

Actualización en prevención y tratamiento del cáncer de próstata

M. Marzo Castillejo^a, F. Peña López^b, P. Alonso Coello^c
y J.J. Mascort Roca^d

^aDivisió d'Atenció Primària del Institut Català de la Salut.
Programa de Activitats Preventives y de Promoció de la Salut (PAPPS).

Centro Cochrane Iberoamericano.

^bABS La Pau. Institut Català de la Salut. Barcelona.

^cCentro Cochrane Iberoamericano.

^dABS Florida Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción

El cáncer de próstata es un problema de salud importante. Según estimaciones de la IARC en España, en el año 1996 se diagnosticaron 8.348 cánceres de próstata y fallecieron 5.278 varones por esta causa. La incidencia de este cáncer ha aumentado y ello es debido a la mayor utilización del antígeno de próstata específico (APE). El APE, según diferentes estudios observacionales, permite detectar cánceres de próstata asintomáticos, lo que implica un diagnóstico más temprano y un aumento de la probabilidad de supervivencia. En EE.UU. durante esta última década, y atribuible quizá a la amplia utilización del APE, la incidencia de cáncer de próstata ha disminuido y, al igual que en algunos países europeos, la mortalidad empieza a descender.

No obstante, la evidencia científica disponible no ha demostrado que el cribado poblacional del cáncer de próstata reduzca la mortalidad por esta causa y existe un amplio debate acerca de los beneficios y riesgos de este cribado.

Actualmente están en marcha dos ensayos clínicos y sus resultados no estarán disponibles hasta 2005-2009. Sin embargo, la existencia de diferentes protocolos diagnósticos, la contaminación de grupo control, la ausencia de protocolos de tratamiento, entre otros factores, harán difícil la interpretación de sus resultados. Los resultados preliminares aportan datos sobre el sobrediagnóstico de cánceres, el papel del tacto rectal, el límite de corte del APE, etc. El tratamiento del cáncer de próstata también es un tema muy controvertido. La mayoría de los estudios realizados son observacionales y sus resultados se han de interpretar con cautela. Los diferentes protocolos en general optan por un tratamiento activo. El tratamiento más apropiado del cáncer de próstata avanzado tampoco está definido y no todos los pacientes responden a la supresión hormonal androgénica. Existe la opinión generalizada de que tanto el tratamiento del cáncer localizado como el avanzado se asocian a efectos indeseables mal aceptados por la población, y que éstos influyen en la calidad de vida. La insuficiente evidencia sobre la efectividad del tratamiento es un punto a añadir a la no justificación del cribado de este cáncer. La insuficiente evidencia científica acerca del cribado y de la eficacia de los diferentes tratamientos hace que la mayoría de las instituciones, agencias de evaluación, sociedades científicas y guías de práctica clínica no recomienden este cribado. Aquellas que lo recomiendan indican la necesidad de que el paciente esté informado antes de tomar la decisión de realizarse el test del APE. En este texto se han seleccionado aquellos artículos originales sobre ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudios observacionales publicados más recientemente, los cuales nos permiten actualizar la información acerca del cáncer de próstata. Se han escogido trabajos sobre resultados preliminares de los ensayos clínicos del cribado con APE; nuevas alternativas a los tratamientos estándar, como es la braquioterapia; la elección del tratamiento

Correspondencia: Mercè Marzo Castillejo.
Divisió d'Atenció Primària.
Institut Català de la Salut.
Gran Via de les Corts Catalanes, 587. 08007 Barcelona.
Correo electrónico: mmarzo@ics.scs.es

más apropiado entre las diferentes opciones existentes; cómo son los resultados de estos tratamientos en términos de calidad de vida, y cómo la ayuda en la decisión informada afecta a la utilización de los tests de cribado por parte de los pacientes.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Tacto rectal y cribado de cáncer de próstata

Schroder FH, Roobol-Bouts M, Vis AN, Van der Kwast T, Kranse R. Prostate specific antigen-based early detection of prostate cancer validation of screening without rectal examination. *Urology* 2001;57:83-90.

