

CONSENSO  
MULTIDISCIPLINAR  
para mejorar la  
calidad de vida en el  
**cáncer de próstata**



Con la colaboración de



Con el aval científico de:



# AUTORES

---

## **Coordinación del grupo:**

**Dr. Antoni Vilaseca**, *médico adjunto del Servicio de Urología del Hospital Clínic de Barcelona. Profesor asociado de la Universidad de Barcelona.*

## **Composición del grupo de trabajo:**

**Dr. Daniel Pérez-Fentes**, *urólogo en el Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela y Coordinador Nacional del Grupo Uro-Oncológico de la Asociación Española de Urología.*

**Dr. Fernando López Campos**, *oncólogo radioterápico en el Hospital Universitario Ramón y Cajal y Coordinador de URONCOR, grupo de Urología de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica.*

**Dra. Teresa Alonso**, *especialista en oncología médica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

## **Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)**

**Marina Morato**, *Coordinadora Nacional de Nutrición Oncológica.*

**Miguel Trujillo**, *Psicólogo especialista en Oncología.*

## **Asociación de Cáncer de Próstata (ANCAP)**

**Juan Pedro de la Morena**, *representante de ANCAP.*

**Mateo Romero**, *representante de ANCAP.*



# PRÓLOGO

---

El cáncer de próstata representa uno de los mayores desafíos en la salud masculina, no solo por su prevalencia, sino por el impacto profundo que tiene en la calidad de vida de quienes lo padecen. En este contexto, nace este Consenso Multidisciplinar con el firme propósito de situar al paciente en el centro de todas las decisiones clínicas, reconociendo que solo a través de la colaboración entre urólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, nutricionistas, psicólogos y, fundamentalmente, los propios pacientes, es posible ofrecer una atención verdaderamente integral y humanizada.

Este documento busca visibilizar la necesidad urgente de consolidar equipos multidisciplinares que trabajen de forma coordinada, incorporando la voz del paciente como un elemento esencial en la toma de decisiones. Asimismo, pone de relieve las inequidades existentes en el acceso a los tratamientos dentro del sistema público de salud, una realidad que no podemos seguir ignorando. La equidad en el acceso a terapias innovadoras y ensayos clínicos, apoyo psicosocial, seguimiento nutricional y apoyo a los cuidadores de los pacientes debe ser un pilar de nuestro sistema de salud.

Finalmente, este consenso subraya la importancia de acercar a los pacientes a las asociaciones que los representan, espacios donde pueden encontrar información, contención y una comunidad que comprende sus vivencias. Solo así podremos avanzar hacia un modelo de atención más justo, empático y centrado en la persona.

**Doctor Antoni Vilaseca Cabo**





# ÍNDICE

---

<b>1. Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Metodología</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Diagnóstico precoz del cáncer de próstata</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Medicina de precisión en el cáncer de próstata</b> .....	<b>15</b>
<b>5. Modelo de atención centrado en la persona: transdisciplinariedad y acompañamiento integral</b> .....	<b>17</b>
<b>6. Apoyo en el proceso terapéutico y en los efectos adversos derivados</b> .....	<b>21</b>
6.1. Abordaje psicológico	
6.2. Abordaje nutricional	
6.3. Abordaje fisioterápico y físico	
6.4. Abordaje de la salud ósea	
<b>7. Seguimiento del paciente a largo plazo</b> .....	<b>25</b>
<b>8. Llamada a la acción</b> .....	<b>27</b>
<b>9. Bibliografía</b> .....	<b>29</b>



# INTRODUCCIÓN

**El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en los varones en España**, con una incidencia elevada y una edad media al diagnóstico cercana a los 70 años. Las estimaciones para 2025 sitúan la incidencia y la prevalencia en más de 30 000 y 250 000 casos anuales, respectivamente (1). A nivel mundial, en 2022 se diagnosticaron casi un millón y medio de casos, lo que representa el 7,8 % de todos los cánceres (2).

La mortalidad mundial estimada para ese mismo año fue algo inferior a 400 000 casos, equivalente al 4,1 % de las muertes por cáncer (1). En España, en 2023 se registraron 5 971 fallecimientos por cáncer de próstata, con una tendencia descendente desde 1995 (1). El estudio EURO CARE-5 mostró un **incremento del 8 % en la supervivencia** relativa a cinco años entre los períodos 1999-2001 y 2005-2007 (3). Por su parte, el estudio CONCORD-3 estableció una supervivencia a cinco años de entre el 70 % y el 100 % en la mayoría de los países, con un aumento de entre el 5 % y el 10 % al comparar los períodos 1995-1999 y 2010-2014 en países europeos como España (4).

Estimaciones para 2025

<b>+30.000</b>	<b>250.000</b>
Incidencia y la prevalencia	Casos anuales

La mayoría de los casos de cáncer de próstata se detectan en estadios localizados, aunque persiste un porcentaje con enfermedad localmente avanzada o metastásica. En este aspecto, el uso extendido del **PSA ha incrementado el diagnóstico precoz**, pero también ha generado preocupación por el sobrediagnóstico y sobretratamiento, especialmente en tumores de bajo riesgo, lo que impacta en la calidad de vida de los pacientes (5,6).



La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) no incluye, por el momento, programas de cribado poblacional para el cáncer de próstata, a diferencia de lo que ocurre con los cánceres de mama, colorrectal o de cérvix, hasta que se demuestre de forma concluyente su eficiencia. Esta estrategia promueve un modelo asistencial multidisciplinar y la constitución de comités de tumores en cáncer de próstata, con el objetivo asegurar un diagnóstico preciso, la planificación terapéutica y un seguimiento coordinado de los pacientes (7).

En este contexto, el abordaje actual del cáncer de próstata en España se sustenta en un modelo multidisciplinar. **La cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia** constituyen las principales opciones terapéuticas, que se priorizan en función de la edad, las comorbilidades y las características tumorales de cada paciente. Sin embargo, la continuidad asistencial —entendida como la coordinación efectiva entre los distintos niveles y especialidades implicadas— continúa siendo limitada y mejorable.



Las recomendaciones más recientes subrayan la importancia de **los equipos multidisciplinares y de las rutas asistenciales integradas**, con el fin de evitar la sensación de abandono que experimentan algunos pacientes al transitar entre especialidades y por las diferentes fases de la enfermedad, situación que repercute directamente en su calidad de vida (8,9).

Actualmente, persisten importantes **necesidades no cubiertas** en la atención integral al paciente con cáncer de próstata, entre ellas la implementación de programas de detección precoz, el acceso equitativo a tecnologías diagnósticas avanzadas, el soporte psicosocial a pacientes y familiares, la evaluación sistemática de la calidad de vida por parte de los equipos tratantes y la equidad en el acceso a las distintas opciones terapéuticas y ensayos clínicos (10). La variabilidad regional y la ausencia de unidades específicas de cáncer de próstata dificultan la homogeneidad asistencial y la implantación de estrategias centradas en el paciente, lo que puede traducirse en diferencias en los resultados clínicos y en la experiencia global de los pacientes (8,11).

El documento de consenso actual se redactó con los **siguientes objetivos: (a)** poner de relieve las inequidades existentes en el acceso a los tratamientos dentro del sistema público de salud, **(b)** consolidar equipos multidisciplinares que trabajen de forma coordinada y fomenten la equidad en el acceso al tratamiento oncológico y a los cuidados de soporte y **(c)** considerar el paciente como protagonista y elemento esencial en la toma de decisiones clínicas.



Abordaje del cáncer de próstata en España en 2025

**Modelo multidisciplinar**

Cirugía

Radioterapia

Hormonoterapia

# METODOLOGÍA

---

Se constituyó un **comité multidisciplinar** integrado por dos urólogos, un oncólogo radioterápico, un oncólogo médico, un especialista en nutrición, un psicooncólogo y dos pacientes con cáncer de próstata. Uno de los urólogos asumió las funciones de coordinador del proyecto.

Se llevaron a cabo **tres reuniones de trabajo** con el objetivo general de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.

La **primera reunión** se dedicó a la presentación del proyecto y a la definición del alcance, objetivos y bloques temáticos que estructurarían el documento de consenso.

El contenido del documento se organizó en los siguientes bloques temáticos: diagnóstico precoz del cáncer de próstata; medicina de precisión en el cáncer de próstata; modelo de atención centrado en la persona: transdisciplinariedad y acompañamiento integral; apoyo en el proceso terapéutico y en los efectos adversos derivados; seguimiento del paciente y largo plazo; llamada a la acción.

Cada miembro del comité multidisciplinar se responsabilizó de la búsqueda bibliográfica y la redacción de recomendaciones correspondientes a uno o varios de estos apartados.

