

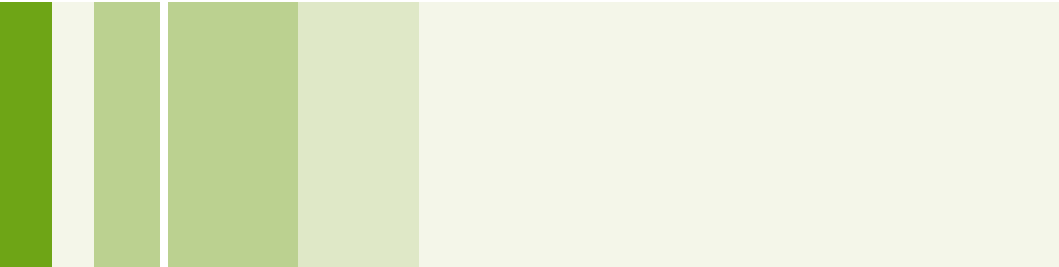


Guía de Práctica Clínica

.....
**para la detección temprana, diagnóstico,
tratamiento integral, seguimiento y
rehabilitación de cáncer de próstata**

Actualización parcial

Guía para profesionales de la salud- 2025



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

SCU
Sociedad Colombiana de Urología®

Instituto Nacional de Cancerología
Por el control del cáncer

Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata: actualización parcial - Guía para profesionales de la salud

ISBN (edición en línea): 978-958-8963-46-4

Publicación anticipada en:
Bogotá, D.C., 19 de diciembre de 2025

Citar como:

Instituto Nacional de Cancerología (INC). Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata: actualización parcial - Guía para profesionales de la salud. Bogotá, D.C.: INC; 2025.

© Instituto Nacional de Cancerología
Calle 1 # 9-85, Bogotá, D. C. , Colombia
Teléfono: (601) 481 7000
Resto del país: 018000 - 414414
www.cancer.gov.co

Este trabajo fue realizado con recursos propios del Instituto Nacional de Cancerología.

Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de cáncer de próstata: actualización parcial - Guía para profesionales de la salud © 2025 del Instituto Nacional de Cancerología se publica bajo los términos de la licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Conforme a los términos de esta licencia, está permitido copiar, redistribuir y adaptar (remezclar, transformar y crear) el material en cualquier medio o formato, únicamente con fines no comerciales. Esta licencia exige otorgar crédito al autor y licenciar bajo términos idénticos las obras derivadas.

En ningún caso el uso de este documento debe implicar que el Instituto Nacional de Cancerología (INC), la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) ni la Sociedad Colombiana de Urología (SCU) avalan alguna organización, producto o servicio específico. No está permitido el uso de los logotipos del INC, la UNAL ni la SCU.



**Instituto Nacional
de Cancerología**
Colombia
Por el control del cáncer

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

CAROLINA WIESNER CEBALLOS

Médica Cirujana, Magíster en Salud Pública, Doctora en Estudios Sociales
Directora General del Instituto Nacional de Cancerología

LINA MARÍA TRUJILLO SÁNCHEZ

Médica Cirujana, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Ginecología Oncológica, Especialista en Gerencia en Salud Pública
Subdirectora General de Atención Médica y Docencia del Instituto Nacional de Cancerología

ÁLVARO QUINTERO POSADA

Médico Cirujano, Especialista en Administración de Servicios de Salud
Subdirector General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención del Instituto Nacional de Cancerología

DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ

Médica Cirujana, Magíster en Administración, Especialista en Epidemiología, Especialista en Gerencia de la Salud Pública
Coordinadora del Grupo Área de Salud Pública del Instituto Nacional de Cancerología

ALBA LUCIA COMBITA ROJAS

Bacterióloga, Magíster en Bioquímica, Doctora en Ciencias Biomédicas
Coordinadora del Grupo Área de Investigaciones del Instituto Nacional de Cancerología

JOSÉ ALEXANDER CARREÑO DUEÑAS

Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología, Magíster en Administración en Salud, Doctorado en Oncología (c)
Coordinador del Grupo Investigación Clínica y Epidemiológica del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología

JUAN CAMILO FUENTES

Médico Cirujano, Magíster en Epidemiología Clínica, Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo
Coordinador del Equipo de Guías y Protocolos del Instituto Nacional de Cancerología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

GRUPO DESARROLLADOR UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Equipo temático

RODOLFO VARELA. MÉDICO.

