



## Guía de Recomendaciones Clínicas

### Cáncer de Próstata





*Edita:*  
*Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias*  
*Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias*

*Diseña:*  
*Diéresis Comunicación, S.L.*

*Imprime:*  
*Imprenta Narcea, S.L.*

*Depósito Legal:*  
*AS-5602-2006*



---

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

### PRIMERA PARTE

#### PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	PRESENTACIÓN .....	5
B.	OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS .....	8
C.	ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS .....	8
D.	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES .....	9
E.	GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO .....	9
F.	PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO .....	9
G.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA .....	10
	1. Selección de guías de práctica clínica .....	10
	3. Definición y asignación de apartados para cada integrante ...	10
	4. Elaboración de las recomendaciones .....	10
	5. Evaluación y consenso de las recomendaciones .....	11
	6. Evaluación y consenso de la factibilidad de implantación .....	11
	7. Identificación y selección de las recomendaciones clave .....	11
	8. Propuesta de estructura y formato de las recomendaciones clínicas .....	11
	9. Tabla de clasificación de los niveles de evidencia y grado de recomendación .....	12
	10. Procedimiento de actualización .....	13

## SEGUNDA PARTE

### RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS .....	15
B.	RECOMENDACIONES CLAVE .....	16
C.	RECOMENDACIONES GENERALES .....	18
	1. DEFINICIÓN .....	18
	2. EPIDEMOLOGÍA E HISTORIA NATURAL .....	18
	2.1 Incidencia y mortalidad .....	18
	2.2 Factores de riesgo .....	19
	2.3 Presentación e historia natural .....	21
	3. DIAGNÓSTICO PRECOZ-SCEENING .....	22
	4. ESTIDAJE .....	28
	5. CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA .....	31
	6. FACTORES PRONÓSTICOS .....	32
	7. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO .....	35
	8. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO .....	38
	9. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DISEMINADO .....	39
	10. SEGUIMIENTO .....	41
	11. CONSEJOS DE ENFERMERÍA .....	43
	12. INTERVENCIÓN SOCIAL .....	45
D.	BIBLIOGRAFÍA .....	47
E.	ANEXO .....	49



---

## PRIMERA PARTE

---

### PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

#### A. PRESENTACIÓN

---

El propósito de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad. Para ello se estructuran tres ejes estratégicos, uno de los cuales viene representado por los **Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI)**.

Los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (**PCAI**) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud (en este caso Cáncer de Próstata) liderados por profesionales de diversas disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los **PCAI** emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Esta priorización

fue realizada contando con la participación de profesionales y grupos de pacientes. Cada área constituye un PCAI e integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Los 14 **PCAI** a desarrollar en el periodo 2003-2007 son los siguientes:

- Cáncer de mama
- Ansiedad
- EPOC
- Cardiopatía isquémica
- Diabetes
- Ictus
- Alcoholismo
- Carcinoma colorrectal
- Cáncer de próstata
- Demencia
- Depresión
- Dolor crónico musculoesquelético
- Hipertensión arterial
- Embarazo, parto y puerperio

#### **Las características comunes a los Programas Claves de Atención Interdisciplinaria (PCAI):**

- Promueven una atención más **accesible, centrada en el paciente, segura,** clínicamente **efectiva** y con una **utilización de recursos** adecuada.
- Su aplicación reduce la **variabilidad inaceptable** en la calidad asistencial.
- Centra la atención en el paciente con **necesidades de salud homogéneas.**
- Facilita el mejor uso del **conocimiento y habilidades** de los profesionales.
- Persigue la coordinación real de profesionales de **múltiples disciplinas** distribuidos en todos los **niveles** donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de **gestión por procesos.**

- **Participación de los profesionales** en el diseño e implantación del PCAI.
- **Solidez científica** incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo recomendaciones clínicas.
- Gestión y monitorización de **indicadores clave** del PCAI.
- Sensibles a la **satisfacción de las necesidades y expectativas** de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

En el transcurso del desarrollo de los PCAI contaremos con los siguientes elementos:

- **Recomendaciones clínicas.** El ¿Qué?.
- **Guía organizativa:** El ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con qué?.
- **Un sistema de monitorización:** ¿Cómo mediremos la práctica?.
- **Difusión e implantación del PCAI:** ¿Qué haremos para tener éxito en la aplicación del PCAI?.

Los resultados que esperamos de los PCAI son:

- **Recomendaciones clínicas.** Selección de un conjunto de recomendaciones de las principales y más actualizadas guías de práctica clínica, priorizando aquellas de mejor adaptación y de mayor necesidad de implantación en la comunidad asturiana, partiendo de las experiencias actuales en Asturias en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la condición clínica.
- **Desarrollo organizativo.** En esta etapa el objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas priorizadas y posponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes.

- **Sistema de monitorización de los PCAI con indicadores clínicos y de gestión.** El equipo de trabajo propondrá estándares (o nivel deseado de cumplimiento del indicador), partiendo de la revisión bibliográfica o basándose en la experiencia existente a nivel nacional e internacional. Para los primeros años, algunos de estos indicadores tendrán que monitorizar el grado de cumplimiento de la guía de PCAI.
- **Recomendaciones para la difusión e implantación del PCAI** en la Comunidad Autónoma, detallando estrategias de comunicación, materiales para la formación, y sugerencias útiles para la implantación y el seguimiento.



## B. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Estas recomendaciones clínicas constituyen un elemento del programa del PCAI cáncer de próstata cuyo objetivo como estrategia de calidad es abordarlo a través de una atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con este problema de salud, mejorando los resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

## C. ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

En esta guía se aborda de forma integral el proceso asistencial del cáncer de próstata.

Esta guía de recomendaciones clínicas incluye los siguientes procesos clínicos: Diagnóstico precoz-screening, estadiaje, clasificación anatomopatológica, factores pronósticos, tratamiento del cáncer de próstata localizado, localmente avanzado y diseminado, seguimiento, consejos de enfermería e intervención social.



## **D. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES**

---

A toda la población de varones mayores de 45 años.

## **E. GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO**

---

- *Ángeles Canto Rodríguez*
- *Antonio Fernández Fernández*
- *Jesús María Fernández Gómez*
- *Roberto Fernández Martínez*
- *Luis Gago Argüelles*
- *Mario E. González Puente*
- *José Luis Guate Ortiz (coordinador)*
- *Azucena Martínez Acebal*
- *Luis Mendiolagoitia Cortina*
- *Isabel Palacio Vázquez*
- *Pedro José Prada Gómez*
- *Manuel Rivas del Fresno*
- *Julio Velasco Alonso*

## **F. PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO**

---

Esta guía está dirigida a los profesionales del Principado de Asturias que intervienen en la atención de los pacientes con cáncer de próstata en todos los niveles asistenciales.

## G. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

### 1. IDENTIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE TRABAJO

En esta fase se identificaron los profesionales para el PCAI, se elaboró una guía de trabajo para el proceso de selección de recomendaciones clínicas y se constituyó el grupo profesional.

### 2. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas y recopilación de la versión electrónica para distribución entre los miembros del grupo.

Para la evaluación de las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento de evaluación AGREE. Solamente se distribuyeron entre los componentes del grupo las guías que tenían una puntuación alta en el AGREE.

### 3. DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE

Cada grupo definió el alcance de la guía (niveles de atención y procesos clínicos a incluir) así como la definición del contenido y orden de los apartados o ítems de la guía.

Asimismo, y de acuerdo a las áreas de trabajo, experiencia y/o especialidades de los profesionales, se asignó a cada integrante los apartados a desarrollar.

### 4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Se recogieron en un documento las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica seleccionadas para cada uno de los apartados de la guía. Los miembros del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionaron y redactaron las recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.

*Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.*

## 5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES

Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.

## 6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN

Se realizó una evaluación de la factibilidad de implantación de las recomendaciones clínicas.

Se evaluó mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.

## 7. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLAVE

Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave".

Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado Asturiano, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa.

## 8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se propone una estructura y un formato para el conjunto de los PCAI, con tal de homogeneizar su presentación y facilitar su comprensión.

## 9. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones se basan en 4 grados de recomendación:

**Nivel A:** Recomendación de que la intervención es útil/efectiva.

**Nivel B:** Recomendación favorable a que la intervención es útil/efectiva. Son necesarios estudios adicionales con objetivos específicos.

**Nivel C:** Utilidad/eficacia de la recomendación no tan bien establecida. Son necesarios estudios adicionales con objetivos amplios; sería útil un registro de datos adicional.

**Nivel D:** Recomendación basada en opiniones de expertos o en el consenso del grupo de trabajo, ante la ausencia de estudios experimentales o de cohortes amplias que analicen la eficacia o seguridad de la intervención.

Cada grado de recomendación se acompaña de 4 niveles de evidencia, basados en la consistencia general del sentido y la magnitud del efecto.

