><b>MODERADA</b></p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el 2019 utilizando el sistema GRADE

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

### Definición de la Enfermedad

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en hombres en países desarrollados. En Chile también tiene la mayor incidencia, y es la tercera causa de muerte por cáncer (1). Su incidencia aumenta con la edad, prácticamente no presentándose en hombres menores de 40 años, y alcanzado una tasa de 1000/100.000 en mayores de 80 años (2). Su desarrollo tiene una clara relación con los andrógenos masculinos, ya que no se presenta en hipogonádicos prepuberales, y la privación androgénica es un tratamiento con alta respuesta; sin embargo, aún no existe claridad de los mecanismos que explican esta relación.

### Factores de riesgo y etiopatogenia (3)

- **Edad:** Es el principal factor de riesgo. La edad media del diagnóstico es a los 72 años y se presenta excepcionalmente bajo los 40 años.
- **Factores étnicos:** Raza afroamericana, confiere mayor riesgo que raza caucásica y asiática.
- **Factores genéticos.** Mutaciones germinales en genes asociados al Síndrome de Cáncer de Mama-Ovario hereditario tales como BCRA2 y BCRA1, genes asociados al Síndrome de Lynch: MSH2, MSH6, MLH1, PSM2 y otros tales como HOXB13 y ATM.

### Clasificaciones

Tabla 1. Estadificación Tumor, Nódulos, Metástasis (TNM)

T	N	M
<p><b>T1: lesión no evidente en la clínica (palpación o hallazgo radiológico)</b></p> <p>T1a: afectación de 5% o menos del tejido reseado</p> <p>T1b: afectación de más del 5% del tejido reseado</p> <p>T1c: carcinoma presente en la biopsia con aguja (después de un PSA elevado)</p> <p><b>T2: cáncer palpable o visible confinado a la próstata</b></p> <p>T2a: afectación de 5% o menos de un lóbulo</p> <p>T2b: afectación de más de un 5% de un lóbulo, pero unilateral</p> <p>T2c: afectación de ambos lóbulos</p> <p><b>T3: extensión local extraprostática</b></p> <p>T3a: extensión extracapsular</p> <p>T3b: invasión vesícula seminal</p> <p><b>T4: invasión órganos contiguos</b></p>	<p>N0: Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales</p> <p>N1: Con metástasis en ganglios linfáticos regionales</p>	<p>M0: Sin metástasis a distancia</p> <p>M1: Metástasis a distancia presente</p> <p>M1a: Metástasis en ganglios linfáticos a distancia</p> <p>M1b: Metástasis óseas</p> <p>M1c: Otras localizaciones a distancia</p>

o de las estructuras de soporte, incluidos el cuello de la vejiga, el recto, el esfínter externo, los músculos elevadores o el suelo pélvico		
--	--	--

Tabla 2. Grado de Gleason de la *International Society of Urological Pathology* (ISUP)

ISUP	Gleason
1	Menor o igual a 6
2	7 (3+4)
3	7 (4+3)
4	8 (4+4, 3+5, 5+3)
5	9/10 (4+5, 5+4, 5+5)

Tabla 3. Grupos de Riesgo según la *European Association Urology* (EAU, 2018)

	Riesgo bajo	Riesgo intermedio	Riesgo alto	
<b>TNM</b>	cT1-2a y	cT2b o	cT2c o	cT3-4 o cN+
<b>Gleason</b>	Menor o igual 6 (ISUP1) y	7 (ISUP 2-3) o	Más de 7 (ISUP4-5)	Cualquier Gleason/ISUP
<b>PSA (ng/ml)</b>	Menor o igual a 10	10-20	Más de 20	Cualquier valor
<b>Estadio tumoral</b>	Localizado	Localizado	Localizado	Localmente avanzado

Tomado de Hernández (3)

### Presentación clínica

El cáncer de próstata debe ser considerado un cáncer asintomático. Los síntomas urinarios asociados son producidos por el crecimiento prostático benigno de la próstata, lo que hace consultar a los pacientes. La principal forma de sospechar un cáncer de próstata es por una elevación del antígeno prostático específico sérico, cuyo valor se encuentra sobre 3 ng/ml en el 98,4% de los pacientes con cáncer de próstata (4).