Objetivo. Comparar los resultados de dos protocolos utilizados en el ensayo clínico multicéntrico European Randomized Study of Prostate Cancer (ERSPC).

Métodos. Subgrupo de Holanda. *Primer protocolo (P1):* junio de 1996 y 8.612 varones de 55-74 años. Indicación de biopsia prostática: APE de 4 ng/ml o superior, hallazgos en el tacto rectal y/o la ecografía transrectal. *Segundo protocolo (P2):* febrero de 1997 y 7.943 varones. Indicación de biopsia prostática: APE de 3 ng/ml.

Resultados. La tasa de detección de cáncer fue para el P1 y P2 de 4,9 (n = 474) y 4,7 (n = 377), respectivamente. Las biopsias totales indicadas en el P1 fueron 2.365 (27,4%) y en el P2 de 1.552 (19,5%); en el grupo de APE de 3-3,9 ng/ml la cifra fue de 160 (1,8%) y de 446 (5,6%), respectivamente. El valor predictivo positivo (VPP) en el P1 fue del 18,2% y en el P2 de 24,3 y en el grupo de APE de 3-3,9 ng/mL, de 6,4 y 18,0, respectivamente. Los cánceres de próstata diagnosticados en el P1 tuvieron una distribución de la escala de Gleason similar a los P2, pero un número superior de ellos estaban confinados a la cápsula.

Conclusiones. Disminuyendo para la indicación de biopsia el punto de corte de APE a 3 ng/ml o superior y sin tacto rectal, el VPP mejora (18,2 a 24,3%). El número de biopsias necesarias para diagnosticar un cáncer pasa de 5,2 a 3,4. Las características de los cánceres detectados con APE de 3 ng/ml o superior difieren poco de los detectados con un valor de APE de 4 ng/ml o superior, hallazgos en el tacto rectal y/o la ecografía transrectal.

Comentario

Estos resultados, como los propios autores comentan, son prematuros, pues este ensayo está diseñado para demostrar el papel del cribado en la reducción de la mortalidad del cáncer de próstata. No obstante, se sabe que este cribado comporta un sobrediagnóstico de casos de cáncer que no necesitarían ser tratados, ni posiblemente diagnosticados. En la actualidad la detección oportunista de este cáncer, aunque no por todos aceptada, está muy extendida, y por ello es necesario disponer de algoritmos que incluyan los conocimientos actualmente disponibles. A la vista de los resultados obtenidos en este estudio, la

decisión de practicar una biopsia ante valores de APE de 3 ng/ml o superiores, y sin tacto rectal, parece estar justificada.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Cáncer de próstata en atención primaria

Brett T. Prostate cancer in general practice. Results of a five year prospective clinical study in one practice. *Aust Fam Physician* 2001;30:717-23.

Antecedentes. A pesar de que el cáncer de próstata es una enfermedad con una elevada incidencia, existe poca investigación acerca del tratamiento de esta enfermedad en atención primaria.

Objetivo. Evaluar la aceptabilidad del tacto rectal y el APE en la detección temprana del cáncer de próstata en las consultas de atención primaria. Describir la incidencia de este cáncer, el tratamiento recibido y los resultados obtenidos.

Métodos. Estudio prospectivo de varones mayores de 40 años, incluidos de forma oportunística en una consulta de atención primaria y seguidos durante 5 años (1994-1998). A los pacientes se les ofreció la realización de un tacto rectal cada año. El estudio con APE sólo se llevó a cabo durante los dos últimos años del estudio.

Resultados. Iniciaron el estudio un total de 603 varones y lo completaron 371. La aceptación del tacto rectal y del APE fue del 84 y el 98%, respectivamente. Se realizaron un total de 33 biopsias y se diagnosticaron 14 cánceres. El tratamiento más habitual fue la conducta expectante (31%), seguida del tratamiento hormonal (24%) y la orquiectomía (24%), prostatectomía radical (14%) y radioterapia (7%). El 67% de las 9 defunciones estaban relacionadas directamente con el cáncer de próstata.