Especialista en urología y oncología. Coordinador Unidad Funcional de Urología Instituto Nacional de Cancerología, Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología (Líder temático)

MARINO CABRERA. MÉDICO.

Especialista en urología oncológica. Instituto Nacional de Cancerología. Coordinador del postgrado de urología - Universidad del Rosario. Fundación CTIC

WILFREDO DONOSO. MÉDICO.

Especialista en urología. Especialista en docencia universitaria. Jefe del servicio de urología del Hospital Universitario Santa Rosa de la Universidad Nacional de Colombia.

JAIME CAJIGAS. MÉDICO.

Especialista en urología. Presidente Sociedad Colombiana de Urología

HUGO LÓPEZ.

Jefe Unidad de Urología Hospital Universitario San Ignacio. Profesor Urología Pontificia Universidad Javeriana. Urólogo en Clínica del Country, Clínica La Colina, Clínica de la Mujer. Miembro de la Junta Directiva (Tesorero) Sociedad Colombiana de Urología (SCU) Miembro Asociación Americana de Urología (AUA) Miembro Asociación Europea de Urología (EAU).

CARMEN LUCÍA ROA.

Médico. Especialista en patología. Instituto Nacional de Cancerología.

ALEJANDRO ESGUERRA.

Médico Especialista en Oncología Radioterápica, Docencia Universitaria y Gerencia Estratégica. Coordinador Grupo Área Oncología Radioterápica y Física Médica del Instituto Nacional de Cancerología. Radioterapia Oncológica en Clínica Marly.

MARTÍN ZAPATA.

Médico. Especialista en Oncología clínica. Instituto Nacional de Cancerología.

HOLMAN BALLESTEROS.

Médico. Maestría en Epidemiología Clínica. Especialista en Oncología radioterápica. Instituto Nacional de Cancerología.

MARÍA CAMILA PARDO.

Médico. Residente de urología

Equipo metodológico

DR. RODRIGO PARDO.

Médico. Especialista en neurología y salud pública. Maestría en Epidemiología Clínica. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

CARLOS GRANADOS.

Médico. Especialista en Medicina Interna y Medicina Nuclear. Maestría en Epidemiología Clínica.

MARCELA TORRES.

Química Farmacéutica. Maestría en Epidemiología Clínica. Doctorado en Salud Pública

SANDRA YUSEFF.

Médica. Maestría en Administración en Salud. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

MARÍA DEL PILAR MONTILLA.

Médica. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

DIANA RIVERA.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica. Especialista en salud pública. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

ÁNGELA BARRERO.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica (c). Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

JULIE ANDREA DÍAZ.

Enfermera. Especialista en epidemiología. Maestría en Epidemiología Clínica (c). Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

DRA. FRANCY CANTOR.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

ANGÉLICA GONZÁLEZ ACUÑA.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

JOSE DELGADO MSC.

Optómetra. Maestría en Epidemiología Clínica Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

LUISA ÁVILA. MÉDICA.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica. Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

NANNET FAJARDO.

Médica. Maestría en Epidemiología Clínica (c). Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de Colombia

FERNANDO TORTOSA.

Magister en Salud Pública; Diploma en Medicina Basada en Evidencia; Lider Metodológico en el desarrollo de guías de práctica clínica (INGUIDE Program, MacMaster University). Investigador, Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Río Negro.

Equipo evaluaciones económicas

DR. GABRIEL TORRES.

Médica. Especialista en neurología. Maestría en economía de la salud.

