



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI

DICTAMEN DE RECOMENDACIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA N.º 003-SDEPFYOTS-DETS-IETSI-2018 SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE PRÓSTATA

SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y
OTRAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS-SDEPFYOTS

DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS-DETS

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E
INVESTIGACIÓN-IETSI

SEGURO SOCIAL DE SALUD-ESSALUD

Diciembre, 2018



IETSI INSTITUTO DE
EsSalud EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN



EQUIPO REDACTOR:

1. Fabián Alejandro Fiestas Saldarriaga – Gerente, Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias – IETSI – ESSALUD.
2. Verónica Victoria Peralta Aguilar – Sub Gerente, Sub Dirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias – IETSI – ESSALUD.
3. Paula Alejandra Burela Prado – Directora, Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias – IETSI – ESSALUD.
4. Akram Hernández Vásquez – Equipo Técnico Evaluador, Sub Dirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias – IETSI – ESSALUD.
5. Manuel Leiva Gálvez – Médico Oncólogo, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – ESSALUD.



CONFLICTO DE INTERÉS

Los miembros del equipo redactor manifiestan no tener conflicto de interés de tipo financiero respecto a los procedimientos indicados.



FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Seguro Social de Salud – ESSALUD.

CITACIÓN

IETSI-EsSalud. Seguimiento de pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata. Dictamen de Recomendación de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 003-SDEPFyOTS-DETS-IETSI-2018. Lima, Perú, 2018.



LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
CP	Cáncer de Próstata
GPC	Guías de práctica clínica
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
IETSI	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación del Perú
MeSH	Medical Subject Headings
NICE	National Institute of Care and Health Excellence
PC	Políticas de Cobertura
PSA	Antígeno Prostático Específico
RS	Revisiones Sistemáticas
TNM	Tumor, Nódulos Linfáticos, Metástasis



GLOSARIO



Paciente sobreviviente al cáncer: Paciente oncológico a quien se le realiza seguimiento por el médico tratante después de haber culminado todo el período de tratamiento activo y se encuentra libre de enfermedad.

Paciente oncológico asintomático: Paciente oncológico, el cual no presenta síntomas asociados al cáncer.

Remisión completa: Desaparición de todos los síntomas y señales de cáncer en respuesta a un tratamiento, también interpretado como la ausencia de enfermedad activa. La remisión puede evidenciarse a través de diferentes exámenes según cada patología.



Seguimiento del paciente sobreviviente al cáncer: Atención del paciente a través de exámenes indicados por el médico tratante a fin de monitorear la recuperación del mismo y controlar la reaparición de signos de recurrencia.



CONTENIDO

I. RESUMEN EJECUTIVO	6
II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. METODOLOGÍA	9
A. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	9
B. TÉRMINOS DE BÚSQUEDA.....	9
C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA	11
IV. RESULTADOS.....	12
A. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	12
B. POLÍTICAS O DECISIONES DE COBERTURA	17
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES.....	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
VIII. ANEXO.....	25



I. RESUMEN EJECUTIVO



Antecedentes: Luego del tratamiento oncológico inicial, los pacientes deben recibir de forma estándar una serie de cuidados que se centren en la detección de recurrencias y de segundas neoplasias; este estándar aún no está disponible en EsSalud. Así, el objetivo del presente dictamen es evaluar las principales guías de práctica clínica (GPC) y políticas de cobertura (PC) acerca de cómo se realiza el seguimiento rutinario de pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar GPC y PC publicadas en los últimos cinco años en PubMed, MEDLINE, Web of Science, Scopus, y en sitios web de instituciones que elaboran GPC o PC.



Resultados: Se identificaron 954 registros en bases de datos bibliográficas y cuatro documentos en sitios web. Se incluyeron doce documentos que corresponden a ocho GPC y cuatro PC. La mayoría de GPC, así como, las PC identificadas, recomiendan la determinación periódica de los niveles de antígeno prostático específico (PSA) para el seguimiento de pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata, y de las ocho guías identificadas solo una recomienda un periodo de seguimiento de diez años como mínimo después del tratamiento inicial. Sin embargo, estas recomendaciones se basan en consenso de expertos, evidencia de baja calidad, y potencial conflictos de interés reportados por los elaboradores de las guías.

Conclusiones: La revisión de la evidencia científica denota una variabilidad en la periodicidad en la realización de exámenes en los documentos revisados, siendo el PSA el examen de laboratorio recomendado para el seguimiento de pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata. Los resultados fueron presentados y deliberados con el grupo de expertos con lo cual se elaboraron las recomendaciones planteadas en el Anexo 1.



II. INTRODUCCIÓN



A nivel mundial, el cáncer de próstata (CP) es la segunda neoplasia más frecuente en hombres con un estimado de 1 095 000 casos y 307 000 muertes en 2012 (Ferlay et al., 2014). En el Perú, GLOBOCAN estima que se produjeron 3909 nuevos casos y 2080 muertes por CP en 2012, convirtiéndose en la neoplasia de mayor mortalidad en hombres (Ferlay et al., 2014). Asimismo, el Sistema Nacional de Vigilancia del Cáncer de las ciudades de Lima y Arequipa, reporta que entre los años 2010 y 2012 se diagnosticaron un total de 2071 nuevos casos de CP (5.7 % del total de cánceres) (Piñeros et al., 2017).



