

# Guía de Práctica Clínica

**IETSI** | INSTITUTO DE  
EsSalud | EVALUACIÓN DE  
TECNOLOGÍAS EN  
SALUD E  
INVESTIGACIÓN

para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento  
inicial de cáncer de próstata localizado  
y localmente avanzado



**BICENTENARIO  
PERÚ 2021**



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO INICIAL DE CÁNCER DE  
PRÓSTATA LOCALIZADO Y LOCALMENTE  
AVANZADO**

**ANEXOS**

**GPC N° 40**

**Mayo 2021**

**SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

Fiorella Molinelli Aristondo

**Presidente Ejecutivo, EsSalud**

Alfredo Barredo Moyano

**Gerente General, EsSalud**

**INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI**

Cristian Díaz Vélez

**Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

Ricardo Eric Peña Sánchez

**Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Moisés Alexander Apolaya Segura

**Gerente de la Dirección de Investigación en Salud**

Héctor Miguel Garavito Farro

**Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia**

Lourdes del Rocío Carrera Acosta

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

**Asesores del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

**Grupo elaborador**

- Cuentas Jara Mariano Jaime, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Codier Mariaca Abel, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Velarde Ponce Luis Alberto, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Romero Pinedo Atilio Renan, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Livano Yberico Teófilo, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Cuevas Muñoz Nelson, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud
- Broncano Huasasquiche Oswaldo, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Goicochea Lugo Sergio André, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud
- Delgado Flores Carolina Jaqueline, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud
- Stefany Salvador Salvador, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud
- Santos Sánchez Vladimir, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud
- Lourdes Carrera Acosta, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, EsSalud

**Revisor Metodológico**

Dr. Álvaro Taype Rondán

Médico cirujano magister en Ciencias Epidemiológicas por la Universidad Peruana Cayetano Heredia

EviSalud – Evidencias en Salud

Perú

**Revisor Externo**

Dr. Fernando Quiroa Vera

Médico cirujano especialista en urología oncológica.

Médico asistente del Departamento de Urología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

Perú

Dr. Martin Angel

Médico especialista en oncología médica.

Unidad de tumores Genito Urinarios del Instituto Alexander Fleming

Argentina

**Financiamiento**

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

**Citación**

Este documento debe ser citado como: “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: Anexos. Lima: EsSalud; 2021”

**Agradecimientos**

Agradecemos a Milton A. Romero-Robles, (Escuela de Medicina, Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Ancash, Perú) por su colaboración en la evaluación de la calidad de guías de práctica clínica y riesgo de sesgos de los estudios primarios.

**Datos de contacto**

Lourdes del Rocío Carrera Acosta

Correo electrónico: [lourdes.carrera@essalud.gob.pe](mailto:lourdes.carrera@essalud.gob.pe)

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

**Tabla de Contenido**

Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica ..... 7

Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica ..... 10

    Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata? ..... 10

    Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)? ..... 13

    Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)? ..... 16

    Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)? ..... 18

    Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración? ..... 22

    Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante? ..... 26

Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios ..... 29

    Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata? ..... 29

    Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)? ..... 30

    Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)? ..... 31

    Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)? ..... 32

    Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración? ..... 33

    Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de

deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante? .....	34
Anexo N° 4: Consideraciones de implementación y monitoreo de las recomendaciones .....	35
Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata? .....	35
Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)? .....	36
Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)? .....	37
Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)? .....	38
Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración? .....	39
Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante? .....	40
Anexo N° 5: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC... 41	
Anexo N° 6: Prioridades de investigación .....	44

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
PARA EL TAMIZAJE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA  
LOCALIZADO Y LOCALMENTE AVANZADO**

**ANEXOS**

**Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica**

Criterios de inclusión de las guías de práctica clínica (GPC):

- La GPC emitió recomendaciones
- La población de la GPC fueron varones en riesgo de cáncer de próstata o recientemente diagnosticados con cáncer de próstata
- El tópico de la GPC incluye tamizaje, diagnóstico o tratamiento inicial
- La GPC fue publicada entre enero del 2015 y diciembre del 2020
- La GPC basó sus recomendaciones en revisiones sistemáticas de la literatura
- La GPC no es adaptada o adoptada

**Detalles de la búsqueda:**

Buscador, repositorio, u organismo elaborador	Términos de búsqueda	Observaciones	Resultados que cumplieron con los criterios de inclusión
<b>Buscadores o repositorios:</b>			
Trip database ( <a href="https://www.tripdatabase.com">https://www.tripdatabase.com</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate cancer</li> </ul>		2
Base internacional de guías GRADE ( <a href="http://sites.bvsalud.org/bigb/biblio">http://sites.bvsalud.org/bigb/biblio</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate cancer</li> <li>• Cancer de prostata</li> </ul>		3
PubMed ( <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ("Prostatic Neoplasms"[Mesh] OR "prostatic neoplasms"[Tiab] OR "prostate cancer"[Tiab]) AND (guideline[Publication Type] OR guideline*[TI] OR recommendation*[TI])</li> </ul>	Se usó el filtro para los últimos 05 años	3
Google Scholar ( <a href="https://scholar.google.com.pe/">https://scholar.google.com.pe/</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate cancer guideline guidelines</li> <li>• Cancer de prostata guia clinica</li> </ul>	<i>Se revisaron solo los primeros 100 resultados</i>	4
Google ( <a href="https://www.google.com">https://www.google.com</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostate cancer guideline guidelines</li> <li>• Cancer de prostata guia clinica</li> </ul>	<i>Se revisaron solo los primeros 100 resultados</i>	3
<b>Organismos elaboradores</b>			
National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE) ( <a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protate cancer</li> </ul>	<i>Se usó el filtro "Clinical Guidelines"</i>	1
Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de España ( <a href="http://portal.guiasalud.es">http://portal.guiasalud.es</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer de prostata</li> </ul>		0
IETS Colombia ( <a href="http://www.iets.org.co/">http://www.iets.org.co/</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer de prostata</li> </ul>		0
Ministerio de salud de Chile ( <a href="https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/">https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/</a> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer de prostata</li> </ul>		1



**Evaluación preliminar de las GPC identificadas:**

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 08 GPC que cumplieron con los criterios de inclusión:

Institución o autor	Título	País o región	Año de publicación
European Association of Urology (EUA), European Association of Nuclear Medicine (EANM), European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO), European Society of Urogenital Radiology (ESUR), e International Society of Geriatric Oncology (SIOG) – [GPC EUA]	EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer	Europa	2020
European Society of Medical Oncology (ESMO) – [GPC ESMO]	Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Europa	2020
National Comprehensive Cancer Network (NCCN) – [GPC NCCN]	Prostate Cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology	EEUU	2020
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – [GPC NICE]	Prostate cancer: diagnosis and management	Reino Unido	2019
American Society for Radiation Oncology (ASTRO), American Society of Clinical Oncology (ASCO), y American Urological Association (AUA) – [GPC ASTRO]	Hypofractionated Radiation Therapy for Localized Prostate Cancer: An ASTRO, ASCO, and AUA Evidence-Based Guideline	EEUU	2018
American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Urological Association (AUA), American Society for Radiation Oncology (ASTRO), y Society of Urologic Oncology (SUO) – [GPC ASCO]	Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an American Urological Association/American Society for Radiation Oncology/ Society of Urologic Oncology Guideline	EEUU	2018
American Urological Association (AUA) – [GPC AUA]	Early detection of prostate cancer: AUA guideline	EEUU	2018
Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA), y Cancer Council Australia (CCA) – [GPC PCFA]	PSA testing and early management of test-detected prostate cancer	Australia	2016
Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) – [GPC MINSAL]	Guía Clínica AUGE cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Chile	2015