Nivel de recomendación	Grado de evidencia	Origen de la evidencia
A	I	Estudios aleatorizados y controlados , con gran cantidad de datos más de 300 casos
B	II	Estudios aleatorizados y controlados , con una cantidad limitada de datos, mayor de 30 casos
C	III	Estudios observacionales, no aleatorizados, ensayos con menos de 30 casos
D	IV	Opiniones de expertos, comités de consenso

## 10. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

- La revisión de esta guía se realizará cada 2 años.
- Un grupo multidisciplinar revisará la guía, la comparará con la evidencia disponible, propondrá cambios y consensuará nuevas recomendaciones.
- Dependiendo del número de modificaciones, el grupo discutirá la necesidad de la publicación de un nuevo documento o de un adenda.
- Las nuevas recomendaciones serán publicadas y sometidas a un período de revisión para que todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con cáncer de próstata puedan aportar comentarios y sugerencias. Transcurrido este tiempo se puede dar por actualizada la guía hasta el período establecido por el grupo o por defecto en dos años más.



P C A I

Guía de Recomendaciones Clínicas

Cáncer de Próstata





---

## SEGUNDA PARTE

---

### RECOMENDACIONES CLÍNICAS

#### A. INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

---

Este documento contiene una recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que participan en la atención de pacientes con Cáncer de Próstata. Han sido sometidas a un proceso de evaluación, consenso y adaptación a la realidad de la Comunidad de Asturias. En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios utilizados para la selección y adopción de la evidencia.

Las siguientes recomendaciones clínicas están ordenadas en tres apartados:

- **Recomendaciones clave:**

Conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en la comunidad asturiana.

*Se trata de un conjunto de recomendaciones de gran relevancia no implantadas o implantadas irregularmente en el territorio asturiano.*

- **Recomendaciones generales:**

Descripción de todas las recomendaciones seleccionadas por los integrantes del grupo.

- **Algoritmos:**

Aspectos clínicos más importantes que incorporan criterios de decisión, que tienen múltiples alternativas, o que mediante una representación gráfica pueden facilitar la utilización de las recomendaciones.

## B. RECOMENDACIONES CLAVE:

Se identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave", de especial prioridad de implantación en la Comunidad Asturiana basadas en el Plan de Salud para Asturias 2003-2007.

1	En el momento actual no existe unanimidad sobre el posible beneficio de un programa de cribado poblacional de cáncer de próstata en individuos asintomáticos.
2	La población que podría beneficiarse de la detección precoz del cáncer de próstata son los varones entre los 50 y los 72 años y con una esperanza de vida de al menos 10 años.
3	El diagnóstico definitivo del cáncer de próstata depende de la confirmación histopatológica donde se determina el grado según Gleason. No obstante, la biopsia de la próstata se recomienda sólo si su realización va a influir en el tratamiento que se vaya a seguir posteriormente.
4	Las opciones de tratamiento del cáncer de próstata localizado son tres: la prostatectomía radical, la radioterapia y la observación sin ningún tratamiento inicial. El tipo de terapia debe ser adaptado a las características individuales y a la situación particular de cada paciente, el cual debe participar en la toma de decisiones.



5	En los pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado, la hormonoterapia añadida a la radioterapia es preferible a la radioterapia sola, aunque los resultados no son superiores a los de la prostatectomía radical. El tratamiento hormonal está indicado en pacientes en estadio T4 o en estadio T3 con PSA mayor de 20.
6	Después de la tercera semana de una prostatectomía radical, la observación de valores del PSA superiores a 0.2 ng/ml se puede asociar con enfermedad residual o recidiva tumoral.
7	Después de un tratamiento radical con radioterapia, el PSA puede tardar hasta tres años en alcanzar su valor más bajo (nadir). Independientemente de cual sea ese valor más bajo, la observación de tres elevaciones consecutivas del PSA sobre el nadir se considera signo de recidiva tumoral.
8	La orquiectomía bilateral (castración quirúrgica) o los agonistas de la LHRH (castración médica) representan las mejores opciones de tratamiento inicial para el cáncer de próstata avanzado o metastásico.
9	Ni la prostatectomía radical ni la radioterapia con intención curativa son opciones válidas para los pacientes con cáncer de próstata diseminado.
10	En el cáncer de próstata avanzado, el bloqueo androgénico máximo (BAM) mediante la adición de un antiandrógeno no-esteroide a la castración médica o quirúrgica, supone una pequeña ventaja para la supervivencia de los pacientes a expensas de mayores efectos secundarios, por lo que hoy en día no se recomienda. Cada caso debe ser discutido entre el médico y el paciente.
11	El inicio precoz del tratamiento hormonal vs. inicio cuando aparecen los síntomas, tiene una pequeña ventaja en la supervivencia de los pacientes, a expensas de mayores efectos secundarios. Por ello, no se pueden dar recomendaciones específicas para cada caso y las ventajas e inconvenientes de ambas opciones deben ser discutidas entre el médico y el paciente.

12	El seguimiento se debe realizar durante un largo periodo de tiempo ya que cerca del 40% de las recidivas aparecen después de los 5 años del tratamiento radical.
13	La quimioterapia (docetaxel) combinada con prednisona puede paliar el dolor de los pacientes con metástasis y además, tiene un modesto impacto en la supervivencia. Presenta bastantes efectos secundarios por lo que se emplea sólo en pacientes con tumores hormono-refractarios y aceptable estado general.

## C. RECOMENDACIONES GENERALES

### 1. DEFINICIÓN

El cáncer de próstata es un tumor maligno de estirpe epitelial constituido por células secretoras. El adenocarcinoma acinar es el tumor maligno más frecuente de la glándula prostática.

### 2. EPIDEMIOLOGÍA E HISTORIA NATURAL

#### 2.1 Incidencia y mortalidad

En el Principado de Asturias, de acuerdo a los últimos datos de incidencia y mortalidad, el cáncer de próstata supone el segundo tumor en incidencia (16,7% de los tumores en varones), después del cáncer de pulmón (17%). De acuerdo a estos mismos datos, en el año 2000 se diagnosticaron 550 casos nuevos. En cambio, en el año 2005 se diagnosticaron 475 casos nuevos (según datos de los sistemas de información de atención especializada).

En cuanto a mortalidad y de acuerdo con los últimos datos publicados por la Consejería de Salud, el número de varones fallecidos en Asturias en el año 2004 por cáncer fue 2176, de ellos, 185 debido a cáncer de próstata, lo que supone un 8.5% de las muertes por cáncer en varones. El 75% de los

fallecidos tenían más de 75 años. Estas cifras significan que el cáncer de próstata supone la octava causa de muerte en hombres en nuestra comunidad autónoma.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la esperanza de vida al nacer de los varones en Asturias es de 76 años. Pero un varón sano tiene más de un 50% de posibilidades de vivir más de 10 años hasta que llega a los 72 años.

Cada vez se han ido diagnosticando mayor número de casos, debido en parte a la generalización de las determinaciones del Antígeno Prostático Específico (PSA) a partir de 1978, aunque el incremento de la incidencia se apreciaba ya antes de que el test de PSA estuviera disponible.

A principios de los años 90 se observó un pico de incidencia coincidente con la extensión de la utilización del PSA, que empezó a descender hacia 1995. Las tendencias actuales en cuanto a incidencia no pueden predecirse adecuadamente, de hecho en el 2005 se ha invertido la tendencia, pero en el futuro probablemente se incrementará aunque solo sea debido al envejecimiento de la población.

Se desconocen las causas exactas para este aumento llamativo en la incidencia en el cáncer de próstata pero, probablemente, existen factores genéticos y ambientales implicados, además del efecto del sobrediagnóstico relacionado con la generalización de la determinación de PSA en población asintomática.

## 2.2 Factores de riesgo

La hipertrofia benigna de próstata no constituye factor de riesgo ni predispone al cáncer de próstata. Los factores más analizados se describen a continuación.

**EDAD.** Es el factor más importante para desarrollar cáncer de próstata, de forma que un 70% de los varones mayores de 80 años pueden tener cambios histológicos compatibles con cáncer en su órgano prostático. Sin em-

bargo, se estima que un 10% de los cánceres de próstata confirmados histológicamente, no progresa clínicamente. Es muy infrecuente la aparición de la enfermedad antes de los 45 años, pero las posibilidades de padecerlo aumentan rápidamente a partir de esa edad. Cuando el tumor se diagnostica en varones relativamente jóvenes, suele tener un comportamiento más agresivo.

**RAZA.** El cáncer de próstata es más frecuente en la raza negra, quizá debido a factores genéticos y socio-económicos. Las tasas más bajas se dan en China, y las más elevadas entre los varones afro-americanos.

**FACTORES GENÉTICOS.** El riesgo de padecer cáncer de próstata se duplica en hombres con un familiar de primer grado afecto, y este riesgo tiende a incrementarse cuanto mayor sea el número de miembros de la familia afectados. Esta predisposición familiar parece, incluso ser más llamativa que para el cáncer de mama o colon. No se ha podido identificar una alteración genética o cromosómica clave en la predisposición a la enfermedad, por lo que se deduce que el cáncer de próstata es una enfermedad genéticamente compleja.

**DIETA.** Algunos factores relacionados con la dieta han sido implicados en el desarrollo de cáncer de próstata. Entre ellos se pueden citar, por ejemplo, el consumo elevado de grasas animales.

