



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ACERCA DE LA PETICIÓN DE LA PRUEBA DEL PSA

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2022

Autor: María Estevan Ortega
Modalidad: Revisión sistemática
Tutor/es: Blanca Lumbreras Lacarra

Índice

| | Página |
|----------------------------|--------|
| Resumen y palabras clave | 2 |
| Antecedentes | 3 |
| Objetivos | 4 |
| Métodos | 5 |
| Resultados | 8 |
| Discusión | 32 |
| Conclusiones | 33 |
| Referencias bibliográficas | 34 |
| Anexo | 37 |



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Antecedentes: La gran controversia que rodea a la prueba del antígeno prostático específico (PSA) así como las contradicciones en las guías de recomendación acerca de la realización del PSA puede llevar a los profesionales sanitarios a desconocer los aspectos fundamentales de esta prueba.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de las características de esta prueba, así como las recomendaciones disponibles de su uso.

Métodos: Revisión sistemática de artículos disponibles en las bases de datos de Medline (a través de PudMed), Cochrane library y EMBASE. La calidad de los trabajos se evaluó a través de la aplicación de STROBE. La búsqueda y la extracción de variables se llevó a cabo por pares independientes y las discrepancias se resolvieron con un tercer evaluador.

Resultados: Se recuperaron un total de 848 artículos de los cuales solo 12 se consideraron para la elaboración de este trabajo, los cuales eran todos ellos, transversales. El 67% de los artículos mostraron que los profesionales sanitarios no poseían la información suficiente acerca de la prueba dónde la mitad de estos artículos la población mayoritaria eran mujeres.

Conclusiones: El presente estudio se concluyó que los profesionales sanitarios manifestaban no tener la suficiente información, esta falta de información se manifestaba más en los grupos donde la mayoría era mujeres.

Palabras Clave: Cáncer de próstata, PSA, médicos, urólogos, Conocimientos y actitudes

ABSTRACT AND KEYWORDS.

Background The great controversy surrounding the prostate specific antigen (PSA) test as well as the contradictions in the guidelines for recommendations about the performance of PSA can lead health professionals to ignore the fundamental aspects of this test

Objective: Evaluate health care professionals' knowledge of the characteristics of this test, as well as the available recommendations of its use.

Methods: Systematic review of articles available in Medline databases (through PudMed), Cochrane library and EMBASE. The quality of the work was evaluated through the application of STROBE. The search and extraction of variables was carried out by independent peers and the discrepancies were resolved with a third evaluator.

Results: A total of 848 articles were recovered, of which only 12 were considered for the elaboration of this work, which were all of them, transversal. 67% of the articles showed that health professionals did not have sufficient information about the PSA where half of these articles the majority were women.

Conclusions: The present study concluded that health professionals did not have enough information, this lack of information was more evident in groups where the majority was women.

Keywords: Prostate Cancer, PSA, Doctors, Urologists, Knowledge and Attitudes

ANTECEDENTES

El cribado del cáncer de próstata (CP) mediante el antígeno prostático específico (PSA) ha permitido reducir la enfermedad avanzada y la mortalidad. Los datos recogidos en un artículo del 2011, que comparaba los estudios del PLCO (*North American Prostate, Lung, Colon an Ovarian Cancer Trial*) y ERSPC (*European Randomized Trial of Screening for Prostate Cancer*) concluyó que el efecto sobre la mortalidad de esta prueba es moderado ^{1,2} mientras que un estudio posterior comparativo americano en 2012, observó que el cribado con PSA disminuía notablemente el porcentaje de tumores metastásicos ^{3,4}. Un reciente estudio publicado en 2019 demostró también una reducción en los tumores metastásicos y consecuentemente de la mortalidad mediante el cribado con la prueba de la PSA^{5,6}

Sin embargo, existen controversias en el uso del PSA como prueba de cribado, ya que su uso también se asocia con resultados falsos positivos y con una alta frecuencia de sobrediagnóstico, es decir, casos que no habrían tenido consecuencias clínicas durante la vida del hombre si no se hubieran tratado⁷. Se ha descrito que el porcentaje de sobrediagnóstico oscila entre el 16,4% y el 50,4% y que el 75-80% de los pacientes con un resultado de PSA positivo no tienen cáncer (resultado falso-positivo)⁸. Además, las biopsias pueden causar infecciones, así como complicaciones muy graves como incontinencia urinaria y disfunción sexual⁹.

Ponderando los beneficios y los daños del PSA, la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) actualizó su recomendación en 2017, en la que indicaba que el cribado oportunista puede ser útil entre los hombres de 55 a 69 años, pero la decisión de realizar esta prueba debe ser tomada por cada paciente de forma individual y juntamente con el clínico, después de que el paciente entienda los beneficios y los riesgos del cribado¹⁰. La Asociación Europea de Urología (EAU)¹¹ recomienda que los médicos ofrezcan una estrategia de detección precoz individualizada a los pacientes informados con un buen estado funcional y una esperanza de vida de al menos 10 - 15 años con alto riesgo de CP (hombres > 50 años o 45 años si son afroamericanos o tienen antecedentes familiares de CP). Sin embargo, la evidencia sugiere que los clínicos han subestimado los efectos adversos de la determinación del PSA¹² y, en consecuencia, rara vez se explica a los pacientes, a pesar de que la evidencia de la investigación indica que la mayoría desea ser informada¹³.

Uno de los aspectos principales dentro de esta toma de decisiones compartidas en el cribado oportunista del CP es que los profesionales sanitarios puedan informar a los pacientes de los beneficios y riesgos de la prueba, de manera que les ayude a tomar la decisión de manera compartida. No obstante, estudios previos han mostrado como en otros ámbitos diferentes, no tienen suficiente conocimiento de las actualizaciones de las recomendaciones disponibles o de los beneficios y riesgos de las pruebas diagnósticas¹⁴. Por tanto, nos planteamos evaluar el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de las recomendaciones existentes para el cribado oportunista del CP mediante la determinación del PSA, así como sus riesgos y beneficios.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio se centra en revisar de manera sistemática el conocimiento actual de los profesionales sanitarios en relación al cribado oportunista del CP mediante la determinación del PSA, para poder determinar si poseen todas las herramientas necesarias para llevar a cabo una toma de decisiones compartida con el paciente.

MÉTODOS.

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática de los artículos originales desde el año 2013 sobre el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la petición de la prueba del PSA, así como las recomendaciones disponibles. Se seleccionó ese año ya que algunas de las sociedades médicas como la Asociación Española de Urología (AEU) asumiendo las recomendaciones de la European Association of Urology (EAU), tuvieron sus actualizaciones en 2014, 2018 y recientemente en 2022; la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria que sigue las recomendaciones de la US Preventive Service Task Force (USPSTF), se actualizó en los años 2012 y 2017, American Cancer Society (ACS) se actualizó en 2014 y recientemente en 2019, National Cancer Institute (NCI) en 2015, es por ello que se elige ese año para recoger las actualizaciones más reciente tomando como referencia estas entidades.

Para su revisión se siguieron las recomendaciones contenidas en la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses).¹⁵

Estrategia de búsqueda:

Se seleccionaron artículos originales que evaluaran el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de la prueba del PSA en el cribado oportunísimo del cáncer de próstata, así como las recomendaciones disponibles.

Las bases de datos que se consultaron fueron: Medline (a través de PubMed), Cochrane library y EMBASE utilizando como descriptores, o palabras clave, los términos referentes a la población (profesionales sanitarios), intervención (conocimiento) y resultado (petición de la PSA) referidos en la figura 1. Los descriptores fueron agrupados por categoría y unidos mediante OR y entre categorías unidos mediante AND.

La ecuación utilizada para realizar la búsqueda en MEDLINE fue la siguiente: ("Prostatic Neoplasms"[MeSH Terms] OR "Prostate-Specific Antigen"[MeSH Terms] OR "Mass Screening"[MeSH Terms] OR "prostatic neoplasms/diagnosis"[MeSH Terms] OR "prostatic neoplasms/prevention and

control"[MeSH Terms]) AND ("Urologists"[MeSH Terms] OR "Professional Review Organizations"[MeSH Terms] OR "physicians, family"[MeSH Terms] OR "physicians, primary care"[MeSH Terms] OR "General Practitioners"[MeSH Terms] OR "Physicians"[MeSH Terms]) AND ("health knowledge, attitudes, practice"[MeSH Terms] OR "Medical Informatics"[MeSH Terms] OR "Information Dissemination"[MeSH Terms] OR "Decision Trees"[MeSH Terms] OR "education, medical"[MeSH Terms] OR "Knowledge"[MeSH Terms] OR "physicians/education"[MeSH Terms] OR "Diagnostic Techniques and Procedures"[MeSH Terms] OR "Access to Information"[MeSH Terms] OR "Surveys and Questionnaires"[MeSH Terms])) AND ((humans[Filter]) AND (2013/1/1:3000/12/12[pdat]))

Figura 1: Descriptores y sus agrupaciones

| | |
|--------------|--|
| Intervención | Health Knowledge, Attitudes, Practice |
| | Medical Informatics |
| | Information Dissemination |
| | Decision TREES |
| | Education, Medical |
| | Knowledge |
| | Physicians/education |
| | Diagnostic Techniques and Procedures |
| | Access to information |
| | Questionnaires AND SURVEYS |
| Población | Urologists |
| | Professional Review Organizations |
| | Physicians, Family |
| | Physicians, Primary Care |
| | General Practitioners |
| | Physicians |
| Resultado | Prostatic Neoplasms |
| | Prostate-Specific Antigen |
| | Mass Screening |
| | prostatic neoplasms/diagnosis |
| | Prostatic Neoplasms/prevention and control |

Selección de los estudios:

Fueron incluidos todos los artículos originales sobre humanos y cuyos resultados estuvieran en inglés o español publicados durante el periodo desde 2013.