Seguidamente, dos metodólogos procedieron a evaluar estas GPC en forma independiente utilizando el dominio 3 (rigor metodológico) del instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-II* (AGREE-II). Se discutieron los ítems de AGREE-II con diferencias mayores a 2 puntos para llegar a un consenso, y un tercer metodólogo participó cuando no hubiese acuerdo. Los puntajes de las GPC se muestran a continuación:

Ítems	GPC EUA	GPC ESMO	GPC NCCN	GPC NICE	GPC ASTRO	GPC ASCO	GPC AUA	GPC PCFA	GCP MINSAL
1. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	85,7%	14,3%	42,9%	85,7%	71,4%	71,4%	71,4%	100%	71,4%

2. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	85,7%	28,6%	42,9%	71,4%	71,4%	71,4%	85,7%	85,7%	71,4%
3. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	85,7%	57,1%	28,6%	85,7%	71,4%	57,1%	85,7%	100%	57,1%
4. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	85,7%	71,4%	71,4%	85,7%	100%	42,9%	85,7%	71,4%	85,7%
5. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	85,7%	71,4%	71,4%	85,7%	100%	71,4%	85,7%	71,4%	85,7%
6. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan	85,7%	85,7%	57,1%	85,7%	100%	71,4%	71,4%	85,7%	85,7%
7. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	28,6%	57,1%	71,4%	71,4%	71,4%	14,3%	71,4%	85,7%	71,4%
8. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	85,7%	71,4%	57,1%	71,4%	85,7%	14,3%	57,1%	71,4%	57,1%
<b>Total</b>	<b>75%</b>	<b>50%</b>	<b>48%</b>	<b>77%</b>	<b>81%</b>	<b>44%</b>	<b>73%</b>	<b>81%</b>	<b>69%</b>

Como se observa, se identificaron 06 GPC que obtuvieron un puntaje mayor a 60% en el dominio 3 del instrumento AGREE-II. Sin embargo, el GEG consideró que, debido a la antigüedad de algunas GPC y a que fueron realizadas en contextos diferentes al nuestro, no era posible adoptar ninguna de ellas. Por ello, se decidió elaborar una GPC *de novo*, y tomar en cuenta las revisiones sistemáticas realizadas por las GPC incluidas en esta búsqueda cuando sea necesario.

**Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica**

Para todas las preguntas, se buscaron documentos cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés.

Abreviaturas:

- ECA: Ensayos clínicos aleatorizados
- RS: Revisiones sistemáticas
- RN: Revisiones narrativas
- EO: Estudio observacional
- ECNA: Ensayo clínico no aleatorizado o cuasi-experimental

**Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
1	Varones adultos con o sin factores de riesgo de cáncer de próstata, sin diagnóstico previo de cáncer de próstata	Tamizaje / No tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad por cáncer de próstata</li> <li>• Incidencia de cáncer de próstata</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Complicaciones y efectos adversos</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 1	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a junio de 2020	• PubMed: 356	PICO N° 1	21	08

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

***Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 1:***

Estrategia de búsqueda:

<b>Base de datos: PubMed</b>
Fecha de búsqueda: junio de 2020
Filtros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>

	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab])))
#2	Intervención	("Mass Screening"[Mesh] OR "Early Detection of Cancer"[Mesh] OR "Early detection"[Tiab] OR Screening[Tiab] OR (case detection[Tiab] OR case finding[Tiab]))
#3	Comparador	-
#4	Desenlace	-
#5	Tipo de estudio	("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[Tiab] OR "Meta Analysis"[Tiab] OR "Meta Analyses"[Tiab] OR Metaanalysis[Tiab])
#6	Término final	#1 AND #2 AND #5

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 1:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, Bawor M, Banfield L, Profetto J. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med. 2018 Mar;16(2):149-154.</li> </ul>	RS	Desenlaces son de precisión diagnóstica, no son desenlaces clínicos de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lee YJ, Park JE, Jeon BR, Lee SM, Kim SY, Lee YK. Is prostate-specific antigen effective for population screening of prostate cancer? A systematic review. Ann Lab Med. 2013 Jul;33(4):233-41.</li> </ul>	RS	Revisión de revisiones sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> <li>PSA-based screening for prostate cancer. Too many adverse effects. Prescrire Int. 2012 Sep;21(130):215-7. PMID: 23016259.</li> </ul>	RN	No es revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Van Meerhaeghe A, Velkeniers B. Response to population screening for prostate cancer: an overview of available studies and meta-analysis. Int J Urol. 2012 Jun;19(6):591.</li> </ul>	Carta al editor	No es revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force</li> </ul>	RS	No publicado como artículo científico.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. BJU Int. 2011 Mar;107(6):882-91.</li> </ul>	RS	Se cuenta con una versión actualizada de la revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Roobol MJ, Carlsson S, Hugosson J. Meta-analysis finds screening for prostate cancer with PSA does not reduce prostate cancer-related or all-cause mortality but results likely due to heterogeneity - the two highest quality studies identified do find prostate cancer-related mortality reductions. Evid Based Med. 2011 Feb;16(1):20-1.</li> </ul>	Carta al editor	No es revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Smith JA. Commentary on "prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: Mortality results after 13</li> </ul>	Carta al editor	No es revisión sistemática

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
years of follow-up". Urol Oncol. 2012 Nov-Dec;30(6):960-1.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt T. Screening for prostate cancer: a Cochrane systematic review. Cancer Causes Control. 2007 Apr;18(3):279-85.</li> </ul>	RS	Se cuenta con una versión actualizada de la revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. J Am Board Fam Pract. 2003 Mar-Apr;16(2):95-101</li> </ul>	RS	Desenlaces son de precisión diagnóstica, no son desenlaces clínicos de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bunting PS. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen: beware the biases. Clin Chim Acta. 2002 Jan;315(1-2):71-97.</li> </ul>	RN	No es una revisión sistemática
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. Fam Pract. 1999 Dec;16(6):621-6.</li> </ul>	RS	Desenlaces son de precisión diagnóstica, no son desenlaces clínicos de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aziz DC, Barathur RB. Prostate-specific antigen and prostate volume: a meta-analysis of prostate cancer screening criteria. J Clin Lab Anal. 1993;7(5):283-92.</li> </ul>	RS	No son los desenlaces de interés

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 1:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A, Agoritsas T, Dahm P. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2018 Sep 5;362:k3519.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018 May 8;319(18):1914-1931.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pron G. Prostate-Specific Antigen (PSA)-Based Population Screening for Prostate Cancer: An Evidence-Based Analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2015 May 1;15(10):1-64.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hayes JH, Barry MJ. Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: a review of current evidence. JAMA. 2014 Mar 19;311(11):1143-9.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;(1):CD004720.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lumen N, Fonteyne V, De Meerleert G, Ost P, Villeirs G, Mottrie A, De Visschere P, De Troyer B, Oosterlinck W. Population screening for prostate cancer: an overview of available studies and meta-analysis. Int J Urol. 2012 Feb;19(2):100-8.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailey SJ, Brewster SF. Prostate cancer: to screen or not to screen. Arch Esp Urol. 2011 Jun;64(5):406-18. English, Spanish. PMID: 21705812.</li> </ul>	RS

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, Dahm P. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010 Sep 14;341:c4543.</li> </ul>	RS

**Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
2	Varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US)	Biopsia guiada por US por vía transperineal / Biopsia guiada por US por vía transrectal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de casos detectados de cáncer de próstata</li> <li>Complicaciones relacionadas con la biopsia</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 2	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a agosto de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>PubMed: 17</li> </ul>	PICO N° 2	10	03