En la **segunda reunión**, se presentaron y discutieron las contribuciones de cada integrante del comité.

Finalmente, en la **tercera reunión**, se presentó y aprobó el documento final, revisado por el coordinador e incorporadas las aportaciones de todos los participantes.

## Reuniones de trabajo

- |            |  |
|------------|--|
| 1ª reunión | <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación del proyecto.</li><li>• Definición del alcance, objetivos.</li><li>• Bloques temáticos.</li></ul> |
| 2ª reunión | <ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación de la contribuciones de cada integrante del comité.</li></ul>                                     |
| 3ª reunión | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprobación del documento final.</li></ul>  |



# DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

---

**El cribado mediante el análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)** constituye una herramienta útil para la detección del cáncer de próstata en fases tempranas, con el objetivo de mejorar la supervivencia y reducir el riesgo de enfermedad avanzada (12-15). Sin embargo, este procedimiento no está exento de riesgos, entre ellos el sobrediagnóstico, el sobretratamiento y los efectos secundarios derivados de las intervenciones innecesarias, como la incontinencia urinaria o la disfunción eréctil (14).

En la actualidad, se han desarrollado **programas de cribado ajustados al riesgo** que permiten espaciar o intensificar los controles en función de los valores de PSA y de otros factores clínicos y personales. Entre estos factores se incluyen las preferencias del paciente informado (a través de la toma de decisiones compartida), la ascendencia africana, la presencia de mutaciones germinales, los antecedentes familiares, la edad y la expectativa de vida, entre otros. Este enfoque personalizado contribuye a reducir los riesgos del cribado y a mantener un adecuado equilibrio beneficio-riesgo (13,16,17).

Asimismo, las principales sociedades científicas internacionales, como la **European Association of Urology (EAU)** y la **American Urological Association (AUA)**, recomiendan que la decisión de realizar el cribado con PSA sea individualizada y consensuada entre el paciente y el médico, tras valorar los resultados analíticos, las preferencias personales y los factores de riesgo específicos, como los antecedentes familiares o la pertenencia a grupos de mayor riesgo (13,18-20).

Los **pacientes** deben **recibir información clara y equilibrada** sobre los posibles beneficios y riesgos del cribado, **y participar activamente** en la decisión de llevarlo a cabo o no. Asimismo, la colaboración entre los niveles de atención primaria y especializada resulta fundamental para garantizar un seguimiento adecuado y una atención integral, que abarque desde la información inicial hasta la interpretación de los resultados y la elección de las opciones terapéuticas más apropiadas (13,14). Un aspecto igualmente relevante es la necesidad de establecer criterios de derivación claros, homogéneos y equitativos desde la atención primaria a la especializada, aplicables de forma uniforme en todo el territorio español.

De forma paralela, existen **programas de vigilancia activa** dirigidos a **pacientes** con cáncer de próstata de **bajo riesgo** e incluso a algunos con riesgo intermedio favorable (21). Estos programas permiten monitorizar de manera estrecha a pacientes seleccionados e iniciar un tratamiento activo solo en caso de evidenciarse signos de progresión, evitando así los efectos secundarios bien conocidos de la cirugía y la radioterapia. La evidencia disponible demuestra que **la vigilancia activa es una estrategia segura y eficaz a largo plazo** para los hombres con cáncer de próstata de bajo riesgo, y también para determinados pacientes con enfermedad de riesgo intermedio (22,23).

Existe una cierta variabilidad en los **criterios de inclusión** empleados en los diferentes estudios que evalúan la eficacia de los programas de vigilancia activa. Los protocolos más restrictivos incluyen un estadio clínico máximo T2a, un nivel de PSA  $\leq 10$  ng/mL, un grado histopatológico International Society of Urological Pathology (ISUP), un máximo de 2-3 cilindros positivos y una afectación tumoral inferior al 50 % en cada cilindro. En cambio, los ensayos con criterios más amplios permiten incluir a pacientes con estadio T2b, PSA  $\leq 15$  ng/mL y grado ISUP 2 en varones mayores de 65 años (22).

En la actualidad, la resonancia magnética multiparamétrica y determinados biomarcadores pueden contribuir de forma significativa a optimizar la selección y el seguimiento de los pacientes en programas de vigilancia activa (24). En este sentido, es esencial garantizar el acceso equitativo a esta estrategia y a su monitorización adecuada para todos los pacientes, independientemente de su procedencia geográfica o de su hospital de referencia.

## Vigilancia activa

### Dirigido a



Pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.



Algunos pacientes con riesgo intermedio favorable.



# MEDICINA DE PRECISIÓN EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

La **incorporación de la medicina de precisión** en el cáncer de próstata ha transformado de manera sustancial su abordaje diagnóstico y terapéutico, con un **impacto potencial directo en la calidad de vida de los pacientes** (25,26).

En el ámbito diagnóstico, la introducción de técnicas moleculares avanzadas, como la **tomografía por emisión de positrones con antígeno prostático específico de membrana** (PET-PSMA), ha demostrado una sensibilidad y especificidad superiores para la detección y estadificación de la enfermedad. Estas herramientas permiten una mejor selección de los candidatos a tratamientos focales o sistémicos, contribuyendo a evitar intervenciones innecesarias y a optimizar la toma de decisiones clínicas (27-29). No obstante, el acceso a esta y otras tecnologías diagnósticas continúa siendo desigual, con importantes variaciones entre regiones y centros asistenciales.

En el **campo terapéutico**, la identificación de alteraciones genéticas en genes implicados en la reparación por recombinación homóloga, como BRCA1 y BRCA2, no solo permite predecir una mejor respuesta a determinadas terapias dirigidas, sino que también **aporta información pronóstica relevante a lo largo de la evolución de la enfermedad**. Profundizar en este conocimiento es trascendente porque este impacto clínico parece extenderse también a otros genes implicados en

## Incorporación de técnicas moleculares avanzadas

- ✓ Sensibilidad y especificidad superiores.
- ✓ Selección de los candidatos a tratamientos focales o sistémicos.
- ✓ Evitar intervenciones innecesarias.

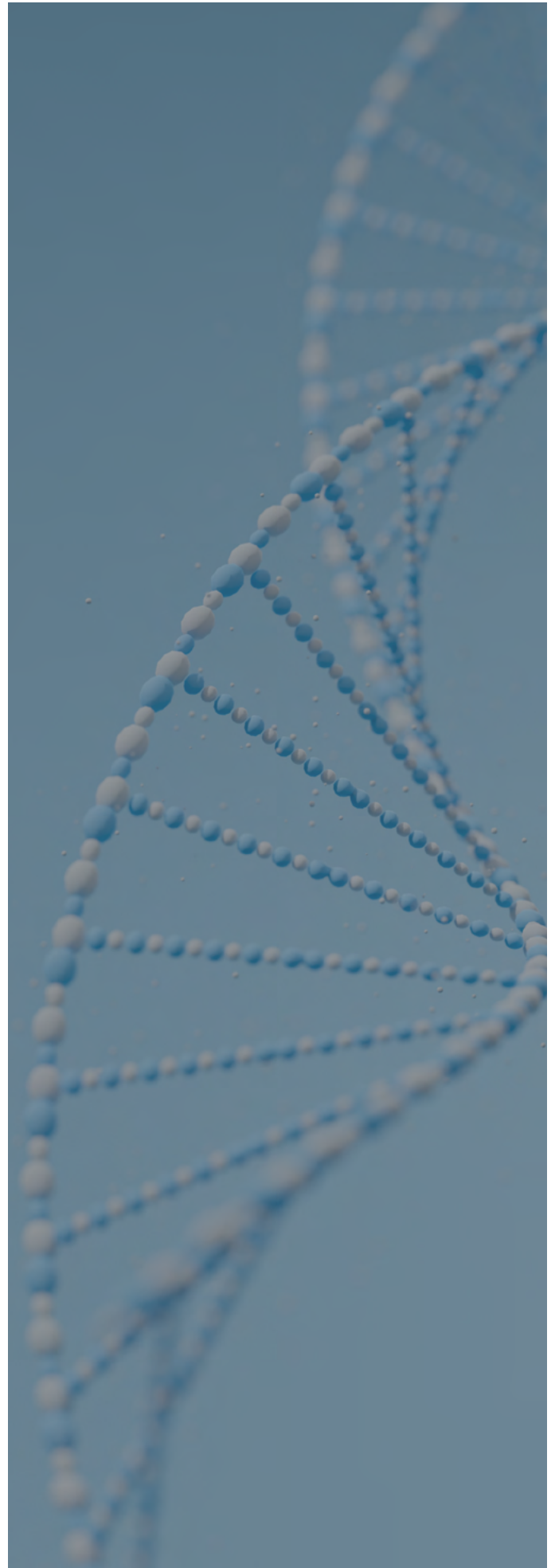
esta vía de señalización, como *CDK12* o *PALB2* y a aquellos implicados en la reparación de errores de apareamiento del ADN o mismatch repair (MMR), que, en definitiva, están permitiendo seleccionar tratamientos personalizados en diferentes escenarios de la enfermedad avanzada (27,30-35).