Dos evaluadoras de manera independiente leyeron el título y el resumen de los diferentes artículos que surgieron de las búsquedas y se eliminaron los duplicados, determinado así los artículos a incluir. Cualquier discrepancia entre ellas se discutió con otros dos revisores (dos urólogos con experiencia en el tema).

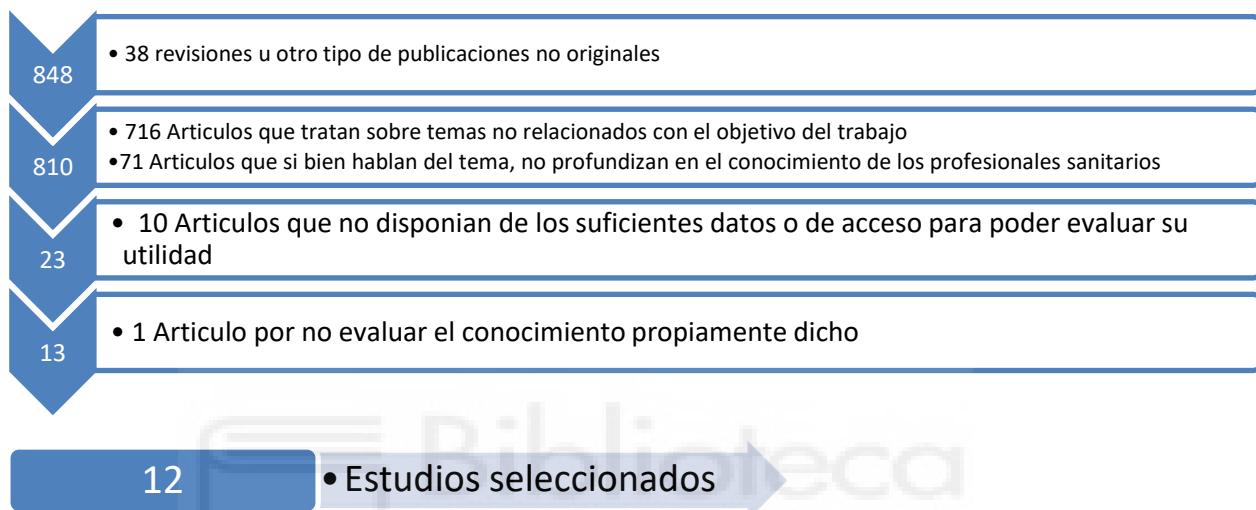
De todos los artículos seleccionados se analizó el texto íntegro y se extrajeron las siguientes variables de estudio: autor y fecha de publicación, país, objetivo, diseño del estudio, población de estudio, sexo, edad, tamaño muestral, procedimiento, variables independientes y la descripción de la variable dependiente mediante el cuestionario o encuesta, resultados, conclusiones y limitaciones.

Además, se llevó a cabo un análisis de la calidad de los estudios siguiendo las pautas de la guía STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) ya que los artículos seleccionados fueron observacionales. Dicha guía contiene una lista de 22 puntos esenciales de control, descritos en la imagen 1. Para cada uno de los artículos seleccionados se fue anotando “Sí” o “NO” en función de si se cumplían o no con los requisitos definidos.

RESULTADOS

Inicialmente, tras aplicar las palabras clave, se obtuvieron un total de 848 artículos. Tras cribar a través de la lectura del título y el resumen, se obtuvieron un total de 23 artículos, de los cuales, tras lectura del texto completo, se incluyeron un total de 12 artículos¹⁶⁻²⁷ (figura 2).

Figura 2: Selección de los artículos



El análisis STROBE se muestra en la tabla 1 y las preguntas en la imagen 1. La media de cumplimiento de los 22 criterios aplicados fue de 18 (desviación estándar 2). Cabe destacar el artículo de Alexander Miller (2016)¹⁶ fue el artículo que menos cumplimiento tuvo con solo 13 puntos de los 22.

Por otro lado, si desglosamos de manera individual cada pregunta, podemos ver que 10 de las preguntas (preguntas número 2,4,6,11,14,15 18-21) fueron contestadas en todos los artículos, estas preguntas hacían referencia a si el artículo tenía antecedentes, si estaban claros los elementos clave del estudio, cómo se habían elegido los participantes, las variables cuantitativas, a los datos descriptivos del estudio, a los datos de las variables, y los últimos cuatro puntos referentes a la discurso, como son los resultados, limitaciones, interpretación y validez externa. En sentido contrario, 2 de las preguntas (17 y 22) fueron las que menos respuestas afirmativas tuvieron con 4 puntos para la pregunta 17 y 6 puntos para la 22, estas preguntas hacían referencia a “otros análisis efectuados” y a la “financiación” respectivamente.

Tabla 1: Resultados del análisis STROBE

| Artículo | Criterios* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Total |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
| J. Panach-Navarrete (2016) ¹⁷ | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | No | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 17 |
| L. Rudichuk (2017) ¹⁸ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 17 |
| Anmar M. Nassir (2019) ¹⁹ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 22 |
| Ingrid J. Hall (2017) ²⁰ | No | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 18 |
| Sanny Kappen (2020) ²¹ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 21 |
| N. Giménez (2017) ²² | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | 20 |
| Elstad EA. (2015) ²³ | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | No | 18 |
| Nicholas Shungu (2022) ²⁴ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | No | 19 |
| Abdul Malik (2016) ²⁵ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 20 |
| Sanny Kappen (2019) | No | Sí | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | No | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 15 |
| Satyendra Persaud (2018) ²⁶ | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | No | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | 17 |
| Alexander Miller (2016) ¹⁶ | No | Sí | Sí | Sí | No | Sí | Sí | No | No | No | Sí | No | Sí | Sí | Sí | No | No | Sí | Sí | Sí | Sí | No | 13 |
| Total | 9 | 12 | 10 | 12 | 9 | 12 | 10 | 9 | 7 | 7 | 12 | 9 | 8 | 12 | 12 | 9 | 4 | 12 | 12 | 12 | 12 | 6 | |

Imagen 1: Preguntas del análisis STROBE²⁷

| Título y resumen | Punto | Recomendación |
|-------------------------------------|-------|---|
| | 1 | (a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado |
| Introducción | | |
| Contexto/fundamentos | 2 | Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica |
| Objetivos | 3 | Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada |
| Métodos | | |
| Diseño del estudio | 4 | Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio |
| Contexto | 5 | Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos |
| Participantes | 6 | (a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes (b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso |
| VARIABLES | 7 | Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos |
| Fuentes de datos/medidas | 8* | Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida |
| Sesgos | 9 | Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo |
| Tamaño muestral | 10 | Explique cómo se determinó el tamaño muestral |
| VARIABLES CUANTITATIVAS | 11 | Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué |
| MÉTODOS ESTADÍSTICOS | 12 | (a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión (b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones (c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (<i>missing data</i>) (d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo (e) Describa los análisis de sensibilidad |
| Resultados | | |
| Participantes | 13* | (a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados (b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase (c) Considere el uso de un diagrama de flujo |
| Datos descriptivos | 14* | (a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión (b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés (c) Estudios de cohortes: resume el período de seguimiento (p. ej., promedio y total) |
| Datos de las variables de resultado | 15* | Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen |
| Resultados principales | 16 | (a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos (b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos (c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante |
| Otros análisis | 17 | Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad) |
| Discusión | | |
| Resultados clave | 18 | Resume los resultados principales de los objetivos del estudio |
| Limitaciones | 19 | Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo |
| Interpretación | 20 | Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes |
| Generabilidad | 21 | Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa) |
| Otra información | | |
| Financiación | 22 | Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo |

Nota: Se ha publicado un artículo que explica y detalla la elaboración de cada punto de la lista, y se ofrece el contexto metodológico y ejemplos reales de comunicación transparente¹⁸⁻²⁰. La lista de puntos STROBE se debe utilizar preferiblemente junto con ese artículo (gratuito en las páginas web de las revistas *PLoS Medicine* [<http://www.plosmedicine.org/>], *Annals of Internal Medicine* [<http://www.annals.org/>] y *Epidemiology* [<http://www.epidem.com/>]). En la página web de STROBE (<http://www.strobe-statement.org>) aparecen las diferentes versiones de la lista correspondiente a los estudios de cohortes, a los estudios de casos y controles y a los estudios transversales.
*Proporcione esta información por separado para casos y controles en los estudios con diseño de casos y controles. Si procede, también de los grupos con y sin exposición en los estudios de cohortes y en los transversales.