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

***Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 2:***

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: agosto de 2020		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab])))
#2	Intervención	(Transperineal[Tiab] AND ("prostate biopsy"[Tiab] OR approach[Tiab]))
#3	Comparador	(Transrectal[Tiab] AND ("prostate biopsy"[Tiab] OR approach[Tiab]))
#4	Desenlace	-

#5	Tipo de estudio	((("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[Tiab] OR "Meta Analysis"[Tiab] OR "Meta Analyses"[Tiab] OR Metaanalysis[Tiab]))
#6	Término final	#1 AND #2 AND #5

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 2:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Loy LM, Lim GH, Leow JJ, Lee CH, Tan TW, Tan CH. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging and ultrasound guided fusion biopsy of prostate for cancer detection-Comparing transrectal with transperineal approaches. Urol Oncol. 2020 Aug;38(8):650-660.</li> </ul>	RS	No es la guía imagenológica de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tu X, Liu Z, Chang T, Qiu S, Xu H, Bao Y, Yang L, Wei Q. Transperineal Magnetic Resonance Imaging-Targeted Biopsy May Perform Better Than Transrectal Route in the Detection of Clinically Significant Prostate Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. Clin Genitourin Cancer. 2019 Oct;17(5):e860-e870.</li> </ul>	RS	No es la guía imagenológica de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Shoji S. Magnetic resonance imaging-transrectal ultrasound fusion image-guided prostate biopsy: Current status of the cancer detection and the prospects of tailor-made medicine of the prostate cancer. Investig Clin Urol. 2019 Jan;60(1):4-13.</li> </ul>	RS	No es la guía imagenológica de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Roberts MJ, Bennett HY, Harris PN, Holmes M, Grummet J, Naber K, Wagenlehner FME. Prostate Biopsy-related Infection: A Systematic Review of Risk Factors, Prevention Strategies, and Management Approaches. Urology. 2017 Jun;104:11-21.</li> </ul>	RS	No aborda la comparación de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Borghesi M, Ahmed H, Nam R, Schaeffer E, Schiavina R, Taneja S, Weidner W, Loeb S. Complications After Systematic, Random, and Image-guided Prostate Biopsy. Eur Urol. 2017 Mar;71(3):353-365.</li> </ul>	RS	No aborda la comparación de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toner L, Bolton DM, Lawrentschuk N. Prevention of sepsis prior to prostate biopsy. Investig Clin Urol. 2016 Mar;57(2):94-9.</li> </ul>	RS	No aborda la comparación de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nelson AW, Harvey RC, Parker RA, Kastner C, Doble A, Gnanapragasam VJ. Repeat prostate biopsy strategies after initial negative biopsy: meta-regression comparing cancer detection of transperineal, transrectal saturation and MRI guided biopsy. PLoS One. 2013;8(2):e57480.</li> </ul>	RS	No aborda la población de interés.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 2:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Xiang J, Yan H, Li J, Wang X, Chen H, Zheng X. Transperineal versus transrectal prostate biopsy in the diagnosis of prostate cancer: a</li> </ul>	RS

<b>Estudios</b>	<b>Diseño</b>
systematic review and meta-analysis. World J Surg Oncol. 2019 Feb 13;17(1):31.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Xue J, Qin Z, Cai H, Zhang C, Li X, Xu W, Wang J, Xu Z, Yu B, Xu T, Zou Q. Comparison between transrectal and transperineal prostate biopsy for detection of prostate cancer: a meta-analysis and trial sequential analysis. Oncotarget. 2017 Apr 4;8(14):23322-23336.</li></ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Shen PF, Zhu YC, Wei WR, Li YZ, Yang J, Li YT, Li DM, Wang J, Zeng H. The results of transperineal versus transrectal prostate biopsy: a systematic review and meta-analysis. Asian J Androl. 2012 Mar;14(2):310-5.</li></ul>	RS



**Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Prueba de oro (Gold standard)	Desenlaces
3	Varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio en quienes se decida realizar prostatectomía radical como primera opción terapéutica	Nomograma Briganti / Nomograma Partin / Nomograma MSKCC /	Histopatología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilidad</li> <li>• Especificidad</li> <li>• Área bajo la curva (AUC)</li> <li>• Detección de infiltración de linfonodos pélvicos.</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citas evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 3	Búsqueda de novo de RS de estudios diagnósticos	Desde el inicio de los tiempos a setiembre de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PubMed: 06</li> </ul>	PICO N° 3	01	01

A continuación se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

**Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 3:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: setiembre de 2020		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab])))
#2	Intervención / comparador	((nomogram*[Tiab] OR predictor*[Tiab] OR Briganti[Tiab] OR Yale[Tiab] OR Partin[Tiab] OR "Memorial Sloan Kettering Cancer Center"[Tiab] OR MSKCC[Tiab] OR tool[Tiab])) AND (("lymph node dissection"[Tiab] OR "lymph node invasion"[Tiab] OR LNI[Tiab] OR lymphadenectomy[Tiab]))
#3	Desenlace	-

#4	Tipo de estudio	((("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[Tiab] OR "Meta Analysis"[Tiab] OR "Meta Analyses"[Tiab] OR Metaanalysis[Tiab]))
#5	Término final	#1 AND #2 AND #4

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 3:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se excluyeron citas</li> </ul>	-	-

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 3:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cimino S, Reale G, Castelli T, Favilla V, Giardina R, Russo GI, Privitera S, Morgia G. Comparison between Briganti, Partin and MSKCC tools in predicting positive lymph nodes in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. Scand J Urol. 2017 Oct;51(5):345-350.</li> </ul>	RS

**Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
4	Varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, sometidos a prostatectomía radical más linfadenectomía pélvica	Linfadenectomía pélvica extendida (LPex) / Linfadenectomía pélvica estándar (LPe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervivencia global</li> <li>• Supervivencia libre de recurrencia bioquímica</li> <li>• Supervivencia libre de metástasis</li> <li>• Supervivencia libre de enfermedad específica</li> <li>• Detección de linfonodos positivos</li> <li>• Complicaciones</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 4	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a junio de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PubMed: 60</li> </ul>	PICO N° 4	10	4
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 4	Búsqueda de ECA	Desde el inicio de los tiempos a febrero 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PubMed: 404</li> <li>• Otras fuentes: 1</li> <li>• Total de citaciones después de excluir duplicados: 405</li> </ul>	PICO N° 4	10	3

A continuación se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

**Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 4:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio de 2020		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[Mesh] or (prostat*[tiab] AND (cancer*[tiab] or neoplas*[tiab] or malignanc*[tiab])))

#2	Intervención	("Lymph Node Excision"[Mesh] or lymphadenectomy[tiab] or ((lymph*[tiab] or node[tiab]) AND (excision*[tiab] or dissection*[tiab])) or PLND[tiab] or sPLND[tiab] or ePLND[tiab] or "extended pelvic lymphdenectomy"[tiab] or "standard pelvic lymphadenectomy"[tiab]))
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fossati N, Willemse PM, et al. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. Eur Urol. 2017 Jul;72(1):84-109. doi: 10.1016/j.eururo.2016.12.003. Epub 2017 Jan 24. PMID: 28126351.</li> </ul>	RS	El estudio no presenta resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mottet N, Bellmunt J, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2017 Apr;71(4):618-629. doi: 10.1016/j.eururo.2016.08.003. Epub 2016 Aug 25. PMID: 27568654.</li> </ul>	GPC	No corresponde al tipo de estudio requerido.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Briganti A, Blute ML, et al. Pelvic lymph node dissection in prostate cancer. Eur Urol. 2009 Jun;55(6):1251-65. doi: 10.1016/j.eururo.2009.03.012. Epub 2009 Mar 10. PMID: 19297079.</li> </ul>	RN	El estudio no presenta resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Soares R, Eden C. Surgical treatment of high-risk prostate cancer. 2014. Minerva urologica e nefrologica. The Italian journal of urology and nephrology.</li> </ul>	RN	El estudio no presenta resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ploussard G, Briganti A, et al. Pelvic lymph node dissection during robot-assisted radical prostatectomy: efficacy, limitations, and complications-a systematic review of the literature. Eur Urol. 2014 Jan;65(1):7-16. doi: 10.1016/j.eururo.2013.03.057. Epub 2013 Apr 6. PMID: 23582879.</li> </ul>	RN	El estudio no presenta resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yuh, Bertram, et al. The role of robot-assisted radical prostatectomy and pelvic lymph node dissection in the management of high-risk prostate cancer: a systematic review. European urology, 2014, vol. 65, no 5, p. 918-927.</li> </ul>	RN	El estudio no presenta resultados para la población de la PICO.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 4.1:</b>	