Un ejemplo destacado es la combinación de inhibidores de poli ADP ribosa polimerasa (iPARP) + inhibidores del receptor de andrógenos (ARPI), que ha demostrado mejorar de forma significativa la supervivencia global en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) portadores de mutaciones en *BRCA1/2* o con alteraciones en los genes de recombinación homóloga (HRRm) (36).

El **conocimiento de estas mutaciones** permite identificar a los familiares en riesgo y facilita la implementación de estrategias de prevención y detección precoz. En este contexto, resulta aún más evidente la necesidad de ofrecer un apoyo médico y psicosocial adecuado tanto a los pacientes como a sus familiares (33,37).

Todas estas innovaciones contribuyen a una toma de decisiones más informada, amplían las opciones terapéuticas disponibles para el manejo del cáncer de próstata, reducen la toxicidad asociada a tratamientos no personalizados y mejoran la calidad de vida al minimizar el sobretratamiento y sus consecuencias. Por todo ello, es **fundamental garantizar un acceso equitativo** a estas tecnologías para todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia o del centro donde reciban atención.

De forma paralela, la **evaluación integral del paciente** —que incluya sus comorbilidades, entorno social, preferencias y expectativas— debe considerarse un componente esencial en la personalización del tratamiento, más allá del efecto estrictamente oncológico de cada intervención sobre la evolución de la enfermedad.



# MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA: TRANSDISCIPLINARIEDAD Y ACOMPañAMIENTO INTEGRAL

---

La coordinación asistencial a lo largo de todo el proceso de una enfermedad garantiza la continuidad en la atención al paciente, lo que contribuye a reducir las incertidumbres, mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer una experiencia más humana y centrada en la persona (38).

Uno de los pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer de próstata es la **adopción de un enfoque transdisciplinar**. Más allá del modelo multidisciplinar tradicional —en el que distintos especialistas aportan su visión desde sus respectivas áreas—, la transdisciplinariedad **supone una verdadera integración del conocimiento y de las decisiones clínicas y promueve la participación activa del paciente** en la toma de decisiones. Este modelo no solo puede optimizar los resultados clínicos, sino que también contribuye a humanizar y personalizar el proceso asistencial.

La calidad de las decisiones clínicas depende en gran medida del **funcionamiento efectivo de los comités de tumores uro-oncológicos**. En estos espacios, urólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y otros profesionales —como patólogos, radiólogos, especialistas en medicina nuclear y farmacéuticos hospitalarios— deben **trabajar de forma coordinada** y fomentar una deliberación clínica, ética y **centrada en el paciente**. En este contexto, resulta esencial valorar no solo la evidencia científica disponible, sino también las preferencias, valores, prioridades y circunstancias individuales de cada paciente (39).

La realidad actual evidencia una **falta significativa de tiempo y de formación específica** por parte de muchos profesionales clínicos para abordar de manera adecuada los aspectos emocionales, sociales y funcionales que influyen de forma decisiva en la calidad de vida de los pacientes (40). Por este motivo, resulta esencial incorporar al equipo trans-

disciplinar perfiles que complementen la atención médica desde una perspectiva integral, como profesionales de psicooncología, enfermería, trabajo social, nutrición y fisioterapia.

El **acompañamiento biopsicosocial** no debe considerarse un elemento accesorio, sino una dimensión estructural del modelo asistencial. En este contexto, el **psicooncólogo** desempeña un papel clave en la evaluación de factores de riesgo psicosocial, tales como antecedentes de trastornos mentales, aislamiento social, conflictos familiares, barreras culturales o dificultades cognitivas, que pueden comprometer la adherencia y la eficacia del proceso terapéutico. Además, la psicooncología facilita procesos de ajuste relacional, especialmente en parejas que enfrentan cambios significativos en la intimidad, el rol sexual o el equilibrio en la relación, dimensiones que con frecuencia se ven afectadas por los tratamientos hormonales, la disfunción eréctil o la incontinencia (41).

La **identificación y el abordaje precoz de estos factores** mejoran no solo el bienestar emocional, sino también la eficacia clínica global. Por ello, la intervención psicooncológica debe iniciarse desde el momento del diagnóstico, especialmente en pacientes con enfermedad localmente avanzada, en situaciones de toma de decisiones complejas o en contextos de elevada carga emocional. Es importante considerar que el impacto del diagnóstico no se limita a la aparición de ansiedad o tristeza, sino que puede desencadenar procesos profundos de desestructuración en la identidad masculina, la vida sexual, la percepción de valía personal y los proyectos vitales (42-46).

La **incorporación sistemática de profesionales de la psicooncología en los comités uro-oncológicos** puede enriquecer la deliberación clínica al aportar una evaluación transversal del impacto emocional, relacional y existencial de cada decisión, especialmente en contextos de incertidumbre o ante dilemas clínicos complejos. La participación



de estos profesionales contribuye a una comprensión más integral de cada caso, incorporando factores como la vulnerabilidad psicológica, familiar o social, que pueden influir en la adherencia terapéutica, el consentimiento informado y la experiencia global del paciente (47,48).

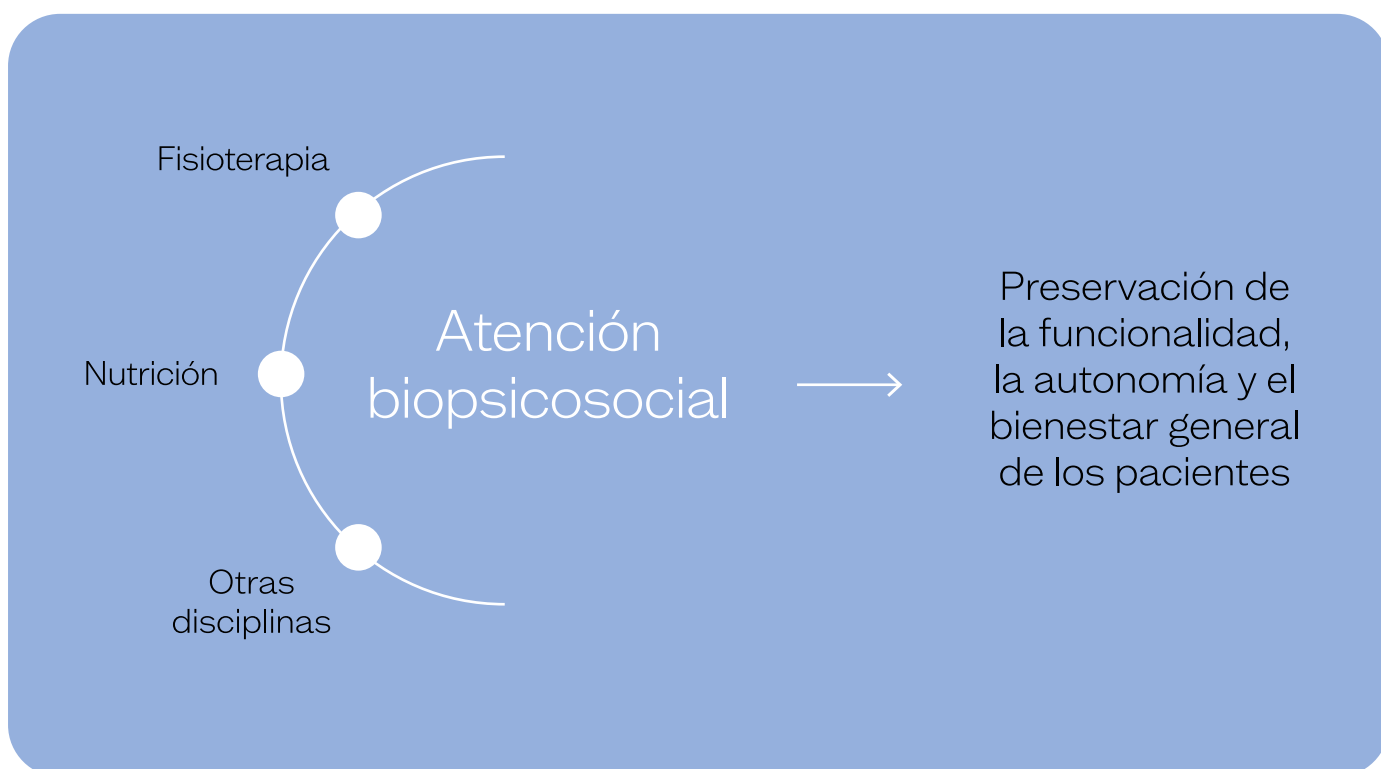
De igual modo, el **trabajo social oncológico** ofrece una perspectiva esencial sobre los **determinantes sociales de la salud** y facilita el acceso a recursos, orientación laboral, apoyo económico y redes de cuidados informales (49). Por su parte, el **asesoramiento nutricional, la fisioterapia y otras disciplinas** desempeñan un papel relevante en la preservación de la funcionalidad, la autonomía y el bienestar general de los pacientes. En este sentido, resulta importante diferenciar la fisioterapia oncológica del ejercicio físico oncológico: mientras que este último puede ser dirigido tanto por un fisioterapeuta como por un especialista en ejercicio, la fisioterapia oncológica debe ser realizada por un fisioterapeuta con formación específica.