En casos avanzados metastásicos, puede presentar compromiso del estado general o dolor óseo, producto de metástasis, ya que el hueso es el principal sitio de diseminación.

### Descripción epidemiológica

El cáncer de próstata constituye el segundo tumor maligno más frecuente en la población mundial masculina con 1.276.106 casos nuevos reportados durante el año 2018. La tasa de incidencia cruda en hombres de todas las edades asciende a 33,1 por 100.000 habitantes y la tasa de incidencia ajustada a 29,3 por 100.000 habitantes.

Por otra parte, el carcinoma de próstata representa la quinta causa de muerte por tumores malignos con 358.989 defunciones registradas durante el año 2018, cifra que constituye el 6,7 % del total de muertes de hombres por enfermedades neoplásicas en todo el mundo. La tasa de mortalidad cruda (TMC) es 16,2 por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad ajustada (TMA) 14,6 por 100.000 habitantes (5) .

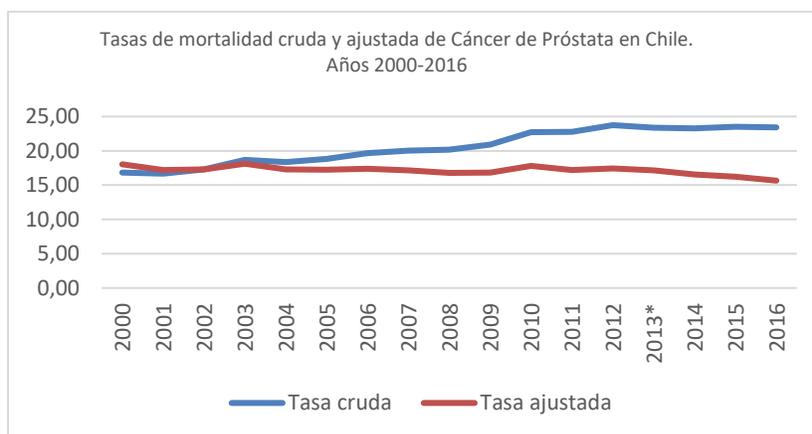
En Chile, durante el periodo 2003 y 2007, la incidencia estimada en hombres de todas las edades fue de 52,4

por 100.000 hombres. La estimación de incidencia por región muestra las tasas ajustadas más altas en Los Ríos con 77,9 por 100.000 hombres, Arica y Parinacota con 72,2 por 100.000 hombres, O'Higgins con 69,3 por 100.000 hombres, Maule 67,1 por 100.000 hombres, Tarapacá 66,5 por 100.000 hombres, Biobío 63,7 por 100.000 hombres y Valparaíso con 63,3 por 100.000 hombres (6).

Respecto a la mortalidad, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) reportó 2.108 decesos por cáncer de próstata durante el año 2016 en hombres, ubicando la mortalidad de este cáncer en el segundo lugar con un 15.4% del total de muertes por cáncer, con una tasa de mortalidad cruda de 23,4 por 100.000 habitantes y con tasa de mortalidad ajustada de 15,65 por 100.000 habitantes.

La evolución de la tasa de mortalidad ajustada muestra una reducción de 18,01 a 15,65 por 100.000 habitantes entre los años 2000 a 2016 (7), como se observa en el gráfico 1.

