

TAMIZAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Estándar de Práctica Clínica
Versión 2. Julio, 2025

Comisión Global de Urología y Oncología

VICEPRESIDENCIA GLOBAL DE EXCELENCIA EN SALUD
CENTRO DE EVIDENCIA E INVESTIGACIÓN PARA LAS DECISIONES EN SALUD



IGECK Instituto Global para la Excelencia
en el Cuidado de la Salud Keralty

Grupo desarrollador

Equipo Temático

Leonardo Rojas

MD. Especialista en Medicina Interna y Oncología
Asesor Científico Oncología

Laura Bernal Vaca

MD. Especialista en Medicina Interna y Oncología
Departamento de Oncología
Clínica Universitaria Colombia

Luis Eduardo Salgado Sánchez

MD. Especialista en Urología Oncológica
Departamento de Urología
Clínica Universitaria Colombia

Carlos Alberto Larios García

MD. Especialista en Urología
Departamento de Oncología
Colsanitas

Jaime Andrés Cajigas Plata

MD. Especialista en Urología

Estefanía Celis

MD. Especialista en Urología Oncológica
Departamento de Urología
Clínica Universitaria Colombia

Jorge Luis Rodríguez Sarmiento

Director Nacional
Laboratorio de Patología
Clínica Colsanitas

Carlos Alberto Vargas Báez

MD. Especialista en Medicina Interna y Oncología Clínica.
Colsanitas.

María del Pilar Suarez Ramos

MD. Especialista en Patología
Directora médica laboratorio Clínico
Laboratorio clínico de Clínica Colsanitas

Ana Dolores Lugo

MD. Especialista en Medicina Familiar
Dirección Médica
Sanitas República Dominicana

Eduardo José Carcausto Huamani

MD. Especialista en Medicina Interna
Esp Epidemiología Clínica
Gestión de riesgos
Sanitas Perú

Roxana del Pilar Rivera

MD. Especialista en Oncología
Gestor del programa oncológico y de Cuidados Paliativos
Sanitas Perú

Fabiola Escalante

PhD Ciencias Médicas
Coordinación de Programas AXA Keralty – México

Juan Camilo Lozano Rodríguez

MD. Especialista en Medicina Familiar
Dirección de Instituciones de Salud
Gerencia de Planeación y Valor en Salud
AXA Keralty – México

Equipo Metodológico

Nicolás Roza Agudelo

MD. MSc. Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia e Investigación para las Decisiones en Salud - CEIDS
Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K
Vicepresidencia Global de Excelencia en Salud

María Paula Gutiérrez Sepúlveda

ND. MSc. Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia e Investigación para las Decisiones en Salud - CEIDS
Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K
Vicepresidencia Global de Excelencia en Salud

Kelly Rocío Chacón-Acevedo

Ft. MSc. Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia e Investigación para las
Decisiones en Salud - CEIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K
Vicepresidencia Global de Excelencia en Salud

Nancy Yomayusa González

MD. Especialista en Medicina Interna,
Nefrología y Trasplante
Vicepresidenta Global de Excelencia en Salud
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K

Equipo de transferencia de conocimiento**Lina Margarita Castillo**

Enf. MSc. Salud Pública
Coordinador de Transferencia de Conocimiento
Centro de Evidencia e Investigación para las
Decisiones en Salud - CEIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K
Vicepresidencia Global de Excelencia en Salud

Victoria López

MD. Especialista en auditoria médica
Gerente de Transferencia de Conocimiento
Colsanitas

Equipo de Gestión en Salud**Analhi Palomino**

Dirección Atención Primaria
EPS Sanitas

Angelica Maria Puentes

Directora de Investigación e Innovación
Centros Médicos Colsanitas

Claudia Ramírez

Subgerente Gestión en Cáncer
EPS Sanitas

Carmen Castellanos

Subgerente Modelo de Atención
Centros Médicos Colsanitas

Nidia Paulina Veloza Ramírez

Gerente Gestión en Salud
Colsanitas

Aval

Comisión Global de Oncología

Conflicto de intereses

Los autores y expertos que participaron en el desarrollo del documento declaran que en virtud de la metodología establecida por el Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty – IGEC-K no existe ningún conflicto de interés que impida o invalide el desarrollo proceso (de índole financiero, intelectual, de filiación o familiar).

Declaración de independencia editorial

El Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty y los autores declaran que el desarrollo del documento técnico científico se realizó de manera rigurosa, independiente, transparente e imparcial por parte de sus miembros.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty

Citar como:

Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty. Centro de Evidencia e Investigación para las Decisiones en Salud, Keralty. Tamizaje en Cáncer de Próstata. Versión 2. Mayo 2025

Derechos de uso

Esta versión aplica a todas las Empresas y Países Keralty, los lineamientos aquí consolidados deben ser adaptadas o ajustadas conforme a las políticas y normas de salud pública emitidas por las instancias regulatorias, Ministerios de Salud y otras Organizaciones de los países donde hace presencia Keralty. Es un documento vivo que irá evolucionando conforme a la emergencia de evidencia nueva.