Descripción de las características principales de los artículos incluidos

Todos los artículos fueron transversales y 6 de ellos (50%) se realizaron en los años 2016 y 2017, un 17% (2) en 2019 y el 33% (4) restante en los años 2015, 2018, 2020 y 2022, a un artículo por cada uno de los años descritos. La mayoría de los artículos (5) eran de origen estadounidenses (42%)^{16,18,20,23,24}, y 2 españoles (17%)^{17,22}, restante (5)^{19,21,25,26,28} pertenecían a múltiples países como Alemania, Arabia Saudí, Caribe, Holanda o Malasia. (Tabla 2)

El objetivo general de estos artículos fue explorar el conocimiento general o si utilizaban (o no) las guías de recomendación sobre el cáncer de próstata, esto se pudo recoger en la mitad de los artículos^{18-20,24,25,28}, mientras que la otra mitad recogía las actitudes, creencias, percepciones sobre la prueba de la PSA^{16,17,21-23,26}

En 10 de los artículos incluidos (83%)^{16,17,19-25,28} la población de estudio fueron médicos de atención primaria y en los otros dos (17%)^{18,26} médicos especialistas en urología. Dentro de los artículos que estudiaban a los médicos de familia, 3 (30%) también incluyeron a otros profesionales sanitarios, como a facultativos de laboratorio (33%)²², enfermeros y auxiliares (33%)²³ y urólogos (33%)²⁸.

La edad media de los participantes en los estudios fue de 49,5 años. Con respecto al sexo de los participantes, solo un artículo (8%)²³ no asignó el sexo de sus pacientes; del resto: 7 de ellos (58%)^{18-21,23,25,28} tenían una mayoría masculina y en 4, de ellos tenían una mayoría femenina^{16,17,22,24}, siendo todos estos artículos en los que los profesionales sanitarios demostraban o aclamaban no tener suficiente información acerca de la prueba y solo en 4 de ellos, donde la mayoría eran hombres^{19,25,28}, o no estaba asignado²⁶ mostraban o demostraban ese desconocimiento. El promedio de hombres en los artículos fue de 61.4%. La muestra promedio fue de 285 personas con un rango entre 30 y 1192.

Tabla 2. Descripción de las principales características de los 12 estudios incluidos en la revisión

| Autor y año | País | Diseño | Objetivo | Población de estudio | Edad | Sexo | Muestra |
|--|---------------|---------------|---|--|--|-----------------|------------------------------------|
| J. Panach-Navarrete (2016) ¹⁷ | España | Transversal | Describir la utilización del PSA en la práctica diaria por parte de los médicos de atención primaria del área, tratando aspectos como la importancia de la edad de los pacientes, el valor en el cribado del cáncer de próstata, o las creencias subjetivas sobre su utilidad. Como objetivo secundario se planteó comparar las actitudes y creencias entre aquellos profesionales que afirmaban tener un correcto conocimiento sobre este antígeno y los que no. | Médicos de atención primaria del departamento de salud número 5 de la Comunidad Valenciana | Media: mujeres 50,2 años; hombres 51,8 años | Hombres: 38,8% | 103 |
| L. Rudichuk (2017) ¹⁸ | USA (Chicago) | Transversal | Evaluar el conocimiento y utilización de antecedentes familiares por parte de los urólogos para determinar recomendaciones en la detección y tratamiento del cáncer de próstata. | Urólogos de la sociedad urológica de Chicago con experiencia en el cribado o tratamiento de hombres con cáncer de próstata | El 27,6% de los participantes entre 31 y 40 años | Hombres: 86,2 % | 87 (tasa de respuesta 60%: 87/145) |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|-------------|---|--|--------------------------|----------------|--|
| Anmar M. Nassir (2019) ¹⁹ | Arabia Saudí | Transversal | Evaluar el conocimiento general entre los médicos de atención primaria en el manejo de los problemas urológicos más frecuentes en Arabia Saudí. | médicos de familia y medicina interna. | NA | Hombres: 57% | 112 (tasa de respuesta del 75.7%: 112/148) |
| Ingrid J. Hall (2017) ²⁰ | Estados Unidos | Transversal | Describir el conocimiento de los profesionales y la diferencias entre médicos de familia y de medicina interna. | Médicos de familia y medicina interna que trabajan en Atención Primaria. Se eligieron aquellos que habían trabajado en medicina por lo menos 3 años, si veían activamente a sus pacientes, trabajaban en un entorno individual, grupal u hospitalario. | NA | Hombres: 72% | Ratio de respuesta 70.5% (1003/1256 (480 médicos de familia y 523 de medicina interna)) |
| Sanny Kappen (2020) ²¹ | Holanda | Transversal | Evaluar los enfoques, actitudes y conocimientos sobre el uso del PSA, de acuerdo con las recomendaciones del NHG (guía clínica de Holanda) sobre el cáncer de próstata de los médicos de atención primaria país | Médicos de atención primaria en el noreste de Holanda | Media: 54 años DS: 12 | Hombres: 70,9% | Ratio de respuesta 36% (65/179) médicos que respondieron vía mail + 23 (tasa del 100%) médicos instructores. |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|-------------|---|---|---|----------------|--|
| N. Giménez (2017) ²² | España | Transversal | Explorar la práctica habitual y la percepción de los médicos de familia y los facultativos de laboratorio sobre el cribado del cáncer de próstata mediante PSA. | Médicos de familia y facultativos de laboratorio de diversos centros de salud de Cataluña (España) | Media (ds) 43 ± 11 Rango 25-70 | Hombres: 36% | 114 médicos de familia (70% 163) + 227 facultativos de laboratorio (8,8% 2581) |
| Elstad EA. 2015 ²³ | Estados Unidos | Transversal | Dos objetivos: El principal que es describir las percepciones de los médicos sobre los daños/beneficios de 2 técnicas de cribado (colonoscopia/PSA) y como secundario, como los médicos llegan a esas percepciones. | Médicos, enfermeros y auxiliares de 24 consultas de medicina familiar o medicina interna, afiliados a la universidad de Carolina del Norte. | Media 45 años | Hombres: 62% | 126 médicos de 24 consultorios de medicina familiar/interna (respuesta 80%). |
| Nicholas Shungu (2022) ²⁴ | Estados Unidos | Transversal | Describir como los médicos de familia abordan el cribado de cáncer de próstata y específicamente en hombres negros. | Médicos de familia | 20-39 años: 420 (35.4%) 40-59 años: 549 (46.2%) >60 años 219 (18.4) | Hombres: 40.3% | Ratio de respuesta 32.5% (1192/3665) |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------|--|---|---|--|---|
| Abdul Malik (2016) ²⁵ | Malasia | Transversal | Determinar el conocimiento y la práctica del cribado del cáncer de próstata entre los médicos de cabecera privados en Malasia. | Médico de familia que trabajen a tiempo completo en las clínicas privadas del distrito de Petaling (Selangor) | Media 48.3 ±11.4 Rango: 26–83 | Hombres: 65,3% | 196 (Respuesta del 65% (196/302)) |
| Sanny Kappen (2019) ²⁸ | Alemania | Transversal | Evaluar las posibles diferencias entre los médicos de cabecera y los urólogos en el manejo de las pruebas del PSA y las directrices sobre la detección temprana de cáncer de próstata. | Médicos de familia pertenecientes a la Red de la Universidad de Oldemburgo en Baja Sajonia y Bremen y urólogos practicantes de la asociación profesional de urólogos de Alemania. | Mediana de edad 54,0 años para los médicos de familia (IQR=10, media=54) y 51,5 años para los urólogos (IQR=8,75 media=52,1, n=14). | Hombres: Médicos de familia 87,8% y urólogos 100%. | En total, 65 médicos participaron en la encuesta (proporción de respuestas: 21,7%, n=65; 27,9%, n=48 [GP]; 13,2%, n=17 [urólogos]). Se analizaron los resultados de 41 GPs y 14 urólogos. |

| | | | | | | | |
|--|----------------|-------------|--|---|----------------------|--------------|-----------------------------|
| Satyendra Persaud (2018) ²⁶ | Caribe | Transversal | Determinar las actitudes, creencias y prácticas de los urólogos caribeños con respecto a la prueba de la PSA, en concreto con los pacientes hombres afrocaribeños. | Urólogos de la Asociación Urológica Caribeña | 49.7 años (ds± 11.2) | NA | 30 (Respuesta 75% (30/40)) |
| Alexander Miller (2016) ¹⁶ | Estados Unidos | Transversal | Describir el impacto de la guía USPSTF en el cribado del CP, actitudes y conocimiento de los proveedores de atención primaria. | Médicos de familia dentro del hospital universitario Massachusetts-Memorial sistema de salud. | media=52,1 | Hombres: 49% | 73 (respuesta 21% (73/350)) |

Características de los estudios relacionadas con el procedimiento y los resultados alcanzados en el estudio

La recogida de datos de todos los estudios fue mediante un cuestionario o encuesta, mientras la principal diferencia entre ellos radicaba en la forma de enviar y solicitar la información. El 67% de los artículos (8)^{16,20,24,26,28} solicitaron la información de manera telemática (e-mail, vía online, etc.), aunque 3 de ellos también solicitaron la participación en algún momento de manera presencial^{21,22,25}, los artículos restantes (4)^{17-19,23} optaron por una entrega en persona de los cuestionarios/encuestas. (Tabla 3).