Pacientes

LUIS ORIOI MOR VALBUENA

Panel de expertos

DEVI NEREIDA PUERTO JIMÉNEZ

Instituto Nacional de Cancerología. Coordinador Grupo Salud Pública

RAY MANNEH KOPP

Asociación Colombiana de Oncología y Hematología Oncológica – ACHO. Oncólogo

JUAN CARLOS GALVIS

Nogales
Jefe AT

OMAIRA ROLDAN

Ministerio de Salud y la Protección Social Profesional Especializado

GLORIA EDITH VILLOTA

Ministerio de Salud y la Protección Social Asesor

LUIS ORIOI MOR VALBUENA

Paciente
Paciente

IVÁN ANDRÉS BOBADILLA ARÉVALO

Asociación Colombiana de Oncología Radioterápica
Medico

CARLOS EDUARDO MORALES ZOTA

Clínica Imbanaco (Cali)
Urólogo Oncólogo

LAURA BERNAL VACA

Asociación Colombiana de Oncología y Hematología Oncológica – ACHO
Oncólogo

MAURICIO ALFONSO PALAU LÁZARO

Fundación Santa Fe de Bogotá
Patólogo

CARLOS FERNANDO GRILLO ARDILA

Instituto Nacional de Cancerología
Medico Especialista

WILLIAM QUIROGA MATAMOROS

HMC
Medico Especialista en Urología

JULIÁN ROJAS

Fundación Santa Fe de Bogotá
Medicina Nuclear

Financiación de la guía práctica clínica

La elaboración de esta guía fue financiada con recursos propios del Instituto Nacional de Cancerología. Su desarrollo se llevó a cabo en el marco de los contratos 0306 de 2020 y 493 de 2022, celebrados entre el Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá.

Propiedad intelectual

La presente guía se encuentra protegida por la normatividad colombiana de propiedad intelectual o cualquier otra norma que le sea aplicable; por lo tanto, los derechos patrimoniales del documento pertenecen al Instituto Nacional de Cancerología, institución que proporcionó el apoyo económico, como también acompañó y ejecutó el desarrollo del proceso. Esto se establece sin perjuicio de los derechos morales, los cuales corresponden tanto al Instituto Nacional de Cancerología como a la Universidad Nacional de Colombia, por ser estas, las entidades que colaboraron entre sí para la elaboración de la guía.

Declaración de independencia editorial

Las recomendaciones presentadas en este documento son el resultado de una evaluación independiente realizada por los expertos miembros del grupo desarrollador. Este proceso se llevó a cabo de manera autónoma, sin influencia alguna del mecanismo de financiación ni de cualquier otra fuente externa. La participación de entidades externas se limitó a lo especificado por la “Guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica con evaluación económica en el sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano”.

Declaración de intereses

Todos los miembros del grupo desarrollador declararon sus intereses utilizando un formato establecido, que incluyó la declaración de intereses económicos personales, económicos no personales, no económicos personales y económicos personales de un familiar. Este proceso se llevó a cabo al inicio de las actividades para garantizar la transparencia del proceso. Un comité independiente evaluó los intereses declarados por los expertos. Este comité determinó el grado de participación pertinente para cada miembro, clasificándola en participación total, participación parcial o no participación, según el potencial conflicto de interés identificado.

Actualización futura

La revisión y actualización de esta guía se llevará a cabo en un plazo de 3 a 5 años, dependiendo de la publicación de nueva evidencia relevante que pueda modificar el contenido, la fuerza o la dirección de las recomendaciones actuales. Esta decisión estará sujeta a las consideraciones del organismo gestor y se realizará conforme a las pautas metodológicas vigentes establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

SIGLAS

• AGREE	Appraisal of Guidelines Research & Evaluation
• AJCC	American Joint Committee on Cancer
• BVS	Biblioteca Virtual en Salud
• CCO	Cancer Care Ontario
• CCTR	Cochrane Central Register of Controlled Trials
• DECS	Descriptores en Ciencias de la Salud
• ECC	Ensayo Clínico Controlado
• Embase	Excerpta Medica database
• ESE	Empresa Social del Estado
• FDA	Food and Drug Administration
• GPC	Guía de Práctica Clínica
• GDG	Grupo Desarrollador de la Guía
• G-I-N	Guidelines International Network
• GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
• HTA	Health Technology Assessment Database
• IARC	International Agency for Research on Cancer
• IC	Intervalo de confianza
• INC	Instituto Nacional de Cancerología
• NGC	National Guidelines Clearinghouse
• NICE	National Institute for Clinical Excellence
• OR	Odds Ratio
• PICO	Población, intervención, comparación y desenlace
• QALY	Quality-Adjusted Life Year (años de vida ajustados por calidad)
• RR	Riesgo Relativo
• PSA	Prostate Specific Antigen (Antígeno prostático específico)
• SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
• VPN	Valor Predictivo Negativo
• VPP	Valor Predictivo Positivo

Contenido

CÓMO UTILIZAR ESTA GUÍA	14
--------------------------------------	----

RESUMEN DE RECOMENDACIONES	16
---	----

Pregunta 1: En hombres con sospecha de cáncer de próstata y una primera biopsia negativa ¿Cuál es el rendimiento diagnóstico y la seguridad de las estrategias diagnósticas de segunda línea? (Actualización)	16
---	----

