

Informe de Priorización de Preguntas

Guía de Práctica Clínica de Cáncer de próstata en personas de 15 años y más, año 2019

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología GRADE para la elaboración de GPC, incentivó al panel de expertos³ a formular preguntas de decisión clínica centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica de Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés y la intervención de comparación⁴.

1

Tabla n°1: Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon **26 preguntas clínicas** (ver Tabla n°2).

¹ Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

² Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y en algunos casos representantes de pacientes y representantes de FONASA, convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

VALORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Tras formular las potenciales preguntas, cada miembro del panel de experto tuvo la oportunidad de valorarlas a través de un cuestionario online, donde se les solicitó que evaluaran las preguntas y señalaran cuáles consideraban más importantes de considerar en la actualización 2019, en función de los siguientes criterios:

- ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?

Tras la votación se calculó el promedio de todas las preguntas formuladas, resultando lo siguiente:

Tabla n°2: Preguntas clínicas formuladas y promedio de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas	Promedio ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=11)
En hombres de 40 años y más ¿Se debe “realizar tamizaje APE de cáncer de próstata” en comparación a “no realizar”?	6,7
En hombres con sospecha de cáncer de próstata ¿Se debe “realizar resonancia magnética previa a la biopsia” en comparación a “no realizar”?	2,5
En hombres con sospecha de cáncer de próstata por resonancia magnética ¿Se debe “realizar biopsia por fusión” en comparación a “biopsia sistemática”?	2,1
En hombres con cáncer de próstata en etapificación con riesgo intermedio - alto ¿Se debe “realizar PET/CT-PSMA” en comparación a “TAC más cintigrama óseo”?	3,0
En hombres con cáncer de próstata localizado ¿Se debe “realizar resonancia magnética para evaluar compromiso local” en comparación a “no realizar”?	3,4
En hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo ¿Se debe “realizar seguimiento activo” en comparación a “realizar prostatectomía radical”?	6,4
En hombres con cáncer de próstata con riesgo intermedio ¿Se debe “realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia” en comparación a “realizar cirugía”?	6,1
En hombres con cáncer de próstata con riesgo alto ¿Se debe “realizar radioterapia externa con o sin braquiterapia” en comparación a “realizar cirugía”?	5,2
En hombres con cáncer de próstata candidato a cirugía ¿Se debe “realizar cirugía robótica” en comparación a “realizar cirugía abierta”?	1,3
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”?	3,5
En hombres con cáncer de próstata metastásico sin tratamiento de deprivación androgénica previo ¿Se debe “tratar con quimioterapia con docetaxel, abiraterona o enzalutamida” en comparación a “tratar con terapia de deprivación androgénica”?	5,5
En hombres con cáncer de próstata metastásico sensible a la castración ¿Se debe “tratar con agente modificadores de la resorción ósea” en comparación a “no tratar”?	3,3

En hombres con cáncer de próstata metastásico ¿Se debe “realizar radioterapia + terapia de deprivación androgénica” en comparación a “tratar solo con terapia de deprivación androgénica”?	4,5
En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración no metastásico ¿Se debe “tratar con inhibidores del receptor de andrógenos de segunda generación” en comparación a “tratar con terapia de deprivación androgénica”?	3,6
En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración metastásico ¿Se debe “tratar con terapia hormonal de segunda línea” en comparación a “tratar con terapia de deprivación androgénica”?	5,5
En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración metastásico ¿Se debe “tratar con quimioterapia con taxanos” en comparación a “tratar con otras quimioterapia”?	3,0
En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración metastásico ¿Se debe “realizar estudios moleculares predictivos y pronósticos” en comparación a “no realizar”?	0,0
En hombres con cáncer de próstata con riesgo intermedio ¿Se debe “añadir terapia de deprivación androgénica a la radioterapia externa con o sin braquiterapia” en comparación a “no añadir”?	1,4
En hombres con cáncer de próstata operados con factores de riesgo ¿Se debe “radioterapia adyuvante” en comparación a “seguimiento y rescate”?	4,4
En hombres con cáncer de próstata operados con recidiva bioquímica ¿Se debe “realizar PET/CT” en comparación a “no realizar”?	3,0
En hombres con cáncer de próstata operados, con recidiva bioquímica ¿Se debe “añadir terapia de deprivación androgénica (ADT) a la radioterapia externa” en comparación a “no añadir”?	3,6
En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración metastásico ¿Se debe “realizar tratamiento con agentes de la resorción ósea” en comparación a “no realizar”?	2,0
En hombres con cáncer de próstata localizado peritratamiento ¿Se debe “realizar rehabilitación de piso pélvico” en comparación a “no realizar”?	2,5
En hombres con cáncer de próstata en TDA continuo ¿Se debe “realización rehabilitación física” en comparación a “no realizar”?	2,4
En hombres con cáncer tratado con disfunción eréctil secundaria ¿Se debe “usar tratamiento farmacológico específico” en comparación a “no usar”?	0,7
En hombres con cáncer de próstata metastásico NO sintomáticos ¿Se debe “realizar cuidados paliativos” en comparación a “no realizar”?	2,3

¹ Escala de entre 0 a 7 No importante de considerar en la actualización ponderaba “0”, Importante “3” y Muy importante “7”.