**OTROS FACTORES.** Puede haber otros factores cuya relación con el desarrollo de cáncer de próstata no está clara. Entre ellos estarían: deficiencia de vitamina D, la dieta pobre en vegetales, ingesta de suplementos de zinc, prostatitis, obesidad, exposición a luz ultravioleta, y exposición al agente naranja, entre otros.

Otros factores, aunque sin evidencia demostrada, apuntan hacia una protección frente al desarrollo del tumor, como los ácidos grasos omega, el selenio, los suplementos de vitamina E, y el uso prolongado de AINEs o estatinas.

**FACTORES HORMONALES.** Parece que los varones con valores de testosterona o IGF-1 en el límite alto tienen un riesgo 2 veces superior de desarrollar cáncer de próstata.

### 2.3 Presentación e historia natural

El cáncer de próstata posee un amplio espectro de comportamientos clínicos. Muchos tumores siguen un curso indolente a lo largo de muchos años, mientras que otros avanzan rápidamente por extensión local y/o metástasis.

No existe un cuadro clínico específico de cáncer de próstata, y los síntomas son, a menudo, debidos a la propia hipertrofia benigna, aunque es frecuente que el paciente se encuentre asintomático. Cuando el cáncer de próstata es sintomático, puede producir urgencia miccional, nicturia, y polaquiruria. Aunque estos síntomas son con mayor frecuencia debidos a hipertrofia benigna, su estudio puede conducir al diagnóstico de un cáncer de próstata. Así, una sintomatología genito-urinaria sugestiva con un tacto rectal anormal, aumento de PSA y/o presencia de lesiones hipo-ecogénicas en la ecografía trans-rectal, son datos de sospecha que deben inducir a la realización de una biopsia prostática.

Un pequeño porcentaje de hombres con cáncer de próstata pueden debutar con síntomas de enfermedad metastásica, con mayor frecuencia dolor óseo, por ser ésta la localización metastásica más habitual de esta neoplasia.

Las evidencias disponibles sugieren que los tumores de bajo grado y con bajo estadio que no reciben ningún tratamiento, pueden mantenerse sin síntomas durante largos períodos de tiempo. Entre las series de pacientes con seguimientos de hasta 10 años se observa que la mayor parte de estos casos fallecen debido a otras causas. Así, la actitud de vigilancia sin tratamiento en estos tumores de bajo grado, se asocia a menudo con supervivencias prolongadas y ausentes de morbilidad.

En muchos casos no existen técnicas contrastadas que permiten diferenciar entre los tumores de crecimiento lento y los de crecimiento agresivo, la selección del tratamiento en estos pacientes debe hacerse en función de la esperanza de vida.

En el apartado correspondiente al tratamiento, se revisarán los factores precisos para la toma de decisiones en base a este comportamiento característico del cáncer de próstata.

### 3. DIAGNÓSTICO PRECOZ-SCREENING

El cribado masivo consiste en la detección de una enfermedad, en este caso cáncer de próstata, en individuos asintomáticos en riesgo. El cribado oportunista se limita al diagnóstico en casos individuales, que corresponden a individuos en edad de riesgo que acuden con síntomas del tracto urinario inferior. Ambos persiguen la disminución de la mortalidad por cáncer de próstata manteniendo una calidad de vida adecuada.

Aunque se considera necesario un cribado oportunista del cáncer de próstata dada su prevalencia y el incremento de su incidencia y mortalidad en muchos países europeos, el cribado masivo de este tumor resulta controvertido, si bien en la práctica frecuentemente se realiza un cribado oportunista. Existen datos acerca de una disminución de la mortalidad en las áreas (EEUU, Tirol austriaco) en las que se han llevado a cabo programas agresivos generalizados de cribado basados en tacto rectal y PSA (**nivel de evidencia 2b**), si bien también se ha reducido en áreas en las que no se llevan a cabo tales programas de cribado (Inglaterra, Gales, Seattle...). Ante la controversia suscitada, se han iniciado ensayos poblacionales prospectivos (nivel de evidencia 1b) de cribado en cáncer de próstata como el PLCO (Próstata, Lung, Colorectal, Ovary) en EEUU y el ERSPC (European Randomized Screening for Prostate Cancer) en Europa, cuyos resultados estarán disponibles en 2008. Hasta entonces se han elaborado una serie de recomendaciones, que han sido recogidas por diversos organismos como la EAU (Asociación Europea de Urología), la alemana NGT (Nominal Group Technique) y en EEUU, la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) o la USPSTF (US Preventive Services Task Force).

Actualmente no existe unanimidad sobre la realización de un diagnóstico precoz de cáncer de próstata en individuos asintomáticos (**nivel de evidencia 3**). Aunque puede detectar un número importante de tumores latentes, no se ha demostrado claramente un beneficio sobre la supervivencia. Además, puede conllevar un sobretatamiento de tumores indolentes que no está exento de morbilidad física y/o psicológica.

En todo caso, la población que podría beneficiarse de la detección precoz del cáncer de próstata es la constituida por varones de 50 a 72 años con una supervivencia calculada de al menos 10 años (nivel de evidencia 2). No obstante, es obligado descartar la presencia de un cáncer de próstata en individuos con antecedentes familiares conocidos de la enfermedad, debiéndose iniciar un programa de detección precoz a partir de los 45 años. No parecen existir datos que avalen su detección sistemática en pacientes asintomáticos antes de los 50 y después de los 72 años.

Si se decide iniciar un programa de diagnóstico precoz de cáncer de próstata en un varón asintomático entre 50 y 72 años, debe informársele claramente de sus ventajas e inconvenientes (Anexo A).

Los periodos de recribado en caso de un control previo normal no están establecidos, oscilando entre 1 y 4 años. En un reciente análisis del Programa Prospectivo de Screening de la Universidad de Laval (Canadá) se ha determinado que el valor de PSA podría marcar el intervalo entre los controles: los varones con PSA menor de 1 ng/ml podrían esperar 4 años, aquellos con PSA entre 1 y 1,5 ng/ml se controlarían cada 2 años y por encima de 1,5 ng/ml, anualmente.

Pruebas de detección. El diagnóstico inicial de cáncer de próstata se basa en tacto rectal y PSA, habiéndose demostrado que esta asociación puede detectar de forma muy efectiva el cáncer de próstata en estadios precoces (nivel de evidencia 3). No obstante, se reconoce que el tacto rectal tiene escasa sensibilidad y no puede ser empleado como un instrumento inicial de cribado de forma aislada (nivel de evidencia 1).

No se ha determinado un punto de corte de PSA óptimo para el cribado (nivel de evidencia 3), oscilando el de los estudios realizados entre 2 y 4 ng/ml. Aunque alrededor del 10-20% de individuos con PSA entre 2 y 4 ng/ml pueden tener cáncer de próstata (90% localizados), la reducción del umbral a 2 ng/ml produce un marcado incremento de biopsias innecesarias por la baja especificidad del PSA. Además, el empleo de 3 ng/ml como punto de corte sólo aumenta en un 2% la detección de tumores curables respecto a 4 ng/ml. En definitiva, parece que 4 ng/ml puede ser un punto de corte adecua-

do, si bien se ha recomendado el empleo de valores más bajos (3 ng/ml) en varones menores de 60 años (recomendación de grado C).

En un primer momento puede ser útil la repetición del PSA cuando los valores oscilan entre el umbral (3-4 ng/ml) y 10 ng/ml, para excluir algún error pre o postanalítico. Igualmente, antes de continuar estudios, es útil el empleo de índices para reducir el nº de biopsias de próstata innecesarias, como el de la densidad de PSA, el de PSA libre o el de PSA complejo, cuya efectividad clínica es similar entre ellos, si bien no existe consenso acerca de su fiabilidad ni su aplicabilidad. Entre los más validados destaca la fracción de PSA libre, con puntos de corte recomendados a partir de 18-25% (menor riesgo de malignidad), teniendo mejor poder de discriminación cuando el PSA total es de 3 a 10 ng/ml y los volúmenes prostáticos menores de 40 cc. La velocidad de PSA también puede ser útil, sugiriendo la presencia de tumor cuando es superior a 0,75 ng/ml/año (al menos 3 determinaciones durante 18 meses) (recomendación de grado B).

Biopsia de próstata. El diagnóstico definitivo del cáncer de próstata depende de la confirmación histopatológica, si bien se recomienda sólo si su realización influirá en el tratamiento que se vaya a seguir posteriormente (recomendación de grado C).

Las lesiones palpables o visibles en ecografía transrectal pueden ser biopsiadas directamente. Sin embargo, en muchos casos se trata de tumores isoecogénicos, siendo imprescindible el empleo de técnicas especiales, destacando entre ellas la toma de múltiples cilindros o la ecografía Doppler, aunque esta última no cuenta con una aceptación generalizada (nivel de evidencia 2b).

El empleo de inyección periprostática de un anestésico local se recomienda como mejor método de analgesia durante la biopsia transrectal (nivel de evidencia 1), fundamentalmente cuando se incrementa el número de cilindros, siendo superior a la aplicación de un gel anestésico intrarrectal (recomendación de grado A).