Pregunta 2: En hombres con cáncer de próstata clínicamente localizado en quienes el tratamiento tiene intención curativa, ¿ayudan las imágenes radiológicas a escoger el tipo de tratamiento?	17
---	----

Pregunta 3: ¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas y seguras para la suspensión del consumo de tabaco en la población?	17
---	----

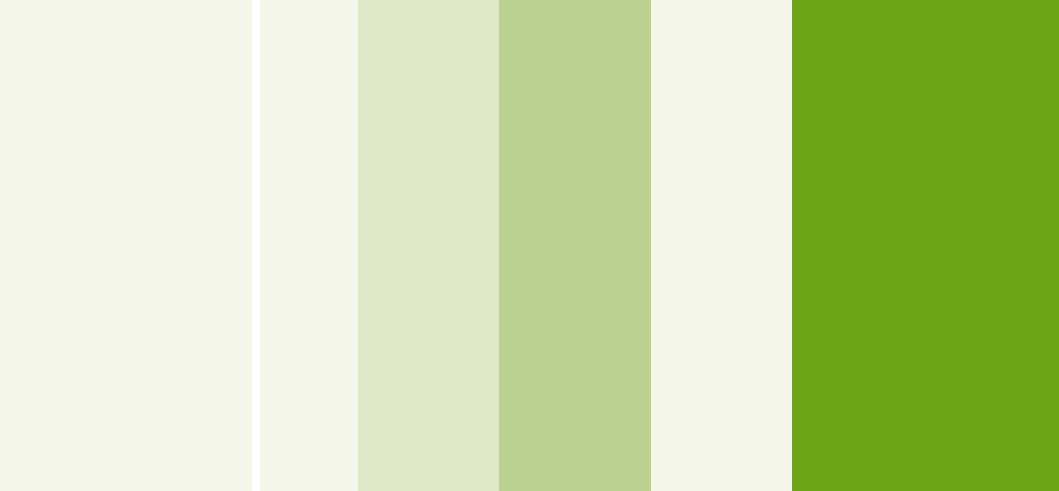
Pregunta 4: En los hombres con cáncer de próstata clínicamente localizado, ¿Cuáles son los factores pronósticos pre-tratamiento de la mortalidad por cáncer de próstata? (Actualización)	18
--	----

Pregunta 5: En hombres con cáncer de próstata ¿cuál es el protocolo de vigilancia activa más efectivo?	19
--	----

Pregunta 6: En hombres con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado ¿Cuál es la efectividad de la prostatectomía y la radioterapia para su tratamiento? (Actualización) Holman Ballesteros	19
---	----

Pregunta 7 ¿Cuál es el abordaje quirúrgico más efectivo (abierto, laparoscópico, asistido por robot) en pacientes llevados a prostatectomía radical? (Actualización)	20
--	----

Pregunta 8: En hombres con cáncer de próstata tratados con cirugía o radioterapia radical ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la incontinencia urinaria y la disfunción sexual?.....	21
Pregunta 9: En hombres con cáncer de próstata, ¿Cuál es la efectividad de la terapia adyuvante a los tratamientos radicales? (Actualización)	22
Pregunta 10: En hombres con cáncer de próstata, metastásico y hormonosensible y con alta y baja carga tumoral ¿Cuáles es la efectividad de la terapia? (Pregunta nueva)?.....	22
Pregunta 11: En hombres con cáncer de próstata avanzado, ¿cuál es el tipo de terapia hormonal más efectivo? (actualización)	23
Pregunta 12: ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las terapias de segunda línea para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración no metastásico? (Pregunta Nueva)	23
Pregunta 13: ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las terapias para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración con metastásis? (Nueva) Zapata	24
Pregunta 14: En hombres con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración, ¿cuál es la efectividad y seguridad de las terapias óseas para el manejo de las complicaciones de las metastásis? (Actualización)	25
Pregunta 15: En hombres que han tenido un tratamiento radical para cáncer de próstata, ¿cuál es la importancia de la recaída bioquímica luego de una terapia radical y como debería definirse esta recaída? (Actualización)	25
Pregunta 16: En hombres con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica posterior al tratamiento radical, ¿Cuál es la terapia de rescate más efectiva para la recidiva local? (Actualización)	26



Como utilizar esta guía

Esta guía considera los siguientes grupos de riesgo para formular las recomendaciones:

Grupos de riesgo

Riesgo	Bajo	Intermedio	Alto
Psa	< 10	10-20	>20
Gleason grado grupo	1	2-3	4-5
CT	≤2a	2b	≥2c

Tomado de: D'Amico, A. V., Whittington, R., Malkowicz, S. B., Schultz, D., Blank, K., Broderick, G. A., ... & Wein, A. (1998). Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Jama*, 280(11), 969-974.