Todos los estudios incluyeron como variables independientes los datos sociodemográficos de los profesionales sanitarios (sexo, edad, estatus, años ejercidos, experiencia en el campo, etc.), aunque algunos artículos también recogían algunas otras, como número de pacientes por consulta, o datos del paciente. Las variables dependientes estaban formuladas en un cuestionario o encuesta, de los cuales tan solo 2 de los artículos (16%)^{21, 25} incluyeron cuestionarios utilizados previamente; el resto se basaron en cuestionarios diseñados ad hoc para el estudio. No obstante, no indicaron en ninguno de los estudios que el cuestionario estuviera validado. (Los cuestionarios incluidos aparecen en el anexo).

A continuación, se resumen los principales resultados obtenidos en los estudios:

A) Conocimiento y creencias generales acerca de la prueba de la PSA: se incluyeron en 9 (75%) de los artículos seleccionados.

En dos de los artículos incluidos, los urólogos encuestados se mostraron a favor de la prueba^{26,28} mientras que en tres de ellos, que incluían médicos de familia, consideraron que la prueba tenía limitaciones: en un estudio realizado en EEUU, menos de la mitad (40%) de los encuestados pensaba que la prueba poseía las características necesarias para ser considerada una prueba de cribado²⁰; en otro realizado en Holanda, los entrevistados se mostraron críticos frente a la prueba²¹, y en otro realizado en España, el 49% de sus encuestados se cuestionaba su utilidad y un 29.1% creía directamente que era poco útil¹⁷.

Con respecto a los beneficios y riesgo de la prueba, en 3 de los artículos realizados en EEUU, se valoraba que los riesgos de la prueba, superaban sus beneficios ^{16,23,24}.

En relación al conocimiento de los profesionales, en un estudio realizado en España el 83.5% de los médicos de familia encuestados decían tener suficiente información¹⁷ y en otro, realizado en médicos de familia en EEUU, se indicaba que se necesita más formación acerca de la prueba ¹⁶. Por otro lado, en un estudio realizado entre médicos de familia y medicina interna en EEUU el 75% no sabían o no estaban de acuerdo con la franja de edad a la cual se practicaba la prueba ²⁰ y en otro de ellos realizado en Malasia, la mayoría de los médicos de familia entrevistados sobreestimaban el valor predictivo de la prueba²⁵

8 de los artículos (67%)^{16,17,19,22,24-26,28} mostraron, es decir, bien porque no seguía las guías o mostraban practicas incompatibles con un conocimiento suficiente de la prueba o bien manifestaban directamente no tener suficiente información, 4 de estos artículos tenían mayoría femenina, cómo se ha comentado previamente.

B) Factores de riesgo: El conocimiento acerca de los factores de riesgo y como este afecta a su toma de decisiones venía recogido en 4 de los artículos^{18, 20, 24, 25}. En dos de ellos, la mayoría de los profesionales sanitarios conocían los factores de riesgo principales lo que les motivaba a solicitar la prueba ²⁰ o solicitarla a edades más tempranas (antes de los 55) ¹⁸. En otro estudio solo el 31% de los entrevistados sabían que tener un familiar de primer grado con cáncer de mamá era también un factor de riesgo²⁵. Por otro lado, solo uno de los artículos incidió que solo un 29% de sus participantes informaba a sus pacientes de raza negra de los riesgos que ello conllevaba ²⁴.

C) Prácticas en la rutina de cribado con PSA: En 2 de los artículos se mostró como los profesionales manifestaban estar en contra del cribado con PSA y solo lo hacían bajo determinadas situaciones en las que estuvieran presentes factores de riesgo ^{16,21}. En otro estudio, aquellos profesionales que afirmaban no tener suficiente información sobre el PSA realizaban más peticiones en pacientes con edades tardías y se planteaban menos la utilidad o el rendimiento

del marcador¹⁷. En otro estudio llevado a cabo por médicos de familia, 60% de sus participantes estaba en contra de realizar la prueba de manera rutinaria ²⁰, mientras que en otro casi la mitad de los médicos de familia entrevistados estaban a favor de cribado en asintomáticos ²⁵. En un estudio entre médicos de familia y medicina interna, el 2.8% de los profesionales encuestados no lo usaba de forma rutinaria ¹⁹

D) Rango de edad: En un estudio que incluía urólogos, la edad más baja para el comienzo de la prueba fue de 40 años ²⁶; otro estudio que también incluía urólogos, determinó la edad de 45 años para recomendar la prueba²⁸. En otro estudio que incluía urólogos¹⁸, en cambio, marcaron la edad de inicio en 55 años. Dos artículos que incluían médicos de familia, tenían como inicio de la prueba los 50 años, aunque esta edad de inicio solo era compartida por el 49% de los participantes¹⁷ o la mayoría no estaba muy de acuerdo con esa franja de edad ²⁰. La edad máxima en uno de los artículos se determinó que debía ser hasta los 80¹⁷ aunque en otro de los artículos los participantes seguían haciendo pasada dicha edad ¹⁹

E) Conocimiento sobre guías de recomendación: Varios artículos coinciden que los profesionales no cumplen con todas las recomendaciones de las guías o bien las adaptan en función de si tienen factores de riesgo ¹⁸ o la población ²⁶, o bien pese a decir conocerlas no tienen la suficiente información acerca de las mismas²² o no saben cómo aplicarla a la población con riesgo ²³

F) Inclusión al paciente en la toma de decisiones: este apartado puede que sea el único donde las respuestas son más uniformes, ya que todos los artículos que mencionan al paciente, le informan de los beneficios y riesgos de la prueba, hacen participe al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento o le informan que le van a hacer la prueba ^{16,22,24,25,28}

Tabla 3. Descripción del procedimiento y los resultados obtenidos de los 12 estudios incluidos en la revisión.