Conclusiones. La elaboración de guías para ayudar a los médicos en el cribado del cáncer de próstata podría ser de utilidad. No todos los pacientes con tests positivos necesariamente requieren de investigaciones invasivas. La incidencia de este cáncer en atención primaria es menor que la descrita en estudios de base hospitalaria. Es necesario aconsejar a los pacientes para que éstos tomen decisiones informadas, y es esencial minimizar la ansiedad.

Comentario

Existen pocos estudios que describan cómo se realiza el cribado del cáncer de próstata en atención primaria y el seguimiento de los pacientes diagnosticados de este cáncer. Los pocos estudios, como este realizado en Australia, se limitan a pocos casos y no permiten conocer de manera precisa el valor del tacto rectal y el APE en atención primaria. En nuestro medio también se han efectuado estudios con el objetivo de estudiar la actitud del médico de atención primaria cuando obtiene un APE elevado y las variables asociadas a la práctica de biopsia de próstata y al diagnóstico de carcinoma de próstata¹ y para valorar la calidad diagnóstica en atención primaria del cáncer de próstata y analizar factores asociados al po-

sible retraso diagnóstico². Los resultados de estos estudios también están limitados a un número muy reducido de pacientes.

En atención primaria, el motivo más frecuente de petición del APE es el cribado. Antes de solicitar un APE como prueba de cribado es necesario preguntarse hasta qué punto estamos aportando un beneficio. El objetivo de la detección temprana es disminuir la morbimortalidad y no aumentar el número de casos conocidos. En general es necesario mejorar el diagnóstico de este cáncer en atención primaria, sobre todo a partir de la captación de pacientes que acuden con signos y síntomas relacionados con enfermedades urológicas.

Bibliografía

1. Oller Colom M. Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el APE. *Aten Primaria* 2000;26:323-6.
2. Pérez Cano E. Situación diagnóstica del cáncer de próstata en atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:27-35.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

La braquioterapia en el tratamiento del cáncer de próstata localizado

Crook J, Lukka H, Klotz L, Bestic N, Johnston M. Systematic overview of the evidence for brachytherapy in clinically localized prostate cancer. *CMAJ* 2001;164:975-81.

Antecedentes. La braquioterapia se presenta como una alternativa a la terapia estándar existente de prostatectomía radical y radioterapia externa en el tratamiento del cáncer de próstata localizado.

Objetivo. Clarificar el papel de la braquioterapia (implantación permanente de semillas radiactivas) en el cáncer de próstata localizado.

Métodos. Revisión sistemática de artículos citados en MEDLINE y CANCERLIT entre 1988 y 1999, e interpretación consensuada de la evidencia en el contexto de la práctica clínica. El indicador de progresión clínica de enfermedad es la tasa de fallo bioquímico (TFB), o sea, el aumento del APE.

Resultados. Trece series de casos y tres estudios de cohorte. La TFB varía considerablemente y depende de la estadificación, el grado y los valores de APE previos al tratamiento. Los resultados del tratamiento con braquioterapia de pacientes con estadios T1 o T2, escala de Gleason < 6 y APE < 10 ng/ml son comparables a los obtenidos tras prostatectomía radical. Complicaciones: retención de orina (1-14%), incontinencia urinaria, cistitis y estenosis (< 5%). El 86-96% de los pacientes mantuvieron la función sexual.

Conclusiones. Existe poca evidencia de que la braquioterapia sea una alternativa mejor en el tratamiento del cáncer de próstata localizado (prostatectomía radical y radioterapia externa) en cuanto a la progresión de la enfermedad.