Gleason grado grupo – clasificación

Gleason	Grado grupo
3+3	1
3+4	2
4+3	3
4+4; 3+5; 5+3	4
4+5; 5+4; 5+5	5

Tomado de: Epstein, J. I., Egevad, L., Amin, M. B., Delahunt, B., Srigley, J. R., & Humphrey, P. A. (2016). The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on Gleason grading of prostatic carcinoma. The American journal of surgical pathology, 40(2), 244-252.

Cada pregunta clínica presenta un grupo de recomendaciones y de buenas prácticas que brindan orientaciones para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata en Colombia

Cada recomendación presenta la certeza de la evidencia según el sistema GRADE:

Certeza de la evidencia	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación según el sistema GRADE:

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se recomienda hacerlo
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Se sugiere hacerlo
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Se sugiere no hacerlo
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. Se recomienda no hacerlo
☒	Intervención respaldada por acuerdo general, que no requiere fundamentación en evidencia científica Punto de buena práctica

Resumen de recomendaciones

Las recomendaciones claves se identifican con 

Pregunta 1: En hombres con sospecha de cáncer de próstata y una primera biopsia negativa, ¿cuál es el rendimiento diagnóstico y la seguridad de las estrategias diagnósticas de segunda línea? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
1	En un paciente con un nivel de antígeno prostático persistentemente elevado y una primera biopsia negativa, se recomienda el seguimiento individualizado con intervalo no mayor a 6 meses del nivel del antígeno como estrategias de seguimiento. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○

No	Recomendación actualizada 2022
2	Se recomienda realizar resonancia magnética multiparamétrica de próstata en pacientes con una biopsia negativa antes de una nueva biopsia. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
3	Cuando la resonancia magnética de próstata es PI-RADS ≥3, se recomienda repetir biopsia dirigida y sistemática Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
4	Cuando la resonancia magnética de próstata es PI-RADS ≤2, y existe alta sospecha clínica de cáncer de próstata, se recomienda realizar nueva biopsia sistemática tomando la decisión en conjunto con el paciente. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
5	En los pacientes con niveles de antígeno prostático persistentemente alterados o tacto rectal anormal y primera biopsia negativa, en caso de ser necesaria una segunda biopsia sin posibilidad de resonancia magnética de próstata (RM) por contraindicación, se recomienda la realización de biopsia por saturación como estrategia diagnóstica Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○

Pregunta 2: En hombres con cáncer de próstata clínicamente localizado en quienes el tratamiento tiene intención curativa, ¿ayudan las imágenes radiológicas a escoger el tipo de tratamiento?

No	Recomendación actualizada 2022
6	Se recomienda no usar imágenes diagnósticas adicionales en pacientes adecuadamente estadificados para la orientación del tratamiento con intención curativa de pacientes con cáncer de próstata localizado Recomendación fuerte en contra. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○

Pregunta 3: ¿Cuál es la utilidad de las imágenes para la estadificación de los pacientes con cáncer de próstata?

No	Recomendación actualizada 2022
7	Se recomienda no usar imágenes de extensión en pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo Recomendación fuerte en contra. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○

No	Recomendación actualizada 2022
8	Se recomienda usar gammagrafía ósea e imágenes de tejidos blandos abdominales (de acuerdo a disponibilidad) como estudio de extensión en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata de riesgo intermedio y criterios de desfavorabilidad. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
9	En pacientes de alto riesgo, se recomienda realizar la estadificación con PET-PSMA. En caso de no disponibilidad/oportunidad, se recomienda gammagrafía ósea e imágenes convencionales de tejidos blandos. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○

Pregunta 4: En los hombres con cáncer de próstata clínicamente localizado, ¿Cuáles son los factores pronósticos pre-tratamiento de la mortalidad por cáncer de próstata? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
10	Se recomienda utilizar el estadio T clínico, PSA, grado grupo ISUP (puntuación de Gleason), el porcentaje y número de cilindros del tumor en la biopsia como factores pronósticos de riesgo de los pacientes con cáncer de próstata de reciente diagnóstico. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
☒	Los biomarcadores genómicos basados en tejidos se pueden utilizar de manera individualizada para la estratificación del riesgo o la toma de decisiones clínicas de acuerdo a la disponibilidad. Punto de buena práctica

Consideraciones de tratamiento

No	Recomendación 2022
☒	El manejo de los pacientes con cáncer de próstata debe realizarse en centros de alta experiencia con personal capacitado. Punto de buena práctica
☒	Las decisiones acerca del tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata deben ser tomadas de forma individualizada mediante decisión de la junta multidisciplinaria. Punto de buena práctica

Pregunta 5: En hombres con cáncer de próstata, ¿cuál es el protocolo de vigilancia activa más efectivo?