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>García-Perdomo HA, Correa-Ochoa JJ, et al. Effectiveness of extended pelvic lymphadenectomy in the survival of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. Cent European J Urol. 2018;71(3):262-269.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Choo MS, Kim M, et al. Extended versus Standard Pelvic Lymph Node Dissection in Radical Prostatectomy on Oncological and Functional Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Surg Oncol. 2017 Jul;24(7):2047-2054.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rees T, Raison N, et al. Is extended pelvic lymph node dissection for prostate cancer the only recommended option? A systematic over-view of the literature. Turk J Urol. 2016 Dec;42(4):240-246.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gao, L., Yang, L., Lv, X. et al. A systematic review and meta-analysis of comparative studies on the efficacy of extended pelvic lymph node dissection in patients with clinically localized prostatic carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol 140, 243–256 (2014).</li> </ul>	RS

**Búsqueda B: búsqueda de ECA para la pregunta PICO N° 4:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: febrero 2021		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[Mesh] or (prostat*[tiab] AND (cancer*[tiab] or neoplas*[tiab] or malignanc*[tiab])))
#2	Intervención	("Lymph Node Excision"[Mesh] or lymphadenectomy[tiab] or ((lymph*[tiab] or node[tiab]) AND (excision*[tiab] or dissection*[tiab])) or PLND[tiab] or sPLND[tiab] or ePLND[tiab] or "extended pelvic lymphdenectomy"[tiab] or "standard pelvic lymphadenectomy"[tiab]))
#3	Tipo de estudio	((("Randomized Controlled Trial"[PT] or "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[tiab]) OR ((randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR clinical[tiab] OR control*[tiab]) AND trial[tiab]) OR ((singl*[tiab] OR doubl*[tiab] OR trebl*[tiab] OR tripl*[tiab]) AND (blind*[tiab] OR mask*[tiab])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[tiab]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((crossover[tiab] OR cross-over[tiab] OR "cross over" [tiab]) AND (design*[tiab] OR study[tiab] OR studies[tiab] OR procedure*[tiab] OR trial*[tiab]))
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kim, Kwang Hyun, et al. Extended vs standard lymph node dissection in robot-assisted radical prostatectomy for intermediate-or high-risk prostate cancer: a propensity-score-matching analysis. BJU international 112.2. 2013: 216-223.</li> </ul>	EO	El estudio no corresponde a un ECA y no emitió resultados para

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
		la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ji, Jindong, et al. WITHDRAWN: Is the impact of the extent of lymphadenectomy in radical prostatectomy related to the disease risk? A single center prospective study. 2012: 779-784.</li> </ul>	ECA	ECA retractado por mala conducta científica.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sarkar, Reith R., et al. Association between Radical Prostatectomy and Survival in Men with Clinically Node-positive Prostate Cancer. European urology oncology 2.5. 2019: 584-588.</li> </ul>	EO	No es ECA y no incluyó la población, intervención y comparador de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colicchia, Michele, et al. Therapeutic value of standard versus extended pelvic lymph node dissection during radical prostatectomy for high-risk prostate cancer. Current urology reports 18.7. 2017: 51.</li> </ul>	RN	El estudio no emitió resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fujimoto, Naohiro, et al. Reconsideration on clinical benefit of pelvic lymph node dissection during radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer. Urologia internationalis 103.2. 2019: 125-136.</li> </ul>	RN	El estudio no emitió resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Harbin, Andrew C., and Daniel D. Eun. The role of extended pelvic lymphadenectomy with radical prostatectomy for high-risk prostate cancer. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. Vol. 33. No. 5. Elsevier, 2015.</li> </ul>	RN	El estudio no emitió resultados para la población de la PICO.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Azawi, Nessn H., Katrine Stenfeldt, and Tom Christensen. Overtreatment of prostate cancer may be prevented by extended pelvic lymphadenectomy. Danish medical journal 60.9. 2013: A4709.</li> </ul>	EO	El estudio no emitió resultados para la población de la PICO.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 4:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Clark, Travis, et al. Randomized prospective evaluation of extended versus limited lymph node dissection in patients with clinically localized prostate cancer. The Journal of urology 169.1. 2003: 145-148.</li> </ul>	ECA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lestingi JFP, Guglielmetti GB, Trinh QD, Coelho RF, Pontes J Jr, Bastos DA, Cordeiro MD, Sarkis AS, Faraj SF, Mitre AI, Srougi M, Nahas WC. Extended Versus Limited Pelvic Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Intermediate- and High-risk Prostate Cancer: Early Oncological Outcomes from a Randomized Phase 3 Trial. Eur Urol. 2020 Dec 5:S0302-2838(20)30941-6.</li> </ul>	ECA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwerfeld-Bohr, J., Kaemper, M., Kregge, S., &amp; Heidenreich, A. Prospective randomized multicenter study comparing limited vs extended pelvic lymphadenectomy in intermediate and high risk prostate cancer-comparison of complications (SEAL, AUO AP 55/09). Eur Urol Suppl 2014;13:e270.</li> </ul>	ECA

**Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
5	Varones con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio o alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia más terapia de deprivación androgénica	RT más TDA de largo plazo (24 a 36 meses) / RT más TDA de corto plazo (4 a 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervivencia global</li> <li>• Supervivencia libre de recaída</li> <li>• Supervivencia libre de metástasis</li> <li>• Recaída bioquímica</li> <li>• Metástasis distal</li> <li>• Eventos adversos</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 5	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a marzo de 2021	• PubMed: 46	PICO N° 5	12	04
B	Búsqueda para la pregunta PICO N° 5	Búsqueda de novo de ECA	Desde el inicio de los tiempos a marzo de 2021	• PubMed: 356	PICO N° 5	06	04

A continuación se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

**Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 5:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: marzo de 2021		
Filtros:		
• Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab]))) AND ("Intermediate-risk"[Tiab] OR "High-risk"[Tiab] OR localized[Tiab] OR "locally advanced"[Tiab])
#2	Intervención/ Comparador	(duration[Tiab] OR "long-term"[Tiab] OR "short-term"[Tiab] OR "intermediate-term"[Tiab]) AND ("androgen deprivation"[Tiab] OR

		"androgen suppression"[Tiab] OR "hormonal therapy"[Tiab] OR ADT[Tiab])
#3	Desenlace	-
#4	Tipo de estudio	(("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[Tiab] OR "Meta Analysis"[Tiab] OR "Meta Analyses"[Tiab] OR Metaanalysis[Tiab]))
#5	Término final	#1 AND #2 AND #4