El adenocarcinoma de próstata es el tipo celular más frecuente de CP, aunque en raras ocasiones pueden presentarse otros tipos celulares (sarcomas, epidermoides, escamosos, entre otros), localizándose preferentemente en zonas periféricas (permitiendo la digitopalpación) y en la zona transicional de la próstata (Maygarden, 2015). El CP tiene como sitios de metástasis a la columna lumbar, fémur proximal y la pelvis, lo que puede causar un aumento de la fosfatasa alcalina. A nivel genético, en el CP puede identificarse comúnmente la hipermetilación del promotor del gen de la glutatión S-transferasa (GSTP1), que se encuentra en el cromosoma 11q13 (Kemp, Burns, & Brown, 2008).



La estadificación del CP se basa en el sistema TNM -tumor (T), ganglios linfáticos (N) y metástasis (M)- de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) (Amin & Edge, 2017). Los tumores en estadio I se encuentran localizados en la próstata y no se puede palpar al tacto rectal ni visualizarse en las pruebas por imágenes. El estadio IIA y IIB es un tumor pequeño para ser palpado o visualizado en las pruebas por imágenes, o bien, describe un tumor ligeramente de mayor tamaño que puede palparse al tacto rectal, el tumor está localizado dentro de la glándula prostática, y no se ha diseminado a ganglios linfáticos ni a los órganos distales. El estadio III es cuando el tumor se diseminó más allá de la capa externa de la próstata hacia los tejidos adyacentes o incluso a las vesículas seminales (Klein, 2017). Basándose en la estadificación, se estiman que las cifras de sobrevida a cinco años para los estadios localizados I y II son cercanos al 100 %, y de 95 % para el estadio III; sin embargo, la sobrevida se ve reducida al 30 % para estadios avanzados de la enfermedad (estadio IV) (Cancer Research UK, 2016).

El tratamiento del CP en estadios localizados (I, II y III) se basa en tres alternativas: cirugía, radioterapia con/sin hormonoterapia y vigilancia activa (Klein et al., 2017). La elección del tratamiento depende de múltiples factores, que incluye: tumor limitado a la glándula prostática, tamaño tumoral, grado histológico (grado de agresividad del tumor), edad del paciente, estado general, comorbilidades, y los potenciales efectos secundarios del tratamiento (Klein, 2017). Antes de elegir la opción terapéutica es importante que la extensión de la enfermedad esté correctamente evaluada. Dentro de los factores que se usan para predecir la evolución antes del tratamiento son el estadio



clínico, el nivel de PSA, el volumen tumoral, y el grado de agresividad del tumor que se conoce como la puntuación de Gleason.

Luego del tratamiento oncológico inicial, los pacientes sobrevivientes requieren una serie de cuidados durante el seguimiento que se centren en la detección de recurrencias locales o a distancia y de segundas neoplasias, así como, de la vigilancia de metástasis, evaluación y reducción del impacto de la enfermedad y su tratamiento, y, coordinación entre especialistas y proveedores de atención primaria para garantizar que se satisfagan las necesidades de salud de los pacientes (Jacobs et al., 2009; Johnson & Johnson, 2013). No obstante, la atención del paciente oncológico se ha centrado básicamente en el tratamiento y ante un escenario creciente en la sobrevivencia de estos pacientes, se imponen nuevas demandas para los prestadores de salud que en ocasiones se caracterizan por insuficiente capacitación, escasa información y/o carencia de estándares de atención integral, lo cual genera una gran variabilidad en el manejo y seguimiento del paciente oncológico (Jacobs et al., 2009; Siddiqui & Rajkumar, 2012).



Dado que el seguimiento oncológico es importante, el IETSI, a partir de la iniciativa de médicos especialistas en oncología de EsSalud, inició una serie de actividades para generar una propuesta de estandarización del proceso de seguimiento de los pacientes sobrevivientes al CP en EsSalud, pues se conoce de la práctica clínica diaria de estos profesionales que actualmente existe variabilidad en el manejo del paciente con CP, situación que a nivel individual podría estar generando la exposición a intervenciones de seguimiento innecesarias que incurre en uso ineficiente de recursos, y, por otro lado, también podría estar generándose falta de seguimiento en pacientes con alto riesgo de recurrencia.



Debido a las implicancias físicas y/o psíquicas que tiene el seguimiento en el paciente oncológico, es importante que este sea ordenado y estandarizado en EsSalud. Así, con un proceso de seguimiento del paciente adulto sobreviviente al CP estandarizado, se espera lograr un impacto positivo directo y en corto plazo. Los beneficios que se esperan en el paciente están relacionados con la sobrevivencia y calidad de vida y los beneficios que se esperan en la institución están relacionados con la optimización de los tiempos de atención en las citas especializadas y un uso eficiente de recursos en la institución.

Finalmente, el presente dictamen expone la evaluación de guías de práctica clínica y políticas o decisiones de cobertura acerca de cómo se realiza el seguimiento rutinario en pacientes adultos sobrevivientes al cáncer de próstata, con el objetivo de construir un proceso de seguimiento estándar en EsSalud, que permita detectar recurrencias locales, recurrencias a distancia y la aparición de segundas neoplasias.



III. METODOLOGÍA

A. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva y jerárquica de la literatura para identificar guías de práctica clínica (GPC) y políticas de cobertura (PC) referentes al seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP. Asimismo, con el propósito de complementar la evidencia con datos epidemiológicos locales, se realizaron búsquedas específicas en la base de datos de GLOBOCAN.