Aunque no existe un patrón que evite con seguridad la necesidad de rebiopsia (**nivel de evidencia 3**), en la primera biopsia deben tomarse entre 6 y 10 cilindros dirigidos lateralmente en la glándula, con un incremento de su número en caso de grandes volúmenes prostáticos (**recomendación de grado B**), resultando insuficiente en estos casos la realización de biopsias sextantes. En la primera biopsia no se recomienda la toma de muestras de la zona transicional (**recomendación de grado C**).

En caso de una primera biopsia negativa con persistencia de la indicación (PSA, tacto rectal) o con hallazgos sospechosos de malignidad (PIN –Neoplasia intraepitelial prostática- de alto grado, ASAP –Proliferación Atípica de Pequeños Acinos-...) debe repetirse un segundo muestreo con biopsias múltiples, aconsejándose que sea mas intenso en las zonas sospechosas (**recomendación de grado B**).

No existen pautas para una 3ª o ulteriores biopsias, debiendo tomarse las decisiones en base a la indicación y de forma individualizada de acuerdo con el paciente (**recomendación de grado C**), con controles periódicos de PSA cada 3-12 meses (**recomendación de grado B**). El porcentaje de biopsias positivas tras 2 tomas previas negativas se reduce significativamente (menor al 30%). Las biopsias por saturación (22-24 cilindros) se emplean en casos individuales con fuerte sospecha de cáncer de próstata y varias biopsias previas negativas.

Resumen recomendaciones		NE	GR
3.1	Existen datos acerca de una disminución de la mortalidad en las áreas (EEUU, Tirol austriaco) en las que se han llevado a cabo programas agresivos generalizados de cribado basados en tacto rectal y PSA, si bien también se ha reducido en áreas en las que no se llevan a cabo tales programas de cribado (Inglaterra, Gales, Seattle...).	II	B

3.2	Actualmente no existe unanimidad sobre el beneficio de un programa de cribado poblacional de cáncer de próstata en individuos asintomáticos.	III	
3.3	La población que podría beneficiarse de la detección precoz del cáncer de próstata es la constituida por varones de 50 a 72 años con una supervivencia calculada de al menos 10 años.	II	
3.4	El diagnóstico inicial de cáncer de próstata se debe basar en tacto rectal y PSA, cuya asociación es muy efectiva para detectar el cáncer de próstata en estadios precoces.	III	
3.5	Se reconoce que el tacto rectal tiene escasa sensibilidad y no puede ser empleado como un instrumento inicial de cribado de forma única.	I	
3.6	No se ha determinado un punto de corte de PSA óptimo para el cribado, oscilando el de los estudios realizados entre 2 y 4 ng/ml.	III	
3.7	Parece que 4 ng/ml puede ser un punto de corte adecuado, si bien se ha recomendado el empleo de valores más bajos (3 ng/ml) en varones menores de 60 años.		C
3.8	La velocidad de PSA también puede ser útil, sugiriendo la presencia de tumor cuando es superior a 0,75 ng/ml/año (al menos 3 determinaciones durante 18 meses).		B
3.9	El diagnóstico definitivo del cáncer de próstata depende de la confirmación histopatológica, si bien la biopsia de próstata se recomienda sólo si su realización influirá en el tratamiento que se vaya a seguir posteriormente.		C

3.10	Las lesiones palpables o visibles en ecografía transrectal pueden ser biopsiadas directamente. Sin embargo, en muchos casos se trata de tumores isoecogénicos, siendo imprescindible el empleo de técnicas especiales, destacando entre ellas la toma de múltiples cilindros o la ecografía Doppler, aunque esta última no cuenta con una aceptación generalizada.	II	B
3.11	El empleo de inyección periprostática de un anestésico local se recomienda como mejor método de analgesia durante la biopsia transrectal (nivel de evidencia 1), fundamentalmente cuando se incrementa el número de cilindros, siendo superior a la aplicación de un gel anestésico intrarrectal (recomendación de grado A).	I	A
3.12	En la primera biopsia deben tomarse entre 6 y 10 cilindros dirigidos lateralmente en la glándula, con un incremento de su número en caso de grandes volúmenes prostáticos (recomendación de grado B), resultando insuficiente en estos casos la realización de biopsias sextantes.	II	B
3.13	En la primera biopsia no se recomienda la toma de muestras de la zona transicional.		C
3.14	En caso de una primera biopsia negativa con persistencia de la indicación (PSA, tacto rectal) o con hallazgos sospechosos de malignidad (PIN –Neoplasia intraepitelial prostática- de alto grado, ASAP –Proliferación Atípica de Pequeños Acinos-...) debe repetirse un segundo muestreo con biopsias múltiples, aconsejándose que sea mas intenso en las zonas sospechosas		B
3.15	No existen pautas para una 3ª o ulteriores biopsias, debiendo tomarse las decisiones en base a la indicación y de forma individualizada de acuerdo con el paciente (recomendación de grado C), con controles periódicos de PSA cada 3-12 meses (recomendación de grado B).		C,B

#### 4. ESTADIFICACIÓN

La forma de estadificar el cáncer de próstata más utilizada hoy en día es la de la clasificación de la TNM. En la siguiente tabla podemos ver la clasificación TNM (actualizada 2002).

Básicamente, el estadio local se determina mediante el tacto rectal, el estadio ganglionar mediante la linfadenectomía ilio-obturatriz y para ver las metástasis se emplea la gamma-grafía ósea. No obstante, el TAC nos puede ayudar en algunos pacientes en el estadije local y ganglionar y la gamma-grafía ósea muchas veces puede ser sustituida por la clínica, el PSA y la determinación de fosfatasa alcalina.

La afectación de los ganglios linfáticos implica un alto riesgo de padecer metástasis a distancia. Las tablas de Partin nos pueden ayudar a tabular el riesgo de tener afectados los ganglios. Los pacientes en estadio T2a o menor, PSA menor de 20 y Gleason  $\leq 6$  tienen menos de un 10% de tener afectados los ganglios y por lo tanto se pueden evitar los estudios de extensión.

##### Normas para la clasificación TNM

La Clasificación sólo se aplica a los adenocarcinomas.

El carcinoma de células transicionales de la próstata se clasifica como un tumor uretral.

Debe existir confirmación histológica de la enfermedad.

Los procedimientos para valorar la Clasificación T, N y M son:

**Categoría T:** Exploración física, técnicas de imagen, endoscopia, biopsia y test bioquímicos.

**Categoría N:** Exploración física y técnicas de imagen.

**Categoría M:** Exploración física, técnicas de imagen, estudios esqueléticos y test bioquímicos.

Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios de la pelvis menor que, fundamentalmente, son los ganglios iliopélvicos localizados por debajo de la bifurcación de las arterias iliacas primitivas.

La lateralidad no afecta a las categorías N

T: Tumor primario	N: Ganglios linfáticos regionales	M: Metástasis a distancia
Tx No se puede evaluar el tumor primario.	Nx No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales	Mx No se pueden evaluar las metástasis a distancia.
T0 No hay evidencia de tumor Primario.	N0 No se demuestran metástasis ganglionares regionales	M0 No hay metástasis a distancia
T1 Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen	N1 Metástasis ganglios linfáticos regionales	M1 Metástasis a distancia
T1a Tumor detectado como hallazgo una extensión menor o igual al 5% del tejido resecado		M1a Ganglio/s linfático/s fortuito en no regionales
T1b Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor del 5% del tejido resecado		M1b Hueso/s
T1c Tumor identificado mediante punción biopsica (por ejemplo a consecuencia de un PSA elevado)		M1c Otra/s localización/es
T2 Tumor limitado a la próstata.		
T2a El tumor abarca la mitad de un lóbulo o menos		
T2b El tumor abarca más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos		
T2c El tumor abarca ambos lóbulos		
T3 Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática		
T3a Extensión extracapsular unilateral o bilateral.		
T3b Tumor que invade la/s vesícula/s seminal/es		
T4 Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: cuello vesical, esfínter externo, recto, músculos elevadores del ano y/o pared pélvica.		