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización con los Coordinadores Clínicos⁵, quienes tuvieron la oportunidad de precisar preguntas o hacer un ajuste a la priorización. En particular definieron que la pregunta *En hombres con cáncer de próstata metastásico sin tratamiento de deprivación androgénica previo ¿Se debe “tratar con quimioterapia con docetaxel, abiraterona o enzalutamida” en comparación a “tratar con terapia de deprivación androgénica (ADT)”?* se centrara en docetaxel, dado que metodológicamente no era correcto sintetizar la evidencia de los 3 fármacos. Por otro lado, se consideró relevante evaluar en la presente actualización la pregunta *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”?* por sobre otras que había obtenido mayor puntaje.

Finalmente, las siguientes 10 preguntas formarán parte de la actualización 2019:

1. En hombres de 40 años y más ¿Se debe realizar tamizaje Antígeno Prostático Específico de cáncer de próstata en comparación a no realizar?
2. En hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo ¿Se debe realizar seguimiento activo en comparación a realizar prostatectomía?
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 de 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 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 con indicación de cirugía ¿Se debe realizar cirugía en centros de alto volumen en comparación a realizar cirugía en centros de bajo volumen?
 6. 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?
 7. 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?

⁵ Coordinador Clínico: profesional elegido por el panel de expertos para representarlo y solucionar dudas clínicas del equipo metodológico.

8. En hombres con cáncer de próstata resistentes a la castración no metastásico ¿Se debe tratar con terapia de deprivación androgénica más inhibidores de receptor de andrógenos de segunda generación en comparación a tratar con terapia de deprivación androgénica?
9. En hombres con cáncer de próstata operados con factores de riesgo ¿Se debe radioterapia adyuvante en comparación a seguimiento y rescate?
10. 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?

La pregunta 8 fue modificada durante la reunión de revisión de evidencia de efectividad, donde el panel precisó que la intervención válida era agregar inhibidores del receptor de andrógenos de segunda generación a la terapia de deprivación androgénica (ADT), y no sólo tratar con inhibidores del receptor de andrógenos de segunda.

Las restantes preguntas que no fueron priorizadas, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
Equipo Técnico Metodológico.

Nombre	Profesión, instituciones
Coordinador Temático Juvenal Ríos Leal	Médico Cirujano, PhD en Biología Celular y Molecular. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. DIPRECE. Ministerio de Salud.
Coordinadora Temática Marlene Valenzuela Valdenegro	Enfermera, MBA en Salud. Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. DIPRECE. Ministerio de Salud.
Coordinador Clínico Diego Reyes Osorio	Médico, Urólogo. Instituto Nacional Del Cáncer. Hospital Clínico Universidad de Chile. Clínica Bupa Santiago.
Coordinadora Clínica Paula Reyes Ortega	Médico Radiooncóloga. Red Uc Christus. Sociedad Chilena de Radioterapia.
Coordinadora Metodológica Carolina Paz Castillo Ibarra	Psicóloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Nombre	Profesión, instituciones
Carmen Martinez Martinez	Kinesióloga. Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.
Cristóbal Sanhueza Condell	Médico Oncólogo. Clínica Alemana de Santiago.
Felipe Bastián Plaza	Médico. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Iván Gallegos Méndez	Medico Anatómo Patólogo Hospital Clínico Universidad de Chile. Citolab.
Juan Carlos Román Sobarzo	Médico Cirujano, Urólogo. Instituto Nacional Del Cáncer. Hospital Clínico Universidad De Chile. Clínica Bupa Santiago.
Sulamita Miranda Nam	Químico Farmacéutico, Farmacéutico Clínico. Instituto Nacional del Cáncer
Tomás Olmedo Barros	Médico Urólogo. Hospital Clínico Universidad De Chile Clínica Tabancura Hospital San José.
Tomás Rodrigo Merino Lara	Médico Radiooncólogo. Fellow Uro Oncología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Ministerio De Salud.