Se realizó una búsqueda bibliográfica el día 6 de diciembre de 2017 de la información publicada en los últimos cinco años en cuatro bases de datos bibliográficas (PubMed, MEDLINE vía OVID, Web of Science, y Scopus). Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual en sitios web de grupos dedicados a la investigación y educación en salud que elaboran guías de práctica clínica como *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *The Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*, *National Guideline Clearinghouse (NGC)* de los Estados Unidos, *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)* de Canadá, *Scottish Medicines Consortium (SMC)* de Escocia, el Ministerio de Salud de Perú, el Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Perú, y de sociedades o asociaciones especializadas en oncología: *National Comprehensive Cancer Network*, *American Society of Clinical Oncology*, *American Cancer Society*, *American Urological Association*, *European Society for Medical Oncology*, *Association of Cancer Physicians*, *Kidney Cancer Association*, *Association of European Cancer Leagues*, *European Association of Urology*, *Cancer Australia*, *Cancer Council Australia*, *Canadian Cancer Society*, *Canadian Society for Surgical Oncology*, *Health Canada*, *National Cancer Institute (Brazil)*, *National Cancer Institute (Chile)*, *National Cancer Institute (Colombia)*, y *Sociedad Mexicana de Oncología*.



Finalmente, se buscaron políticas o decisiones de cobertura en los sitios web de los sistemas de salud (públicos y/o privados) de Brasil, Colombia, Chile, Argentina, México, EE. UU., Canadá, Reino Unido, Alemania y Australia, referentes al seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP.

B. TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

Para la búsqueda de información que pueda ser empleada para responder al objetivo del presente dictamen, se emplearon términos MeSH y/o términos generales de lenguaje libre para cada una de las bases de datos. Las estrategias de búsquedas junto con los resultados obtenidos para cada base de datos bibliográfica, se describen a continuación:

Estrategia de búsqueda en PubMed

Base de datos	PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)		Resultados
	Fecha de búsqueda: 6 de diciembre de 2017		
Estrategia	#1	(Prostatic neoplasms[mesh]) OR ((prostate[tiab] OR prostatic[tiab]) AND (cancer[tiab] OR tumor[tiab] OR neoplasm[tiab] OR carcinoma[tiab] OR malignancy[tiab]))	150776
	#2	Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline*[ti] OR Guide Line*[tiab]	82636
	#3	"2013"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]	5417523
	#4	#1 AND #2 AND #3	292

Estrategia de búsqueda en MEDLINE vía OVID

Base de datos	MEDLINE vía OVID (Limite a los últimos 5 años)		Resultados
	Fecha de búsqueda: 6 de diciembre de 2017		
Estrategia	#1	(prostate.tw OR prostatic.tw) AND (cancer.tw OR tumor.tw OR neoplasm.tw OR carcinoma.tw OR malignancy.tw)	51060
	#2	guideline.pt OR practice guideline.pt OR guideline.ti	12899
	#3	#1 AND #2	163

Estrategia de búsqueda en Web of Science

Base de datos	Web of Science (Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Periodo de tiempo=2013-2017) Tipo de documento: Article		Resultados
	Fecha de búsqueda: 6 de diciembre de 2017		
Estrategia	#1	TS=((prostate OR prostatic) AND (cancer OR tumor OR neoplasm OR carcinoma OR malignancy))	45021
	#2	TS=(guideline* OR "practice guideline*" OR "guide line*")	9839
	#3	#1 AND #2 AND Tipos de documento: (Article)	157

Estrategia de búsqueda en Scopus

Base de datos	Scopus		Resultados
	Fecha de búsqueda: 6 de diciembre de 2017		
Estrategia	#1	INDEXTERMS ((prostate OR prostatic) AND (cancer OR tumor OR neoplasm OR carcinoma OR malignancy)) OR TITLE-ABS ((prostate OR prostatic) AND (cancer OR tumor	206401





	OR neoplasm OR carcinoma OR malignancy))	
#2	TITLE (guideline* OR "practice guideline*" OR "guide line*")	96121
#3	PUBYEAR > 2012	1406598
#4	#1 AND #2 AND #3	342

Finalmente, para la búsqueda específica en los sitios web de sociedades oncológicas, asociaciones oncológicas, y sistemas de salud, se emplearon términos generales en inglés, español o portugués, según el caso, combinando los siguientes términos "prostate" y "prostatic" con "cancer", "tumor", "neoplasm", "carcinoma" y "malignancy".

C. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

La selección bibliográfica se limitó a GPC publicadas en los últimos cinco años de acuerdo con el objetivo del dictamen. Adicionalmente, se priorizaron las PC o decisiones de cobertura que hayan establecido condiciones y/o criterios desde la perspectiva del financiador de salud para el seguimiento de paciente sobrevivientes al CP.





IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la búsqueda bibliográfica de GPC y PC para el seguimiento en pacientes sobrevivientes al CP. Inicialmente, la búsqueda identificó un total de 954 registros en las bases de datos bibliográficas. Una vez eliminados los duplicados (n=362) y los documentos claramente irrelevantes (n=577), se preseleccionaron 15 que fueron evaluados para su elegibilidad a texto completo y se incluyeron cuatro documentos obtenidos en las búsquedas en las páginas web. Se seleccionaron 12 documentos que corresponde a ocho GPC y cuatro PC relacionadas con el objetivo del presente documento.



Finalmente, los resultados fueron presentados y deliberados en dos reuniones con un grupo de expertos en oncología clínica para seleccionar y elaborar las recomendaciones planteadas en el Anexo 1. En las reuniones se contó con la participación de médicos especialistas y residentes en oncología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud.

A. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



Cancer Care Ontario (2017). Follow-up Care for Survivors of Prostate Cancer - Clinical Management: a Program in Evidence-Based Care Systematic Review and Clinical Practice Guideline (Cancer Care Ontario, 2015; Loblaw et al., 2017)

Es una guía canadiense sobre seguimiento en sobrevivientes al CP elaborada por un programa en cuidado basado en la evidencia del *Cancer Care Ontario* que fue desarrollada para proporcionar una guía basada en evidencia sobre la frecuencia con la cual debe ser evaluado el PSA después del tratamiento con intención curativa y definir las pruebas diagnósticas más adecuadas en caso de recurrencia bioquímica. Se realizó una revisión sistemática de estudios primarios y revisiones sistemáticas por un grupo de expertos en desarrollo de guías y expertos temáticos.