Recomendaciones de estadiaje		NE GR
4.1	La estadificación local del CaP se debe realizar mediante tacto rectal correlacionándose en un 50% con el estadio patológico. La ecografía no es más útil que el tacto rectal. La RNM endocavitaria puede ser útil y el TAC también es útil si se va a tratar con radioterapia.	C
4.2	La estadificación ganglionar se realizaría solo si se va a administrar un tratamiento potencialmente curativo. El método estándar de evaluación de los ganglios linfáticos es mediante linfadenectomía.	C
4.3	Pacientes con estadio T2 o menor, PSA < 20 ng/ml y un Gleason ≤ 6 tienen menos de un 10% de posibilidades de tener infiltración neoplásica de los ganglios y puede evitarse la evaluación ganglionar.	B
4.4	Las metástasis óseas se pueden evaluar mediante el scan óseo, y las pulmonares mediante radiografía de tórax. La fosfatasa alcalina detecta el 70% de las metástasis óseas y junto con la clínica y el PSA se pueden llegar a detectar el 98%. No es necesario realizar una evaluación de las metástasis óseas en pacientes asintomáticos con PSA menor de 20 ng/mL y en presencia de tumores bien o moderadamente diferenciados.	B
4.5	Los pacientes con expectativa de vida mayor de 10 años en estadio clínico mayor de T2a y PSA mayor de 10 se les debe de realizar biopsia de las vesículas seminales antes de decidir el tratamiento a seguir.	B

- |     |   |
|-----|---|
| 4.6 | Los tumores en estadio T3b (afectación de vesículas seminales) están relacionados con un alto riesgo de recidiva local y metástasis a distancia. Los pacientes en estadio mayor de T2a y PSA mayor de 20 tienen un sustancial riesgo de tener afectadas las vesículas seminales |
| 4.7 | La afectación de los ganglios linfáticos implica un alto riesgo de padecer metástasis a distancia. Las tablas de Partin nos pueden ayudar a tabular el riesgo de tener afectados los ganglios.  |
| 4.8 | Un PSA mayor de 100 ng/mL indica la presencia de enfermedad metastásica en el 100% de los casos.  |

## 5. CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

El sistema más utilizado para hacer una gradación histológica del adenocarcinoma de próstata es el sistema combinado de Gleason. Es un score de 9 categorías comprendidas entre el 2 y el 10 y que son la suma de los dos patrones más frecuentes de la neoplasia. El patrón predominante debe situarse en primer lugar, así en el score 4+3, el patrón 4 predomina sobre el 3. La agresividad del tumor se correlaciona con el grado, así el grado 2 es el patrón menos agresivo, mientras que el 10 es el más agresivo. Para que un patrón pueda ser considerado como tal debe ocupar, al menos el 5% de la superficie de la laminilla. El sistema de Gleason fue diseñado para muestras histológicas y puede ser utilizado en biopsias con aguja o en piezas quirúrgicas. No es aplicable a especímenes de punción- aspiración con aguja fina ni tampoco a casos en los que se haya administrado tratamiento hormonal previo a la realización de biopsia, resección transuretral o prostatectomía.

## 6. FACTORES PRONÓSTICOS

Se han estudiado varios factores pronósticos, siendo el estadio, el PSA y el Gleason los más importantes. Se han propuesto varios sistemas que tratan de establecer la extensión del tumor en base a los factores pronósticos siendo las tablas de Partin el más extendido. En las tablas de Partin se relacionan el estadio, el PSA y el Gleason obteniendo como resultado la probabilidad de tener la enfermedad con afectación del órgano (LO), la extensión extraprostática (EE), la afectación de las vesículas seminales (VS+) y la de los ganglios linfáticos (G+).

PSA	Anat. Pat.	Estadio T1c				
		Gleason				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2.5	LO	95 (89-99)	90 (88-93)	79 (74-85)	71 (62-79)	66 (54-76)
	EE	5 (1-11)	9 (7-12)	17 (13-23)	25 (18-34)	28 (20-38)
	VS+	-	0 (0-1)	2 (1-5)	2 (1-5)	4 (1-10)
	G+	-	-	1 (0-2)	1 (0-4)	1 (0-4)
2.6-4.0	LO	92 (82-98)	84 (81-86)	68 (62-74)	58 (48-67)	52 (41-63)
	EE	8 (2-18)	15 (13-18)	27 (22-33)	37(29-46)	40 (31-50)
	VS+	-	1 (0-1)	4 (2-7)	4(1-7)	6 (3-12)
	G+	-	-	1 (0-2)	1 (0-3)	1 (0-4)
4.1-6.0	LO	90 (78-98)	80 (78-83)	63 (58-68)	52 (43-60)	46 (36-56)
	EE	10 (2-22)	19 (16-21)	32 (27-36)	42 (35-50)	45 (36-54)
	VS+	-	1 (0-1)	3 (2-5)	3 (1-6)	5 (3-9)
	G+	-	0 (0-1)	2 (1-3)	3 (1-5)	3 (1-6)
6.1-10.0	LO	87 (73-97)	75 (72-77)	54 (49-59)	43 (35-51)	37 (28-46)
	EE	13 (3-27)	23 (21-25)	36 (32-40)	47 (40-54)	48 (39-57)
	VS+	-	2 (2-3)	8 (6-11)	8 (4-12)	13(8-19)
	G+	-	0 (0-1)	2 (1-3)	2 (1-4)	3 (1-5)
>10.0	LO	80 (61-95)	62 (58-64)	37 (32-42)	27 (21-34)	22 (16-30)
	EE	20 (5-39)	33 (30-36)	43 (38-48)	51 (44-59)	50 (42-59)
	VS+	-	4 (3-5)	12 (9-17)	11 (6-17)	17 (10-25)
	G+	-	2 (1-3)	8 (5-11)	10 (5-17)	11 (5-18)



Estadio T2a						
PSA	Anat. Pat.	Gleason				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2.5	LO	91 (79-98)	81 (77-85)	64 (56-71)	53 (43-63)	47 (35-59)
	EE	9 (2-21)	17 (13-21)	29 (23-36)	40 (30-49)	42 (32-53)
	VS+	-	1 (0-2)	5 (1-9)	4 (1-9)	7 (2-16)
	G+	-	0 (0-1)	2 (0-5)	3 (0-8)	3 (0-9)
2.6-4.0	LO	85 (69-96)	71 (66-75)	50 (43-57)	39 (30-48)	33 (24-44)
	EE	15 (4-31)	27 (23-31)	41 (35-48)	52 (43-61)	53 (44-63)
	VS+	-	2 (1-3)	7 (3-12)	6 (2-12)	10 (4-18)
	G+	-	0 (0-1)	2 (0-4)	2 (0-6)	3 (0-8)
4.1-6.0	LO	81 (63-95)	66 (62-70)	44 (39-50)	33 (25-41)	28 (20-37)
	EE	19 (5-37)	32 (28-36)	46 (40-52)	56 (48-64)	58 (49-66)
	VS+	-	1 (1-2)	5 (3-8)	5 (2-8)	8 (4-13)
	G+	-	1 (0-2)	4 (2-7)	6 (3-11)	6 (2-12)
6.1-10.0	LO	76 (56-94)	58 (54-61)	35 (30-40)	25 (19-32)	21 (15-28)
	EE	24 (6-44)	37 (34-41)	49 (43-54)	58 (51-66)	57 (48-65)
	VS+	-	4 (3-5)	13 (9-18)	11 (6-17)	17 (11-26)
	G+	-	1 (0-2)	3 (2-6)	5 (2-8)	5 (2-10)
>10.0	LO	65 (43-89)	42 (38-46)	20 (17-24)	14 (10-18)	11 (7-15)
	EE	35 (11-57)	47 (43-52)	49 (43-55)	55 (46-64)	52 (41-62)
	VS+	-	6 (4-8)	16 (11-22)	13 (7-20)	19 (12-29)
	G+	-	4 (3-7)	14 (9-21)	18 (10-27)	17 (9-29)

Estadio T2b						
PSA	Anat. Pat.	Gleason				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2.5	LO	88 (73-97)	75 (69-81)	54 (46-63)	43 (33-54)	37 (26-49)
	EE	12 (3-27)	22 (17-28)	35 (28-43)	45 (35-56)	46 (35-58)
	VS+	-	2 (0-3)	6 (2-12)	5 (1-11)	9 (2-20)
	G+	-	1 (0-2)	4 (0-10)	6 (0-14)	6 (0-16)
2.6-4.0	LO	80 (61-95)	63 (57-69)	41 (33-48)	30 (22-39)	25 (17-34)
	EE	20 (5-39)	34 (28-40)	47 (40-55)	57 (47-67)	57 (46-68)
	VS+	-	2 (1-4)	9 (4-15)	7 (3-14)	12 (5-22)
	G+	-	1 (0-2)	3 (0-8)	4 (0-12)	5 (0-14)
4.1-6.0	LO	75 (55-93)	57 (52-63)	35 (29-40)	25 (18-32)	21 (14-29)
	EE	25 (7-45)	39 (33-44)	51 (44-57)	60 (50-68)	59 (49-69)
	VS+	-	2 (1-3)	7 (4-11)	5 (3-9)	9 (4-16)
	G+	-	2 (1-3)	7 (4-13)	10 (5-18)	10 (4-20)
6.1-10.0	LO	69 (47-91)	49 (43-54)	26 (22-31)	19 (14-25)	15 (20-21)
	EE	31 (9-53)	44 (39-49)	52 (46-58)	60 (52-68)	57 (48-67)
	VS+	-	5 (3-8)	16 (10-22)	13 (7-20)	19 (11-29)
	G+	-	2 (1-3)	6 (4-10)	8 (5-14)	8 (4-16)
>10.0	LO	57 (35-86)	33 (28-38)	14 (11-17)	9 (6-13)	7 (4-10)
	EE	43 (14-65)	52 (46-56)	47 (40-53)	50 (40-60)	46 (36-59)
	VS+	-	8 (5-11)	17 (12-24)	13 (8-21)	19 (12-29)
	G+	-	8 (5-12)	22 (15-30)	27 (16-39)	27 (14-40)