No	Recomendación actualizada 2022
11	Se recomienda considerar la vigilancia activa como una alternativa de manejo primario en este grupo de pacientes: • Riesgo bajo, densidad de PSA < 0,15 ng/ml/cc, y apto para tratamiento radical • Riesgo intermedio favorable (grado grupo 2, PSA<10 y cT<2b), con menos de tres cilindros que tengan menos del 50% de compromiso tumoral y apto para tratamiento radical. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○ (Opinión de expertos)
☒	En todos los casos elegibles, se debe evaluar la factibilidad de que el paciente pueda adherirse al protocolo de vigilancia activa. Punto de buena práctica

Pregunta 6: En hombres con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado, ¿cuál la efectividad de la prostatectomía y la radioterapia para su tratamiento? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
13	Se recomienda la prostatectomía radical o la radioterapia externa (técnica de intensidad modulada (IMRT) o arcoterapia volumétrica (VMAT) con IGRT como tratamiento con intención curativa en pacientes con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado. La elección debe realizarse en una planificación conjunta con el paciente. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
☒	Todos los pacientes con cáncer de próstata deben ser informados de los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas disponibles para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Punto de buena práctica

No	Recomendación actualizada 2022
14	Se recomienda usar radioterapia hipofraccionada moderada con intensidad modulada (IMRT) o arcoterapia volumétrica (VMAT) con IGRT en pacientes con cáncer de próstata localizado. *Con respecto a la dosis, se deben utilizar los protocolos utilizados en los ensayos clínicos. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
15 	Se recomienda braquiterapia de alta tasa de dosis como monoterapia en pacientes con enfermedad de bajo riesgo o riesgo intermedio (GG 2 y menos de 3 de cilindros con compromiso tumoral en la biopsia) que van a recibir tratamiento y no tengan sintomatología del tracto urinario inferior. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
16 	Se recomienda refuerzo con braquiterapia de alta tasa de dosis a la radioterapia externa en pacientes que no tengan sintomatología del tracto urinario inferior medida por una escala con enfermedad de riesgo alto o intermedio no favorable (GG 3 o PSA 10-20 ng/mL, o ambos). Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
☒	El manejo de los pacientes con cáncer de próstata debe realizarse en centros de alta experiencia con personal capacitado. Punto de buena práctica
☒	Las decisiones acerca del tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata deben ser tomadas de forma individualizada mediante decisión de la junta multidisciplinaria. Punto de buena práctica

Pregunta 7: ¿Cuál es el abordaje quirúrgico más efectivo (abierto, laparoscópico, asistido por robot) en pacientes llevados a prostatectomía radical? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
17	Se recomienda la prostatectomía radical abierta, laparoscópica o asistida por robot, en pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata localizado o localmente avanzado. La selección del abordaje dependerá de la experticia del equipo médico y la disponibilidad del tratamiento. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○

Pregunta 8: En hombres con cáncer de próstata tratados con cirugía o radioterapia radical, ¿cuáles son las intervenciones más efectivas para el manejo de la incontinencia urinaria y la disfunción sexual?