Además, menciona que, la búsqueda de literatura no encontró ninguna revisión sistemática o estudio prospectivo que evaluaran la frecuencia de realización del PSA después del tratamiento con intención curativa.

Basado en opinión de expertos, ante la falta de evidencia, la GPC considera que, para pacientes con CP el esquema de seguimiento se basa en el tratamiento con intención curativa que fue indicado. Así, en tratamientos quirúrgicos se recomienda medir los niveles de PSA cada tres meses durante el primer año, cada seis meses en el segundo año, y luego de forma anual. Respecto a los tratamientos no quirúrgicos, se recomienda se realice un primer test a los seis meses después de completar el tratamiento, cada seis meses hasta los cinco años, y luego de forma anual.



Esta guía utilizó un método sistemático para la búsqueda de evidencia en MEDLINE y EMBASE, y describe los métodos utilizados para formular las recomendaciones, entre los que se menciona la participación de un panel de expertos ante la falta de evidencia. Además, antes de su publicación final, la guía pasó por revisión externa de expertos y sometida a revisión de profesionales de la salud que sean potenciales usuarios de la guía. Algunos autores de esta guía declararon haber recibido financiamientos para investigación u honorarios por consultorías a farmacéuticas.

Saudi Oncology Society y Saudi Urology Association (2016). The Saudi clinical management guidelines for prostate cancer (Abusamra et al., 2016).



Es una guía de Arabia Saudita sobre manejo clínico del paciente con CP elaborada por la Sociedad Saudita de Oncología y la Asociación Saudita de Urología. La guía es una actualización de una guía previa basada en evidencia proveniente de una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas, búsqueda manual en revistas y resúmenes de congresos, y en la opinión de expertos de un comité *ad-hoc*.

La guía considera que, las opciones de manejo de los pacientes dependen del estadio (localizados vs. metastásico), el grupo de riesgo, y la expectativa de vida. Así, para el seguimiento de pacientes con CP después del tratamiento con intención curativa mencionan que se deber realizar un dosaje de PSA a los 3, 6, y 12 meses después del tratamiento, luego cada seis meses durante tres años y posteriormente de forma anual.



Esta guía utilizó un método sistemático para la búsqueda de evidencia en MEDLINE y Cochrane Library hasta diciembre 2014, y usó un método de votación por parte del comité de expertos en especialidades oncológicas para formular las recomendaciones finales. Además, antes de su publicación final, la guía pasó por revisión externa. Finalmente, los autores no declararon tener conflictos de interés.

American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2015). Prostate Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement (Resnick et al., 2015).

Es una guía norteamericana sobre manejo de pacientes sobrevivientes al CP elaborada por la Sociedad Norteamericana de Oncología Clínica que fue desarrollada para optimizar el estado de salud y la calidad de vida luego del tratamiento del CP, incluyendo el seguimiento y otros cuidados. Se realizó una revisión de la literatura para identificar estudios relevantes, revisiones sistemáticas, meta-análisis, y GPC por un grupo de desarrolladores de guías. Además, menciona que, las recomendaciones fueron aprobadas por un panel de especialistas en oncología.

Para efectos del seguimiento para recurrencia del CP sin especificar estadios, la guía considera realizar una medición de PSA cada 6 a 12 meses durante los primeros cinco

años, luego de forma anual. No obstante, se menciona que los especialistas pueden recomendar una mayor frecuencia de medición del PSA, particularmente en hombres con alto riesgo de recurrencia y/o hombres quienes pueden ser candidatos a terapia de salvataje, y el esquema de periodicidad debe ser determinado por el especialista en CP y el médico de atención primaria.

Esta guía utilizó una actualización de revisión de la literatura para la búsqueda de evidencia en PubMed, y describe brevemente los métodos utilizados para formular las recomendaciones, entre los que se menciona revisión por metodólogos de la guía de la Sociedad Norteamericana del Cáncer y la revisión de las recomendaciones por un panel de expertos. No se reporta la revisión externa de la guía y dentro de los conflictos de interés algunos autores declararon haber recibido financiamiento para investigación u honorarios por consultorías a farmacéuticas.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2017). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology® Prostate Cancer (Version 2.2017) (National Comprehensive Cancer Network, 2017).

Es una guía sobre CP elaborada por la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN, sigla del inglés *National Comprehensive Cancer Network*) en los Estados Unidos. Esta guía basa sus recomendaciones en la calidad de la evidencia científica y el consenso del panel de miembros de la guía, clasificándolas en cuatro categorías según su instrumento de gradación (1¹, 2A², 2B³ y 3⁴).

La GPC no divide sus recomendaciones para el seguimiento en función del estadio localizado de la enfermedad. Basado en evidencia de nivel inferior (2A), el panel recomienda luego de la terapia definitiva inicial que los pacientes sean seguidos con PSA cada 6-12 meses durante cinco años, luego de los cuales se debe realizar un PSA anual, asimismo, se recomienda un tacto rectal cada año, pero puede ser omitido si el nivel del PSA es indetectable.

Los detalles de la elaboración y metodología de actualización de las guías elaboradas por la NCCN se encuentran disponibles en su página web⁵. Entre las limitaciones de la metodología, se encuentran la búsqueda en una única base de datos bibliográfica (PubMed), y la falta de una descripción clara de los criterios para seleccionar la evidencia y de un proceso de revisión externa. Cabe mencionar que gran parte de los

¹ Categoría 1: en base a evidencia de alto nivel, existe un consenso uniforme del NCCN de que la intervención es apropiada.