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0 IGO).



CC BY-NC-SA 4.0

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo.

En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que Keralty-Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty respalda una organización, producto o servicio específicos.

Responsabilidad del tomador de decisiones

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias y las síntesis de evidencia para políticas en salud emitidas por el Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty – Presidencia de Salud e Innovación, representan el compromiso de Keralty con la **excelencia en el cuidado**, lo que implica procurar que los profesionales, equipos interdisciplinarios de atención, así como los responsables en niveles tácticos y estratégicos, **adopten y tomen de manera sistemática decisiones informadas en las evidencia, basadas en datos para mejorar la salud y el bienestar de personas, familias y comunidades, evitar daños y hacer un uso más eficaz de los recursos, garantizando los mejores resultados en salud, una experiencia memorable y el empoderamiento de personas, familias y comunidades, así como el fortalecimiento del liderazgo y orgullo de pertenencia de los profesionales y equipos del ecosistema Keralty.**

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias, las síntesis de evidencia para políticas en salud, incluyen lineamientos para orientar decisiones sobre la práctica clínica en el contexto de nuestro modelo integrado sanitario y socio-comunitario (programas, servicios, centros de excelencia o de alta eficiencia y productos destinados al cuidado de las personas de acuerdo al contexto), la salud pública (programas y servicios destinados a los grupos y poblaciones específicas en aseguramiento, prestación, servicios sociales o comunidades en países donde haga presencia Keralty), la gobernanza integrada en salud (decisiones articuladoras del gobierno clínico y administrativo, decisiones estratégicas corporativas, planeación de recursos, decisiones de inversión o desinversión en tecnologías sanitarias u otras derivadas de análisis de impacto basados en valor).

Keralty Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty garantiza una metodología rigurosa, sistemática y transparente, procurando la confianza por parte del tomador de decisiones, de las

personas y familias que cuidamos. Por lo tanto, bajo un enfoque de trabajo colaborativo, todos los procesos vinculan en el Equipo Desarrollador, profesionales y expertos de las diferentes disciplinas, así como responsables claves del nivel táctico o estratégico según el foco problémico, siendo al final las **Comisiones de Excelencia Keralty** las instancias de gobernanza y fuero técnico científico donde se analizan y avalan las directrices y políticas conforme al área disciplinar que corresponda.

Gracias a la sistematización del proceso, el enfoque metodológico permite que los lineamientos emitidos tengan en cuenta todos los criterios importantes que se sustenten en la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, los cuales van las allá de la eficacia y seguridad de las intervenciones e incluyen un análisis de contexto, la prioridad del problema, valores, preferencias, experiencias, las implicaciones de financiación y recursos, la equidad, viabilidad, asequibilidad, la aceptabilidad de las partes interesadas, la sostenibilidad y eficiencia, entre otros.

Por lo cual, **se aspira que los profesionales, equipos interdisciplinarios de cuidado, así como responsables en niveles tácticos y estratégicos, tengan en cuenta estos lineamientos para tomar decisiones que generan valor en salud, en el marco de un modelo integral centrado en las personas, a través de decisiones compartidas, lo que implica tener en cuenta la evidencia así como las preferencias, creencias y valores individuales de la persona, garantizando la comprensión de los riesgos, beneficios y consecuencias de las diferentes opciones de cuidado a través de una discusión abierta, empática y compasiva.**



Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Población	3
Aspectos de salud y ámbito de aplicación	3
Usuarios.....	3
Metodología.....	3
Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información.....	4
Calificación de Calidad y Síntesis de Evidencia	5
Generación de Recomendaciones	5
Resumen de evidencia y recomendaciones	6
Perú	6
Estados Unidos	7
Estándares Globales	8
Implementación	10
Bibliografía	11
Anexos	11
1. Formato Búsqueda Sistemática	11
2. Sistemas Gradación Calidad y Certeza de la Evidencia.....	13
3. Calificación AGREE II	17

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más común en hombres y la quinta causa de muerte global. La detección temprana mediante PSA y tacto rectal es esencial, pero estas pruebas presentan limitaciones como falsos positivos y negativos. Las estrategias de tamizaje varían según guías y contextos locales.

Métodos: Se desarrolló un Estándar de Práctica Clínica (EPC) siguiendo el manual del Instituto Global de Excelencia Clínica. Se realizó una búsqueda sistemática y manual de guías de práctica clínica (GPC) en bases de datos y sitios relevantes. Las GPC seleccionadas se evaluaron con el instrumento AGREE II.