Comentario

La braquioterapia es un tratamiento ampliamente popular y disponible en EE.UU. desde hace más de 15 años, pero con resultados no satisfactorios, atribuibles a una subóptima técnica de implantación de las semillas radiactivas. Actualmente la braquioterapia moderna, utilizando yodo 125 o paladio 103, se realiza a través de la ecografía transrectal y con imágenes radiológicas en tres dimensiones. El hecho de ser una técnica menos invasiva, de que los efectos secundarios pueden ser mejor aceptados por los pacientes y de que se pueda realizar sin ingreso hacen que sea considerada una alternativa terapéutica en los pacientes con cáncer de próstata localizado. No obstante, es una técnica no evaluada que requiere de ensayos clínicos controlados que comparen la braquioterapia con el tratamiento estándar de la prostatectomía radical o la radioterapia externa, o con la braquioterapia asociada a estos tratamientos.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

La supresión hormonal androgénica en el cáncer de próstata avanzado

Prostate Cancer Trialists' Collaborative Group Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2000;355:1491-8.

Antecedentes. El tratamiento del cáncer de próstata avanzado consiste en la supresión con andrógenos (SA). Esta supresión puede ser testicular, ya sea mediante castración o con fármacos que controlen la secreción de las hormonas testiculares. Cuando a este tratamiento se añaden fármacos antiandrógenos (nilutamida, flutamida o el acetato de ciproterona) que actúan a nivel adrenal, la supresión se denomina bloqueo androgénico completo (BAC).

Objetivo. Comparar los efectos de la SA y del BAC en términos de supervivencia.

Métodos. Revisión sistemática de ensayos clínicos (EC) iniciados antes de 1991. El número de EC localizados asciende a 36, y el de EC incluidos, a 27. Se reanalizaron los datos de los 8.275 pacientes incluidos en los estudios, el 88% de ellos con metástasis y un 12% con cáncer de próstata localmente avanzado. Los pacientes incluidos tuvieron una media de edad de 70 años.

Resultados. A los 5 años de seguimiento 5.932 (72%) pacientes habían muerto (80% atribuible al cáncer de próstata). La supervivencia a los 5 años fue del 25,4% en el grupo BAC y del 23,6% con SA aislada (diferencia no significativa). No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a la edad o la estadificación. Los resultados con el acetato de ciproterona fueron algo más desfavorable que el BAC (15,4% con el BAC frente al 18,1%), mientras que los resultados con nilutamida y flutamida fueron más favorables (27,6% con BAC frente al 24,7%). Las muertes no causadas por cáncer de próstata están relacionadas, aunque no de forma significativa, con los efectos adversos de la ciproterona.

Conclusiones. En el cáncer de próstata avanzado el BAC parece aumentar la supervivencia en un 2-3%, dependiendo de si en el análisis

se incluye o no el acetato de ciproterona, pero el rango de supervivencia incluye el 0.

Comentario

Los resultados de esta revisión sistemática difieren de la revisión previa realizada por el mismo grupo de trabajo en el año 1995, pero con 22 EC (5.710 pacientes) y criticada por incluir tratamientos con antiandrógenos esteroideos y no esteroideos, y un mayor número de pacientes con cáncer localizado. Los actuales resultados confirman los de una revisión previa editada en la Cochrane Library, con 20 EC (6.320 pacientes). En esta revisión se contempla que los efectos adversos del BAC ocasionan más abandonos de tratamiento y una reducción de la calidad de vida. A la hora de decidir el tratamiento (incluyendo el tipo, el momento de inicio, etc.) se ha de comparar este pequeño beneficio demostrado con el BAC con los posibles efectos adversos (fatiga, sofocaciones), la disminución de la calidad de vida (preservación de la actividad sexual), las prioridades de los pacientes y los costes asociados de este tratamiento.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Tratamientos de cáncer de próstata y calidad de vida

Schapiro MM, Lawrence WF, Katz DA, McAuliffe TL, Nattinger AB. Effect of treatment on quality of life among men with clinically localized prostate cancer. *Med Care* 2001;39:243-53.

Antecedentes. Los resultados en términos de calidad de vida son importantes para la evaluación de las diferentes opciones terapéuticas, sobre todo cuando ninguna de estas opciones, como ocurre en el cáncer de próstata, queda suficientemente clara.

Objetivo. Describir los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud según la elección del tratamiento en varones con cáncer de próstata clínicamente localizado (CPL).