² Categoría 2A: en base a evidencia de nivel inferior, existe un consenso uniforme de NCCN de que la intervención es apropiada.

³ Categoría 2B: en base a evidencia de nivel inferior, existe un consenso de NCCN de que la intervención es apropiada

⁴ Categoría 3: en base a cualquier nivel de evidencia, existe un gran desacuerdo de NCCN de que la intervención es apropiada.

⁵ <https://www.nccn.org/professionals/development.aspx>

miembros del panel elaborador de la guía, reportaron recibir honorarios por parte de diversas empresas farmacéuticas, tal como se consigna en la web de la organización⁶.



National Institute of Care and Health Excellence (NICE) (2014). Prostate cancer: diagnosis and management (National Institute of Care and Health Excellence (NICE), 2014).

Es una guía diagnóstico y manejo del CP elaborada por el NICE (sigla del inglés *National Institute of Care and Health Excellence*), en la cual el grupo evaluador recomienda en base al consenso de expertos, que en pacientes sobrevivientes al CP localizado con tratamiento radical se debe evaluar el PSA a las seis semanas luego del tratamiento, al menos cada seis meses durante los primeros dos años, y luego una vez al año. Cabe mencionar que, estas recomendaciones no diferencian estadios clínicos del cáncer.



Los detalles de la elaboración y metodología de actualización de las guías elaboradas por NICE, mediante una revisión sistemática, se encuentran disponibles en la versión completa.

European Association of Urology (EAU) (2017) Guidelines on Prostate Cancer (European Association of Urology, 2017).

Es una guía sobre CP elaborada por la EAU (sigla del inglés *European Association of Urology*) que tuvo como objetivo el asistir a los profesionales de la salud en el manejo basado en la evidencia de pacientes con CP. Dentro de las recomendaciones dadas por la guía luego del tratamiento de la enfermedad localizada (prostatectomía o radioterapia o braquiterapia), se considera realizar un seguimiento rutinario a pacientes asintomáticos mediante un historial específico de la enfermedad y medición del PSA, complementado con un tacto rectal, que deben realizarse a los tres, seis y doce meses después del tratamiento, luego cada seis meses hasta el tercer año, y posteriormente cada año.

Se menciona que, no se deben ofrecer rutinariamente gammagrafías óseas y otros exámenes de imágenes a pacientes asintomáticos si no hay signos de recaída bioquímica. En caso de que los pacientes tengan dolor óseo u otros síntomas de progresión, se debe considerar la reestadificación independientemente del nivel de PSA.

Los detalles de la elaboración y metodología de actualización mediante una revisión sistemática de las guías elaboradas por la EAU se encuentran disponibles en su página web⁷. Entre las limitaciones, se encuentran la falta de claridad del proceso de

⁶ <https://www.nccn.org/disclosures/PanelDisclosureList.aspx?MeetingId=0&GroupId=597>

⁷ <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Systematic-Reviews-Methods-and-Processes-Handbook-15072016.pdf>



revisión externa y los potenciales conflictos de interés de los miembros del panel elaborador de la guía.



American Urological Association / American Society for Radiation Oncology (ASTRO) / Society of Urologic Oncology (SUO) (2017). Clinically Localized Prostate Cancer: AUA /ASTRO/SUO Guideline (American Urological Association (AUA) / American Society for Radiation Oncology (ASTRO) / Society of Urologic Oncology (SUO), 2017)

Es una guía sobre CP, elaborada por la AUS (sigla del inglés *American Urological Association*) que realizó una revisión sistemática sobre el seguimiento en cáncer prostático. Al respecto, la AUS considera para la fuerza de evidencia las siguientes categorías: A (alta), B (moderada), y C (baja).



Dentro de las recomendaciones para el seguimiento post-tratamiento, la guía considera que los clínicos monitorizarán los pacientes con CP con PSA, sin especificar estadio de la enfermedad o frecuencias de medición. Esta recomendación la considera un principio clínico, es decir que es un componente de la atención médica ampliamente aceptada por urólogos u otros médicos para la cual puede haber o no evidencia en la literatura médica. Cabe precisar, que la guía considera que la medición del PSA es recomendado por al menos durante diez años y que la frecuencia es determinada por el riesgo de recurrencia y preferencias del paciente. Finalmente, en pacientes con alto riesgo, el monitoreo del PSA puede ir más allá de los diez años.



En relación al rigor metodológico de esta guía, los detalles de la elaboración y metodología de la revisión sistemática han sido reportados. Se menciona como fueron los criterios para seleccionar la evidencia y se listan los participantes de la revisión externa. Cabe mencionar que gran parte de los miembros del panel elaborador de la guía, reportaron recibir honorarios por parte de diversas empresas farmacéuticas, tal como se consigna al final de la guía.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú (2013) Guía de práctica clínica de cáncer de próstata (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), 2013)

Es una guía sobre CP elaborada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú, y dentro de los autores solo se indica al Departamento de Oncología Médica y para la revisión y validación al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.

Respecto al seguimiento después de una prostatectomía, la guía considera que los pacientes deben tener monitoreo continuo y regular del PSA, sin especificar estadio de la enfermedad o frecuencias de medición. Se debe precisar que esta guía tiene diversas limitaciones metodológicas, tales como: la ausencia de una descripción sobre

la metodología de búsqueda de evidencia, criterios de selección, participación de profesionales con experticia en búsqueda de evidencia y la revisión de la guía por expertos externos antes de su publicación. Al mismo tiempo, no se describe quiénes fueron los profesionales que participaron en la elaboración de la guía y si tenían algún conflicto de interés.