| Autor y año | Procedimiento | VARIABLES INDEPENDIENTES | VARIABLES DEPENDIENTES | Resultados | Limitaciones | Conclusiones. |
|--|--|--|--|---|--|--|
| J. Panach-Navarrete (2016)¹⁷ | Se administraron cuestionarios personalmente a médicos de atención primaria. | Sexo, Estatus (Adjunto: o Residente). Años de experiencia. Proporción aproximada de pacientes que le consulta por enfermedad urológica. Proporción aproximada de pacientes que le consulta por enfermedad oncológica | Cuestionario no validado que constaba de dos partes, una primera sobre datos demográficos y una segunda sobre el conocimiento del profesional dividido en 15 preguntas (14 respuesta única y 1 respuesta múltiple) | Un 83,5% afirmaba tener suficiente conocimiento sobre el PSA. Los profesionales de este último grupo solicitan PSA a edades más tempranas ($p = 0,029$), con una mayor frecuencia ($p = 0,011$) y dudan más sobre su utilidad ($p = 0,009$) que aquellos con menor conocimiento. Un 49,5% decía solicitar al año menos de 50 determinaciones, y un 33% entre 50 y 100. Un 53,4% de los médicos no pediría el primer PSA hasta la década de los 50, y hasta un 49% lo solicita hasta los 80 años Un 64,1% se ha planteado muchas veces la verdadera utilidad del PSA, y un 29,1% cree que es poco útil para diagnosticar cáncer. | Falta del grado de cumplimiento de los cuestionarios, así como posible presencia de sesgos de cortesía y vigilancia, sobreestimación de los conocimientos, etc. Solo se incluye un departamento de salud (falta de homogeneidad) | Aquellos profesionales que afirman no tener suficiente información sobre el PSA realizan más peticiones en pacientes con edades tardías y se plantean menos la utilidad o el rendimiento del marcador. |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|
| <p>L. Rudichuk (2017)¹⁸</p> | <p>Se administraron los cuestionarios a los asistentes de la Sociedad urológica de Chicago (CUS) en noviembre de 2014 en la reunión contra el cáncer de próstata.</p> | <p>Sexo Edad Especialidad Antecedentes familiares.</p> | <p>Cuestionario no validado. La encuesta se elaboró con la aportación de asesores genéticos, un doctor en urología y un doctor en estadística. Algunas preguntas se basaron en una encuesta de Cremers et al. (2012) y otras preguntas eran nuevas para este estudio, basadas en los datos obtenidos en los últimos años (por ejemplo, nuevas mutaciones genéticas). La encuesta contenía 7 preguntas demográficas y 26 preguntas relacionadas con los objetivos del estudio, con respuestas de opción múltiple y escritas.</p> | <p>Una gran parte de los encuestados (83-92%) relaciono los antecedentes familiares y la raza con un riesgo aumentado de padecer cáncer de próstata. Los encuestados, eligieron la recomendación de empezar antes con la prueba de la PSA (<55 años) si tienen antecedentes (vs lo que no tienen). El 87% revisaban los antecedentes familiares de cáncer de próstata a la hora de tener en cuenta el cribado.</p> | <p>Sesgo de falta de respuesta Únicamente participan miembros de la CUS Participantes jóvenes, menos años de experiencia Visión sesgada, la mayoría de inicio de cribado PSA se realiza en atención primaria</p> | <p>La conclusión de este estudio fue, que los encuestados, recomendaban la PSA a una edad de riesgo promedio, pero si tenían antecedentes familiares, lo hacían antes.</p> |
|--|---|--|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|--|
| Anmar M. Nassir (2019)¹⁹ | Cuestionario autoadministrado | Región del país Sexo Posición Nacionalidad Elección de Urología de manera voluntaria Años de experiencia | Cuestionario previamente elaborado y no validado compuesto de 21 preguntas dividido en 2 secciones: datos demográficos de los participantes y conocimiento y habilidades generales en urología. | Solo un 2.8% de los encuestados no recomendaban de manera rutinaria la PSA y que 58.2% de los encuestados recomendaban la PSA a >80 años (especialmente los residentes, frente a especialistas o médicos generales). | Sesgo de selección Sesgo de recuerdo Gran número de residentes incluidos sin formación finalizada | El conocimiento urológico entre médicos de atención primaria es insuficiente. Necesidad de mayor inclusión en la formación de los residentes de MAP con entornos prácticos para manejo de problemas urológicos comunes Dar mayor importancia en los planes de estudio a la Urología |
| Ingrid J. Hall (2017)²⁰ | Encuesta anual basada en la web de profesionales (médicos de familia, médicos de medicina interna) de la salud de los EE. UU. | Sexo, raza, especialidad, años de ejercer medicina, lugar de práctica, entorno de práctica y nº de pacientes atendidos semanalmente | Cuestionario no validado que acerca del inicio de las conversaciones médico-paciente sobre el cribado del cáncer de próstata, así como sobre 7 creencias relativas al uso del PSA para la detección precoz del cáncer. También se preguntó acerca de los factores considerados en la decisión de utilizar la prueba del PSA para la detección precoz del cáncer de próstata entre los hombres | La mayoría (60%) solo recomendaba la prueba en algunos casos, aunque un 25% lo hacía de manera rutinaria y un 14% no la ofrecía. El 70% opinaba que aquellos varones que tuvieran factores de riesgo (etnia africo-americana o antecedentes) deberían someterse a la prueba de la PSA anualmente y un 37% opinaba que debería hacerse > 50 años aun siendo asintomático. Un 40% reconocía que la prueba posee las características suficientes para ser considerada una prueba de cribado El 75% no sabían, o no estaban de acuerdo con la franja de edad a la | Datos no representativos de USA, participación voluntaria Sesgo de autoselección Discriminatorio Sobreestimación de datos Falta de estudios sobre creencias de artículo de 2012 | Alrededor del 25% de los entrevistados ofrecieron y recomendaron de forma rutinaria una prueba del PSA a todos los pacientes asintomáticos, y la mayoría (61%) solo ofrecieron y recomendaron una prueba de PSA a algunos pacientes. Un 74% coincide que la prueba debe hacer cuando hay factores de riesgo y que el |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <p>asintomáticos (antecedentes familiares de cáncer de próstata del paciente, solicitud de la prueba por parte del paciente, edad del paciente, raza afroamericana, creencia del proveedor de que el cribado es eficaz, creencia del proveedor de que los beneficios superan las limitaciones, formación del proveedor, preocupación del proveedor por la responsabilidad legal y patrones de práctica de la comunidad).</p> | <p>cual se hace la prueba. Entre los factores para recomendar la PSA eran (orden decreciente): Antecedentes familiares, el paciente la solicita y origen africo-americano Y, por el contrario, los motivos para NO recomendarla fueron: Baja esperanza supervivencia, estado funcional del paciente, comorbilidades</p> <p>La recomendación de la prueba estaba relacionada (Con AOR >1), los años ejerciendo, la petición por parte del paciente, la creencia en la eficacia de la prueba.</p> | <p>conocimiento y los beneficios, así como los riesgos de la PSA son críticos para la toma de la decisiones por parte del paciente.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| <p>Sanny Kappen (2020)²¹</p> | <p>Cuestionario se envió vía mail a todos los médicos afiliados a Centro Médico de la Universidad de Groninga. Además, también fue distribuido un día de formación en ese mismo sitio a 23 médicos de atención primaria instructores</p> | <p>Edad Sexo Años de experiencia Experiencia en Urología Participación en un curso sobre la PSA Nº de médicos de cabecera por servicio Nº de pacientes por consulta Servicios farmacéuticos prestados en consulta.</p> | <p>Cuestionario alemán adaptado a Holanda que incluye preguntas relacionadas con el conocimiento de las guías actuales, los principales factores que influyen al discutir la solicitud de la prueba y la opinión sobre la misma. En concreto, se incluyeron preguntas de datos demográficos + 31 preguntas que cubren las actitudes, la práctica clínica, el cumplimiento de las recomendaciones de detección del PSA y el conocimiento sobre las recomendaciones para la detección temprana del cáncer de próstata.</p> | <p>Para la solicitud se tenían en cuenta factores como los efectos adversos, la mortalidad, etc. En general se mostraban críticos con la prueba (o bien lo hacían, no se la habían hecho o no pensaban hacérsela) Un gran porcentaje (73%) preferían el tacto rectal antes que la PSA, es más, la mayoría de las indicaciones de la PSA venían después de esta prueba. Casi todos confirmaron que había ocasiones de que a pesar de tener un nivel de PSA elevado no derivarían al urólogo En asintomáticos donde el paciente lo solicitaba casi la mitad aceptaban después de darle la información correspondiente</p> | <p>Muestra no representativa al ser pequeña Baja participación Heterogeneidad entre las respuestas por correo y las realizadas en el curso Diferente formación Sesgo de selección Traducción del cuestionario de un idioma foráneo</p> | <p>La petición de la PSA parece ser consistente con las recomendaciones de las guías del país, las cuales son restrictivas acerca de la petición.</p> |
| <p>N. Giménez (2017)²²</p> | <p>Cuestionario auto cumplimentado a médicos de familia y facultativos de laboratorio. Se solicitó personalmente su</p> | <p>Datos sociodemográficos (sexo, edad, años ejerciendo, formación, licenciatura, categoría profesional, especialidad, centro de trabajo).</p> | <p>El cuestionario fue diseñado para el propósito del estudio, aunque no se indica si este estaba validado o no. Se compone de 4 secciones: datos sociodemográficos,</p> | <p>Los médicos de familia consideraron que los pacientes inducían el 61% de las solicitudes de PSA. La incertidumbre al solicitar PSA fue de 5 puntos para los médicos de familia y de 5,7 para los del laboratorio. El interés en disponer de recomendaciones clínicas recibió 7,2</p> | <p>Datos recogidos subjetivos Perfil distinto según la vía de participación Necesidad de opinión de pacientes</p> | <p>Los médicos de AP y del laboratorio estaban interesados en disponer de recomendaciones e información, aunque no solían consultar las guías de práctica clínica.</p> |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|----|---|--|--|--|
| | participación: a los médicos de familia en los centros sanitarios del estudio, y a los facultativos del laboratorio por un lado se distribuyeron personalmente en un congreso de la especialidad y a través de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio por vía electrónica. | | práctica clínica habitual sobre cribado de Cáncer de próstata, guías de práctica clínica y sugerencias. La versión para médicos de atención primaria contenía 40 variables y la de facultativos de laboratorio clínico, 36 variables. Para las variables se utilizó una escala de 1-10. Se realizó una primera validación técnica (comprensión y pertinencia), consultando con expertos en Cáncer de próstata y en metodología de cuestionarios. Se realizó una prueba piloto con 30 médicos de familia. | puntos en atención primaria y 8,8 en el laboratorio. El conocimiento sobre las diferentes guías de práctica clínica recibió, en global, menos de 5 puntos. | | |