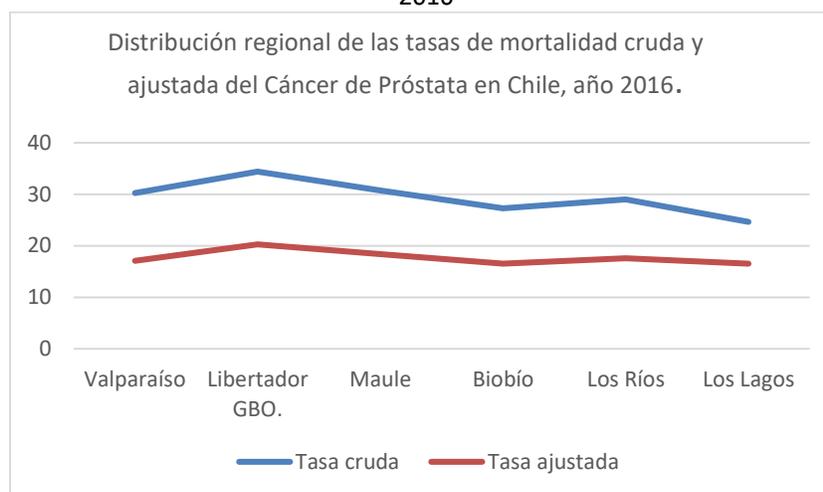
Gráfico 1. Tasas de mortalidad cruda y ajustada de cáncer de próstata en Chile durante los años 2000 y 2016



Fuente: Elaboración propia en base a serie de tumores malignos del DEIS 2000-2016

Respecto a la tasa de mortalidad ajustada obtenida durante el año 2016 a nivel nacional (15,65 por 100.000 habitantes) y su distribución regional, destacan considerablemente por sobre ella, la región de Valparaíso (17,06 por 100.000 habitantes), la región de Libertador General Bernardo O'Higgins (20,27 por 100.000 habitantes), la región del Maule (18,35 por 100.000 habitantes), la región del Biobío (16,53 por 100.000 habitantes), la región de Los Ríos (17,59 por 100.000 habitantes) y la región de Los Lagos (16,54 por 100.000 habitantes), tal como se aprecia en el gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución regional de las tasas de mortalidad cruda y ajustada, del Cáncer de Próstata en Chile, 2016



Fuente: Elaboración propia en base a serie de tumores malignos del DEIS 2000-2016.

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, en relación con el manejo de personas mayores de 15 años con cáncer de próstata.

### Específicos

- Entregar recomendaciones en relación con el tamizaje de este problema de salud.
- Entregar recomendaciones en relación con el tratamiento; quirúrgico, médico y radioterapia para este problema de salud.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Hombres mayores de 15 años, la recomendación de tamizaje hace referencia a un escenario clínico en atención primaria, el resto de las recomendaciones de tratamiento servirán de soporte para respaldar el accionar de los equipos oncológicos en el nivel terciario de salud en el sector público y privado de salud.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas mayores de 15 años con cáncer de próstata: Equipos oncológicos del sistema salud público y privado.

### 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2019](#)

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Cáncer de Próstata, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía Clínica 2015, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2019, de la Guía Clínica Cáncer de Próstata 2015
Se recomienda el tamizaje selectivo desde los 40 años de edad en hombres que poseen parientes de primer grado con antecedente de cáncer de próstata, en especial si éste ha sido de inicio temprano.
Todo paciente con TR o APE alterado debe ser remitido a evaluación por urólogo.
La biopsia es el Gold estándar para el diagnóstico de cáncer de próstata.
Cualquier modalidad de tratamiento, debe ser establecida en conjunto con paciente, de acuerdo con sus preferencias, expectativas, potenciales beneficios y efectos secundarios de las terapias disponibles.
En pacientes con cáncer de próstata metastásico realizar tratamiento deprivación androgénica <sup>1</sup> .
En pacientes con hormonoterapia se recomienda administrar profilácticamente suplemento de calcio (1200-1500mg/día) y vitamina D (400UI/día), educación respecto a mantener peso corporal óptimo, práctica de ejercicio periódico (3-4 veces/semana), suspensión de tabaco y alcohol.
En pacientes con enfermedad metastásica resistente a la castración es recomendable la administración de agentes antirresortivos óseos para la reducción de la incidencia de las complicaciones óseas, previa evaluación dental.

- Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía 2015](#)

<sup>1</sup> La redacción original era "En pacientes con enfermedad metastásica sintomática el estándar de tratamiento es la hormonoterapia".

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la actualización**. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

1. En hombres de 40 años y más ¿Se debe realizar tamizaje Antígeno Prostático Específico de cáncer de próstata en comparación a no realizar?
  - *En la etapa de revisión de evidencia y formulación de recomendación se precisó la población de esta pregunta era hombres entre 50 y 70 años.*
2. En hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo ¿Se debe realizar seguimiento activo en comparación a realizar prostatectomía?
  - *En la etapa de revisión de evidencia y formulación de recomendación el panel precisó la comparación en prostatectomía radical.*
3. En hombres con cáncer de próstata con riesgo intermedio ¿Se debe realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia en comparación a realizar cirugía?
4. En hombres con cáncer de próstata con riesgo alto ¿Se debe realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia en comparación a realizar cirugía?
  - *Se realizó análisis posterior con el panel, en el marco de la revisión y precisión de preguntas y síntesis de evidencia, ante lo cual se decidió fusionar las preguntas 3 y 4 en una población en común:*
    - *En hombres con cáncer de próstata con indicación de tratamiento activo ¿Se debe realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia en comparación a realizar cirugía?*
5. En hombres con cáncer de próstata metastásico ¿Se debe realizar radioterapia más terapia de deprivación androgénica en comparación a tratar solo con terapia de deprivación androgénica?
6. En hombres con cáncer de próstata no metastásico resistentes a la castración ¿Se debe tratar con terapia de deprivación androgénica (TDA) más inhibidores de receptor de andrógenos de segunda generación en comparación a tratar solo con terapia de deprivación androgénica?
7. En hombres con cáncer de próstata operados con factores de riesgo ¿Se debe hacer radioterapia adyuvante en comparación a seguimiento y rescate?
8. En hombres con cáncer de próstata operados con recidiva bioquímica ¿Se debe añadir terapia de deprivación androgénica a la radioterapia externa en comparación a no añadir?
9. En hombres con cáncer de próstata con indicación de cirugía ¿Se debe realizar cirugía en centros de alto volumen en comparación a realizar cirugía en centros de bajo volumen?
10. En hombres con cáncer de próstata metastásico sin tratamiento de deprivación androgénica previo ¿Se debe añadir quimioterapia con docetaxel a terapia de deprivación androgénica en comparación a no añadir?

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía Cáncer de Próstata 2019](#)

## Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>2</sup>. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

□ Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

**El grupo elaborador formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

□ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Cáncer de próstata en personas de 15 años y más 2019 versión extensa.](#)

---

<sup>2</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

#### 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue la dirección de la recomendación, su fuerza y la certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación

##### Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Este tipo de recomendación puede ser Fuerte a Favor o Fuerte en Contra de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

### Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<p><b>Clínica:</b>  <b>Diego Reyes Osorio.</b> Médico Cirujano, especialista en Urología. PhD en Ciencias Médicas. Instituto Nacional del Cáncer. Clínica Bupa Santiago. Sociedad Chilena de Urología  <b>Paula Reyes Ortega.</b> Médica Cirujana, especialista en Radioterapia Oncológica, Mg. en Administración en Salud. Asesora Genética en Cáncer Hereditario. Red UC Christus. Sociedad Chilena de Radioterapia.</p>
	<p><b>Temática: Juvenal Ríos Leal.</b> Médico Cirujano, PhD en Biología Celular y Molecular. Diplomado en Gestión de Instituciones de Salud. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.</p>
<b>Metodólogos</b>	<p><b>Coordinadora: Paloma Herrera Omega.</b> Kinesióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>
	<p><b>Apojo: Natalia Celedón Hidalgo.</b> Fonoaudióloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>
	<p><b>Asesor: Ignacio Neumann Burotto.</b> Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna, MSc/Metodología de la Investigación en Salud. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>