B. POLÍTICAS O DECISIONES DE COBERTURA

Ministerio de Salud – CONITEC, Brasil (2016) Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata (Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, 2016)

En Brasil la cobertura establecida por el sistema de salud público (SUS), considera que después del tratamiento quirúrgico, los pacientes pueden ser seguidos con la realización de PSA y eventualmente la realización de un tacto rectal. El seguimiento con PSA debe ser realizado con mayor frecuencia en los primeros meses después de cirugía o radioterapia, y puede ser espaciado con intervalos mayores después de los primeros años si no hay sospecha de recidiva. Se sugiere una medición de PSA a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento inicial; luego semestralmente hasta el tercer año; y anualmente en los años siguientes.

Estos procedimientos de seguimiento han sido establecidos dentro de las directrices del Ministerio de Salud que deben ser cumplidos en los Estados, Distritos Federales y Municipios del Brasil. La metodología para la elaboración de las directrices incluyó una búsqueda y validación de literatura en las bases de datos PubMed, Embase y Cochrane sin especificar los participantes en la selección de artículos ni la forma de síntesis de los resultados. Cabe precisar que, la versión final fue aprobada luego de incorporar las observaciones provenientes de un proceso de revisión externa pública a la que se sometieron las directrices.

Secretaría de Salud, México (2010). Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención (Secretaría de Salud, 2010)

La guía tiene como objetivo poner a disposición una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar acciones nacionales en el manejo del CP que fue elaborada bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. La escala de gradación de la evidencia se realizó en base a la escala modificada de Shekelle et al. (Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999), y los grados de evidencia para el seguimiento de la guía sobre CP de la *European Association of Urology* del 2008.





En esta guía, se recomienda un seguimiento estrecho durante el primer año después del tratamiento, cuando el riesgo de falla es alto. Entre las medidas se recomienda el PSA y tacto rectal durante el seguimiento en intervalos de 3, 6 y 12 meses después del postoperatorio, después cada seis meses hasta tres años y posteriormente en forma anual (Grado de la recomendación: B). Los detalles de los niveles y grados de la evidencia y recomendaciones, se encuentran disponibles en los anexos de la guía⁸.

Ministerio de Salud, Chile (2015). Guía Clínica AUGÉ: cáncer de próstata en personas de 15 años y más (Ministerio de Salud, 2015)

La guía tiene como uno de sus objetivos el disminuir la variabilidad en el estudio diagnóstico, tratamientos y seguimiento del CP. La metodología para su elaboración incluyó una revisión sistemática de la literatura, análisis y síntesis de la evidencia por un grupo de expertos en CP; sin embargo, los detalles de este proceso han sido reportados dentro de la guía.



La recomendación es para realizar seguimiento con PSA cada tres meses los primeros dos años posteriores a cirugía, luego cada seis meses desde el tercer año postoperatorio y anualmente después del quinto año posterior a un tratamiento del CP localizado (Grado de Recomendación: A). Los detalles de los grados de recomendación se encuentran disponibles en el Anexo 2 de la guía⁹. Cabe resaltar que la guía considera que no se justifica el uso de otros exámenes a menos que el PSA ascienda o aparezcan síntomas de recurrencia.



Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2013). Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Se recomienda el seguimiento trimestral de los niveles de antígeno prostático en pacientes tratados con intención curativa durante el primer año posterior al tratamiento y semestralmente en el segundo año (3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses), luego de forma anual (Grado de recomendación: D, Nivel de evidencia: consenso).

⁸http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/140_GPC_CA_PROSTATA/Gpc_ca_prostata.pdf

⁹http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Cancer-de_prostata_25-nov-2015.pdf

V. DISCUSIÓN



La presente revisión recoge las recomendaciones reportadas en principales guías de práctica clínica y políticas de cobertura de financiadores públicos de salud, respecto al seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP. En tal sentido, se identificaron ocho GPC y cuatro PC que permiten dar respuesta al objetivo del presente dictamen.

Con respecto a las GPC, estas coinciden en brindar recomendaciones para un seguimiento basado en la medición periódica de los niveles séricos de PSA; sin embargo, la mayoría establecen sus recomendaciones basadas en consenso de expertos, evidencia de baja calidad, potencial conflictos de interés reportados por los elaboradores de las guías, y sin la incorporación de grupos de interés como pacientes, profesionales de la salud o decisores (Johnson & Johnson, 2013; Merkow, Korenstein, Yeahia, Bach, & Baxi, 2017; Penson, 2017). Cabe precisar que, la GPC del *Cancer Care Ontario* considera la falta de evidencia para establecer la periodicidad de la evaluación de los niveles de PSA en el seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP luego del tratamiento con intención curativa recomendando que el seguimiento se base en el riesgo de recurrencia según la realización de un procedimiento quirúrgico o no quirúrgico. En cuanto a la duración del periodo de seguimiento solo la guía de la AUA/ASTRO/SUO considera que la medición del PSA durante el seguimiento debe ser realizado por al menos durante diez años. A nivel nacional, la guía del INEN sobre CP, menciona que se debe realizar un monitoreo continuo y regular del PSA, sin especificar estadio de la enfermedad o frecuencias de medición, presentando, además, diversas carencias metodológicas que fueron descritas en la sección de resultados. Siendo así, se puede evidenciar que existe poca consistencia en las recomendaciones que brindan las GPC oncológicas, situación que ha sido reportada en un estudio reciente que evaluó la especificidad y consistencia de las GPC de seguimiento oncológico de EE. UU. y Europa, cuyos resultados muestran que el 100 % de las cinco guías incluidas sobre CP tienen baja especificidad y consistencia, así como, recomendaciones ambiguas (Merkow et al., 2017).