Resultados: De 1238 registros, se analizaron 12 GPC, de las cuales 4 cumplieron criterios de calidad. Las recomendaciones incluyen: tamizaje individualizado desde los 45 años en personas con factores de riesgo; PSA basal desde los 50 años en población general; y decisiones compartidas basadas en beneficios, riesgos y preferencias del paciente.

Conclusiones: El tamizaje oportuno del cáncer de próstata puede optimizar el diagnóstico temprano y reducir la mortalidad. Es fundamental personalizar las estrategias según factores de riesgo, contexto local y autonomía del paciente. Este EPC ofrece un marco basado en evidencia para guiar a los profesionales en la atención primaria.

Palabras clave: Prostate neoplasm, Early Detection of Cancer, Prostate -Specific Antigen

Introducción

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia a nivel mundial más común en hombres, después del cáncer de pulmón y la quinta causa de muerte en hombres de todo el mundo, según cifras de GLOBOCAN 2022, se reportaron 1.2 millones de casos nuevos(1). Uno de cada 350 hombres menores de 50 años será diagnosticado con cáncer de próstata, al igual que uno de cada 52 hombres entre 50-59 años y casi el 60% de los hombres mayores de 65 años (2). Resaltando que aquellos hombres con factores de riesgo o afroamericanos reportan una incidencia de 158.3 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, con una mortalidad casi el doble comparada con hombres de raza blanca.

Así mismo, en Colombia el cáncer de próstata representa la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la población masculina (2). La cifra absoluta para 2022 reporta 16.479 casos, donde el 99% corresponde a hombres mayores de 50 años, con una supervivencia neta a 5 años de 84.5 y una tasa bruta de mortalidad de 17 por 100.000 habitantes para todas las edades, pero la cifra de mortalidad neta en hombres mayores de 50 años aumenta hasta 4,2 veces [72.2 por cada 100.000 habitantes].

La neoplasia prostática puede ser asintomática, por lo cual, la detección temprana es probablemente la única vía de acceso para un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado y prevenir estadios avanzados (3). El tamizaje incluye estrategias como el tacto rectal y/o el análisis de sangre de los niveles de antígeno prostático (PSA) (4). Sin embargo, tanto el tacto rectal como la prueba de PSA pueden ser anormales sin que haya cáncer de próstata (falso positivo) y pueden ser normales a pesar de la presencia de cáncer de próstata (falso negativo), sumado a esto las variaciones según la edad y condiciones ajenas a una neoplasia como lo son procesos infecciosos (5).

Las estrategias de detección temprana en cáncer de próstata se han resumido en múltiples guías de práctica clínica (GPC) en el mundo, sin embargo, existe variabilidad según cada contexto local. Por lo descrito anteriormente el objetivo de este Estándar de Práctica Clínica (EPC) es generar recomendaciones basadas en la evidencia para el tamizaje de cáncer de próstata en la atención primaria, con el propósito de optimizar el diagnóstico temprano, reducir la mortalidad y brindar a las personas atención oportuna basada en la autonomía y en la toma de decisiones compartidas.

Objetivo

Sintetizar y generar recomendaciones basadas en evidencia para realizar el tamizaje de cáncer de próstata en el contexto de cuidado y promoción de la salud.

Alcance

Población

1.1. Población diana

Personas con próstata sin antecedente de patología oncológica en riesgo de presentar cáncer de próstata

1.2. Población no incluida

Personas con patologías benignas de la próstata o con afecciones no oncológicas

Aspectos de salud y ámbito de aplicación

Este EPC se enfocará en el tamizaje para la detección temprana del cáncer de próstata en el contexto de atención primaria.

Usuarios

Profesionales de la salud que se encuentren en el contexto de atención primaria [medicina general, medicina familiar]

Metodología

El presente EPC fue elaborado siguiendo el Manual para la elaboración de Estándar de Práctica Clínica del Instituto Global de Excelencia Clínica (IGEC) Keralty (referencia). La pregunta a responder tiene la siguiente estructura PICO:

P: Personas con próstata en riesgo de presentar cáncer de próstata

I: Estrategias de tamizaje, detección temprana (Antígeno Prostático [PSA], tacto rectal)

C: No uso de estrategias de tamizaje

O: Diagnostico, Mortalidad, Morbilidad, Costos, Preferencias de la persona

En personas con próstata en riesgo de presentar cáncer de próstata. ¿Cuál es la diferencia entre las estrategias de tamizaje en comparación al no uso de estrategias de tamizaje en relación al diagnóstico, mortalidad, morbilidad, costos y preferencias de la persona?

Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) que contenían recomendaciones dentro del alcance y ámbito del presente estándar de práctica clínica (EPC) (Anexo 1). Adicionalmente, se realizó una búsqueda en sitios desarrolladores y compiladores de GPC (GIN, GuiaSalud, CMA, MinSalud Chile, CENETC, ACP, WHO, Guideline Central). Aquellas GPC que no contenían recomendaciones en el alcance y ámbito del presente EPC fueron excluidas. Debido al cambio de contexto según el país, se amplió una búsqueda manual específica a los países donde Keralty tiene presencia, lo anterior con el fin de buscar evidencia local actualizada. Las GPC seleccionadas posterior al tamizaje, fueron revisadas en texto completo para revisar condiciones de elegibilidad y aquellas seleccionadas fueron llevadas a calificación de calidad.

PAISES KERALTY	GPC	AÑO	RECOMENDACIONES
España	Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de Cáncer de Próstata	2008	GPC desactualizada, País incluida en guía de Unión Europea
Colombia	Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata – Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia.	2013	GPC desactualizada
Perú	Incluida	2021	Incluida
Brasil			No se encuentran GPC
Estados Unidos	Incluida la Asociación Americana	2023	Incluida
México	Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018	2018	GPC desactualizada
Venezuela			No se encuentran GPC
Puerto Rico			No se encuentran GPC

República Dominicana			No se encuentran GPC
----------------------	--	--	----------------------

Fuente: Elaboración propia

Calificación de Calidad y Síntesis de Evidencia

Las GPC seleccionadas fueron calificadas mediante el instrumento AGREE II, por dos evaluadores de forma independiente. Aquellas con valoración mayor al 60% en el dominio metodológico y aquellas de independencia editorial fueron incluidas para la extracción. Por medio de una matriz de extracción acorde con las preguntas a responder se realizó la extracción de recomendaciones de cada GPC. Las recomendaciones extraídas por país son presentadas en tablas luego de su traducción en caso de ser necesaria. Para los países sin recomendaciones locales actualizadas se realizó un proceso de síntesis entre las GPC encontradas para ser llevadas a revisión por el grupo desarrollador para llegar a la versión final que tiene en cuenta las condiciones locales de aplicación y las consideraciones para su adecuada implementación. Cada recomendación conserva su calificación de certeza y fuerza de la GPC original (Ver Anexo 2)

Generación de Recomendaciones

Las recomendaciones generadas fueron sometidas a votación individual e independiente mediante formulario electrónico con puntajes de calificación numéricos en sistema Likert. Aquellas con un promedio de votación inferior al 80% fueron llevadas a discusión por el grupo desarrollador para sus respectivas adaptaciones. Una vez modificadas, se realizaba una segunda ronda de votaciones con el fin de tener el consenso de la recomendación. La versión final del documento con todas las recomendaciones en consenso y adaptadas fue sometida a revisión previa a su publicación y difusión por parte del grupo desarrollador.

Resumen de evidencia y recomendaciones

Se han encontrado 1238 registros en todas las bases de datos buscadas más los sitios compiladores y desarrolladores de GPC. Luego del proceso de revisión se han revisado a texto completo 12 GPC, de las cuales 7 han pasado los criterios de elegibilidad y han sido llevadas a la evaluación de la calidad. Posterior a la aplicación del instrumento AGREE II por dos revisores independientes, y 3 GPC han obtenido puntajes de baja calidad y por lo tanto han sido excluidas (Anexo 3). En la búsqueda manual para verificar GPC por países Keralty, no se han agregado GPC elegibles, por lo tanto, este EPC cuenta con las recomendaciones basadas en evidencia de 4 GPC (6–9). En el caso del GPC proveniente de Perú, se aporta un flujograma que está en el anexo 4.

Perú

RECOMENDACIÓN	Fuerza de Recomendación
Se sugiere realizar el tamizaje de cáncer de próstata con antígeno prostático específico (Prostatic Specific Antigen, PSA) y tacto rectal. La decisión de continuidad debe considerar análisis individual de riesgos, beneficios y la preferencia del paciente en el contexto de la política de decisiones compartidas.	[Consenso de expertos (Acuerdo = 86%)].
En varones adultos con al menos un factor de riesgo para cáncer de próstata (afrodescendientes o historia familiar de cáncer de próstata), recomendamos realizar el tamizaje de cáncer de próstata con PSA, el cual se puede complementar con tacto rectal a criterio del médico tratante.	Fuerte a Favor
Respecto al grupo etario al cual brindar tamizaje: -Informe sobre los beneficios y daños del tamizaje a varones partir de los 45 años si tienen algún factor de riesgo. -Informe sobre los beneficios y daños del tamizaje a varones de entre 55 a 69 años sin factores de riesgo. -Tome una decisión individualizada para ofrecer tamizaje a varones de 70 a más años, teniendo en cuenta las comorbilidades y expectativa de vida del paciente.	BPC
En varones en quienes se decida realizar el tamizaje de cáncer de próstata y se obtenga un resultado negativo, considerar realizar el tamizaje anualmente o cada dos a cuatro años. Para decidir la frecuencia del tamizaje considere la presencia de factores de riesgo, y preferencias del paciente.	BPC