### Panel de expertos

<b>Felipe Bastián Plaza</b>	Médico Cirujano. Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Sociedad Chilena de Medicina Paliativa.
<b>Iván Gallegos Méndez</b>	Médico Cirujano, Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universidad de Chile. Sociedad Chilena de Anatomía Patológica.
<b>Carmen Martínez Martínez</b>	Kinesióloga. Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.
<b>Tomás Merino Lara</b>	Médico Cirujano, Especialista en Radioterapia Oncológica, Mg. en Educación Médica. Fellow en Tumores Urológicos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores.
<b>Sulamita Miranda Nam</b>	Química Farmacéutica. Instituto Nacional del Cáncer.
<b>Viviana Montecinos Acuña</b>	Bioquímica, PhD en Biología Celular y Molecular. Post Doc. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<b>Tomás Olmedo Barros</b>	Médico Cirujano, Especialista en Urología. Hospital Clínico Universidad de Chile. Presidente Sociedad Chilena de Urología.
<b>Juan Carlos Román Sobarzo</b>	Médico Cirujano, Especialista en Urología. Instituto Nacional del Cáncer. Sociedad Chilena de Urología.
<b>Cristóbal Sanhueza Condell</b>	Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna y Oncología Médica. Clínica Alemana de Santiago. Sociedad Chilena de Oncología Médica.

<b>Marlene Valenzuela Valdenegro</b>	Enfermera, MBA en Gestión de Salud. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Jéssica Villena Gatica</b>	Enfermera. Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Fabiola Rosso Chamorro</b>	Ingeniero Comercial. Departamento de Coordinación de Garantía y Prestaciones en Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

### Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

<b>Epistemonikos Foundation<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Centro de evidencia UC<sup>1</sup></b>	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Luis Pimentel Poulain<sup>2</sup></b>	Valores y preferencias de los pacientes.
<b>Marco Rubilar González<sup>2</sup></b>	Evaluaciones costo-efectividad de las intervenciones.
<b>Verónica Medina Urrutia<sup>3</sup></b>	Costos en Chile de las intervenciones.
<b>Natalia Celedón Hidalgo<sup>2</sup></b>	Informes de Costos.

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

### Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

1. **Felipe Bastián Plaza:** Declara haber recibido un pago único por Conferencia académica realizada con relación a Fentanilos de liberación inmediata para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico por parte de Laboratorio TEVA.
2. **Diego Reyes Osorio:** Declara recibir pagos como presentador para laboratorios Janssen, Tecnofarma y Astra Zeneca
3. **Juan Carlos Román Sobarzo:** Declara tener conflictos de interés con Laboratorio Janssen.
4. **Cristóbal Sanhuesa Condell:** Declara tener conflictos de interés con Laboratorio Roche.

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

## Referencias

1. Ferlay J, Ervik J, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2018.
2. Dorr M, Schlesinger-Raab A, Engel J. Epidemiology of Prostate Cancer. En: Advances in Prostate Cancer [Internet]. InTech; 2013 [citado 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/advances-in-prostate-cancer/epidemiology-of-prostate-cancer>
3. Cruz Hernández J.J y colaboradores. Oncología Clínica. 6ª Edición. 2017.
4. Schröder FH, van der Maas P, Beemsterboer P, Kruger AB, Hoedemaeker R, Rietbergen J, et al. Evaluation of the digital rectal examination as a screening test for prostate cancer. Rotterdam section of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. J Natl Cancer Inst. 1998;
5. Organization WH. Global Cancer Observatory [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
6. Ministerio de Salud. Primer Informe de Registro Poblacionales de Cáncer de Chile del quinquenio 2007-2003. 2003.
7. Ministerio de Salud. Series y Gráficos de Mortalidad - DEIS [Internet]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>