Métodos. Estudio prospectivo de 122 varones con adenocarcinoma de próstata clínicamente localizado. Al 34% (42 pacientes) se les realizó una prostatectomía radical, al 43% (n = 51) radioterapia y en el 24% (n = 29) se mantuvo una conducta expectante. Antes y a los tres y 6 meses de tratamiento se les administró un cuestionario para valorar el índice de calidad de vida del cáncer de próstata de la Universidad de California y Los Ángeles y el Medical Outcomes Study Short Form-36.

Los resultados obtenidos se ajustaron por las diferencias en los factores clínicos y demográficos de cada grupo.

Resultados. Los varones con prostatectomía radical presentaron una disminución significativa de la función urinaria y sexual, que persistió a los 12 meses del tratamiento. Los tratados con radioterapia experimentaron un pequeña pero significativa disminución en la función sexual y en el área social. Los pacientes no tratados no presentaron ningún cambio significativo en los diferentes dominios evaluados. Las diferencias en los cambios de la función urinaria y sexual

entre los grupos tratados persistieron después del ajuste de los diferentes factores.

Conclusiones. Después del primer año de tratamiento, los pacientes tratados con prostatectomía radical presentaron una disminución importante de la función urinaria y sexual, mientras que los tratados con radioterapia solamente presentaron una disminución de la función sexual. La opción de conducta expectante no ofreció diferencias en ninguna área general o específica de la calidad de vida.

Madalinska JB, Essink-Bot ML, de Koning HJ, Kirkels WJ, Van der Maas PJ, Schroder FH. Health-related quality-of-life effects of radical prostatectomy and primary radiotherapy for screen-detected or clinically diagnosed localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2001;19:1587-8.

Objetivo. Comparar los indicadores de resultados de la calidad de vida relacionados con la salud (CDVRS) en el cáncer de próstata localizado, en las modalidades de tratamiento de la prostatectomía radical y la radiación externa.

Métodos. Estudio prospectivo de cohortes, con 278 pacientes con cáncer de próstata localizado diagnosticados a través del cribado (59%) o por manifestaciones clínicas (41%), en el contexto del European Randomized Trial of Screening for Prostate Cancer (Rotterdam). Se utilizaron medidas genéricas y específicas de CDVRS (SF-36, UCLA Prostate Cancer Index e indicadores relacionados con la función sexual), en el momento del diagnóstico y a los 6 y 12 meses.

Resultados. Los cuestionarios fueron completados por el 88 y el 93% (cribado y síntomas clínicos, respectivamente) de los pacientes. Los pacientes que recibieron radioterapia eran mayores que los pacientes prostatectomizados (63 y 68 años, respectivamente; $p < 0,01$). Tras ajustar los resultados por edad y nivel pretratamiento, los pacientes con prostatectomía presentaron, con significación estadística, mayor incontinencia urinaria (39 y 49%) y disfunción eréctil (80 y 91%) que los pacientes con radioterapia (6 al 7% y 41 al 55%, respectivamente). Los problemas intestinales afectaron al 30 y el 35% del grupo de radioterapia frente al 6 y el 7% del grupo de prostatectomía ($p < 0,01$).

Conclusiones. Prostatectomía y radioterapia difieren en el tipo de deterioro de los indicadores de CDVRS. Debido a que los indicadores de CDVRS pueden ser valorados de manera diferente en cada individuo, todos los pacientes deberían ser informados de los potenciales beneficios y de las consecuencias adversas de estos tratamientos. El método de detección del cáncer (cribado o síntomas clínicos) no se relaciona con las diferencias en los indicadores postratamiento de la CDVRS.

Comentario

Aunque los efectos del tratamiento del cáncer de próstata localizado ya han sido descritos anteriormente en varios estudios, estos dos estudios de cohortes, bien diseñados, permiten medir de forma precisa la calidad de vida. No obstante, hasta que se disponga de ensayos clínicos que superen los sesgos de estos estudios (los pacientes han elegido el tipo de tratamiento y se desconoce la comorbilidad asociada), no podremos saber qué opción de tratamiento es la más adecuada.