<p>Ante un resultado positivo en el tamizaje (PSA \geq 4 ng/ml con o sin tacto rectal anormal), según los niveles de PSA y sintomatología del paciente, considere descartar otras posibles causas de elevación del PSA (infecciosas o inflamatorias como prostatitis, hiperplasia prostática benigna, e infección urinaria; y no infecciosas como instrumentación o cirugía reciente del tracto urinario) y repetir el tamizaje para confirmar el resultado.</p>	<p>BPC</p>
---	------------

Estados Unidos

RECOMENDACIÓN	Fuerza de Recomendación
<p>Los clínicos deberían fomentar la toma de decisiones compartida con pacientes en quienes el tamizaje de cáncer de próstata sería apropiado y proceder basado en los valores y preferencias de la persona.</p>	<p>Principio clínico</p>
<p>En el tamizaje del cáncer de próstata, los médicos deberían utilizar el PSA como primera prueba de tamizaje.</p>	<p>Fuerte</p>
<p>Para las personas con un PSA elevado recientemente, los médicos deben repetir el PSA antes de un biomarcador secundario, diagnóstico por imagen o biopsia.</p>	<p>BPC</p>
<p>Los médicos pueden comenzar el tamizaje de cáncer de próstata y ofrecer una prueba basal de PSA a las personas entre 45 y 50 años de edad.</p>	<p>Condicional</p>
<p>Los médicos deberían iniciar a ofrecer el tamizaje del cáncer de próstata a partir de los 40 o 45 años de edad a las personas con mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata en función de los siguientes factores: Ascendencia negra, mutaciones en la línea germinal, fuertes antecedentes familiares de cáncer de próstata.</p>	<p>Fuerte</p>
<p>Los médicos deberían ofrecer el tamizaje regular del cáncer de próstata cada 2 o 4 años a las personas de 50 a 69 años.</p>	<p>Fuerte</p>
<p>Los clínicos pueden personalizar el intervalo de re-tamización, o decidir suspenderla, basándose en la preferencia del paciente, la edad, el PSA, el riesgo de cáncer de próstata, la esperanza de vida y el estado general de salud tras la toma de decisión compartida junto a la persona.</p>	<p>Condicional</p>

Los médicos pueden utilizar el tacto rectal (TR) junto con el PSA para establecer el riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo.	Condicional
Para las personas sometidas a tamizaje de cáncer de próstata, los clínicos no deberían utilizar la velocidad del PSA como única indicación para un biomarcador secundario, imagenología o biopsia.	Fuerte
Los clínicos y los pacientes pueden utilizar calculadoras de riesgo validadas para informar el proceso de la toma de decisiones compartida, con respecto a la biopsia de próstata.	Condicional
Cuando el riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo es suficientemente bajo según los datos clínicos, de laboratorio y de imagen disponibles, los médicos y los pacientes pueden renunciar a una posponer la biopsia de próstata a corto plazo.	Principio clínico

Estándares Globales

1. Se deberían fomentar la toma de decisiones compartida con pacientes en quienes el tamizaje de cáncer de próstata sería apropiado y proceder basado en los valores y preferencias de la persona.

[Fuerza de Recomendación: Fuerte, EAU 2024][Principio Clínico, AUA 2023]

2. Se sugiere ofrecer una estrategia de tamizaje individual adaptada según el riesgo en personas bien informadas con una expectativa de vida de al menos 10 a 15 años. *[Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Débil, EAU 2024]*
[Fuerza de Recomendación: B, Nivel de Evidencia: 1, CUA 2022]

3. Se sugiere realizar el tamizaje de cáncer de próstata con antígeno prostático específico (Prostatic Specific Antigen, PSA) y tacto rectal. La decisión de continuidad debe considerar análisis individual de riesgos, beneficios y la preferencia del paciente en el contexto de la política de decisiones compartidas. [Consenso de expertos (Acuerdo = 86%)].

4. En varones entre 40 a 45 años con al menos un factor de riesgo para cáncer de próstata (afrodescendientes, historia familiar de cáncer de próstata, evidencia de mutaciones genéticas del gen *BRCA2*), recomendamos realizar el tamizaje de cáncer de próstata con PSA, el cual se puede complementar con tacto rectal a criterio del médico tratante." *[Fuerza de Recomendación: Fuerte a favor, Nivel de Evidencia: Muy baja; Perú 2021]* *[Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderada; AUA 2023]**[Fuerza de Recomendación: Fuerte, EAU 2024]* *[Fuerza de Recomendación: C, Nivel de Evidencia: 3; EAU 2024]*