Para que el modelo transdisciplinar se materialice y la **atención biopsicosocial** no se limite a recomendaciones generales o apoyos puntuales, es indispensable garantizar la presencia estable de psicooncólogos y trabajadores sociales en los equipos uro-oncológicos hospitalarios, con tiempos asistenciales definidos y circuitos de derivación claros. La participación de estos profesionales no debe considerarse un recurso externo ocasio-

nal, sino una parte estructural del dispositivo asistencial estándar.

Asimismo, resulta **fundamental incorporar formación específica en estas áreas dentro de los programas de especialización médica** y promover estructuras organizativas que favorezcan un modelo de atención centrado en la persona, y no únicamente en la enfermedad. La formación transversal en competencias psicooncológicas y sociales no solo mejora la calidad de la atención, sino que también disminuye el malestar profesional y la sensación de impotencia ante situaciones clínicas complejas (50-52). En este sentido, es recomendable que los psicooncólogos participen activamente en la docencia sobre comunicación en oncología (53,54), intervención en crisis, evaluación del sufrimiento emocional y toma de decisiones compartida, tanto en el ámbito de la formación MIR como en las distintas especialidades clínicas.

Por último, es crucial que las intervenciones de los distintos profesionales que integran el modelo transdisciplinar se adapten a cada fase de la enfermedad, a la situación vital de cada paciente y a su contexto familiar, que con frecuencia asume un papel de cuidado sin el acompañamiento necesario (39).





# APOYO

## EN EL PROCESO TERAPÉUTICO Y EN LOS EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS

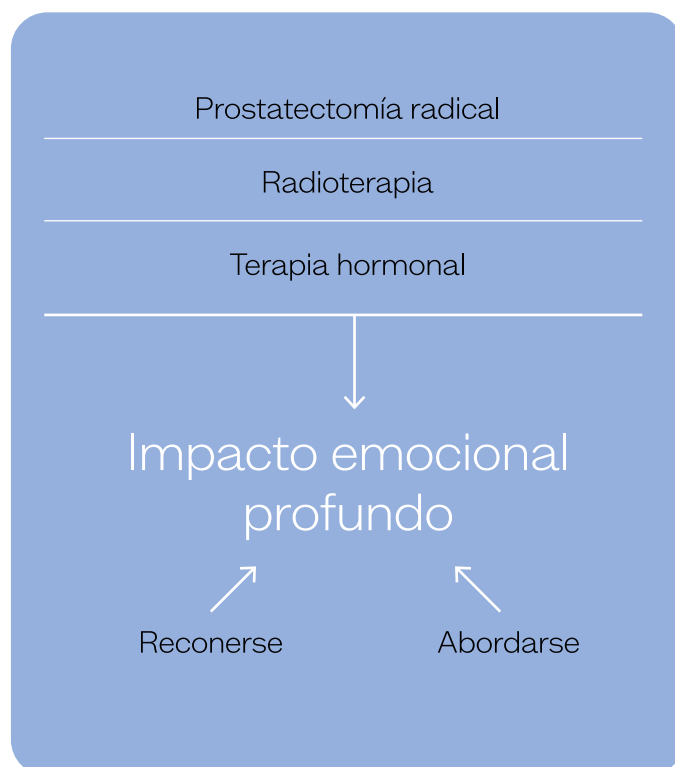
Los tratamientos más empleados en el cáncer de próstata localizado incluyen la **prostatectomía radical y la radioterapia**. La prostatectomía radical puede mejorar los síntomas urinarios obstructivos en pacientes que los presentan previamente y, en la mayoría de los casos, evita la necesidad de terapia hormonal concurrente. Sin embargo, se asocia con una **mayor incidencia de incontinencia urinaria** y disfunción eréctil (55).

Por su parte, la radioterapia externa y la braquiterapia pueden provocar **toxicidad urinaria** (como irritación, urgencia o síntomas obstructivos), **toxicidad intestinal** (urgencia rectal o diarrea) y, en menor medida, **disfunción eréctil** (55). Las técnicas modernas de radioterapia, como la radioterapia de intensidad modulada y el hipofraccionamiento, han permitido reducir de forma significativa la toxicidad sobre los tejidos adyacentes. No obstante, persisten los efectos adversos derivados del uso concomitante de terapia hormonal en aquellos pacientes en los que está indicada (56).

En el cáncer de próstata avanzado, la terapia hormonal o terapia de deprivación androgénica (ADT, por sus siglas en inglés) constituye el pilar fundamental del tratamiento. Sin embargo, su administración prolongada conlleva efectos adversos relevantes, entre ellos un **mayor riesgo de eventos cardiovasculares** (como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias y tromboembolismo venoso) y **deterioro de la salud ósea** (osteopenia, osteoporosis y fracturas). Además, se asocian **alteraciones metabólicas**, pérdida de

masa muscular, fatiga, sofocos y ginecomastia (57,58). Este tratamiento suele complementarse con inhibidores del receptor androgénico, quimioterapia o, más recientemente, iPARP, cuyo perfil de seguridad particular requiere un seguimiento estrecho para optimizar su beneficio (59).

Más allá de los efectos secundarios físicos, estas intervenciones generan un **impacto emocional**



**nal profundo** que debe reconocerse y abordarse como parte integral del proceso terapéutico. La incontinencia, la disfunción eréctil, la fatiga crónica o la pérdida de masa muscular pueden afectar gravemente la autoestima, la percepción de masculinidad y la calidad de las relaciones íntimas (60-63). Asimismo, pueden asociarse con sentimientos de vergüenza, culpa, pérdida de atractivo, miedo al rechazo o aislamiento, especialmente cuando el paciente no dispone de un espacio seguro donde expresar sus emociones y experiencias. En muchos casos, la vivencia del deterioro físico no se relaciona directamente con la gravedad objetiva del efecto adverso, sino con el significado personal y relacional que este adquiere para el paciente.

### Abordaje psicológico

---

La evidencia actual respalda la necesidad de protocolizar y estandarizar el manejo de los efectos adversos asociados a los distintos tratamientos, incluyendo la evaluación basal y el seguimiento de la función urinaria, sexual, intestinal, cardiovascular y ósea. De manera paralela, **la detección del malestar emocional o del sufrimiento psicológico** debe realizarse de forma sistemática mediante **herramientas validadas**, como el *Distress Thermometer* o el *NCCN Distress Screening Tool* (64,65), o mediante entrevistas clínicas breves que permitan identificar a los pacientes que requieren intervención psicooncológica. Esta integración favorece una actuación proactiva y anticipatoria, y no únicamente reactiva, frente a las consecuencias emocionales del tratamiento.

En este contexto, resulta esencial garantizar la equidad en el acceso a todas las intervenciones dirigidas a prevenir o abordar las complicaciones derivadas de los tratamientos, y que las estrategias correspondientes se incluyan en guías clínicas nacionales que promuevan una atención multidisciplinar y coordinada. **El apoyo psicológico especializado debe ofrecerse de forma equitativa** como parte estructural del modelo asistencial de calidad, no como un servicio accesorio o dependiente de la iniciativa individual del paciente o del hospital de referencia.



## Abordaje nutricional

---

En las personas con cáncer de próstata, la nutrición adecuada desempeña un papel fundamental, ya que los tratamientos hormonales pueden generar alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, óseas y metabólicas (osteoporosis, obesidad sarcopénica, diabetes (66,67). La **implementación temprana de un plan nutricional individualizado** contribuye a prevenir estas complicaciones y a mejorar la tolerancia al tratamiento. En fases avanzadas de la enfermedad, el abordaje nutricional adquiere especial relevancia en situaciones de dolor por metástasis óseas, que pueden ocasionar anorexia, pérdida de apetito y desnutrición.