Estadio T2c						
PSA	Anat. Pat.	Gleason				
		2-4	5-6	3+4=7	4+3=7	8-10
0-2.5	LO	86 71-97	73 63-81	51 38-63	39 26-54	34 21-48
	EE	14 3-29	24 17-33	36 26-48	45 32-59	47 33-61
	VS+	-	1 0-4	5 1-13	5 1-12	8 2-19
	G+	-	1 0-4	6 0-18	9 0-26	10 0-27
2.6-4.0	LO	78 58-94	61 50-70	38 27-50	27 18-40	23 14-34
	EE	22 6-42	36 27-45	48 37-59	57 44-70	57 44-70
	VS+	-	2 1-5	8 2-17	6 2-16	10 3-22
	G+	-	1 0-4	5 0-15	7 0-21	8 0-22
4.1-6.0	LO	73 52-93	55 44-64	31 23-41	21 14-31	18 11-28
	EE	27 7-48	40 32-50	50 40-60	57 43-68	57 43-70
	VS+	-	2 1-4	6 2-11	4 1-10	7 2-15
	G+	-	3 1-7	12 5-23	16 6-32	16 6-33
6.1-10.0	LO	67 45-91	46 36-56	24 17-32	16 10-24	13 8-20
	EE	33 9-55	46 37-55	52 42-61	58 46-69	56 43-69
	VS+	-	5 2-9	13 6-23	11 4-21	16 6-29
	G+	-	3 1-6	10 5-18	13 6-25	13 5-26
>10.0	LO	54 32-85	30 21-38	11 7-17	7 4-12	6 3-10
	EE	46 15-68	51 42-60	42 30-55	43 29-59	41 27-57
	VS+	-	6 2-12	13 6-24	10 3-20	15 5-28
	G+	-	13 6-22	33 18-49	38 20-58	38 20-59

## Recomendaciones

NE GR

- 6.1 El riesgo de fallecimiento por carcinoma protático es 10 veces mayor en hombres con tumores de alto grado (Gleason score 8-10) que aquellos con tumores de bajo grado (Gleason score 2-4). **B**

## 7. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

Las opciones de tratamiento del cáncer de próstata localizado son la prostatectomía radical, la radioterapia y el no tratamiento inicial. La Radioterapia incluye la radioterapia externa conformacional y la radioterapia intersticial (braquiterapia).

No existe una evidencia concluyente de cuál es el tratamiento óptimo para el cáncer de próstata localizado. En el momento actual no existe una buena evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorizados que ningún tratamiento activo (en tumores detectados por screening) disminuya la mortalidad frente a la conducta expectante, por otra parte, el tratamiento activo del cáncer de próstata conlleva un importante riesgo de efectos secundarios.

El tratamiento que cada paciente reciba debe ser adaptado para ajustarse a las características individuales y particular situación de cada paciente, por lo que **el paciente debe participar en la toma de decisiones.**

7.1	Cirugía	NE GR	
7.1.1	La cirugía debería considerarse en cáncer de próstata localizado con las siguientes indicaciones: pacientes con tumores en estadio T1b-T2, Nx-N0, M0 y expectativa de vida >10 años, así como en los pacientes jóvenes en estadio T1a y pobremente diferenciados	I	A
7.1.2	La cirugía con conservación neurovascular debe intentarse en pacientes previamente potentes (sexualmente) antes de la cirugía con poco riesgo de enfermedad extracapsular (T1c, Gleason score < 7 y PSA < 10 ng/mL o guiándose por las tablas de Partin).	III	

7.1.3	La cirugía con conservación neurovascular unilateral es una opción en tumores T2a	IV	
7.2.4	El papel de la prostatectomía radical en pacientes de alto riesgo, afectación ganglionar (estadio N1 ) o como parte de un tratamiento combinado (con terapia hormonal y/o radioterapia adyuvante), no ha sido evaluada	V	
7.1.5	Un tratamiento neoadyuvante corto (3 meses) con análogos de la LH-RH no es recomendable en el tratamiento quirúrgico de los tumores en estadio T1-T2	I	A
<b>7.2</b>	<b>Radioterapia</b>	<b>NEGR</b>	
7.2.1	Existe cada vez más evidencia que las altas dosis de radioterapia conllevan un mayor tiempo libre de enfermedad que dosis más bajas, aunque el impacto sobre la supervivencia es aun desconocido.		A
7.2.2	El paciente que más se puede beneficiar de radioterapia es aquel con expectativa de vida > 10 años, con tumores de pequeño volumen, PSA bajo y un tumor moderadamente diferenciado.	IV	
7.2.3	La braquiterapia transperineal con implantes permanentes (125-I o 103-Pb) puede estar indicada en tumores en estadio T1-T2a, Gleason score < 7, PSA ≤ 10 ng/ml.	II	B
7.2.4	Para pacientes de alto riesgo un tratamiento antiandrogénico previo y durante la radioterapia, puede aumentar la supervivencia.	II	A
7.2.5	Se ha demostrado un beneficio sobre la supervivencia de la radioterapia radical, pero solo entre hombres con tumores de alto grado.		B

7.2.6	Los problemas intestinales (proctitis) son comunes tras radioterapia externa convencional (EBRT), pero son menos importantes con radioterapia conformada (radioterapia externa conformada 3D-IMRT, radioterapia adaptativa o braquiterapia).	A
<b>7.3</b>	<b>Otros</b>	<b>NE GR</b>
7.3.1	El resto de tratamientos de mínima invasividad, como HIFU, RITA, microondas y electrocirugía, son experimentales. Para todos estos tratamientos debe ser obligatorio un mayor tiempo de seguimiento antes de poder valorar el verdadero papel que pueden jugar en el tratamiento del CaP	C
7.3.2	La crioterapia ha pasado de ser una terapia experimental a una posible alternativa para tratar cáncer de próstata en pacientes de alto riesgo para la cirugía o aquellos con expectativa de vida menor de 10 años.	C

## 8. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO

Recomendaciones		NEGR	
8.1	La "vigilancia expectante" es una opción en pacientes en estadio T3, bien y moderadamente diferenciados, asintomáticos y con expectativa de vida de menos de 10 años.		C
8.2	La prostatectomía radical puede estar indicada en pacientes en estadio T3a y expectativa de vida de más de 10 años.		C
8.3	La braquiterapia de alta tasa más irradiación externa puede ser una opción en pacientes en estadio T3a y expectativa de vida de más de 10 años.		C
8.4	La hormonoterapia más radioterapia puede ser la mejor opción en pacientes en estadio T3a de alto grado y con esperanza de vida entre 5 y 10 años.		A
8.5	El tratamiento hormonal está indicado en pacientes en estadio T4 o en estadio T3 con PSA mayor de 20.		A
8.6	El tratamiento de pacientes en estadio T3 mediante hormonoterapia y radioterapia tiene clara ventaja sobre la radioterapia sola aunque los resultados no son superiores a los de la prostatectomía radical.	II	A

## 9. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DISEMINADO

Recomendaciones		NE	GR
9.1	La orquiectomía bilateral (castración quirúrgica) o los agonistas de la LHRH (castración médica) pueden ser las opciones de tratamiento inicial para el cáncer de próstata avanzado o metastásico.		A
9.2	La monoterapia con antiandrógenos no-esteroides tiene menos efectos secundarios que la orquiectomía y se puede discutir como alternativa a la misma. Los antiandrógenos esteroideos no se deben ofrecer como monoterapia.		A
9.3	El bloqueo androgénico máximo (BAM) mediante la adición de un antiandrógeno no-esteroide a la castración médica o quirúrgica supone una pequeña ventaja para la supervivencia de los pacientes a expensas de mayores efectos secundarios, por lo que hoy en día casi no se usa. Cada caso debe ser discutido entre el médico y el paciente	I	A
9.4	El bloqueo androgénico intermitente debe ser considerado en la actualidad un tratamiento experimental y, por tanto, no se debe realizar fuera de ensayos clínicos.		A
9.5	Existen ensayos clínicos que muestran que el inicio precoz del tratamiento hormonal tiene una pequeña ventaja en la supervivencia de los pacientes, a expensas de mayores efectos secundarios. Estos ensayos presentan importantes sesgos por lo que no se puedan dar recomendaciones específicas para cada caso y las ventajas e inconvenientes de ambas opciones (tratamiento inmediato vs. esperar) deban ser discutidas entre el médico y el paciente.	I	A

9.6	A los pacientes con metástasis sintomáticas de cáncer de próstata se les debe ofrecer tratamiento hormonal inmediato.		B
9.7	Ni la prostatectomía radical ni la radioterapia con intención curativa son opciones válidas para los pacientes con cáncer de próstata diseminado.		C
9.8	La radioterapia a dosis paliativas produce alivio total del dolor en el 50% de los pacientes con metástasis óseas, y alivio parcial en el 90% de los casos. El modo de prescripción de la dosis parece irrelevante, existiendo en la literatura variados tipos de administración.	A,B	
9.9	Los pacientes con dolor óseo debido a metástasis múltiples pueden ser tributarios de tratamiento paliativo con radioisótopos.	A,B	
9.10	La radioterapia externa es un tratamiento apropiado para la paliación de síntomas secundarios a la progresión local del cáncer de próstata. La instauración del tratamiento debe efectuarse tan pronto como aparezcan los síntomas.	B	
9.11	Hay algunas evidencias de que el ácido zoledrónico, a diferencia de otros bifosfonatos, pueden ser beneficioso en algunos pacientes con metástasis óseas. Este beneficio se traduciría en alivio sintomático y reducción significativa de las complicaciones óseas (fracturas, compresión medular, etc.).	I	A
9.12	La quimioterapia combinada con prednisona puede paliar el dolor de los pacientes con tumores hormono-refractarios. Las combinaciones de docetaxel (y prednisona) tienen un impacto muy modesto, pero estadísticamente significativo, en la supervivencia lo que no justifica que todos los pacientes deban ser tratados con quimioterapia. Los pacientes sin metástasis o asintomáticos no deben ser tratados con los esquemas actuales de quimioterapia.	II	B



## 10. SEGUIMIENTO

El seguimiento se debe realizar durante un largo periodo de tiempo ya que cerca del 40% de las recidivas ocurren después de los 5 años del tratamiento radical.