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 5:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jackson WC, Hartman HE, Dess RT, Birer SR, Soni PD, Hearn JWD, Reichert ZR, Kishan AU, Mahal BA, Zumsteg ZS, Efsthathiou JA, Kaffenberger S, Morgan TM, Mehra R, Showalter TN, Krauss DA, Nguyen PL, Schipper MJ, Feng FY, Sandler HM, Hoskin PJ, Roach M 3rd, Spratt DE. Addition of Androgen-Deprivation Therapy or Brachytherapy Boost to External Beam Radiotherapy for Localized Prostate Cancer: A Network Meta-Analysis of Randomized Trials. J Clin Oncol. 2020 Sep 10;38(26):3024-3031.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nguyen PL. Optimization of the Radiation Management of High-Risk Prostate Cancer. Semin Radiat Oncol. 2017 Jan;27(1):43-49.</li> </ul>	RN	No es RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lei JH, Liu LR, Wei Q, Yan SB, Song TR, Lin FS, Yang L, Cao DH, Yuan HC, Xue WB, Lv X, Cai YC, Zeng H, Han P. Systematic review and meta-analysis of the survival outcomes of first-line treatment options in high-risk prostate cancer. Sci Rep. 2015 Jan 12;5:7713.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sun F, Oyesanmi O, Fontanarosa J, Reston J, Guzzo T, Schoelles K. Therapies for Clinically Localized Prostate Cancer: Update of a 2008 Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Dec. Report No.: 15-EHC004-EF.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sasse AD, Sasse E, Carvalho AM, Macedo LT. Androgenic suppression combined with radiotherapy for the treatment of prostate adenocarcinoma: a systematic review. BMC Cancer. 2012 Feb 2;12:54.</li> </ul>	RS	No aborda el comparador de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>D'Amico AV, Chen MH, de Castro M, Loffredo M, Lamb DS, Steigler A, Kantoff PW, Denham JW. Surrogate endpoints for prostate cancer-specific mortality after radiotherapy and androgen suppression therapy in men with localised or locally advanced prostate cancer: an analysis of two randomised trials. Lancet Oncol. 2012 Feb;13(2):189-95.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés
<ul style="list-style-type: none"> <li>Al-Mamgani A, Lebesque JV, Heemsbergen WD, Tans L, Kirkels WJ, Levendag PC, Incrocci L. Controversies in the treatment of high-risk prostate cancer--what is the optimal combination of hormonal therapy and radiotherapy: a review of literature. Prostate. 2010 May 15;70(7):701-9.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés



Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hummel S, Paisley S, Morgan A, Currie E, Brewer N. Clinical and cost-effectiveness of new and emerging technologies for early localised prostate cancer: a systematic review. Health Technol Assess. 2003;7(33):iii, ix-x, 1-157.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención ni comparador de interés

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 5:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Moris L, Cumberbatch MG, Van den Broeck T, Gandaglia G, Fossati N, Kelly B, Pal R, Briers E, Cornford P, De Santis M, Fanti S, Gillessen S, Grummet JP, Henry AM, Lam TBL, Lardas M, Liew M, Mason MD, Omar MI, Rouvière O, Schoots IG, Tilki D, van den Bergh RCN, van Der Kwast TH, van Der Poel HG, Willemsse PM, Yuan CY, Konety B, Dorff T, Jain S, Mottet N, Wiegel T. Benefits and Risks of Primary Treatments for High-risk Localized and Locally Advanced Prostate Cancer: An International Multidisciplinary Systematic Review. Eur Urol. 2020 May;77(5):614-627.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Xue J, Wang Y, Zheng Y, Zhang J, Qi F, Cheng H, Si S, Li R, Li X, Qin Z, Yu B, Zou Q. Efficacy characteristics of different therapeutic modalities for locally advanced prostate cancer: a Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Transl Med. 2018 Sep;6(18):358.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helgstrand JT, Berg KD, Lippert S, Brasso K, Røder MA. Systematic review: does endocrine therapy prolong survival in patients with prostate cancer? Scand J Urol. 2016 Jun;50(3):135-43.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leal F, Figueiredo MA, Sasse AD. Optimal duration of androgen deprivation therapy following radiation therapy in intermediate- or high-risk nonmetastatic prostate cancer: A systematic review and metaanalysis. Int Braz J Urol. 2015 May-Jun;41(3):425-34.</li> </ul>	RS

**Búsqueda B: búsqueda de novo de ECA para la pregunta PICO N° 5:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: marzo de 2021		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab]))) AND ("Intermediate-risk"[Tiab] OR "High-risk"[Tiab] OR localized[Tiab] OR "locally advanced"[Tiab])
#2	Intervención/ Comparador	(duration[Tiab] OR "long-term"[Tiab] OR "short-term"[Tiab] OR "intermediate-term"[Tiab]) AND ("androgen deprivation"[Tiab] OR "androgen suppression"[Tiab] OR "hormonal therapy"[Tiab] OR ADT[Tiab])
#3	Desenlace	-
#4	Tipo de estudio	((clinical[Tiab] AND trial[Tiab]) OR clinical trials as topic[MeSH] OR clinical trial[PT] OR random*[Tiab] OR "random allocation"[MeSH] OR "therapeutic use"[MeSH Subheading])

#5	Exclusión	("Prostatectomy"[Mesh] OR Prostatectomy[Tiab] OR "Transurethral Resection of Prostate"[Mesh] OR "Transurethral Resection of Prostate"[Tiab] OR TURP[Tiab])
#6	Término final	#1 AND #2 AND #4 NOT #5

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 5:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Denham JW, Joseph D, Lamb DS, et al. Short-term androgen suppression and radiotherapy versus intermediate-term androgen suppression and radiotherapy, with or without zoledronic acid, in men with locally advanced prostate cancer (TROG 03.04 RADAR): 10-year results from a randomised, phase 3, factorial trial. <i>Lancet Oncol</i> 2019;20:267–81.</li> </ul>	ECA	Utilizó TDA de tiempo intermedio
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nabid A, Carrier N, Martin AG, et al. Duration of androgen deprivation therapy in high-risk prostate cancer: a randomized phase III trial. <i>Eur Urol</i> 2018;74:432–41.</li> </ul>	ECA	Utilizó TDA de tiempo intermedio

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 5:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lawton CAF, Lin X, Hanks GE, Lepor H, Grignon DJ, Brereton HD, Bedi M, Rosenthal SA, Zeitzer KL, Venkatesan VM, Horwitz EM, Pisansky TM, Kim H, Parliament MB, Rabinovitch R, Roach M 3rd, Kwok Y, Dignam JJ, Sandler HM. Duration of Androgen Deprivation in Locally Advanced Prostate Cancer: Long-Term Update of NRG Oncology RTOG 9202. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys.</i> 2017 Jun 1;98(2):296-303.</li> </ul>	ECA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mirhadi AJ, Zhang Q, Hanks GE, Lepor H, Grignon DJ, Peters CA, Rosenthal SA, Zeitzer K, Radwan JS, Lawton C, Parliament MB, Reznik RS, Sandler HM. Effect of Long-Term Hormonal Therapy (vs Short-Term Hormonal Therapy): A Secondary Analysis of Intermediate-Risk Prostate Cancer Patients Treated on NRG Oncology RTOG 9202. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys.</i> 2017 Mar 1;97(3):511-515.</li> </ul>	ECA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapatero A, Guerrero A, Maldonado X, Alvarez A, Gonzalez San Segundo C, Cabeza Rodríguez MA, Macias V, Pedro Olive A, Casas F, Boladeras A, de Vidales CM, Vazquez de la Torre ML, Villà S, Perez de la Haza A, Calvo FA. High-dose radiotherapy with short-term or long-term androgen deprivation in localised prostate cancer (DART01/05 GICOR): a randomised, controlled, phase 3 trial. <i>Lancet Oncol.</i> 2015 Mar;16(3):320-7.</li> </ul>	ECA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bolla M, de Reijke TM, Van Tienhoven G, Van den Bergh AC, Oddens J, Poortmans PM, Gez E, Kil P, Akdas A, Soete G, Kariakine O, van der Steen-Banasik EM, Musat E, Piérart M, Mauer ME, Collette L; EORTC Radiation Oncology Group and Genito-Urinary Tract Cancer Group. Duration of androgen suppression in the treatment of prostate cancer. <i>N Engl J Med.</i> 2009 Jun 11;360(24):2516-27.</li> </ul>	ECA

**Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 01 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
6	Varones con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado de riesgo intermedio o alto, o localmente avanzado en quienes se decida brindar radioterapia más terapia de deprivación androgénica	RT más Terapia de deprivación androgénica neoadyuvante / RT más Terapia de deprivación androgénica concurrente y/o adyuvante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervivencia global</li> <li>• Supervivencia libre de progresión</li> <li>• Supervivencia libre de metástasis</li> <li>• Mortalidad específica por cáncer de próstata</li> <li>• Metástasis distal</li> <li>• Recurrencia bioquímica</li> <li>• Toxicidad</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 6	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a enero de 2021	• PubMed: 31	PICO N° 6	12	01

A continuación se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

**Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 6:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: enero de 2021		
Filtros:		
• Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	("Prostatic Neoplasms"[MeSH] OR ((Prostatic[Tiab] OR prostate[Tiab]) AND (neoplasm[Tiab] OR cancer[Tiab]))) AND ("Intermediate-risk"[Tiab] OR "High-risk"[Tiab] OR localized[Tiab] OR "locally advanced"[Tiab])
#2	Intervención /Comparador	("androgen deprivation therapy"[Tiab] OR "androgen deprivation therapies"[Tiab] OR "hormone therapy"[Tiab] OR "hormone

		therapies"[Tiab] OR ADT[Tiab] OR "androgen blockade"[Tiab]) AND ("Radiotherapy"[Mesh] OR Radiotherapy[Tiab] OR Radiotherapies[Tiab] OR Radiation[Tiab]) AND ("Neo-adjuvant"[Tiab] OR Neoadjuvant[Tiab] OR Adjuvant[Tiab])
#3	Desenlace	-
#4	Tipo de estudio	((("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[Tiab] OR "Meta Analysis"[Tiab] OR "Meta Analyses"[Tiab] OR Metaanalysis[Tiab]))
#5	Término final	#1 AND #2 AND #4

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 6:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Roy S, Grimes S, Morgan SC, Eapen L, Malone J, Craig J, Spratt DE, Malone S. Patient-reported Outcomes from a Phase III Randomized Controlled Trial Exploring Optimal Sequencing of Short-term Androgen Deprivation Therapy with Prostate Radiotherapy in Localized Prostate Cancer. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys.</i> 2021 Jan 29;S0360-3016(21)00092-4.</li> </ul>	ECA	No es RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Greenberger BA, Zaorsky NG, Den RB. Comparison of Radical Prostatectomy Versus Radiation and Androgen Deprivation Therapy Strategies as Primary Treatment for High-risk Localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Eur Urol Focus.</i> 2020 Mar 15;6(2):404-418.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención y comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tosco L, Briganti A, D'amico AV, Eastham J, Eisenberger M, Gleave M, Haustermans K, Logothetis CJ, Saad F, Sweeney C, Taplin ME, Fizazi K. Systematic Review of Systemic Therapies and Therapeutic Combinations with Local Treatments for High-risk Localized Prostate Cancer. <i>Eur Urol.</i> 2019 Jan;75(1):44-60.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención y comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Liu F, Sun D, Zhou X, Ding Y, Ma Y, Hou Y, Kong X, Wang Z. Effect of adjuvant hormone therapy in patients with prostate cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2018 Dec;97(50):e13145.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leal F, Figueiredo MA, Sasse AD. Optimal duration of androgen deprivation therapy following radiation therapy in intermediate- or high-risk nonmetastatic prostate cancer: A systematic review and metaanalysis. <i>Int Braz J Urol.</i> 2015 May-Jun;41(3):425-34.</li> </ul>	RS	No aborda la intervención y comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hu J, Xu H, Zhu W, Wu F, Wang J, Ding Q, Jiang H. Neo-adjuvant hormone therapy for non-metastatic prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of 5,194 patients. <i>World J Surg Oncol.</i> 2015 Feb 22;13:73.</li> </ul>	RS	No aborda el comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lei JH, Liu LR, Wei Q, Yan SB, Song TR, Lin FS, Yang L, Cao DH, Yuan HC, Xue WB, Lv X, Cai YC, Zeng H, Han</li> </ul>	RS	No aborda la intervención y

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
P. Systematic review and meta-analysis of the survival outcomes of first-line treatment options in high-risk prostate cancer. Sci Rep. 2015 Jan 12;5:7713.		comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Shelley MD, Kumar S, Wilt T, Staffurth J, Coles B, Mason MD. A systematic review and meta-analysis of randomised trials of neo-adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma. Cancer Treat Rev. 2009 Feb;35(1):9-17.</li> </ul>	RS	No aborda el comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kumar S, Shelley M, Harrison C, Coles B, Wilt TJ, Mason MD. Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD006019.</li> </ul>	RS	No aborda el comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alibhai SM, Klotz LH. A systematic review of randomized trials in localized prostate cancer. Can J Urol. 2004 Feb;11(1):2110-7. PMID: 15003149.</li> </ul>	RS	No aborda intervención y comparador de interés.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wilson KS, Ludgate CM, Wilson AG, Alexander AS. Neoadjuvant hormone therapy and radical radiotherapy for localized prostate cancer: poorer biochemical outcome using flutamide alone. Can J Urol. 2000 Oct;7(5):1099-103.</li> </ul>	EO	No es RS y no abordar la intervención y comparador de interés.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 6:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Spratt DE, Malone S, Roy S, Grimes S, Eapen L, Morgan SC, Malone J, Craig J, Dess RT, Jackson WC, Hartman HE, Kishan AU, Mehra R, Kaffenberger S, Morgan TM, Reichert ZR, Alumkal JJ, Michalski J, Lee WR, Pisansky TM, Feng FY, Shipley W, Sandler HM, Schipper MJ, Roach M 3rd, Sun Y, Lawton CAF. Prostate Radiotherapy With Adjuvant Androgen Deprivation Therapy (ADT) Improves Metastasis-Free Survival Compared to Neoadjuvant ADT: An Individual Patient Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2021 Jan 10;39(2):136-144.</li> </ul>	RS

**Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios**

**Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Ilic (2018)	Fenton (2018)	Pron (2015)	Hayes (2014)	Ilic (2013)	Lumen (2012)	Bailey (2011)	Djulbe govic (2010)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X	X	X	X	X	X	-	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	X	-	-	-	X	-	-	-
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X	X	X	X	X	X	-	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X	-	-	-	X	-	-	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X	X	-	-	X	-	-	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	-	-	-	-	X	X	-	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X	X	X	-	X	X	X	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X	-	-	-	X	-	-	X
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	X	-	X	-	X	-	-	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	X	No se realizó MA	No se realizó MA	No se realizó MA	X	X	No se realizó MA	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	X	No se realizó MA	No se realizó MA	No se realizó MA	X	-	No se realizó MA	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	X	-	-	-	X	-	-	-
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	X	-	-	-	X	X	-	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X	-	-	-	X	-	-	-
16. Se declararon los conflictos de interés	X	X	X	X	X	X	-	X
<b>Puntaje</b>	<b>14/16</b>	<b>5/14</b>	<b>5/14</b>	<b>3/14</b>	<b>15/16</b>	<b>7/16</b>	<b>1/14</b>	<b>9/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Baja</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Críticamente baja</b>

**Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Xiang (2019)	Xue (2017)	Shen (2012)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X	X	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	-	-	-
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X	-	-
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X	X	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X	X	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X	X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	X	-	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X	X	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X	-	X
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	-	-	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	X	-	-
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	X	-	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	X	-	-
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	X	X	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X	X	-
16. Se declararon los conflictos de interés	X	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>14/16</b>	<b>8/16</b>	<b>8/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Baja</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Críticamente baja</b>

**Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Cimino (2017)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	-
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	-
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	-
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	-
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	-
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X
16. Se declararon los conflictos de interés	X
<b>Puntaje</b>	<b>8/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Críticamente baja</b>



**Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Gao (2014)	Rees (2016)	Choo (2017)	García-Perdomo (2018)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X	X	X	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	-	-	-	X
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X	X	X	X
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X	-	X	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X	-	X	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X	-	X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	-	-	-	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X	x	X	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X	-	-	X
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	-	-	-	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	X	-	X	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	-	-	-	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	-	-	-	X
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	-	-	-	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X	-	X	-
16. Se declararon los conflictos de interés	X	X	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>10/16</b>	<b>4/16</b>	<b>9/16</b>	<b>12/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Críticament e baja</b>	<b>Críticament e baja</b>	<b>Críticament e baja</b>	<b>Críticament e baja</b>

Evaluación de los ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

Tipo de sesgo	Ítems del instrumento	Clark (2003)	Schwerfeld-Bohr (2014)	Lestingi (2020)
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	Alto riesgo	Poco claro	Poco claro
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	Alto riesgo	Poco claro	Poco claro
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	Alto riesgo	Poco claro	Poco claro
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	Bajo riesgo	Poco claro	Bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	Poco claro	Poco claro	Bajo riesgo

**Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Moris (2020)	Xue (2018)	Helgstrand (2016)	Leal (2015)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X	X	X	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	X	-	-	-
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X	X	-	-
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X	X	X	-
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X	-	-	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X	X	-	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	-	-	-	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X	X	X	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X	X	-	-
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	-	-	-	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	No se realizó MA	X	No se realizó MA	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	No se realizó MA	-	No se realizó MA	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	-	-	-	-
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	-	-	-	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	-	-	-	-
16. Se declararon los conflictos de interés	X	X	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>9/14</b>	<b>8/16</b>	<b>4/14</b>	<b>7/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Críticamen te baja</b>	<b>Críticamen te baja</b>	<b>Críticamen te baja</b>	<b>Críticamen te baja</b>

Evaluación de los ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

Tipo de sesgo	Ítems del instrumento	Lawton (2017)	Mirhadi (2017)	Zapatero (2015)	Bolla (2009)
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	Poco claro	Poco claro	Alto riesgo	Poco claro
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	Poco claro	Poco claro	Alto riesgo	Poco claro
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo

**Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Spratt (2021)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	-
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	-
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	-
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	-
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	-
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	-
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (meta-análisis)	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del meta-análisis	-
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	-
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	-
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	-
16. Se declararon los conflictos de interés	X
<b>Puntaje</b>	<b>6/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Críticamente baja</b>

Evaluación de los ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

Tipo de sesgo	Ítems del instrumento	Malone (2019)	Roach (2018)
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	Bajo riesgo	Bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	Alto riesgo	Alto riesgo
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	Alto riesgo	Alto riesgo
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	Bajo riesgo	Bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	Alto riesgo	Alto riesgo

**Anexo N° 4: Consideraciones de implementación y monitoreo de las recomendaciones**

**Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario asegurar la disponibilidad del insumos necesarios para la determinación de PSA y el sistema de referencia de muestras biológicas para centros de salud que no cuenten con laboratorio.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con factores de riesgo en quienes se realizará el tamizaje de cáncer de próstata:
  - Fórmula: varones adultos con factores de riesgo en quienes se realizará el tamizaje de cáncer de próstata / varones adultos con factores de riesgo para cáncer de próstata asegurados
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud

**Pregunta 2. En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario asegurar la funcionalidad de los equipos de ultrasonografía y transductores para la realización del procedimiento.
- Es necesario asegurar la disponibilidad de recursos humanos como personal de anestesiología y logísticos como sala para procedimientos necesarios para el tipo de vía a utilizar.
- Es necesario asegurar la disponibilidad de antibióticos necesarios para la profilaxis previo al procedimiento: quinolonas como ciprofloxacino, cefalosporinas como cefazolina, y sus alternativas terapéuticas en caso de resistencia o contraindicación.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con sospecha de cáncer de próstata a los cuales se les realiza una primera biopsia guiada por ultrasonografía por vía transperineal:
  - Fórmula: varones adultos con sospecha de cáncer de próstata a los cuales se les realiza una primera biopsia de próstata guiada por ultrasonografía por vía transperineal / varones adultos con sospecha de cáncer de próstata en quienes se decida realizar biopsia de próstata guiada por ultrasonografía
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud
- La proporción de varones adultos con sospecha de cáncer de próstata a los cuales se les realiza una primera biopsia guiada por ultrasonografía por vía transrectal:
  - Fórmula: varones adultos con sospecha de cáncer de próstata a los cuales se les realiza una primera biopsia de próstata guiada por ultrasonografía por vía transrectal / varones adultos con sospecha de cáncer de próstata en quienes se decida realizar biopsia de próstata guiada por ultrasonografía
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud

**Pregunta 3. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario asegurar los insumos necesarios para la determinación de PSA, y reporte de patología que informe sobre el porcentaje de cilindros positivos en la biopsia.
- Es necesario entrenar al personal de salud en la estadificación clínica mediante la clasificación TNM, 8va edición.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio en quienes se calcule la probabilidad de infiltración de linfonodos con alguno de los tres nomogramas evaluados:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio en quienes se calcule la probabilidad de infiltración de linfonodos con alguno de los tres nomogramas evaluados / varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud

**Pregunta 4. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario dar a conocer al personal de salud la definición utilizada para la linfadenectomía pélvica extendida, en cuanto a la extensión de la misma, para estandarizar el procedimiento.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado en quienes se decida realizar PR más LPex dado el alto riesgo de infiltración de linfonodos:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado en quienes se decida realizar PR más LPex dado el alto riesgo de infiltración de linfonodos / varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado en quienes se decida realizar PR más LP dado el alto riesgo de infiltración de linfonodos
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud

**Pregunta 5. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario asegurar la disponibilidad de los agonistas de LHRH y Antiandrógenos con los que cuenta el seguro social de salud, EsSalud.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA de larga duración como primera opción terapéutica/ varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud
- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA de corta duración como primera opción terapéutica/ varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud
- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo alto o localmente avanzado en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo alto o localmente avanzado en quienes se decida brindar RT más TDA de larga duración como primera opción terapéutica/ varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud



**Pregunta 6. En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de deprivación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante?**

**Consideraciones de implementación:**

- Es necesario facilitar la programación de citas para brindar radioterapia e iniciar la terapia de deprivación androgénica de forma concurrente y/o adyuvante.
- Es necesario asegurar la disponibilidad de los agonistas de LHRH con los que cuenta el seguro social de salud EsSalud: acetato de leuprorelina y triptorelina.
- Es necesario asegurar la disponibilidad de los antiandrógenos con los que cuenta el seguro social de salud EsSalud: flutamida y bicalutamida.
- Es necesario modificar las restricciones de los fármacos mencionados para que puedan ser utilizados por especialistas en urología y oncología.
- Es necesario entrenar al personal de salud en la administración de los fármacos mencionados.