## Abordaje fisioterápico y físico

---

El **tratamiento fisioterapéutico** puede **prevenir, retrasar o atenuar complicaciones frecuentes** como la incontinencia urinaria y la disfunción sexual (68,69). Asimismo, puede favorecer la autonomía y la seguridad del paciente. Se ha demostrado, por ejemplo, que el entrenamiento precoz del suelo pélvico reduce el impacto inicial sobre la calidad de vida asociado a la disfunción eréctil tras la prostatectomía (70). Asimismo, un ensayo clínico evidenció que la combinación de ejercicio físico supervisado con un programa de educación psico-sexual puede mejorar la función sexual y el bienestar general (71).

En los pacientes con enfermedad avanzada y metástasis óseas, el ejercicio terapéutico debe adaptarse para **controlar el dolor y reducir el riesgo estructural del hueso**. Del mismo modo, en aquellos portadores de sondas o urostomías, los programas de ejercicio deben ajustarse para minimizar incrementos perjudiciales de la presión intraabdominal.

El ejercicio físico oncológico también se ha mostrado útil en la **prevención de la obesidad sarcopénica** asociada a los efectos metabólicos del ADT, además de mejorar la resistencia, la fuerza muscular y la calidad de vida (72,73). Por su parte, la rehabilitación oncológica, entendida como la preparación integral del paciente antes de una intervención terapéutica, ha demostrado **beneficios en la recuperación funcional y emocional**, independientemente del tipo de tratamiento oncológico recibido (74).

## Abordaje de la salud ósea

---

Uno de los efectos secundarios más relevantes del ADT es la aparición de osteoporosis y el consiguiente riesgo elevado de fracturas (75).

Por ello, es fundamental realizar una **evaluación sistemática del riesgo óseo**, que incluya la determinación de niveles séricos de calcio y vitamina D, así como pruebas de densitometría ósea.



# SEGUIMIENTO DEL PACIENTE A LARGO PLAZO

---

El abordaje del cáncer de próstata **no debe concluir con el tratamiento activo**. La fase posterior al tratamiento suele ser prolongada y compleja, por lo que el seguimiento a largo plazo resulta esencial para **garantizar una atención integral, sostenible, continua y centrada en la persona**. Es necesario establecer un sistema de seguimiento planificado, estructurado y dinámico, adaptado a las necesidades reales del paciente en cada etapa de la enfermedad.

Este seguimiento debe personalizarse teniendo en cuenta el estadio tumoral, el tipo de tratamiento recibido, las posibles secuelas, la edad del paciente y la presencia de otras condiciones de salud. Una planificación individualizada **permite anticipar complicaciones, detectar signos de recaída y ofrecer intervenciones de rehabilitación oncológica integral** que favorezcan la recuperación funcional y emocional del paciente.

Una **dimensión crítica** de esta etapa es el miedo a la recaída, incluso en pacientes con buen pronóstico. Este temor, a menudo ignorado o minimizado en varones por cuestiones relacionadas con los estereotipos de género o por la falta de verbalización emocional, puede mantenerse en el tiempo y manifestarse a través de hipervigilancia corporal, evitación de planes de futuro, dificultad para recuperar la normalidad o pensamientos intrusivos persistentes (76,77).

Otro de los desafíos frecuentes en esta fase es la **reincorporación a las actividades laborales, sociales o de ocio**, que puede requerir un acompañamiento psicológico específico orientado a la readaptación progresiva y a la recuperación de la confianza personal.

La continuidad del apoyo psicológico debe extenderse más allá del periodo hospitalario, integrando el seguimiento psicooncológico en red con la atención primaria, los servicios comunitarios y los servicios de salud mental. De este modo, se evita que los pacientes tengan que reiniciar por su cuenta la búsqueda de ayuda emocional si el malestar persiste tras el alta oncológica, garantizando una **atención verdaderamente cohesionada, continua y centrada en la persona**.

Una pieza fundamental de este enfoque es la transición coordinada y planificada hacia la atención primaria. **Los médicos de familia y el personal de los centros de salud** deben participar activamente en el seguimiento, especialmente tras la finalización del tratamiento hospitalario. Esto cobra especial relevancia en los pacientes de mayor edad, que con frecuencia presentan comorbilidades como diabetes, hipertensión o trastornos de ansiedad. El conocimiento profundo que el médico de familia tiene del paciente **permite controlar de manera eficaz otras enfermedades crónicas, identificar de forma temprana los efectos secundarios y detectar posibles signos de recidiva o nuevas complicaciones**.

El modelo de seguimiento compartido no solo mejora la eficiencia del sistema sanitario al optimizar el uso de sus recursos, sino que también **proporciona una atención más cercana, humana y continua**, gracias a la cual los pacientes pueden sentirse acompañados, comprendidos y menos desorientados.

Por último, el **acompañamiento a los pacientes en fases terminales** constituye una dimensión esencial del abordaje integral del cáncer de próstata avanzado. La **integración precoz** de los **cuidados paliativos**, lejos de ser una medida exclusivamente finalista, ha demostrado **mejorar de manera significativa la calidad de vida** y, en muchos casos, la supervivencia (78,79). Este enfoque debe incluir la toma de decisiones anticipadas y la planificación compartida, permitiendo al paciente expresar sus deseos y valores en relación con el final de su vida. Asimismo, es fundamental ofrecer un **acompañamiento emocional y espiritual** que respete la dignidad de la persona y atienda sus necesidades más profundas.

El **apoyo en el duelo**, tanto para la familia como para el entorno cercano, completa este proceso, ayudando a transitar la pérdida de la forma más humana y compasiva posible (80,81). La participación del psicooncólogo en esta fase resulta clave para facilitar una comunicación abierta sobre el final de la vida, sostener emocionalmente al paciente y a su entorno, y prevenir el sufrimiento evitable asociado al aislamiento emocional, la desesperanza o el miedo (82,83).

En cualquier etapa de la enfermedad, es recomendable **aplicar intervenciones psicológicas breves**, estructuradas y basadas en la evidencia, como aquellas orientadas a la aceptación, la identificación de valores y el entrenamiento en flexibilidad psicológica, que han demostrado eficacia en la reducción del malestar, la mejora de la adaptación y la calidad de vida tras el tratamiento (84,85).

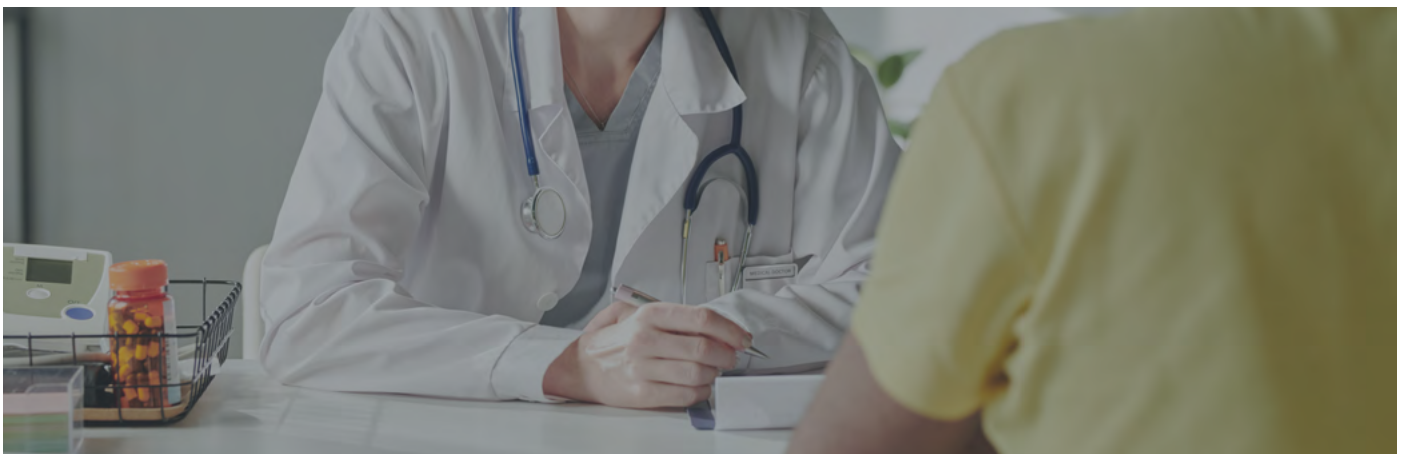


# LLAMADA A LA ACCIÓN

---

El actual documento multidisciplinar hace un **llamamiento claro y urgente** a transformar el abordaje del cáncer de próstata y situar la calidad de vida del paciente como eje central de la atención que este reciba. En este contexto, se han definido una serie de **líneas de acción** sobre las cuales es imprescindible avanzar:

- **Informar de manera clara, comprensible y honesta** sobre las opciones terapéuticas disponibles en el ámbito de la urología, la oncología médica, la radioterapia y otras especialidades. Es crucial explicar, de manera transdisciplinar, los riesgos y beneficios de los tratamientos, su efectividad y los posibles efectos secundarios, así como las interacciones con otros tratamientos. Esta aproximación requiere un esfuerzo decidido por mejorar la comunicación médico-paciente.
- **Fomentar la toma de decisiones compartidas**, implicando activamente al paciente informado en cada etapa del proceso asistencial, respetando sus valores, preferencias y prioridades vitales.
- **Conocer e integrar el entorno afectivo, familiar y social del paciente** en la toma de decisiones y en la planificación de los cuidados, especialmente en fases avanzadas o de mayor vulnerabilidad.
- **Garantizar un apoyo psicológico y emocional estructurado**, continuado y profesionalizado, tanto para el paciente como para sus familiares, desde el diagnóstico hasta el seguimiento o el final de la vida. Este apoyo debe ser proporcionado por profesionales cualificados en psicooncología, integrados desde el inicio en los equipos uro-oncológicos. La atención psicológica reactiva, fragmentada o voluntarista no es suficiente.
- **Asegurar el acceso equitativo** a todos los tratamientos, cuidados y recursos, independientemente del lugar de residencia, nivel socioeconómico o centro de referencia de los pacientes.



- **Preservar**, en la medida de lo posible, **la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes** como objetivo prioritario del tratamiento, incorporando estrategias de rehabilitación y seguimiento adaptado. Esto incluye la recuperación del proyecto vital, la reintegración a la vida familiar, laboral y afectiva, así como el abordaje del miedo a la recaída y de los cambios en la autopercepción.
- **Conformar equipos multiprofesionales y transdisciplinarios** para el abordaje del cáncer de próstata, que incluyan no solo especialistas médicos, sino también a la enfermería especializada, psicooncología, nutrición, trabajo social y fisioterapia.
- **Reforzar el papel de la enfermería urológica** en la coordinación del paciente dentro del ámbito hospitalario, así como en la educación para el manejo de efectos secundarios postoperatorios, el asesoramiento nutricional, el ejercicio físico y las actividades de la vida diaria.
- **Desarrollar estrategias específicas** para el control del dolor, el manejo del estrés y la ansiedad, y promover el ejercicio físico adaptado durante los tratamientos hormonales o de quimioterapia.
- **Informar activamente a los pacientes** sobre los ensayos clínicos disponibles como opciones potenciales de tratamiento, facilitando su participación y el acceso a la innovación terapéutica. Asimismo, incrementar la inversión en investigación clínica nacional.
- **Conectar a los pacientes con grupos de apoyo y asociaciones**, que actúan como espacios de acompañamiento, información, empoderamiento y defensa de derechos.
- **Comunicar con honestidad y transparencia** los avances terapéuticos y mantener la esperanza como parte integral de la relación clínica.
- **Impulsar la creación de unidades de referencia del cáncer de próstata**, capaces de ofrecer protocolos homogéneos a nivel nacional, reduciendo así la variabilidad asistencial y garantizando estándares de calidad en todo el sistema.



# BIBLIOGRAFÍA

---

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las Cifras del Cáncer en España 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
2. Cancer Today [Internet]. [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en>
3. Trama A, Foschi R, Larrañaga N, Sant M, Fuentes-Raspall R, Serraino D, et al. Survival of male genital cancers (prostate, testis and penis) in Europe 1999-2007: Results from the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2025 Oct 6];51(15):2206-16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26421823/>
4. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* [Internet]. 2018 Mar 17 [cited 2025 Oct 6];391(10125):1023-75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395269/>
5. Darbà J, Ascanio M. Prostate cancer in Spain: A retrospective database analysis of hospital incidence and the direct medical costs. *PLoS One* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Sep 29];19(3):e0298764. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0298764>
6. Cózar JM, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, et al. Prostate cancer incidence and newly diagnosed patient profile in Spain in 2010. *BJU Int* [Internet]. 2012 Dec [cited 2025 Sep 29];110(11 Pt B). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22989066/>
7. Ministerio de Sanidad. Estrategia en cáncer [Internet]. [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/home.htm>
8. Brausi M, Hoskin P, Andritsch E, Banks I, Beishon M, Boyle H, et al. ECCO Essential Requirements for Quality Cancer Care: Prostate cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2025 Sep 29];148. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32151466/>
9. Bonfill X, Martínez-Zapata MJ, Vernooij RWM, Sánchez MJ, Morales-Suárez-Varela M, Emparanza JI, et al. Follow-up care over 12 months of patients with prostate cancer in Spain: A multicenter prospective cohort study. *Medicine* [Internet]. 2021 Nov 24 [cited 2025 Sep 29];100(47). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34964747/>
10. Prashar J, Schartau P, Murray E. Supportive care needs of men with prostate cancer: A systematic review update. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2025 Sep 29];31(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35038783/>
11. Albrecht T. Quality management in (prostate) cancer care: what do European cancer control plans tell us? *World J Urol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Sep 29];39(1):37-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32448969/>
12. Raychaudhuri R, Lin DW, Montgomery RB. Prostate Cancer: A Review. *JAMA* [Internet]. 2025 Apr 22 [cited 2025 Sep 29];333(16):1433-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40063046/>
13. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, Coakley F, Eggener S, Etzioni R, et al. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline Part I: Prostate Cancer Screening. *J Urol* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Sep 29];210(1):46-53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37096582/>
14. Pinsky PF, Parnes H. Screening for Prostate Cancer. Solomon CG, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 Apr 13 [cited 2025 Sep 29];388(15):1405-14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37043655/>

- 15.** Burns RB, Olumi AF, Owens DK, Smetana GW. Would You Recommend Prostate-Specific Antigen Screening for This Patient?: Grand Rounds Discussion From Beth Israel Deaconess Medical Center. *Ann Intern Med* [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 29];170(11):770-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31158876/>
- 16.** Krilaviciute A, Albers P, Lakes J, Radtke JP, Herkommer K, Gschwend J, et al. Adherence to a risk-adapted screening strategy for prostate cancer: First results of the PROBASE trial. *Int J Cancer* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Sep 29];152(5):854-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36121664/>
- 17.** Callender T, Emberton M, Morris S, Eeles R, Kote-Jarai Z, Pharoah PDP, et al. Polygenic risk-tailored screening for prostate cancer: A benefit-harm and cost-effectiveness modelling study. *PLoS Med* [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 29];16(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31860675/>
- 18.** Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013 May 21 [cited 2025 Sep 29];158(10):761-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23567643/>
- 19.** Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2025 Sep 29];319(18):1901-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801017/>
- 20.** Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2019 May [cited 2025 Sep 29];69(3):184-210. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875085/>
- 21.** Willemse PPM, Davis NF, Grivas N, Zattoni F, Lardas M, Briers E, et al. Systematic Review of Active Surveillance for Clinically Localised Prostate Cancer to Develop Recommendations Regarding Inclusion of Intermediate-risk Disease, Biopsy Characteristics at Inclusion and Monitoring, and Surveillance Repeat Biopsy Strategy. *Eur Urol* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Oct 6];81(4):337-46. Available from: <https://www.europeanurology.com/action/showFullText?pii=S0302283821022156>
- 22.** Shill DK, Roobol MJ, Ehdaie B, Vickers AJ, Carlsson S V. Active surveillance for prostate cancer. *Transl Androl Urol* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 Oct 6];10(6):2809. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8261451/>
- 23.** Newcomb LF, Schenk JM, Zheng Y, Liu M, Zhu K, Brooks JD, et al. Long-Term Outcomes in Patients Using Protocol-Directed Active Surveillance for Prostate Cancer. *JAMA* [Internet]. 2024 Jun 25 [cited 2025 Oct 6];331(24):2084-93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38814624/>
- 24.** Pastor-navarro B, Rubio-briones J, Borque-fernando Á, Esteban LM, Domínguez-escrig JL, López-guerrero JA. Active Surveillance in Prostate Cancer: Role of Available Biomarkers in Daily Practice. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2021 Jun 2 [cited 2025 Oct 6];22(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34200878/>
- 25.** Fizazi K, Herrmann K, Krause BJ, Rahbar K, Chi KN, Morris MJ, et al. Health-related quality of life and pain outcomes with [177Lu]Lu-PSMA-617 plus standard of care versus standard of care in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (VISION): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Sep 29];24(6):597-610. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S1470204523001584>
- 26.** Thiery-Vuillemin A, de Bono J, Hussain M, Roubaud G, Procopio G, Shore N, et al. Pain and health-related quality of life with olaparib versus physician's choice of next-generation hormonal drug in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer with homologous recombination repair gene alterations (PROfound): an open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2025 Sep 29];23(3):393-405. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S1470204522000171>