| Eltad EA. 2015 ²³ | Encuestas que se distribuyeron en papel a los médicos. | NA | La encuesta estaba dividida en 2 viñetas, unas con los hipotéticos datos del paciente (edad, sexo, antecedentes, etc.) y otra donde variaba la prueba (PSA o | Los médicos enumeraron pocos beneficios (como detección temprana), y sí que enumeraron suficientes daños (estrés para el paciente, sobret ratamiento, daños físicos, etc.), y la magnitud era negativa, es decir, para la mayoría de | No se puede extrapolar a toda la población de médicos. | El estudio muestra que los médicos tienen conocimientos acerca de los beneficios y riesgos de las pruebas de cribado. Sus hallazgos sugieren que |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| | | | <p>colonoscopia). Se incluían preguntas de respuesta única. Luego se sumaban las respuestas de beneficios y se restaban las de los daños. Un total positivo indicaba que había más beneficios que riesgos. En el cuestionario, sin validar, se evaluaron tanto los Beneficios/daños de las pruebas como beneficios/daños en un paciente concreto a largo plazo y a cuántos se los recomendaría.</p> | <p>las médicos los riesgos superan los beneficios de la prueba.</p> | | <p>es probable que influya en el comportamiento de los médicos que en el mensaje que la prueba de la PSA tiene más daños que beneficios.</p> |
| <p>Nicholas Shungu (2022)²⁴</p> | <p>Los miembros del CAFM (Council of Academic Family Medicine') propusieron preguntas para la inclusión de la encuesta. El borrador final de las preguntas de la encuesta se modificó tras una</p> | <p>Datos demográficos (edad, sexo, raza y etnicidad) de los médicos. Porcentaje de paciente de raza negra a los que atienden.</p> | <p>Consistía en preguntas demográficas + 10 preguntas sobre la fuente donde buscan la información de cribado de cáncer de próstata, métodos para el cribado, conocimiento acerca las guías USPSTF, frecuencias con la que discutían las decisiones</p> | <p>La mayoría (69.4%) solo criban con PSA y solo un pequeño porcentaje lo hace junto con el tacto rectal, aunque si bien son conocedores de las nueva actualización y recomendaciones de la USPTF, sin embargo, solo un 29% informaba a los paciente de raza negra los riesgos que esto implica por su raza. Para pacientes blancos, la mitad (50.4%) de los médicos implicaban al paciente en la toma de decisiones,</p> | <p>Sesgo de recuerdo y de respuesta en la realización de los cuestionarios por los médicos. El bajo nivel de respuesta de las encuestas podría reflejar sesgo de selección. Porcentaje bajo de</p> | <p>La mayoría de los médicos no informan a los pacientes de raza negra del riesgo aumentado de CP. Las médicos o aquellos con menor frecuencias atienden a pacientes de este tipo, tienden a no tener la charla de decisión compartida.</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| | prueba piloto. LA encuesta se llevó a cabo de manera online. | | a tomar junto con el paciente. | sin embargo, estos comunicaban que las barrera más importante a hora del cribado con PSA era la falta de tiempo y la sensación de que los riesgos eran mayores que los beneficios (aun así, la mitad de los paciente se sometió a ella), estas barreras se vean más perceptibles en las médicos. En el caso de paciente negros, solo el 34.9% de los médicos le hacía participe en la toma de decisiones, y solo el 38% al final se sometió a la PSA. | médicos de raza no-negra | |
| Abdul Malik (2016) ²⁵ | Cuestionario autoadministrado enviado por correo postal y también a través de visitas a las clínicas. Se realizó una validación del contenido del cuestionario entre ocho profesionales sanitarios que tienen experiencia en el | Datos sociodemográficos, perfil de consulta (tiempo de práctica médica, estudios posgrado, número de médicos de familia en la práctica, número de pacientes atendidos al día) | El cuestionario adaptado de Drummond et al incluía 34 preguntas en 5 secciones: (1) Perfil sociodemográfico de los médicos perfil sociodemográfico de los médicos de cabecera; (2) perfil de la consulta; (3) conocimiento de los factores de riesgo del cáncer de próstata y las pruebas de cribado; (4) práctica del cribado del cáncer de próstata; y (5) gestión | Los resultados mostraron que si bien la gran mayoría (97-82.7%) sabían que tener una pariente con CP o tener > 50 años suponían un riesgo de padecer CP, solo un 31.1% sabían que tener un pariente de primer grado con cáncer de mama aumentaba el riesgo de padecer CP Más de la mitad (56-64%) sobreestimaban el valor predictivo positivo (VPP) del PSA. Con respecto a la práctica, la mitad de ellos criban para el CP en asintomáticos, pero la gran mayoría lo haría con PSA. De nuevo la mitad de ellos creen que, aunque sea | Los hallazgos del estudio no pueden generalizarse a los médicos generales de la medicina pública ni medio rural. El pequeño número de médicos que no consideran hacer test PSA puede afectar a la validez del modelo de regresión. | A pesar de la falta de consenso, la mayoría de las médicos usa el PSA en el cribado de CP, de manera rutinaria no hacia participes a los paciente en la toma de decisiones acerca del cribado de CP. Aquellos médicos que estaban a favor de hacérselo a ellos mismos, lo solicitaban más. Este importante hallazgo destaca la necesidad de estudios futuros para |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|---|
| | <p>cribado del cáncer de próstata de próstata, incluidos urólogos, especialistas en medicina y médicos de cabecera. El cuestionario se modificó en base a la opinión del panel de expertos. Se realizó un estudio piloto (10 médicos de familia) para comprobar la viabilidad y la aceptación del estudio.</p> | | <p>de los resultados del PSA y las necesidades de información.</p> | <p>asintomáticos deben cribarse y solo un 22% cree que deben hacerlo solo si tienen factores de riesgo. Si bien la mayoría discutían con sus pacientes que le iban a hacer un chequeo con la PSA y que pasaría si esta salía elevada solo un 20.4% discutía los tratamiento para el CP antes del PSA. Los médicos que estaban a favor de realizarse a ellos mismos lo prescribían con mayor asiduidad</p> | | <p>explorar cómo las creencias y la práctica de salud personal de los médicos influyen en su toma de decisiones clínicas.</p> |
| <p>Sanny Kappen (2019)²⁸</p> | <p>El cuestionario se elaboró por medio de una plataforma (SoSci Survey) y se envió vía e-mail. El</p> | <p>Datos sociodemográficos (sexo, edad), especialidad, tipo de práctica clínica</p> | <p>Los cuestionarios constaban de 43 preguntas que cubrían temas relacionados con el conocimiento de la prueba de la PSA, las guías de recomendación</p> | <p>Practica en las pruebas de PSA: Los Urólogos dicen seguir más las guías y procedimientos estándar, preguntan si desean someterse a la prueba de PSA a sus pacientes o informa de que la van a hacer durante</p> | <p>Los médicos de atención primaria estaban asociados a la universidad de Oldenburg, por lo que podrían estar más interesados en la</p> | <p>Destacan las diferencias en las prácticas de pruebas de PSA entre los GP y los urólogos en Alemania. Los urólogos mostraron un enfoque más</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
| | <p>cuestionario fue probado por tres médicos y un urólogo</p> | | <p>e incluso incluía casos prácticos para evaluar la decisión del GP/urólogo.</p> | <p>un examen de detección temprana del CP. Cuando hay síntomas, suelen ser más proactivos a dar información sobre el PSA a los pacientes. Y además en pacientes con >45 años recibían al menos 1 prueba PSA/año (por lo tanto, hacen más pruebas a lo largo del año) Para los casos prácticos en resumen los urólogos recomendaban más el PSA (incluso en asintomáticos). Mientras que los GP seguían las guías del colegio de medicina general alemán los urólogos usaban la guía sobre el CP s3 alemana. Además, los GP no conocían o conocían poco de otras guías (como la USPSTF) y en ambos casos (GP/urólogos) dejaban influenciar su practica en guías internacionales. En cuanto a la opinan sobre la PSA, las respuestas fueron más homogéneas en los urólogos, estos últimos creen que es una prueba más útil, que consigue una detección temprana y que se harían más adelante la prueba ellos mismos.</p> | <p>ciencia y ser un sesgo de selección La baja tasa de respuesta (27.9% de médicos de atención primaria, 13.2% de urólogos)</p> | <p>proactivo, por lo que se plantea un enfoque más interdisciplinar, para mejorar los cuidado urológicos. Para una mayor verificación, planean un estudio más exhaustivo que cubra varios estados alemanes.</p> |
| <p>Satyendra Persaud (2018)²⁶</p> | <p>Cuestionarios vía e-mail a todos los urólogos de la</p> | <p>Datos demográficos de los urólogos</p> | <p>La preguntas del cuestionario indagaban acerca de la opinión</p> | <p>Un gran porcentaje de los urólogos (97%) afirmaron que la mayoría de sus pacientes eran afro-caribeños y</p> | <p>El número de urólogos que contestaron la encuesta es escaso</p> | <p>La mayoría de los urólogos caribeños están a favor del</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|
| | <p>Asociación. El cuestionario fue elaborado para adaptarse al objetivo del estudio, no validado.</p> | | <p>sobre la prueba de la PSA, Proceso de cribado, Validez y futuro de la prueba de la PSA.</p> | <p>que la prueba de la PSA tenía un impacto positivo en la supervivencia de sus pacientes. Algo más de la mitad (67%) de los urólogos afirmaban que en los paciente afrocaribeños el inicio del cribado con PSA debería comenzar a los 40 y afirmar que debería haber una "edad tope" para el cribado de esta prueba, ellos proponen los 75 años como tope. Además, creen que la prueba debería ser anual, y no bianual, y que el tacto rectal debería formar parte del protocolo de cribado del CP. Más de la mitad (67%) creen que las guías internacionales no son aplicables a la población caribeña, y que deberían crear una guía para este tipo de población. Acerca del futuro de la PSA, más de la mitad creen que va a crecer el uso de la prueba, aunque un 21% cree que se va a mantener.</p> | <p>Se debería incluir en el estudio a médicos de atención primaria, que la mayoría de las veces son el primer contacto de los hombres que desean someterse a cribado con PSA</p> | <p>cribado basado en el PSA en los hombres afrocaribeños y recomiendan que se elaboren directrices específicas para el Caribe.</p> |
|--|---|--|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|
| <p>Alexander Miller (2016)¹⁶</p> | <p>Cuestionarios divididos en 25 preguntas que fueron enviados vía e-mail.</p> | <p>Datos demográficos de los médicos</p> | <p>En el cuestionario se pretendía evaluar: Uso de la guía USPSTF, Practica en el uso de la PSA, patrones de practica para el tacto rectal y las medidas derivadas del PSA., actitudes de los médicos sobre la PSA.</p> | <p>Un gran porcentaje (90%) de los encuestados estaban familiarizados con las guías USPSTF y discutían los riesgos y beneficios, sin embargo ellos implicaban al paciente en la toma de decisiones en el uso de la PSA, cuando la USPSTF está en contra de usar de manera rutinaria la PSA.</p> <p>La mayoría afirma haber cambiado su rutina de cribado con PSA, la gran mayoría aboga por un toma de decisiones compartida con el paciente, incluso un 64% afirma que si los beneficios superan a los riesgos, ellos apoyan a los pacientes a hacerse la prueba de la PSA. Si bien la USPSTF no está en contra del tacto rectal un 40% de los encuestados decía que si lo estaba, y que un 35% ahora hace menos. Una gran mayoría considera anormales lo valores de PSA >4 ng/ml</p> <p>De los encuestados la gran mayoría (70%) cree que la prueba de la PSA aporta más daños que beneficios y que se necesita más educación acerca de la petición de la prueba de la PSA</p> | <p>La baja tasa de respuesta puede indicar un sesgo de selección en los encuestados</p> | <p>Los resultados mostraron una necesidad de un mayor educación a los médicos sobre la guía USPSTF y otras guías, en identificar a los pacientes potenciales para la PSA.</p> |
|--|--|--|---|---|---|---|