Los resultados del estudio de Madalinska et al no aportan ninguna novedad para justificar el cribado de este cáncer, pero sí demuestran que los efectos del tratamiento no se

ven afectados cuando el cáncer se diagnostica bien a través del cribado o por manifestaciones clínicas.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

Urólogos y radioterapeutas recomiendan el tratamiento del cáncer de próstata que presta su especialidad

Fowler FJ, McNaughton CM, Albertsen PC, Zietman A, Elliott DB, Barry MJ. Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2000;283:3217-22.

Antecedentes. El cáncer de próstata afecta a un número elevado de varones. Muchos de los cánceres se diagnostican en una fase poco avanzada. Elegir entre las diversas terapias existentes no resulta fácil, pues la mayoría de las personas afectadas tienen entre 60 y 70 años, su cáncer crece lentamente y muchos fallecen por otras causas. Además, estas intervenciones presentan potenciales efectos secundarios.

Objetivos. Conocer si existen diferencias entre las recomendaciones de los urólogos y los radioterapeutas en el tratamiento del cáncer de próstata localizado.

Métodos. Cuestionario por correo a una muestra aleatoria de médicos urólogos (787 seleccionados y 504 [64%] participantes, respectivamente) y radioterapeutas (735 y 559 [76%]), miembros de la American Medical Association Master List of Physicians. Período de estudio: 1998. Descripción de las recomendaciones (creencias y práctica acerca de la prevención y tratamiento del cáncer de próstata) de los diferentes especialistas, basadas en las respuestas del cuestionario.

Resultados. Más del 90% de ambos especialistas recomendaron el cribado con APE en los varones de 50 a 74 años, y con más frecuencia los radioterapeutas (77 frente al 51%) extendieron esta recomendación a mayores de 74 años. El 93% de los urólogos opinó que ante una esperanza de vida superior a 10 años es de elección la prostatectomía radical, frente al 72% de los radioterapeutas, que consideraron la cirugía como equivalente a la radioterapia externa. Al tener en cuenta el grado de diferenciación y los valores de APE, cada especialista recomendó su tratamiento.

Ambos especialistas adjudicaron el mismo riesgo de complicaciones entre sus pacientes. Ambos recomendaron una conducta expectante en los pacientes con una esperanza de vida inferior a los 10 años o un cáncer de pronóstico muy favorable (puntuación en la escala Gleason de 3 a 4 y APE < 5 ng/ml).

Conclusiones. Los urólogos y los radioterapeutas están de acuerdo en muchos de los aspectos que conciernen a la prevención y tratamiento del cáncer de próstata, y la mayoría recomienda el tratamiento propio de su especialidad.

Comentario

A pesar de las controversias acerca del cribado con APE y de que no hay acuerdo entre los diferentes informes realizados por las agencias de evaluación de diversos países respecto al cribado sistemático del cáncer de próstata, ambos especialistas lo recomiendan de forma amplia.

Las evidencias sobre el tratamiento del cáncer de próstata localizado no están avaladas por ensayos clínicos que demuestren la superioridad de algunos de estos tratamientos, y por ello quizá son explicables las preferencias de los diferentes especialistas al ofrecer su tratamiento.

Terapéutica	Diagnóstico	Pronóstico	Etiología	Prevención
-------------	-------------	------------	-----------	------------

La información y decisión del paciente ante el cribado del cáncer de próstata

Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. *Arch Fam Med* 1999;8:333-40.

Antecedentes. Dadas las controversias acerca del cribado del cáncer de próstata, muchos autores y sociedades como el American College of Physicians creen importante implicar a los pacientes, una vez informados, en la decisión del cribado del cáncer de próstata.

Objetivos. Evaluar el papel de la educación al paciente para compartir las decisiones acerca del cribado del cáncer de próstata.