5. Se sugiere en varones de 45 y 50 años de edad comenzar el tamizaje de cáncer de próstata con una prueba basal de PSA [*Fuerza de Recomendación: Condicional, Nivel de Evidencia: Moderada; AUA 2023*]
6. Se sugiere personalizar el intervalo del tamizaje basados en la presencia de factores de riesgo, preferencias del paciente, edad, nivel de PSA, el riesgo de cáncer de próstata, esperanza de vida y estado general de salud bajo el marco de toma de decisiones compartidas. [*Fuerza de Recomendación: Condicional, Nivel de Evidencia: Moderada; AUA2023*][*Punto de Buena Práctica Clínica, Perú 2021*]
7. Se recomienda ofrecer una estrategia de tamizaje adaptada en riesgo y basado en el nivel PSA inicial con intervalos de dos años en personas de 40 años de edad con niveles < 1 ng/mL y ajustar periodicidad de acuerdo con juicio clínico que considere características de cada paciente [*Consenso de expertos (Porcentaje de acuerdo = 100%)*].
8. Ante un resultado positivo en el tamizaje ($PSA \geq 4$ ng/ml con o sin tacto rectal anormal), según los niveles de PSA y sintomatología del paciente, considere descartar otras posibles causas de elevación del PSA (infecciosas o inflamatorias como prostatitis, hiperplasia prostática benigna, e infección urinaria; y no infecciosas como instrumentación o cirugía reciente del tracto urinario) y repetir el tamizaje para confirmar el resultado. [*Punto de Buena Práctica Clínica, Perú 2021*]
9. Se sugiere utilizar el tacto rectal junto con el PSA para establecer el riesgo de cáncer de próstata clínicamente significativo [*Fuerza de Recomendación: Condicional, Nivel de Evidencia: Baja/Muy Baja; AUA 2023*]
10. Para el tamizaje de cáncer de próstata se recomienda no utilizar la velocidad de PSA como único recurso para la indicación de un biomarcador secundario, imagenología o biopsia. [*Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderada, AUA 2023*]
11. Se recomienda no usar la resonancia magnética para iniciar el tamizaje de cáncer de próstata. [*Fuerza de Recomendación: Fuerte, EAU 2024*]
12. En personas de 70 años o más se sugiere considerar la continuidad del tamizaje a partir del análisis geriátrica integral, riesgo, nivel de PSA y expectativa de vida [*Consenso de expertos (Porcentaje de acuerdo = 100%)*].

Implementación

La brecha entre la evidencia generada en este documento y la práctica actual en tamizaje de cáncer de próstata puede ser abordada mediante la adecuada implementación de este EPC. Para lo anterior se propone el siguiente curso de acción:

- Difusión: Se realizarán eventos académicos virtuales y presenciales con los autores de este EPC con el fin de mostrar la evidencia recolectada. Se reconocen potenciales espacios dentro de eventos académicos del área de urología, oncología y especialmente en atención primaria. Adicionalmente se planeará un webinar con el grupo desarrollados con el fin de socializar la metodología, resultados y conclusiones de la evidencia.

- Indicadores: Realizar la medición de línea de base sobre las prácticas de tamizaje en cáncer de próstata para poder visualizar los cambios de conducta en la práctica respecto al tamizaje, esperando poder ver un beneficio en la mortalidad y morbilidad por cáncer de próstata, así como la detección en estadios más tempranos.

Durante la sesión de consenso se discutió sobre el indicador que de cuenta de la recomendación (es) trazadora (s) sobre el efecto del EPC en el cuidado de las personas en riesgo de tener cáncer de próstata. Por lo anterior, se decide continuar con indicadores ya medidos y sobre los cuales ya se cuenta con datos históricos con el fin de reflejar el impacto en cuestión. Por lo tanto, se recomienda continuar midiendo la proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad con el uso de Antígeno Sanguíneo Prostático (PSA) y tacto rectal combinado.

- Medición: Una vez establecido, la fuente de los datos de alta calidad, se planea establecer el impacto de la estandarización de la práctica clínica con el presente EPC. De igual forma, es fundamental en nuestro desarrollo poder obtener mediciones sobre la usabilidad por parte de los profesionales definidos en el alcance del presente EPC. Para lo anterior, se realizarán mediciones mediante cuestionarios y retroalimentaciones directas.