DISCUSIÓN

Los principales resultados obtenidos en la revisión muestran que los profesionales sanitarios parece que no están a favor de la petición de la prueba de manera rutinaria, práctica que coincide con las guías de recomendación ya que estas desaconsejan el uso de la PSA. Sin embargo, parece que no siempre siguen las recomendaciones disponibles haciendo peticiones a edades más tempranas o más frecuentemente. No obstante, la presencia de factores de riesgo en el paciente como la raza, parece ser un motivo en la solicitud de la prueba por parte de los profesionales sanitarios,

Asimismo, los resultados muestran un escaso conocimiento por parte de los profesionales sanitarios tanto de la propia práctica como de las recomendaciones disponibles, manifestando también la necesidad de una mayor formación. Los profesionales indican que este desconocimiento puede estar relacionado con las constantes actualizaciones de las guías, recomendaciones, y la falta de consenso, que conlleva a cierta confusión²².

En aquellos cuestionarios que se hicieron de manera online, los encuestados manifestaban o demostraban no tener suficiente información sobre la petición de la prueba, si los comparamos con los cuestionarios que se entregaban en mano. Sin embargo, también es cierto, que dichos cuestionarios obtuvieron las peores tasas de respuesta. En este sentido, si analizamos por sexo se puede apreciar que en todos los artículos donde había una mayoría de encuestadas mujeres se manifestaba, o mostraba, no tener la suficiente información acerca de la prueba si no comparamos con el grupo de mayoría masculina. Las diferencias en el conocimiento no fueron llamativas si lo comparamos con la edad, ya que, si bien es cierto, la edad media de lo encuestado oscilaba entre 35-60.

Si comparamos el conocimiento según la profesión, se puede apreciar que los urólogos, que solo aparecieron en 3 de los artículos^{18,26,28}, dicen tener mayor conocimiento sobre las guías, pero realizan peticiones a edades más tempranas, especialmente si hay factores de riesgo y muestran una actitud más favorable hacia la prueba. Los médicos de familia por su parte conocen menos las guías de recomendación y se muestran más críticos con la prueba.

Es importante recalcar que estas guías están en constante actualización y que por tanto cuando se trata de evaluar los conocimientos, creencias y prácticas es fácil encontrarse discrepancias, incluso dentro de la misma población ya que los jóvenes o personal implicado en la educación suelen estar actualizados acerca de las novedades mientras otros profesionales pueden adaptarse con menos facilidad a las nuevas actualizaciones.

Las principales limitaciones de este trabajo son principalmente la naturaleza de los estudios analizados, ya que al ser observacionales son de baja evidencia. Asimismo, la media de cumplimiento de los criterios STROBE es elevada, aunque hay criterios esenciales como la financiación, o el origen de los fondos que no se cumplían.

CONCLUSIONES

Podemos concluir, que se puede apreciar que los profesionales sanitarios, especialmente los médicos que fue la población más estudiada carecen de la información suficiente acerca de la prueba de la PSA o de las guías para basar sus decisiones, este problema es más frecuente en la población femenina, que, en la masculina, mostrando una necesidad de una mejor formación de todo el personal.

Cabe destacar que los estudios aquí analizados son observacionales, para poder comprender mejor el conocimiento de los sanitarios podría ser interesante que se realizasen en un futuro estudios que evalúen en más profundidad tanto las prácticas habituales como el cumplimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bailey SJV, Brewster SF. Prostate cancer: to screen or not to screen. Arch Esp Urol. 2011;64(5):406-18.
2. Brenes Bermudez FJ, Martínez-Berganza Asensio L. Síntomas del tracto urinario inferior y antígeno prostático específico. 2018.
3. Sousa Escandón A, León Mata J. Is Spanish urology in 2018 mature enough to perform population screening for prostate cancer? Actas Urol Esp (Engl Ed). 2018;42(4):215-7.
4. Welch HG, Gorski DH, Albertsen PC. Trends in Metastatic Breast and Prostate Cancer — Lessons in Cancer Dynamics. N Engl J Med. 2015;373(18):1685-7.
5. Juliá-Romero C, Rechi-Sierra K, Juan-Escudero JU. Nuevas recomendaciones en el screening de cáncer de próstata mediante PSA. Medicina de Familia SEMERGEN. 2021;47(5):342-7.
6. Osses DF, Remmers S, Schröder FH, van der Kwast T, Roobol MJ. Results of Prostate Cancer Screening in a Unique Cohort at 19 yr of Follow-up. European Urology. 2019;75(3):374-7.
7. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 8 de mayo de 2018;319(18):1914-31.
8. Heijnsdijk EAM, Bangma CH, Borràs JM, de Carvalho TM, Castells X, Eklund M, et al. Summary statement on screening for prostate cancer in Europe: Prostate cancer screening in Europe. Int J Cancer. 2018;142(4):741-6.
9. Loeb S, van den Heuvel S, Zhu X, Bangma CH, Schröder FH, Roobol MJ. Infectious complications and hospital admissions after prostate biopsy in a European randomized trial. Eur Urol. 2012;61(6):1110-4.
10. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(18):1901-13.
11. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2017;71(4):618-29.