**Monitoreo y evaluación:**

El GEG considera que se debe evaluar:

- La proporción de varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica:
  - Fórmula: varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA concurrente-adyuvante / varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio en quienes se decida brindar RT más TDA como primera opción terapéutica
  - Fuente: esto se puede obtener de los registros reportados al sistema de vigilancia de EsSalud

**Anexo N° 5: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC**

Con la finalidad de realizar un seguimiento a la implementación de la GPC para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento inicial de cáncer de próstata localizado y localmente avanzado, es preciso seleccionar una recomendación trazadora, la cual es la más importantes a medir por los profesionales clínicos. La medición de la recomendación trazadora nos ayudará a evaluar la utilidad de la GPC y si su cumplimiento permite reducir la morbilidad de los pacientes a quienes está dirigida esta GPC.

Para elegir la recomendación trazadora, para cada recomendación emitida en la GPC, el GEG puntuó cada uno de los siguientes criterios de la siguiente manera:

<b>Criterios</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valoración y Ponderación</b>
<b>Impacto clínico en el paciente</b>	Se refiere a las consecuencias de la implementación de la recomendación sobre los problemas de salud del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto: 5</li> <li>• Alto: 4</li> <li>• Medio: 3</li> <li>• Bajo: 2</li> <li>• Muy bajo: 1</li> </ul>
<b>Impacto en el proceso de atención</b>	Se refiere a qué tanto va a impactar la implementación de la recomendación en el actual proceso de atención del paciente. Por ejemplo: una recomendación que sólo implica brindar un fármaco disponible en todos los establecimientos tendría un bajo impacto, en tanto que una recomendación que requiere cambiar el flujo de atención y entrenar a un gran número de profesionales tendría un alto impacto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto: 5</li> <li>• Alto: 4</li> <li>• Medio: 3</li> <li>• Bajo: 2</li> <li>• Muy bajo: 1</li> </ul>
<b>Costos de implementación</b>	Se refiere a la estimación de costos que generará la implementación de la recomendación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto: 5</li> <li>• Alto: 4</li> <li>• Medio: 3</li> <li>• Bajo: 2</li> <li>• Muy bajo: 1</li> </ul>
<b>Tipo de recomendación</b>	Se refiere al tipo de recomendación según lo explicitado en la GPC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntos de buena práctica clínica (BPC): 2</li> <li>• Recomendación condicional: 3</li> <li>• Recomendación fuerte: 4</li> <li>• Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS): 5</li> </ul>

Luego, se sumarán los puntajes para cada recomendación. La recomendación trazadora será aquella que obtenga el mayor puntaje. A continuación, se muestran los resultados de la evaluación:

Recomendación	Coloque el puntaje				
	Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de implementación	Tipo de recomendación	Total
<b>Pregunta 1. En varones adultos, ¿se debería realizar tamizaje de cáncer de próstata?</b>					
(R) En varones adultos sin factores de riesgo para cáncer de próstata, sugerimos no realizar sistemáticamente el tamizaje de cáncer de próstata con antígeno prostático específico ( <i>Prostatic Specific Antigen, PSA</i> ) y/o tacto rectal. La decisión de realizar el tamizaje debe ser individualizada, luego de informar sobre los beneficios y daños al paciente. <b>Recomendación condicional en contra</b>	4	3	2	3	12
(R) 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. <b>Recomendación fuerte a favor</b>	4	3	2	4	13
<b>Pregunta 2: En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía (US), ¿se debería realizar la biopsia por vía transperineal (TP) o transrectal (TR)?</b>					
(R) En varones adultos con sospecha de cáncer de próstata, en quienes se decida realizar una primera biopsia guiada por ultrasonografía, sugerimos realizar la biopsia sistemática por vía TP o TR con extracción de 12 a 14 cilindros. <b>Recomendación condicional a favor de cualquiera de las intervenciones</b>	4	3	2	3	12
<b>Pregunta 3: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) como primera opción terapéutica, ¿qué nomograma se debería utilizar para predecir infiltración de linfonodos: Briganti, Partin o del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)?</b>					
(R) En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo o intermedio, en quienes se decida realizar PR como primera opción terapéutica, sugerimos utilizar cualquiera de los tres nomogramas evaluados para predecir infiltración de linfonodos pélvicos, en el siguiente orden de preferencia: 1) Briganti, 2) MSKCC, 3) Partin. <b>Recomendación condicional a favor de cualquiera de las tres pruebas diagnósticas.</b>	3	2	2	3	10
<b>Pregunta 4: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado en quienes se decida realizar prostatectomía radical (PR) más linfadenectomía pélvica (LP) como primera opción terapéutica ¿se debería realizar linfadenectomía pélvica extendida (LPex) o linfadenectomía pélvica estándar (LPe)?</b>					
(R) En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo, intermedio, alto o localmente avanzado, en quienes, como primera opción terapéutica, se decida realizar PR más LP dado el alto riesgo de infiltración linfática (> 2,0% con el nomograma MSKCC o Partin, o > 5,0% con el nomograma Briganti), recomendamos realizar linfadenectomía pélvica extendida. <b>Recomendación fuerte a favor</b>	4	3	3	4	14

<b>Pregunta 5: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación de andrógenos (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA de larga o corta duración?</b>					
(R) En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio favorable o desfavorable, en quienes se decida brindar RT más TDA como opción terapéutica inicial, sugerimos brindar TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración (4 a 6 meses) en lugar de TDA con bloqueo hormonal completo de larga duración (24 a 36 meses). <b>Recomendación condicional a favor</b>	4	3	3	3	<b>13</b>
(R) En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo alto o localmente avanzado, en quienes se decida brindar RT más TDA como opción terapéutica inicial, recomendamos brindar TDA con bloqueo hormonal completo de larga duración (24 a 36 meses) en lugar de TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración (4 a 6 meses). <b>Recomendación fuerte a favor</b>	4	3	4	4	<b>15</b>
<b>Pregunta 6: En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, alto, o localmente avanzado, en quienes se decida brindar radioterapia (RT) más terapia de privación androgénica (TDA) como primera opción terapéutica, ¿se debería brindar TDA neoadyuvante o TDA concurrente y/o adyuvante?</b>					
(R) En varones adultos con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio (favorable o desfavorable), en quienes se decida brindar RT más TDA con bloqueo hormonal completo de corta duración, recomendamos iniciar la TDA de forma concurrente y/o adyuvante a la RT en lugar de iniciarla de forma neoadyuvante. <b>Recomendación fuerte a favor</b>	5	4	3	4	<b>16</b>

**Anexo N° 6: Prioridades de investigación**

**Prioridades de investigación:**

El GEG consideró que, para una mejor toma de decisiones respecto a la pregunta clínica en cuestión, es necesario realizar los siguientes trabajos de investigación:

<b>N° Pregunta</b>	<b>Prioridad de investigación</b>
<b>Pregunta 1</b>	Determinar las expectativas de varones adultos ante el tamizaje de cáncer de próstata
<b>Pregunta 2</b>	Determinar las preferencias de los paciente respecto a la vía a elegir para la primera biopsia de próstata guiada por ultrasonografía
<b>Pregunta 3</b>	Determinar la prevalencia de varones con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio favorable y desfavorable en el seguro social de salud
<b>Pregunta 4</b>	Evaluar los beneficios y daños de la PR más LPex en comparación con la PR más LPe en pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo bajo con alta probabilidad de infiltración de linfonodos.
<b>Pregunta 5</b>	Evaluar los efectos de la RT más TDA de larga duración en comparación con RT más TDA de corta duración en pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio favorable y desfavorable
<b>Pregunta 6</b>	Evaluar los efectos de la RT más TDA neoadyuvante en comparación con RT más TDA concurrente y/o adyuvante en pacientes con cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio favorable y desfavorable