En relación a las políticas de cobertura identificadas, se encontraron cuatro guías latinoamericanas (Brasil, Chile, Colombia y México) que establecen las intervenciones que serán cubiertas por el sistema público de salud. En el caso de Brasil se consideran la realización de una medición de PSA a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento inicial; luego semestralmente hasta el tercer año; y anualmente en los años siguientes, considerando al tacto rectal como un procedimiento que puede ser indicado eventualmente en estos pacientes. Por su parte, la guía mexicana considera al tacto rectal y al PSA dentro de los procedimientos del seguimiento.

El manejo de las enfermedades oncológicas es complejo y con un alto costo. En las últimas décadas, el gasto de la atención oncológica ha tenido un crecimiento significativo, debido en parte, a los precios de los productos farmacéuticos, las necesidades de equipos multidisciplinarios, cuidados especializados y centros de atención bien equipados que demanda este tipo de atención (Jackson & Nahata,



2017). En ese sentido, la revisión y síntesis de la evidencia sobre el seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP permitirá obtener un conocimiento acerca del proceso, en términos de cuándo y qué procedimientos indicar que sirvan de insumos para una gestión y mejora de los procesos institucionales dentro de EsSalud que incida en mejorar la salud de los asegurados, así como también, abordar la variabilidad de los procesos de seguimiento que fue manifestada por los especialistas en la reunión de trabajo del 10 y 22 de noviembre de 2017.

En resumen, a la fecha no se disponen de recomendaciones basadas en evidencia de calidad dentro de las GPC revisadas que sustenten un protocolo de seguimiento en pacientes sobrevivientes al CP, ni se observa que exista un consenso entre las recomendaciones de las principales sociedades o asociaciones en el mundo interesadas en el campo de la oncología. Por su parte, los sistemas públicos de salud en la región brindan cobertura para la determinación seriada del PSA durante el seguimiento de pacientes sobrevivientes.



Tomando en cuenta toda la literatura revisada sobre el seguimiento de pacientes sobrevivientes al CP que muestra la falta de evidencia sólida, se convocó a expertos en el campo para que dieran sus opiniones con respecto a qué procesos de seguimiento se deberían adoptar en EsSalud para estos pacientes; en base a la experiencia clínica que ellos tienen en la institución y la evaluación de los resultados de la búsqueda bibliográfica. Así, luego de dos reuniones de trabajo se consensuó una serie de recomendaciones que están alineadas con la evidencia encontrada y que podrían ser aplicadas en EsSalud, las que fueron esquematizadas en el Anexo 1 de este documento.



VI. CONCLUSIONES

- El presente dictamen expone la revisión y evaluación de las guías de práctica clínica y políticas o decisiones de cobertura acerca de cómo se realiza el seguimiento en pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata.
- La mayoría de guías considera como parte del seguimiento de este tipo de pacientes la realización de mediciones séricas del PSA con una periodicidad variable según el riesgo del paciente y tratamiento instaurado. Sin embargo, la recomendación de estos procedimientos se sustenta en evidencia de baja calidad o mediante consenso de expertos.
- Brasil, Chile, Colombia y México consideran dentro de sus planes públicos de cobertura la medición periódica del PSA como procedimiento de seguimiento en pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata sin especificación del estadio ni la duración del seguimiento.
- En resumen, la revisión de la evidencia científica no reporta evidencia a favor de un esquema estándar de seguimiento en pacientes sobrevivientes con cáncer de próstata, sin embargo, la mayoría considera al PSA en forma seriada como un procedimiento fundamental después de finalizado el tratamiento con intención curativa. Consecuentemente, junto con un grupo de expertos en oncología en base a su experiencia clínica y los hallazgos de la literatura revisada se logró consensuar una serie de recomendaciones que se describen en el Anexo 1.
- Por lo expuesto, el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - IETSI, recomienda tomar esta evaluación como una oportunidad importante para generar y recomendar una propuesta que estandarice los procesos de seguimiento en pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata de EsSalud; esto disminuiría la variabilidad de práctica clínica, con la consecuente disminución de exposición a pacientes a procedimientos innecesarios y contribuiría al uso eficiente y racional de los recursos de la institución.





VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abusamra, A., Murshid, E., Kushi, H., Alkhateeb, S., Al-Mansour, M., Saadeddin, A., . . . Ahmad, I. (2016). Saudi oncology society and Saudi urology association combined clinical management guidelines for prostate cancer. *Urol Ann*, 8(2), 123-130. doi:10.4103/0974-7796.176872

American Urological Association (AUA) / American Society for Radiation Oncology (ASTRO) / Society of Urologic Oncology (SUO). (2017). Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Retrieved from <http://www.auanet.org/Documents/education/clinical-guidance/Clinically-Localized-Prostate-Cancer.pdf>

Amin, M. B., & Edge, S. B. (2017). *AJCC cancer staging manual*: Springer.
Cancer Care Ontario. (2015). Follow-up Care and Psychosocial Needs of Survivors of Prostate Cancer. Guideline No 26-4. Retrieved from https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/pebc26-4f_0.pdf



Cancer Research UK. (2016). Survival for prostate cancer. Retrieved from <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/prostate-cancer/survival>

European Association of Urology. (2017). Guidelines on Prostate Cancer. Retrieved from https://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer_2017_web.pdf

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., . . . Bray, F. (2014). GLOBOCAN 2012 v1. 0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. 2013; Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. *globocan. iarc. fr/Default. aspx*.



Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2013). Guía de práctica clínica de cáncer de próstata. Retrieved from http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/02122014_GUIA_S_DE_PRACTICA_CLINICA_DE_CANCER_DE_PROSTATA.pdf

Jackson, K., & Nahata, M. C. (2017). Rising Cost of Anticancer Medications in the United States. *Ann Pharmacother*, 51(8), 706-710. doi:10.1177/1060028017702406

Jacobs, L. A., Palmer, S. C., Schwartz, L. A., DeMichele, A., Mao, J. J., Carver, J., . . . Meadows, A. T. (2009). Adult cancer survivorship: evolution, research, and planning care. *CA Cancer J Clin*, 59(6), 391-410. doi:10.3322/caac.20040

Johnson, D. Y., & Johnson, F. E. (2013). Overview. In F. E. Johnson, Y. Maehara, G. P. Browman, J. A. Margenthaler, R. A. Audisio, J. F. Thompson, D. Y. Johnson, C. C. Earle, & K. S. Virgo (Eds.), *Patient Surveillance After Cancer Treatment* (pp. 1-7). Totowa, NJ: Humana Press.

Kemp, W. L., Burns, D. K., & Brown, T. G. (2008). Chapter 17. Pathology of the Male and Female Reproductive Tract and Breast *Pathology: The Big Picture*. New York, NY: The McGraw-Hill Companies.

Klein, E. A. (2017). Prostate cancer: Risk stratification and choice of initial treatment. *Waltham, MA: UpToDate*.

Klein, E. A., Ciezki, J. P., Vogelzang, N., Lee, W. R., Richie, J., & Ross, M. E. (2017). Initial approach to low- and very low-risk clinically localized prostate cancer. *Waltham, MA: UpToDate*.

Loblaw, A., Souter, L. H., Canil, C., Breau, R. H., Haider, M., Jamnicky, L., . . . Matthew, A. (2017). Follow-up Care for Survivors of Prostate Cancer - Clinical Management: a Program in Evidence-Based Care Systematic Review and Clinical Practice Guideline. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 29(11), 711-717. doi:10.1016/j.clon.2017.08.004

Maygarden, S. (2015). Urologic Pathology of the Lower Urinary Tract, Male GU System and Kidney. In H. M. Reisner (Ed.), *Pathology: A Modern Case Study*. New York, NY: McGraw-Hill Education.

Merkow, R. P., Korenstein, D., Yeahia, R., Bach, P. B., & Baxi, S. S. (2017). Quality of Cancer Surveillance Clinical Practice Guidelines: Specificity and Consistency of Recommendations. *JAMA Intern Med*, 177(5), 701-709. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0079

Ministerio de Salud. (2015). Guía Clínica AUGÉ: cáncer de próstata en personas de 15 años y más. Retrieved from http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Cancer-de_prostata_25-nov-2015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Prostata.pdf

National Comprehensive Cancer Network. (2017). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Prostate Cancer (Version 2.2017)* Vol. 2017. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf

National Institute of Care and Health Excellence (NICE). (2014). Prostate cancer: diagnosis and management. Clinical guideline [CG175]. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg175/evidence/full-guideline-pdf-191710765>

Penson, D. F. (2017). Follow-up surveillance during and after treatment for prostate cancer. *Waltham, MA: UpToDate*.

Piñeros, M., Ramos, W., Antoni, S., Abriata, G., Medina, L. E., Miranda, J. J., . . . Bray, F. (2017). Cancer patterns, trends, and transitions in Peru: a regional perspective. *The Lancet Oncology*, 18(10), e573-e586. doi:10.1016/S1470-2045(17)30377-7

Resnick, M. J., Lacchetti, C., Bergman, J., Hauke, R. J., Hoffman, K. E., Kungel, T. M., . . . Penson, D. F. (2015). Prostate Cancer Survivorship Care Guideline: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement. *Journal of Clinical Oncology*, 33(9), 1078-1085. doi:10.1200/jco.2014.60.2557

Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. (2016). Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. Retrieved from <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/PORTARIA-N-498-DE-11-DE-MAIO-DE-2016.pdf>

Secretaría de Salud. (2010). Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. Retrieved from



http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/140_GPC_CA_PR_OSTATA/Gpc_ca_prostata.pdf

Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: developing guidelines. *Bmj*, 318(7183), 593-596.

Siddiqui, M., & Rajkumar, S. V. (2012). The high cost of cancer drugs and what we can do about it. *Mayo Clin Proc*, 87(10), 935-943. doi:10.1016/j.mayocp.2012.07.007



VIII. ANEXO

ANEXO 1. RECOMENDACIONES DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE PRÓSTATA

Las siguientes recomendaciones están dirigidas a los médicos especialistas que participan en el seguimiento de pacientes sobrevivientes al cáncer de próstata en los hospitales del tercer nivel de EsSalud a nivel nacional:

Diagnóstico/condición de salud (estadio según AJCC)	Seguimiento* de paciente sobreviviente al cáncer de próstata
Grupo etario	Adultos
Tiempo de seguimiento	El paciente será seguido durante diez años ¹
Recomendaciones específicas para el seguimiento	<p>Evaluación médica por especialista en oncología o en el manejo de pacientes oncológicos y medición del PSA a las seis semanas después del tratamiento definitivo, luego cada tres meses durante los dos primeros años, seguido de mediciones cada seis meses hasta completar cinco años, y posteriormente de forma anual.</p> <p>Otros exámenes de laboratorio, marcadores tumorales y exámenes radiológicos, no son recomendables para el seguimiento.</p>

* Solo se considera en este proceso de seguimiento a los pacientes que ya terminaron su tratamiento oncológico y están asintomáticos del cáncer de próstata. En caso de presentar síntomas, se debe iniciar el proceso diagnóstico según protocolo institucional.

¹ En base a la guía de la AUA / ASTRO / SUO (American Urological Association (AUA) / American Society for Radiation Oncology (ASTRO) / Society of Urologic Oncology (SUO), 2017).