No	Recomendación 2022 - Disfunción eréctil
☒	Se debe evaluar la presencia de disfunción eréctil con cuestionarios validados previo al inicio de cualquier tratamiento con intención curativa. Se debe informar al paciente acerca de las tasas de éxito, expectativas y riesgos de las intervenciones recomendadas. Punto de buena práctica
18	Se recomienda los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5i) para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata con disfunción eréctil después de recibir cirugía o radioterapia. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○○
19	Se recomienda, de acuerdo a disponibilidad y factores del paciente, los dispositivos de erección por vacío (VED), o inyecciones intracavernosas, como segunda línea de tratamiento de pacientes con cáncer de próstata con disfunción eréctil posterior a cirugía o radioterapia. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○○
20	Se sugiere el uso de prótesis de pene, como tercera línea del tratamiento, en los pacientes con cáncer de próstata con disfunción eréctil luego de cirugía o radioterapia. ⊕○○○○ Recomendación condicional. Certeza de la evidencia: Muy baja
Nueva recomendación 2022 - Incontinencia	
☒	Se debe informar a los pacientes que se puede presentar incontinencia urinaria posterior al tratamiento con intención curativa, la cual puede persistir y requerir tratamiento. Punto de buena práctica
21	Se recomienda terapia de piso pélvico específica para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata e incontinencia urinaria. La temporalidad de la terapia debe ser individualizada. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○○
22	Se sugiere como última opción terapéutica la colocación de un dispositivo anti-incontinencia para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo después del tratamiento con intención curativa. ⊕○○○○ Recomendación condicional. Certeza de la evidencia: Muy baja

Pregunta 9: En hombres con cáncer de próstata, ¿cuál es la efectividad de la terapia adyuvante a los tratamientos radicales? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
23	Se recomienda el uso de radioterapia de salvamento temprano sobre la adyuvante en pacientes con cáncer de próstata después de la prostatectomía radical. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
☒	La radioterapia adyuvante podría considerarse en pacientes con cáncer de próstata seleccionados de acuerdo a criterio de la junta multidisciplinaria. Punto de buena práctica

Pregunta 10: En hombres con cáncer de próstata, metastásico y hormonosensible y con alta y baja carga tumoral ¿cuál es la efectividad de la terapia? (Pregunta nueva).

No	Nueva recomendación 2022
24	Se recomienda utilizar una terapia combinada con terapia de supresión androgénica (farmacológica o quirúrgica) más un agente hormonal de nueva generación en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○
25	Se recomienda utilizar, de manera individualizada, un tratamiento combinado con terapia de privación androgénica (farmacológica o quirúrgica), más un agente hormonal de nueva generación y taxanos en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico de alta carga tumoral (especialmente en pacientes con cáncer metastásico al momento del diagnóstico). Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○
☒	La selección del fármaco depende de la edad, las comorbilidades, polifarmacia y la fragilidad de los pacientes con cáncer de próstata. Punto de buena práctica

Pregunta 11: En hombres con cáncer de próstata avanzado, ¿cuál es el tipo de terapia hormonal más efectivo? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
26	Se recomienda el uso de bloqueo hormonal con análogos o antagonistas de la LHRH u orquidectomía en pacientes con cáncer de próstata avanzado. En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida se debe individualizar la terapia. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
☒	Se deben informar al paciente los eventos adversos relacionados con el manejo hormonal, como la presencia de oleadas de calor, ginecomastia, y alteración de la función sexual. Se deben fomentar hábitos de vida saludable. Punto de buena práctica

Pregunta 12: ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las terapias de segunda línea para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración no metastásico? (Pregunta nueva).

No	Nueva recomendación 2022
27	Se recomienda usar apalutamida, darolutamida o enzalutamida a los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración M0 medido con imágenes convencionales y con un alto riesgo de desarrollar metástasis (PSA-DT < 10 meses) para mejorar la supervivencia global. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Alta ⊕⊕⊕⊕
☒	Se debe informar al paciente con cáncer de próstata los eventos adversos relacionados con el manejo hormonal, como la presencia de oleadas de calor, ginecomastia, alteración de la función sexual. Punto de buena práctica

Pregunta 13: ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las terapias para el manejo de los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración con metástasis? (Pregunta nueva).

No	Nueva recomendación 2022
28 	Se recomienda docetaxel con prednisona, cabazitaxel con prednisona, abiraterona con prednisona, enzalutamida, o radio223 para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico resistentes a la castración. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○○
☒	Se debe evitar cambiar de un agente hormonal a otro (abiraterona a enzalutamida y viceversa). Se prefiere la secuencia de agente hormonal a quimioterapia o viceversa. Punto de buena práctica
☒	No está indicado el uso de radio223 en pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración con compromiso visceral o ganglionar >3cm Punto de buena práctica
29	Se recomienda el uso de olaparib en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistentes a la castración y con déficit de recombinación homóloga, que han progresado a un agente hormonal de segunda generación. *El efecto es diferencial según el gen alterado. Se recomienda priorizar su uso en pacientes con los genes BRCA1, BRCA2. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○○
30	Se recomienda usar 177Lu-PSMA-617 en los pacientes resistentes a la castración con metástasis posterior al uso de terapia antiandrogénica y quimioterapia con lesiones metastásicas que sobreexpresan PSMA. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○○
☒	Estas terapias de manejo en el contexto de resistente a la castración, para el manejo de pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración con metástasis, deben ser definidas en una junta multidisciplinaria. Punto de buena práctica
☒	Se debe realizar la búsqueda de alteraciones de los genes de la recombinación homóloga y evaluar inestabilidad microsatelital en los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración con metástasis. La consejería genética debe realizarse en quienes se sospeche o se documente algún síndrome de cáncer hereditario. Punto de buena práctica