Bibliografía

1. Rawla PR. Epidemiology of Prostate. World J Oncol. 2019;10(2).
2. Yu Z, Bai X, Zhou R, Ruan G, Guo M, Han W, et al. Differences in the incidence and mortality of digestive cancer between Global Cancer Observatory 2020 and Global Burden of Disease 2019. Int J Cancer. 2024;154(4).
3. Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, Gumenku L, Adegoke A, Mashele S. Prostate Cancer Review: Genetics, Diagnosis, Treatment Options, and Alternative Approaches. Vol. 27, Molecules. 2022.
4. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Dodds KM, Coplen DE, Yuan JJJ, et al. Measurement of Prostate-Specific Antigen in Serum as a Screening Test for Prostate Cancer. New England Journal of Medicine. 1991;324(17).
5. Lavallée LT, Binette A, Witiuk K, Crossen S, Mallick R, Fergusson DA, et al. Reducing the Harm of Prostate Cancer Screening: Repeated Prostate-Specific Antigen Testing. Mayo Clin Proc. 2016;91(1).
6. Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, Saad F, So AI, Violette PD, et al. UPDATE – 2022 Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis Endorsement of the 2021 Cancer Care Ontario guidelines on prostate multiparametric magnetic resonance imaging. Canadian Urological Association Journal. 2022 Apr 1;16(4):E184–96.
7. P. Cornford, D. Tilki. EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP - SIOG Guidelines on Prostate Cancer. European Association of Urology. 2024;
8. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento inicial del cáncer de próstata localizado y localmente avanzado: Guía en Versión Extensa. Lima; 2021.
9. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, Coakley F, Eggener S, Etzioni R, et al. EARLY DETECTION OF PROSTATE CANCER: AUA/SUO GUIDELINE (2023). 2023.

Anexos

1. Formato Búsqueda Sistemática

Fuente y acceso	Fecha de búsqueda	Documentos identificados	Documentos seleccionados	Términos o estrategia de búsqueda	Límites
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	5/9/2024	1	1	Cancer de próstata	Últimos 5 años pero es de referencia
Guideline International Network https://guidelines.ebmportal.com/	6/8/2024	4	0	prostate cancer screening	Ultimos 5 años
CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines https://joulecma.ca/cpg/homepage	6/8/2024	3	0	prostate cancer screening	Ultimos 5 años
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Español http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica	6/8/2024	2	0	prostate cancer screening - prostata-detección de cáncer de próstata	Ultimos 5 años
Ministerio de Salud de Chile https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/	6/8/2024	1	1	Cancer de próstata	Ultimos 5 años- consiste en una publicación 2006, actualización del 2019
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=52	6/8/2024	2	0	prostate cancer screening - prostata-detección de cáncer de próstata	últimos 5 años - no se encuentra ningún resultado en la pag principal pero en búsqueda de guías se encuentran dos 2015

National Institute for Clinical Excellence https://www.nice.org.uk/	7/8/2024	17	0	prostate cancer screening	Últimos 5 años	5
Scottish Intercollegiate Network https://www.sign.ac.uk/	7/8/2024	30	0	prostate cancer screening		
WHO guidelines https://www.who.int/publications/who-guidelines	10/8/2024	-	-	-	-	
US Preventive Services Task Force https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/	10/8/2024	2	0	prostate cancer screening	últimos 5 años	5
American College of Physicians https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines/	10/8/2024	-	-	-	-	
Guideline Central https://www.guidelinecentral.com/guidelines/	10/8/2024	7	1	prostate cancer screening	últimos 5 años (habla más de terapias en momentos avanzados)	5
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación https://gpc-peru.com/	10/8/2024	1	1	Cancer de próstata	Últimos 5 años	5
MEDLINE, Embase	10/8/2024	1168	8	Especificada inferior a esta tabla	Últimos 5 años	5

Estrategia utilizada para Embase y MEDLINE:

History Save | Delete | Print view | Export | Email Combine > using And Or ^ Collapse

<input type="checkbox"/> #5	#1 AND #2 AND #3 AND ((embase)/lim OR (medline)/lim) AND (2019-2024)/py	1,168
<input type="checkbox"/> #4	#1 AND #2 AND #3	2,887
<input type="checkbox"/> #3	'practice guideline'/exp OR 'clinical practice guideline'/exp OR 'guideline'/exp OR 'statement'	860,289
<input type="checkbox"/> #2	'screening'/exp OR 'early cancer detection' OR 'cancer screening'/exp OR 'early detection'	987,899
<input type="checkbox"/> #1	'prostate carcinoma'/exp OR 'prostate carcinoma' OR 'prostate cancer'/exp OR 'prostate cancer' OR 'adenocarcinoma'/exp OR 'adenocarcinoma' OR 'prostate adenocarcinoma'/exp OR 'prostate adenocarcinoma'	747,673

2. Sistemas Gradación Calidad y Certeza de la Evidencia

AUA

Grado de Evidencia	Fuerza de Evidencia A (Alta Certeza)	Fuerza de Evidencia B (Certeza Moderada)	Fuerza de Evidencia C (Baja Certeza)
Recomendación Fuerte (Beneficio o daño neto sustancial)	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) es sustancial - Aplica a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias y futuras investigaciones probablemente no cambiarán la confianza 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) es sustancial - Aplica a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias, pero mejores evidencias podrían cambiar la confianza 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) parece sustancial - Aplica a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias, pero mejores evidencias probablemente cambiarán la confianza (rara vez se usa para respaldar una Recomendación Fuerte)
Recomendación Moderada (Beneficio o daño neto moderado)	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) es moderado - Aplica a la mayoría de los pacientes en la 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) es moderado - Aplica a la mayoría de los pacientes en la 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios > Riesgos/Cargas (o viceversa) - El beneficio neto (o daño neto) parece moderado - Aplica a la mayoría de los pacientes en la