- 27.** Goetzl EJ, Washington SL. Recent Advances in Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer. *American Journal of Medicine* [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 29]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40513754/>
- 28.** Vakili S, Beheshti I, Barzegar Behrooz A, Łos MJ, Vitorino R, Ghavami S. Transforming Prostate Cancer Care: Innovations in Diagnosis, Treatment, and Future Directions. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2025 Jun 1 [cited 2025 Sep 29];26(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40508192/>
- 29.** Assadi M, Jokar N, Ghasemi M, Nabipour I, Gholamrezanezhad A, Ahmadzadehfar H. Precision Medicine Approach in Prostate Cancer. *Curr Pharm Des* [Internet]. 2020 Feb 18 [cited 2025 Sep 29];26(31):3783-98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32067601/>
- 30.** Grypari IM, Tzelepi V, Gyftopoulos K. DNA Damage Repair Pathways in Prostate Cancer: A Narrative Review of Molecular Mechanisms, Emerging Biomarkers and Therapeutic Targets in Precision Oncology. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Sep 29];24(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37511177/>
- 31.** Patel L, Pritchard CC. Molecular testing of DNA damage response pathways in prostate cancer patients. *Curr Opin Oncol* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Sep 29];35(3):224-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36966502/>
- 32.** Ku SY, Gleave ME, Beltran H. Towards precision oncology in advanced prostate cancer. *Nat Rev Urol* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2025 Sep 29];16(11):645-54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31591549/>
- 33.** Das S, Salami SS, Spratt DE, Kaffenberger SD, Jacobs MF, Morgan TM. Bringing Prostate Cancer Germline Genetics into Clinical Practice. *J Urol* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2025 Sep 29];202(2):223-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30730411/>
- 34.** Vandekerkhove G, Giri VN, Halabi S, McNair C, Hamade K, Bitting RL, et al. Toward Informed Selection and Interpretation of Clinical Genomic Tests in Prostate Cancer. *JCO Precis Oncol* [Internet]. 2024 Mar [cited 2025 Sep 29];8(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38547422/>
- 35.** Dimitrov G, Mangaldzhiev R, Slavov C, Popov E. Precision Medicine in Castration-Resistant Prostate Cancer: Advances, Challenges, and the Landscape of PARPi Therapy-A Narrative Review. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Sep 29];25(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38396858/>
- 36.** Saad F, Clarke NW, Oya M, Shore N, Procopio G, Guedes JD, et al. Olaparib plus abiraterone versus placebo plus abiraterone in metastatic castration-resistant prostate cancer (PROpel): final prespecified overall survival results of a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Sep 29];24(10):1094-108. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37714168/>
- 37.** Giri VN, Morgan TM, Morris DS, Berchuck JE, Hyatt C, Taplin M. Genetic testing in prostate cancer management: Considerations informing primary care. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2022 Jul [cited 2025 Sep 29];72(4):360-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35201622/>
- 38.** Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination Measures Atlas Update [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html>
- 39.** Sanders J, Levell C, Brand LJ, Dahut WL, Nyame YK, Mucci L, et al. Consensus-built recommendations to improve prostate cancer outcomes: A summary of the American Cancer Society Prostate Cancer Collaborative. *Cancer* [Internet]. 2025 Aug 15 [cited 2025 Oct 7];131(16):e70010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40782355/>
- 40.** Schwartz R, Osterberg LG, Hall JA. Physicians, emotion, and the clinical encounter: A survey of physicians' experiences. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Oct 9];105(7):2299-306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35287992/>
- 41.** Grassi L, Caruso R, Sabato S, Massarenti S, Nanni MG, Aguiari L, et al. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [cited 2025 Oct 9];5(OCT). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709584/>

- 42.** Binks L, Drury-Smith H, Holborn C. The psychological impact of prostate cancer after treatment: a critical review of the literature. *J Radiother Pract [Internet]*. 2022 Dec 1 [cited 2025 Oct 3];21(4):576-85. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-radiotherapy-in-practice/article/psychological-impact-of-prostate-cancer-after-treatment-a-critical-review-of-the-literature/38BD4B8210982ABB216DC3C348F8AF26>
- 43.** Paterson C, Kata SG, Nandwani G, Das Chaudhury D, Nabi G. Unmet Supportive Care Needs of Men with Locally Advanced and Metastatic Prostate Cancer on Hormonal Treatment: A Mixed Methods Study. *Cancer Nurs [Internet]*. 2017 Nov 1 [cited 2025 Oct 3];40(6):497-507. Available from: [https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2017/11000/unmet\\_supportive\\_care\\_needs\\_of\\_men\\_with\\_locally.9.aspx](https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2017/11000/unmet_supportive_care_needs_of_men_with_locally.9.aspx)
- 44.** Hyde MK, Newton RU, Galvão DA, Gardiner RA, Occhipinti S, Lowe A, et al. Men's help-seeking in the first year after diagnosis of localised prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]*. 2017 Mar 1 [cited 2025 Oct 3];26(2):e12497. Available from: [/doi/pdf/10.1111/ecc.12497](https://doi/pdf/10.1111/ecc.12497)
- 45.** Watts S, Leydon G, Birch B, Prescott P, Lai L, Eardley S, et al. Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open [Internet]*. 2014 [cited 2025 Oct 7];4(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24625637/>
- 46.** Xiang J, Dai L, Tan L, Lv D, Chen Y, Tang L, et al. Psychosocial experiences of prostate cancer survivors after treatment: a systematic review of qualitative studies. *Front Public Health [Internet]*. 2025 Jul 24 [cited 2025 Oct 7];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40777653/>
- 47.** Hasan U, Zaheer H, Shakeel F, Abbasi MM. The Role of the Psycho-Oncology Multidisciplinary Tumor Board in Enhancing the Caregivers' Well-Being for Cancer Patients. *National Journal of Health Sciences*. 2025 Jun 26;10(2):66-8.
- 48.** Zacharia M, Karekla M. The Role of Psychologists and Psychological Approaches in Cancer Care. *Handbook of Quality of Life in Cancer [Internet]*. 2022 Jan 1 [cited 2025 Oct 3];311-37. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-84702-9\\_19](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-84702-9_19)
- 49.** Mathew L, Maier J, Kaba AA. Cancer and Oncology Social Work. 2023 [cited 2025 Oct 3];17-35. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-31650-0\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-31650-0_2)
- 50.** Alabi RO, Hietanen P, Elmusrati M, Youssef O, Almangush A, Mäkitie AA. Mitigating Burnout in an Oncological Unit: A Scoping Review. *Front Public Health [Internet]*. 2021 Oct 1 [cited 2025 Oct 3];9:677915. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
- 51.** Lapen K, Chino F, Noble A, Jin JO, Levit LA, Kirkwood K, et al. Key Strategies to Promote Professional Wellness and Reduce Burnout in Oncology Clinicians. *JCO Oncol Pract [Internet]*. 2025 Jul [cited 2025 Oct 3];21(7):936-41. Available from: [https://signin.asco.org/oauth2/aus1goap5nQ33vo7A297/v1/authorize/?client\\_id=0oa1lqh0mhJversiO297&response\\_type=code&scope=openid profile email&state=%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1200%2FOP.24.00199%3Futm\\_source%3Dchatgpt.com&redirect\\_uri=https%3A%2F%2Fascopubs.org%2Faction%2FssReturn](https://signin.asco.org/oauth2/aus1goap5nQ33vo7A297/v1/authorize/?client_id=0oa1lqh0mhJversiO297&response_type=code&scope=openid profile email&state=%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1200%2FOP.24.00199%3Futm_source%3Dchatgpt.com&redirect_uri=https%3A%2F%2Fascopubs.org%2Faction%2FssReturn)
- 52.** Hlubocky FJ, Rose M, Epstein RM. Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. *American Society of Clinical Oncology Educational Book [Internet]*. 2017 May [cited 2025 Oct 3];(37):771-81. Available from: [https://signin.asco.org/oauth2/aus1goap5nQ33vo7A297/v1/authorize/?client\\_id=0oa1lqh0mhJversiO297&response\\_type=code&scope=openid profile email&state=%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1200%2FE-DBK\\_173874%3Futm\\_source%3Dchatgpt.com&redirect\\_uri=https%3A%2F%2Fascopubs.org%2Faction%2FssReturn](https://signin.asco.org/oauth2/aus1goap5nQ33vo7A297/v1/authorize/?client_id=0oa1lqh0mhJversiO297&response_type=code&scope=openid profile email&state=%2Fdoi%2Fpdf%2F10.1200%2FE-DBK_173874%3Futm_source%3Dchatgpt.com&redirect_uri=https%3A%2F%2Fascopubs.org%2Faction%2FssReturn)
- 53.** Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol [Internet]*. 2010 Oct 25 [cited 2025 Oct 3];22(5):1030-40. Available from: [https://europepmc.org/article/MED/20974653?utm\\_source=chatgpt.com](https://europepmc.org/article/MED/20974653?utm_source=chatgpt.com)
- 54.** Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet [Internet]*. 2002 Feb 1 [cited 2025 Oct 3];359(9307):650-6. Available from: [https://europepmc.org/article/MED/11879860?utm\\_source=chatgpt.com](https://europepmc.org/article/MED/11879860?utm_source=chatgpt.com)