En pacientes asintomáticos, el aumento del PSA después del tratamiento hormonal precede en varios meses a la aparición de los síntomas.

Entre un 15 y un 34% de los pacientes tratados hormonalmente puede tener progresión de la enfermedad con niveles normales de PSA.

10.1 Después de un tratamiento de intención curativa			
10.1.1	El seguimiento de los pacientes después de un tratamiento de intención curativa se debe realizar a intervalos de 3, 6 y 12 meses, luego cada 6 meses hasta los 3 años y después anualmente. En cada visita se realizará una historia clínica, un tacto rectal y una determinación del PSA. Si ha recibido tratamiento radioterápico, no se aconseja tacto rectal en el primer año.		B
10.1.2	La observación de valores del PSA superiores a 0.2 ng/ml después de la tercera semana de una prostatectomía radical se puede asociar con enfermedad residual o recidiva tumoral.	II	B
10.1.3.	El PSA puede tardar hasta tres años en alcanzar su valor más bajo (nadir) después de un tratamiento radical con radioterapia. Independientemente de cual sea ese valor más bajo, la observación de tres elevaciones consecutivas del PSA sobre el nadir se considera recidiva tumoral.		B

10.1.4.	La palpación de un nódulo mediante tacto rectal o el aumento del PSA se pueden observar en una recidiva local. El aumento del PSA en la recidiva local suele ser más lento que en la enfermedad metastásica.	B
10.1.5.	Se debe realizar una gammagrafía ósea a los pacientes que presenten dolor, independientemente del valor del PSA. En presencia de tumores muy indiferenciados puede haber recidiva sin aumento significativo del PSA.	B

## 10.2 Después de un tratamiento de intención paliativa (hormonal y expectante)

10.2.1.	Los pacientes deben de ser evaluados a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento mediante la realización de un tacto rectal, la determinación del PSA, y la evaluación de los síntomas producidos por la enfermedad y por los efectos secundarios del tratamiento administrado.	B
10.2.2.	Los pacientes en estadio M0 y buena respuesta al tratamiento, deben de ser seguidos cada 6 meses durante tres años y luego anualmente mediante la determinación de PSA, tacto rectal y evaluación de los síntomas.	C
10.2.3.	Los pacientes en estadio M1 y buena respuesta al tratamiento, deben de ser seguidos cada 3 - 6 meses mediante la determinación de PSA, hemoglobina, creatinina, fosfatasa alcalina, tacto rectal y evaluación de los síntomas.	C
10.2.4.	Si la enfermedad progresa a pesar del tratamiento el seguimiento debe de ser individualizado.	C
10.2.5.	No se recomienda la realización rutinaria de estudios de imagen en pacientes estables.	B

## 11. CONSEJOS DE ENFERMERÍA

### 11.1 Biopsia de Próstata

Objetivo	Recomendación
Prevenir la infección	Enema de limpieza (se suele recomendar) y profilaxis antibiótica pautada
Detectar de forma precoz la infección	Vigilar signos y síntomas de infección tras biopsia
Observar si hay signos y síntomas de hemorragia	Vigilar sangrado rectal y hematuria tras biopsia
Reducir los síntomas de ansiedad	Proporcionar información objetiva si procede

### 11.2 Protección radical

Objetivo	Recomendación
Prevenir la infección	Enema de limpieza y profilaxis antibiótica pautada
Prevenir tromboembolismo	Medias de compresión en MM.II. y deambulación precoz.
Prevenir complicaciones postcirugía	Vigilar el que No se mueva ni se retire la sonda vesical y mantener su permeabilidad (la sonda facilita la cicatrización uretro-vesical). Vigilar drenaje (volumen y aspecto). Vigilar dieta, para evitar estreñimiento. Vigilar hematuria.
Instruir al paciente	En el cuidado de la sonda vesical. En la realización de ejercicios de la musculatura pélvica, tras retirar la sonda vesical. Sobre evitar esfuerzos físicos (+/- 1 mes).
Informar al paciente que tras la retirada de la sonda pueden producirse distintos grados de incontinencia o disfunción sexual.	Aplicar protocolo de incontinencia (si procede).

### 11.3 Radioterapia

Objetivo	Recomendación
Conservar la integridad cutánea	Vigilar reacciones en la piel en el área de aplicación
Detectar precozmente alteraciones intestinales y/o genitourinarias.	Vigilar signos y síntomas de diarrea. Vigilar la aparición de náuseas, síntomas de cistitis, proctitis o sangrado rectal.

## 11.4 Braquiterapia

Objetivo	Recomendación
Prevenir complicaciones pos-implante	Tomar antibióticos prescritos para prevenir infección Colocar bolsa de hielo para reducir inflamación en el área del implante (si procede) Vigilar alteraciones en la micción (hematuria, urgencia miccional, molestias al orinar, micciones frecuentes). Estos síntomas suelen desaparecer gradualmente. Beber líquidos abundantes y evitar la cafeína puede ayudar a reducir estos síntomas
Informar al paciente	No conducir al menos en las 12 horas siguientes. Evitar esfuerzos físicos los 2 primeros días. No coger niños en brazos durante largos periodos de tiempo

Nota: Aunque las semillas implantadas son radiactivas esencialmente toda la radiación es absorbida en la próstata (no existe emisión al exterior).

## 11.5 Tratamiento hormonal y antiandrogénico

Objetivo	Recomendación
Instruir al paciente sobre los posibles efectos adversos de la medicación.	Educación sanitaria sobre la aparición de: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Alteraciones intestinales (Nauseas y/o vómitos)</li> <li>· Alteración de la imagen corporal</li> <li>· Disminución de la libido</li> <li>· Sofocos (aunque suelen ser temporales pueden continuar durante un largo periodo de tiempo).</li> </ul>

## 11.6 Enfermedad termina

Las recomendaciones de enfermería irán encaminadas a mejorar la calidad de vida y a reducir el dolor y la ansiedad, manteniendo informados al paciente y familiares sobre el plan de cuidados de enfermería.

Objetivo	Recomendación
Cubrir las necesidades de cuidados: Actividades de la Vida Diaria (AVD)	Ayudar con los autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD)
Reducir riesgo de fracturas	Instruir para la movilización del paciente con riesgo de fracturas, en el caso de metástasis óseas.
Mantener la integridad de la piel	Prevenir la posible aparición de úlceras por presión.
Reducir edema de M.I.	Elevar miembro afectado en el paciente con linfedema.
Asegurar la continuidad de cuidados al alta	Mantener comunicación con la familia, con la enfermera/o del Centro de Salud y con la trabajadora social.

## 12. INTERVENCIÓN SOCIAL

El paciente de cáncer cuando enferma, toda su personalidad se ve afectada y sus circunstancias ambientales también. Tiene una familia, una situación laboral determinada, unas relaciones de amistad, vecinales, y forma parte de una comunidad y de un medio social.

Cuando un miembro de la familia enferma, la dinámica familiar se resiente, se produce un desequilibrio y una crisis que genera un cambio para poder seguir funcionando sin desintegrarse y adaptarse a la nueva situación.

Por tanto, es necesario conocer el soporte familiar con el que cuenta el paciente, y conocer también la carga que supone a la familia asumir las funciones de cuidador, a fin de evitar la ruptura de estos cuidados y establecer la institucionalización como último recurso.

El soporte que se dé a la familia, puede contribuir enormemente a la capacidad de superar dificultades y necesidades que vayan surgiendo durante el tratamiento. Hay que integrar dentro de la alta calidad de atención, la atención a la familia como parte fundamental en todo el proceso.

Por otra parte, la atención social debe encaminarse a potenciar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de salud para establecer un abordaje integral del problema. Sentirse responsable único del paciente, dificulta el acceso a otros soportes y recursos profesionales de interés para su rehabilitación o seguimiento.

Dadas las características que van asociadas muchas veces a esta enfermedad, de irreversibilidad e incapacidad creciente, se necesitan varias reorganizaciones en su ámbito familiar, laboral, y social durante el proceso, encaminado a disminuir las tensiones y orientar a la familia hacia recursos comunitarios disponibles, según la situación concreta que se presente en las diferentes etapas de su enfermedad.