	<p>mayoría de circunstancias y futuras investigaciones probablemente no cambiarán la confianza</p>	<p>mayoría de circunstancias, pero mejores evidencias podrían cambiar la confianza</p>	<p>mayoría de circunstancias, pero mejores evidencias probablemente cambiarán la confianza</p>
<p>Recomendación Condicional (Beneficio o daño neto comparable con otras opciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios = Riesgos/Cargas - La mejor acción depende de las circunstancias individuales del paciente - Las investigaciones futuras probablemente no cambiarán la confianza 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios = Riesgos/Cargas - La mejor acción parece depender de las circunstancias individuales del paciente - Mejores evidencias podrían cambiar la confianza 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio entre Beneficios y Riesgos/Cargas no claro - El beneficio neto (o daño neto) es comparable con otras opciones - Estrategias alternativas pueden ser igualmente razonables - Mejores evidencias probablemente cambiarán la confianza
<p>Principio Clínico</p>	<p>Declaración sobre un componente del cuidado clínico ampliamente aceptado por urólogos u otros clínicos, para el cual puede o no haber evidencia en la literatura médica.</p>		

Opinión Experta	Declaración lograda por consenso del panel, basada en la capacitación clínica, experiencia, conocimiento y juicio de los miembros, para la cual puede o no haber evidencia en la literatura médica.		
-----------------	---	--	--

Perú

Evaluación de la certeza de la evidencia

Para evaluar la certeza de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). La certeza de la evidencia según esta metodología se basa en 9 aspectos: tipo de estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, relación dosis-respuesta, y efecto de confusores (los tres últimos aspectos son evaluados en estudios observacionales) (16). Finalmente, la certeza de la evidencia para cada desenlace evaluado pudo ser alta, moderada, baja, y muy baja.

Para resumir la evaluación de la certeza de la evidencia, se usaron tablas de Resumen de Evidencia (Summary of Findings, SoF) para cada pregunta PICO. Para aquellos desenlaces para los cuales no se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE previa (publicada en la RS o GPC seleccionada para dicha pregunta PICO), se elaboraron estas tablas. De lo contrario, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se sospechó que la tabla previa no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

En cada pregunta PICO, luego de asignar el nivel de certeza de la evidencia para todos sus desenlaces de interés, se le asignó a la pregunta PICO el nivel de certeza más bajo alcanzado por alguno de estos desenlaces.

Formulación de las recomendaciones y buenas prácticas clínicas.

Para la formulación de las recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC), el GEG realizó reuniones periódicas, en las cuales los metodólogos presentaron la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas, en base a la cual los especialistas clínicos determinaron las recomendaciones. Cuando no se alcanzó consenso para alguna recomendación, se procedió a realizar una votación y llegar a una decisión por mayoría simple.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología De la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD) (17, 18) que valora: beneficios, daños, certeza, valoración de los desenlaces, uso de recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad; para las intervenciones u opciones a ser evaluadas. Para la presente GPC, el GEG consideró que no era imperativo realizar búsquedas sistemáticas de costos, de valoración de los outcomes por los pacientes, ni de factibilidad de implementación. Teniendo todo esto en cuenta, se estableció la dirección (a favor o en contra) y la fuerza (fuerte o condicional) de cada recomendación (19).

Finalmente, se establecieron puntos de BPC (enunciados que el GEG emite estos puntos en base a su experiencia clínica y consenso), consideraciones de implementación (CI) (enunciados que en opinión del GEG deberían ser tomados en cuenta por la institución para ser desarrollados en nuestro contexto) y se diseñaron los flujogramas que resumen las principales recomendaciones de la GPC.

Para las preguntas que, en opinión del GEG, no pudieron ser contestadas con la evidencia actual (debido a que la pregunta no podía responderse en base a evidencias, a que el contexto local para esta pregunta era tan particular que la evidencia disponible no sería útil, o a otros motivos), no se formularon recomendaciones sino puntos de BPC.

3. Calificación AGREE II

GPC/Dominio	1	2	3	4	5	6
NCCN_2024	89%	69%	47%	67%	29%	89%
AUA_2023	97%	86%	77%	94%	21%	86%
CHILE_2019	100%	67%	44%	97%	33%	86%
PERU_2021	100%	58%	99%	97%	83%	89%
ASCO_2020	53%	25%	46%	81%	35%	75%
EAU_2024	78%	56%	94%	100%	42%	96%
CUA_2022	97%	36%	68%	94%	29%	93%