Métodos. Ensayo clínico controlado. Inicialmente se contactó con 209 pacientes (45-75 años) adscritos a un centro de atención primaria, rechazaron la participación 24, y 25 no cumplían los criterios de inclusión. Grupo intervención: vídeo de 20 min de duración acerca de las ventajas y desventajas del cribado con APE. Grupo control: sin ninguna intervención. Evaluación de conocimientos previos a través de un cuestionario. Seguimiento telefónico a los 15 días acerca de los conocimientos adquiridos, las preferencias del cribado del cáncer de próstata y la calidad de la información.

Resultados. Los conocimientos iniciales fueron pobres. A las dos semanas de seguimiento el grupo de intervención presentó una mejora del 78% en el número de preguntas contestadas correctamente ($p = 0,001$), y los conocimientos acerca de la mortalidad y el estadio temprano, el cribado con APE, las complicaciones relacionadas con el tratamiento y las desventajas del cribado se incrementaron. En el grupo control no se observaron cambios significativos. En el seguimiento, 48 (62%) de los 78 pacientes del grupo de intervención planearon hacerse un APE, en comparación con 64 (80%) de los 80 controles (reducción absoluta, 18,5%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,6-32,4%). La información proporcionada se estima favorable: clara, equilibrada, de duración correcta y recomendable para otras personas.

Conclusiones. La educación de los pacientes acerca de los potenciales beneficios y daños de la detección temprana del cáncer de próstata les permite tomar decisiones más informadas. La incorporación de un vídeo con información sobre el APE en los exámenes periódicos de salud en pacientes mayores de 50 años asintomáticos es recomendable.

Schapiro MM, Van Ruiswyk J. The effect of an illustrated pamphlet decision-aid on the use of prostate cancer screening tests. *J Fam Pract* 2000;49:418-24.

Antecedentes. A pesar de las controversias sobre la eficacia del cribado del cáncer de próstata y la morbilidad significativa que la detección y el tratamiento de lesiones clínicamente no significativas pudieran causar

en la población asintomática, las determinaciones del APE y el tacto rectal son pruebas que se realizan cada vez con más frecuencia.

Objetivo. Conocer el efecto de la ayuda en la decisión del cribado del cáncer de próstata sobre el conocimiento, creencias y utilización de los tests de cribado por parte de los pacientes.

Métodos. Ensayo clínico aleatorizado. Se invitó a participar a través de carta a 3.592 varones de 50-80 años; 572 aceptaron la invitación y 257 cumplían los criterios de inclusión, los cuales son aleatorizados. Grupo de intervención: díptico con información cuantitativa acerca de las características de los tests de cribado y diagnósticos. Grupo control: díptico con información básica sobre el cáncer de próstata. Evaluación de conocimientos y creencias a través de un cuestionario y cribado del cáncer de próstata a través de visita de seguimiento.

Resultados. En el grupo de estudio el díptico fue efectivo en la mejora de los conocimientos acerca del cribado del cáncer de próstata: un 95% de los varones del grupo de estudio conocían la posibilidad de un falso negativo en comparación con el 85% del grupo control ($p < 0,01$). El 91% del grupo de estudio conocía la posibilidad de un falso positivo, comparado con el 65% del grupo control ($p < 0,01$). La utilización del cribado del cáncer de próstata entre el grupo de estudio y el control fue del 82 y el 84%, respectivamente, sin diferencias significativas ($p > 0,05$).

Conclusiones. En atención primaria los dípticos con información que ayuda a tomar decisiones acerca del cribado del cáncer de próstata son efectivos para aumentar el conocimiento, pero no cambian la utilización de estos tests.

Comentario

Los efectos de la información en la toma de decisiones acerca de realizarse el test de APE son variables. En el estudio de Volk et al, que compara la intervención con los cuidados habituales, se observa una mejoría significativa en los conocimientos y en la disminución, aunque no significativa, de la solicitud del cribado. En el estudio de Schapira y Van Ruiswyk, que compara una intervención

cuantitativa y una cualitativa, no se observan reducciones significativas en las preferencias de solicitud del cribado, aunque sí en la mejora de los conocimientos. Según los resultados de una revisión sistemática¹, otros dos estudios previos que comparan un grupo de intervención activo y un grupo de control también aportan resultados contradictorios.