Pregunta 14: En hombres con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración, ¿cuál es la efectividad y seguridad de las terapias óseas para el manejo de las complicaciones de las metástasis? (Actualización).

No	Nueva recomendación 2022
31	Se recomienda usar ácido zoledrónico o denosumab para evitar el riesgo de las complicaciones esqueléticas en los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con compromiso óseo. La selección de la terapia debe realizarse en función de las características del paciente y función renal. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Moderada ⊕⊕⊕○
32	Se recomienda usar calcio con vitamina D como soporte óseo en pacientes con cáncer de próstata metastásico óseo con terapia de supresión androgénica. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
33	Se recomienda la cirugía ortopédica, radioterapia o ambas para el manejo de eventos esqueléticos óseos de los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
☒	Los pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración deben tener valoración odontológica previa al inicio de la terapia antirresortiva. Punto de buena práctica

Pregunta 15: En hombres que han tenido un tratamiento radical para cáncer de próstata, ¿cuál es la importancia de la recaída bioquímica luego de una terapia radical y como debería de inirse esta recaída? (Actualización).

No	Recomendación guía 2022 (Mantiene recomendaciones 2013)
34	Se recomienda definir recaída bioquímica posterior a prostatectomía radical como la presencia de un PSA de 0,2 ng/ml o mayor en los exámenes de seguimiento. Esto se debe confirmar con un segundo PSA con al menos un mes de intervalo. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○

No	Recomendación guía 2022 (Mantiene recomendaciones 2013)
35	Se recomienda definir recaída bioquímica posterior a radioterapia realizada con intención curativa como la elevación del nivel del antígeno prostático por encima de 2 ng/mL sobre el nadir al seguimiento. Esto se debe confirmar con un segundo PSA con un mes de intervalo. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
☒	En los pacientes que presentan recaída bioquímica después de tratamiento con intención curativa, se sugiere la realización de exámenes de extensión acorde con el criterio médico. Estos exámenes pueden incluir PET-PSMA o imágenes convencionales de acuerdo con disponibilidad. Punto de buena práctica

Pregunta 16: En hombres con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica posterior al tratamiento radical, ¿cuál es la terapia de rescate más efectiva para la recidiva local? (Actualización).

No	Recomendación actualizada 2022
36	Se recomienda usar radioterapia de salvamento temprano con técnica de intensidad modulada (IMRT) o arcoterapia volumétrica (VMAT) en pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica posprostatectomía radical. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
37	Se recomienda adicionar terapia hormonal a la radioterapia de salvamento temprano en pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica. La indicación y duración de la terapia hormonal se definirá de forma individualizada de acuerdo con los factores de riesgo del paciente. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○
38	Se recomienda el uso de radioterapia de salvamento hipofraccionada con técnica de intensidad modulada IMRT, o arcoterapia de modulación volumétrica VMAT con IGRT, de acuerdo con disponibilidad, en pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica posprostatectomía radical. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○
☒	De acuerdo a disponibilidad, se debe realizar radioterapia guiada por imágenes en pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica Punto de buena práctica

No	Recomendación actualizada 2022
☒	Se debe iniciar la radioterapia de salvamento temprano de los pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída bioquímica a la mayor brevedad. Punto de buena práctica
☒	En paciente con cáncer de próstata con prostatectomía radical y recaída bioquímica con PET-PSMA negativo, se debe realizar radioterapia de salvamento temprana independiente del resultado de las imágenes. Punto de buena práctica
39	Se recomienda usar prostatectomía radical de salvamento, braquiterapia, o radioterapia estereotáctica de cuerpo (SBRT) después de radioterapia en pacientes con cáncer de próstata que presentan recaída con recaída local. Recomendación fuerte. Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Instituto Nacional
de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

SCU
Sociedad Colombiana de Urología®