**Se pedirá inter-consulta al trabajador social del Centro de Salud u Hospital, para:**

12.1	Para realizar un diagnóstico social del paciente y facilitar información al mismo, a la familia o cuidadores, sobre los recursos comunitarios disponibles para prestar una rehabilitación organizada y multidisciplinar, que genere una mejor calidad de vida para el enfermo con cáncer de próstata.	I	A
12.2	Derivar a los Servicios Sociales si es pertinente tramitar una minusvalía.	II	B
12.3	Fomentar y acercar a la familia al equipo médico para que fijen objetivos desarrollados por consenso, entre el paciente, la familia y el equipo de salud, sobre el programa rehabilitador a seguir.	I	A
12.4	Promover la evaluación del equipo de salud para un potencial regreso del paciente al trabajo, si su estado de salud lo permite.	III	C
12.5	Evitar situaciones de frustración que genere una depresión en el paciente y/o familia, o que interfiera en sus relaciones, orientando hacia actividades de ocio o hacia apoyos de voluntariado.	III	C
12.6	Ayudar al equipo de salud en la reafirmación de los estilos de vida saludables como medida preventiva para mantener el estado de salud más eficiente, mediante una dieta sana, no hábitos de tabaquismo ni de alcohol, y la realización de ejercicios físicos adecuados, así como la participación en el trabajo programado con Grupos de Riesgo en Atención Primaria.	I	A

## D. BIBLIOGRAFÍA

- G. Aus, C.C. Abbou, M. Bolla, A. Heidenreich, H. van Poppel, H-P. Schmid, J.M. Wolff, F. Zattoni. Guidelines on prostate cancer. EAU Marzo 2005.
- Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. Versión 2.2005
- Screening for Prostate Cancer Recommendations and Rationale. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 137:915-916.
- Candás B, Labrie F, Gomez JL, Cusan L, Chevrette E, Levesque J, Brousseau G. Relationship among initial serum prostate specific antigen, prostate specific antigen progression and prostate cancer detection at repeat screening visits. *J Urol.* 2006; 175: 510-6
- Luboldt HJ, Fornara P, Weissbach L, Wirth M, Lorenz W, Rubben H. Systematic development of a guideline for early detection of prostate cancer: the German way in the evidence gap. *Eur Urol.* 2004; 46: 725-30.
- Murphy AM, McKiernan JM, Olsson CA. Controversies in prostate cancer screening. *J Urol.* 2004; 172: 1822-4.
- Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. *J Urol* 1974;111:58-64.
- Epstein JL, Allsbrook WC, Amin MB, Egevad LE, ISUP Grading Comitee. The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason grading of prostatic carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2005; 29: 1228-1242.
- Documentos Consenso en Oncología: Cáncer de Próstata. Tratamiento de la enfermedad diseminada. *Nova Sidonia Oncología* 2002. pp 291-320.
- Michaelson M and Smith M. Bisfosfonates for Treatment and Prevention of Bone Metastases. *J Clin Oncol* 23:8219-8224, 2005.
- ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of prostate cancer. *Ann Oncol* 16 (sup 1): i34-i36. 2005.
- Ryan CJ and Eisenber M. Chemotherapy for Hormone-Refractory Prostate Cancer: Now it's a question of "when"? *J Clin Oncol* 23:8242-8246, 2005.
- Loblaw DA, Mendelson DS, Talcott JA et al. American Society of Clinical Oncology Recommendations for the Initial Hormonal Management of Androgen Sensitive Metastatic, Recurrent, or Progressive Prostate Cancer. *J Clin Oncol* 22:2927-2941, 2004.
- Bhandari MS, Crook J and Hussain M. Should Intermittent Androgen Deprivation Be Used in Routine Clinical Practice?. *J Clin Oncol* 23:8212-8218, 2005.
- Ercole CJ, Lange PH, Mathisen M, Chiou RK, Reddy PK, Vessella RL. Prostatic specific antigen and prostatic acid phosphatase in the monitoring and staging of patients with prostatic cancer. *J Urol* 1987;138:1181-1184.
- Dupont A, Cusan L, Gomez JL, Thibeault MM, Tremblay M, Labrie F. Prostate specific antigen and prostatic acid phosphatase for monitoring therapy of carcinoma of the prostate. *J Urol* 1991;146:1064-1067, discussion 1067-1068.
- Leo ME, Bilhartz DL, Bergstrahl EJ, Oesterling JE. Prostate specific antigen in hormonally treated stage D2 prostate cancer: is it always an accurate indicator of disease status? *J Urol* 1991;145:802-806.
- Dupont A, Cusan L, Gomez JL, Thibeault MM, Tremblay M, Labrie F. Prostate specific antigen and prostatic acid phosphatase for monitoring therapy of carcinoma of the prostate. *J Urol* 1991;146:1064-1067, discussion 1067-1068.
- Fossa SD, Waehre H, Paus E. The prognostic significance of prostate cancer. *Br J Cancer* 1992;66:181-184.
- Prostate Cancer Screening in New Zealand (April 2004) Australian. <http://www.nhc.govt.nz/publications/ProstateCancer.htm>

- Clinical, demographic and psychosocial correlates of complementary and alternative medicine use by men diagnosed with localized prostate cancer. Diefenbach MA, Hamrick N, Uzzo R, Pollack A, Horwithz E, Greenberg R, Engstrom PF. *J Urol*. 2003 Jul; 170(1):166-9
- Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. Cano A. *Pain*. 2004 Aug; 110(3):656-64
- El Trabajo Social en ancianos afectados por pérdida de autonomía funcional. Anna Rius i Roses
- Revista de Servicios sociales y Política Social. Nº 65: Trabajo Social y Salud (II)
- The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. Balderson N, towel T. *Br J Health Psychol*. 2003 May; 8(Pt 2):125-34
- *Scand J Urol Nephrol*. 2001 Apr; 35(2):97-101
- Changes in health-related quality of life of men with prostate cancer 3 months after diagnosis: the role of psychosocial factors and comparison with benign prostate hyperplasia patients. Visser A, van Andel G, Willems P, Vopogt E, Dijkstra A, Rovers P, Goodkin K, Kurth KH. *Patient Educ Couns*. 2003 Mar; 49(3):225-32
- Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer. (DRAFT). National Breast Cancer Centre and national Cancer Control Initiative, July 2002.
- The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer.
- Psychosocial and educational aspects in prostate cancer patients. Visser A, Van Andel G.
- *Patient Educ Couns*. 2003 Mar; 49(3):203-6
- Guía para el cuidado a domicilio del paciente con cáncer terminal. Colegio de médicos norteamericano [www.fefoc.org](http://www.fefoc.org). (2001)
- Social isolation stress impairs the resistance of mice to experimental liver metastasis of murine colon 26-L5 carcinoma cells. Wu W, Murata J, Hayashi K, Yamaura T, Mitani N, Saiki I. *Pharm bull*. 2001 Jul; 24(7):772-6
- Welch HG, Albertsen PC, Nease RF, Bubolz TA, Wasson JA. Estimating treatment benefits for the elderly: the effect of competing risks. *Ann Intern Med*. 1996; 124:577-584.



## E. ANEXO A

### PSA Y CÁNCER DE PRÓSTATA

Si usted es un varón mayor de 50 años, y ha manifestado inquietud por el cáncer de próstata, le recomendamos que lea atentamente esta información sobre la conveniencia o no de someterse a estudios para detectar precozmente esta enfermedad. Es bueno que usted participe en su decisión sobre temas de salud que pueden afectarle, y sobre los que existe entre los especialistas cierto grado de desacuerdo.

El cáncer de próstata se da sobre todo en hombres a partir de los 45-50 años y su incidencia aumenta con la edad, de tal manera que estará presente en la mitad de los varones de 90 años.

El diagnóstico del cáncer de próstata se basa en la realización de un tacto rectal y la determinación de PSA mediante un análisis de sangre. Si los resultados plantean dudas, se envía al Urólogo para que valore una biopsia de próstata.

Aproximadamente el 70% de los pacientes a quienes se les realiza biopsia NO van a tener un cáncer de próstata (en cambio, van a sufrir la angustia de tener un PSA elevado y las molestias propias de la biopsia). Así mismo, el seguimiento de un paciente con un PSA elevado puede provocar más angustia y posiblemente la necesidad de realizar más biopsias.

Los tratamientos curativos para el cáncer de próstata son la cirugía y la radioterapia. Estos tratamientos no están exentos de complicaciones pudiendo causar impotencia, incontinencia urinaria, molestias rectales, retención urinaria, etc.

Esta enfermedad habitualmente evoluciona de forma lenta y, sea cual fuese el tratamiento que se aplique (incluso si no se aplica ningún tratamiento), no influirá en la supervivencia en los siguientes 10 años. Por esta razón, a partir de cierta edad (aproximadamente los 72 años) no es relevante diagnosticarlo con urgencia.

Por todo lo comentado y valorando los "pros" y "contras", *la mayor parte de los expertos aconsejan la realización del tacto rectal y el PSA a los varones con edades comprendidas entre los 50 y los 72 años **con síntomas urinarios**. En cambio, y por el momento, **no está claro** que los beneficios sean superiores al perjuicio que se puede ocasionar en los varones **sin alteraciones de la micción**.*