A pesar de estos resultados y de que todos estos estudios no contemplan si tales resultados se mantienen a largo plazo, en general la ayuda en la toma de decisiones permite entender y valorar mejor los beneficios y riesgos de las diferentes opciones de cribado y de tratamiento, y contribuye a que los pacientes participen activamente en las decisiones. No obstante, para que ello ocurra es necesario que se den una serie de circunstancias: que las ayudas en la toma de decisiones sean correctas, que se den las condiciones para facilitar el soporte en las decisiones, que los profesionales estén entrenados y los pacientes tengan un nivel cultural suficiente. Además, ha de existir un consenso mínimo para determinar que la ayuda en la decisión es de suficiente calidad, entre otras: basada en la evidencia científica disponible, presentación de todas las opciones, beneficios y riesgos, y ausencia de conflictos de interés; por otro lado, que existan recursos que lo faciliten y que no existan conflictos legales.

Bibliografía

1. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [Cochrane Review]. En: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.



Puntos clave

- En la actualidad los diferentes protocolos clínicos indican realizar una biopsia prostática a partir de diferentes puntos de corte del APE (generalmente entre 4 y 10 ng/ml, y con determinaciones de APE libre), y/o tacto rectal y/o ecografía transrectal. Los resultados de los estudios que se están realizando, aunque prematuros, han de facilitar la disponibilidad de algoritmos más homogéneos. La decisión de practicar una biopsia ante un APE de 3 ng/ml o superior (sin tacto rectal ni ecografía) podría estar justificada.
- En general existe poca información acerca de las características del cribado del cáncer de próstata en atención primaria, y los resultados disponibles ponen de manifiesto una amplia variabilidad de la práctica clínica. La elaboración e implantación de guías de práctica clínica sobre este cribado podrían ser de utilidad.
- La braquiterapia moderna, utilizando yodo 125 o paladio 103, y realizada con ecografía transrectal, se considera una alternativa de tratamiento en el cáncer de próstata localizado, pero es una técnica que requiere ser estudiada mediante ensayos clínicos controlados.
- En el cáncer de próstata avanzado, el bloqueo androgénico completo (testicular y adrenal), comparado con la supresión androgénica (testicular) parece aumentar, aunque de manera no significativa, la supervivencia a los 5 años en un 2-3%. Ante este pequeño beneficio se han de considerar los posibles efectos adversos, la disminución de la calidad de vida, las prioridades de los pacientes y los costes asociados de este tratamiento.
- Hasta que no se disponga de ensayos clínicos acerca de la mejor opción terapéutica y de los efectos sobre la calidad de vida, que superen los sesgos de los estudios observacionales (los pacientes han elegido el tipo de tratamiento y se desconoce la comorbilidad asociada), no podremos saber qué opción de tratamiento es la más adecuada.
- A pesar de las controversias en cuanto al cribado y las opciones terapéuticas del cáncer de próstata, los urólogos y los radioterapeutas recomiendan el cribado con APE, y cada uno de estos especialistas cree más oportuno el tratamiento del cáncer de próstata localizado que ofrece su especialidad: prostatectomía frente a radioterapia.
- En general, la ayuda en la toma de decisiones permite no sólo entender mejor los beneficios y riesgos de las diferentes opciones de cribado y de tratamiento, sino también que los pacientes participen activamente en la toma de decisiones. Ante las controversias acerca del cribado de este cáncer, la información al paciente es fundamental. No obstante, los efectos de la información en la toma de decisiones acerca de realizarse el test de APE son variables.
- En los próximos años quizá se demostrará, como ya está ocurriendo en algunos países, que el cribado del cáncer de próstata con APE reduce la mortalidad. A pesar de la ausencia de resultados de ensayos clínicos y que existen muchos interrogantes, las mejoras en los tratamientos, así como la reducción de sus efectos negativos y aumento en la calidad de vida, pueden favorecer la decisión de este cribado. No obstante, la respuesta de qué hacer mientras tanto no queda clara.