- 55.** Hoffman KE, Penson DF, Zhao Z, Huang LC, Conwill R, Laviana AA, et al. Patient-Reported Outcomes Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. *JAMA* [Internet]. 2020 Jan 14 [cited 2025 Sep 29];323(2):149-63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31935027/>
- 56.** Viani GA, Viana BS, Martin JEC, Rossi BT, Zuliani G, Stefano EJ. Intensity-modulated radiotherapy reduces toxicity with similar biochemical control compared with 3-dimensional conformal radiotherapy for prostate cancer: A randomized clinical trial. *Cancer* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 Oct 9];122(13):2004-11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27028170/>
- 57.** Daneshmand S, Ahmadi H. Androgen deprivation therapy for prostate cancer: long-term safety and patient outcomes. *Patient Relat Outcome Meas* [Internet]. 2014 Jul 5 [cited 2025 Sep 30];5:63-70. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC4094624>
- 58.** Nguyen PL, Alibhai SMH, Basaria S, D'Amico A V., Kantoff PW, Keating NL, et al. Adverse Effects of Androgen Deprivation Therapy and Strategies to Mitigate Them. *Eur Urol* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2025 Sep 30];67(5):825-36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283814006502?via%3Dihub>
- 59.** Bowling GC, Swargaloganathan P, Heintz C, Madan RA, Eldhose B, Dobi A, et al. Hematological Toxicities with PARP Inhibitors in Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Phase II/III Randomized Controlled Trials. *Cancers* 2023, Vol 15, Page 4904 [Internet]. 2023 Oct 9 [cited 2025 Sep 30];15(19):4904. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/19/4904/htm>
- 60.** Alexis O, Worsley AJ. A Meta-Synthesis of Qualitative Studies Exploring Men's Sense of Masculinity Post-Prostate Cancer Treatment. *Cancer Nurs* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2025 Sep 30];41(4):298-310. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28537954/>
- 61.** Sun N, Gu Y. Exploring the Hidden Struggles: A Qualitative Insight into Urinary Incontinence Among Prostate Cancer Survivors Post-Surgery. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024 May 28 [cited 2025 Sep 30];18:1047-58. Available from: <https://www.dovepress.com/exploring-the-hidden-struggles-a-qualitative-insight-into-urinary-inco-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
- 62.** Hedestig O, Sandman PO, Tomic R, Widmark A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta Oncol* [Internet]. 2005 [cited 2025 Sep 30];44(7):679-86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16227157/>
- 63.** Bowie J, Brunckhorst O, Stewart R, Dasgupta P, Ahmed K. Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Cancer Survivorship* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Sep 30];16(1):95-110. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-021-01007-9>
- 64.** Ownby KK. Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *J Adv Pract Oncol* [Internet]. 2019 Mar [cited 2025 Sep 30];10(2):175. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6750919/>
- 65.** Chambers SK, Zajdlewicz L, Youlden DR, Holland JC, Dunn J. The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. *Psychooncology*. 2014 Feb;23(2):195-203.
- 66.** Levine GN, D'Amico A V., Berger P, Clark PE, Eckel RH, Keating NL, et al. Androgen-Deprivation Therapy in Prostate Cancer and Cardiovascular Risk: A Science Advisory From the American Heart Association, American Cancer Society, and American Urological Association: Endorsed by the American Society for Radiation Oncology. *CA Cancer J Clin*. 2010 May 1;60(3):194-201.
- 67.** Saylor PJ, Smith MR. Metabolic Complications of Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer. *J Urol* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2025 Oct 3];189(1):S34-44. Available from: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022534712054821?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022534712054821?utm_source=chatgpt.com)

- 68.** Sighinolfi MC, Rivalta M, Mofferdin A, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Potential Effectiveness of Pelvic Floor Rehabilitation Treatment for Postradical Prostatectomy Incontinence, Climacturia, and Erectile Dysfunction: A Case Series. *J Sex Med* [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2025 Oct 3];6(12):3496-9. Available from: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515323481?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515323481?utm_source=chatgpt.com)
- 69.** Milios JE, Ackland TR, Green DJ. Pelvic Floor Muscle Training and Erectile Dysfunction in Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial Investigating a Non-Invasive Addition to Penile Rehabilitation. *Sex Med* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Oct 3];8(3):414-21. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2020.03.005>
- 70.** Milios JE, Ackland TR, Green DJ. Pelvic Floor Muscle Training and Erectile Dysfunction in Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial Investigating a Non-Invasive Addition to Penile Rehabilitation. *Sex Med* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Oct 6];8(3):414-21. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2020.03.005>
- 71.** Galvão DA, Newton RU, Taaffe DR, Cormie P, Schumacher O, Nelson CJ, et al. Exercise and Psychosexual Education to Improve Sexual Function in Men With Prostate Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2025 Mar 3 [cited 2025 Oct 6];8(3):e250413-e250413. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2831323>
- 72.** Papadopetraki A, Giannopoulos A, Maridaki M, Zagouri F, Droufakou S, Koutsilieris M, et al. The Role of Exercise in Cancer-Related Sarcopenia and Sarcopenic Obesity. *Cancers (Basel)* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Oct 9];15(24). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38136400/>
- 73.** Shao W, Zhang H, Qi H, Zhang Y. The effects of exercise on body composition of prostate cancer patients receiving androgen deprivation therapy: An update systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Oct 9];17(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167609/>
- 74.** Gennuso D, Baldelli A, Gigli L, Ruotolo I, Galeoto G, Gaburri D, et al. Efficacy of Prehabilitation in cancer patients: an Rcts systematic review with meta-analysis. *BMC Cancer* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Oct 9];24(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39438910/>
- 75.** Shahinian VB, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS. Risk of fracture after androgen deprivation for prostate cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 Jan 13 [cited 2025 Oct 6];352(2):154-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15647578/>
- 76.** Nilsson R, Næss-Andresen TF, Myklebust TÅ, Bernklev T, Kersten H, Haug ES. Fear of Recurrence in Prostate Cancer Patients: A Cross-sectional Study After Radical Prostatectomy or Active Surveillance. *Eur Urol Open Sci* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Oct 3];25:44-51. Available from: <https://www.eu-openscience.europeanurology.com/action/showFullText?pii=S2666168321000021>
- 77.** Mardani A, Farahani MA, Khachian A, Vaismoradi M. Fear of Cancer Recurrence and Coping Strategies among Prostate Cancer Survivors: A Qualitative Study. *Current Oncology* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Oct 3];30(7):6720-33. Available from: <https://www.mdpi.com/1718-7729/30/7/493/htm>
- 78.** Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2025 Oct 3];13(3):159-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26598947/>
- 79.** Greer JA, Jackson VA, Meier DE, Temel JS. Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2013 Sep [cited 2025 Oct 3];63(5):349-63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23856954/>
- 80.** Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jun 12 [cited 2025 Sep 29];6(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28603881/>
- 81.** Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Sep 29];19(3):394-404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402701/>

**82.** Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco AI, Murphy I, et al. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines ☆. ESMO Open [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2025 Oct 3];6(4):100225-100225. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC8411064>

**83.** Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol [Internet]. 2024 Jul 1 [cited 2025 Oct 3];42(19):2336-57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38748941/>

**84.** Jiang X, Sun J, Song R, Wang Y, Li J, Shi R. Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Psychol [Internet]. 2023 Jan 5 [cited 2025 Oct 3];14:1253266. Available from: [https://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU\\_Hedges\\_home.aspx](https://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU_Hedges_home.aspx)

**85.** Gibson Watt T, Gillanders D, Spiller JA, Finucane AM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. Palliat Med [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Oct 3];37(8):1100-28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37489074/>

# CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

para mejorar la  
calidad de vida en el  
**cáncer de próstata**