12. Wilt TJ, Jones KM, Barry MJ, Andriole GL, Culkin D, Wheeler T, et al. Follow-up of Prostatectomy versus Observation for Early Prostate Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(2):132-42.
13. Rychetnik L, Doust J, Thomas R, Gardiner R, MacKenzie G, Glasziou P. A Community Jury on PSA screening: what do well-informed men want the government to do about prostate cancer screening—a qualitative analysis. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004682.
14. Lumberras B, Vilar J, González-Álvarez I, Guilabert M, Parker LA, Pastor-Valero M, et al. Evaluation of clinicians' knowledge and practices regarding medical radiological exposure: findings from a mixed-methods investigation (survey and qualitative study). *BMJ Open*. 2016;6(10):e012361.
15. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*. 2010;135(11):507-11.
16. Miller A, Yates J, Epstein MM, Fantasia J, Frendl D, Afiadata A, et al. Impact of 2012 USPSTF Screening PSA Guideline Statement: Changes in Primary Care Provider Practice Patterns and Attitudes. *Urology Practice*. 2017;4(2):126-31.
17. Panach-Navarrete J, Gironés-Montagud A, Sánchez-Cano E, Doménech-Pérez C, Martínez-Jabaloyas JM. [Use of prostatic specific antigen in primary care (PSA)]. *Semergen*. 2017;43(3):189-95.
18. Rudichuk L, Vogel KJ, Wang C hsiung, Helfand BT, Selkirk CG. Urologists' Current Practices in Screening and Treating Men With a Family History of Prostate Cancer. *Urology*. 2017;99:180-5.
19. Nassir AM, Baazeem A, Saada H, Elkoushy MA, Badr H, Bahuwyrith M, et al. Urological knowledge among primary health care physicians in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2019;40(5):483-9.
20. Hall IJ, Rim SH, Massetti GM, Thomas CC, Li J, Richardson LC. Prostate-specific antigen screening: An update of physician beliefs and practices. *Preventive Medicine*. 2017;103:66-9.
21. Kappen S, Koops L, Jürgens V, Freitag MH, Blanker MH, Timmer A, et al. General practitioners' approaches to prostate-specific antigen testing in the north-east of the Netherlands. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):270.
22. Giménez N, Filella X, Gavagnach M, Allué JA, Pedrazas D, Ferrer F. Cribado del cáncer de próstata mediante antígeno prostático específico: perspectiva del médico en atención primaria y en el laboratorio clínico. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2018;44(6):409-19.

23. Elstad EA, Sutkowi-Hemstreet A, Sheridan SL, Vu M, Harris R, Reyna VF, et al. Clinicians' Perceptions of the Benefits and Harms of Prostate and Colorectal Cancer Screening. *Med Decis Making*. 2015;35(4):467-76.
24. Shungu N, Diaz VA, Perkins S, Kulshreshtha A. Physician Attitudes and Self-reported Practices Toward Prostate Cancer Screening in Black and White Men. *Fam Med*. 2022;54(1):30-7.
25. Tun Firzara AM, Ng CJ. Knowledge and practice of prostate cancer screening among general practitioners in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011467.
26. Persaud S, Aiken WD. Prostate-specific antigen-based screening in Afro-Caribbean men: a survey of members of the Caribbean Urological Association. *ecancer* [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2022];12. Disponible en: <https://www.ecancer.org/journal/12/full/842-prostate-specific-antigen-based-screening-in-afro-caribbean-men-a-survey-of-members-of-the-caribbean-urological-association.php>
27. von elm E, altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandembroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22(2):144-50.
28. Kappen S, Jürgens V, Freitag MH, Winter A. Early detection of prostate cancer using prostate-specific antigen testing: an empirical evaluation among general practitioners and urologists. *CMAR*. 2019;Volume 11:3079-97.

ANEXO

1. J. Panach-Navarrete (2016): Cuestionario

1) ¿Tiene usted suficiente información sobre el PSA y el uso correcto que debe realizarse de este marcador?

Sí No

2) Aproximadamente, ¿a cuántos pacientes solicitó algún PSA durante el último año?

Menos de 50 50-100 100-150 Más de 150

3) ¿A partir de qué edad pediría el primer PSA en un varón sin ninguna manifestación clínica?

Menos de 40 40-50 50-60 No lo pediría

4) ¿En qué década de edad concentra el mayor número de peticiones de PSA?

40-50 50-60 60-70 70-80

5) ¿En qué década de edad piensa que tiene el PSA mayor capacidad para diagnosticar un cáncer de próstata?

45-55 55-65 65-75 75-85

6) ¿A qué edad cree que debería dejar de solicitar PSA ante un varón con valores normales de este marcador?

70 75 80 Nunca

7) ¿Con qué frecuencia aproximada solicitaría un PSA ante un varón con un nivel previo aparentemente normal, y dentro del rango de edad adecuado?

Cada 6 meses Cada 9 meses Cada año Cada 2 años

8) ¿Cuántas determinaciones de PSA anuales solicitaría en un varón de 65 años sin ningún tipo de tratamiento y con una última determinación de 3 ng/ml realizada un año atrás?

Ninguna Una Dos Tres

9) ¿Cuál de los siguientes tratamientos cree que puede modificar los valores basales de PSA?

alpha-bloqueantes Antimuscarínicos Inhibidores 5-fosfodiesterasa Inhibidores 5-alpha-reductasa

10) ¿En qué situación de las siguientes enviaría a un paciente al urólogo por su nivel de PSA?

Nunca, independientemente del PSA, si no tiene clínica o antecedentes familiares

Nunca, independientemente del PSA, si no tiene un tacto rectal sospechoso

PSA > 4 ng/ml, en una sola determinación

PSA > 4 ng/ml, en más de una determinación

11) ¿Alguna vez se ha planteado la verdadera utilidad/rendimiento del PSA?

Nunca Pocas veces Bastantes veces Muchas veces

12) En cuanto a la utilidad del PSA para el diagnóstico del cáncer de próstata, usted piensa que es:

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

13) En cuanto a la utilidad del PSA para el diagnóstico del cáncer de próstata, sus colegas de profesión piensan que es. . .

Nada útil Poco útil Bastante útil Muy útil

14) ¿Aceptaría realizarse (ahora o en el futuro) una determinación de PSA para detección precoz de cáncer de próstata (solo para médicos varones)?

No Sí Necesitaría más información Depende de la situación

15) A continuación, marque tantas casillas como crea necesario sobre las características que percibe del PSAa

Es un buen test en general, con buena sensibilidad y especificidad

Ha desplazado al tacto rectal para diagnosticar cáncer de próstata

Es una prueba que crea ansiedad en los pacientes

Es una prueba difícil de manejar en la atención primaria

Es una prueba poco fiable

Es una buena prueba para detectar el cáncer

Debería ser incluido en el chequeo de salud de rutina

2. Anmar M. Nassir (2019)

1) Para qué grupo de edad recomiendas habitualmente PSA (puedes marcar más de uno)

<40 40-49 50-59 60-69 70-74 75-79 >80

2) Asume el siguiente caso real: un paciente de 49 años sano, asintomático, blanco con un PSA de 2,9 ng/ml. EL examen prostático es normal. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le darías a paciente? (puedes marcar más de uno)

Es normal, vuelve en 1 año Repetir el PSA ahora Repetir el PSA en 6 meses
Pedir una ecografía Consultar con urología



3. Ingrid J. Hall (2017)

A yearly PSA test for asymptomatic men over 50 should be the standard of care. African American men and men with a first-degree relative diagnosed with prostate cancer should be routinely screened with a PSA test.

Patients' decisions to be screened should be based on discussion regarding what is known about the diagnosis and treatment of early prostate cancer.

Asymptomatic African American males are at higher than average risk of prostate cancer.

Asymptomatic males with a family history of prostate cancer are at higher than average risk of prostate cancer.

The PSA test extends life.

The PSA test has acceptable sensitivity and specificity and positive predictive value as a screening test.

strongly agree/agree vs undecided/disagree/strongly disagree

Respondents were asked about the initiation of physician-patient discussions about prostate cancer screening as well as the following 7 beliefs concerning the use of PSA for early detection of cancer. Survey questions also asked about factors considered in the decision to use the PSA test for early detection of prostate cancer among asymptomatic men (patient family history of prostate cancer, patient requested testing, older patient, African American race, provider belief that screening is efficacious, provider belief that benefits outweigh the limitations, provider training, provider concerns about legal liability, and community practice patterns.)

4. Sanny Kappen (2020)

Temas incluidos cuando discuten acerca de la realización del PSA: Impacto en la mortalidad general; Impacto en la mortalidad específica de la enfermedad; Impacto en las posibilidades de metástasis; Sobrediagnóstico; Resultados falsos positivos de las pruebas 2; Ansiedad al esperar los resultados de las pruebas; Posibilidad de nuevas pruebas diagnósticas; Posibles consecuencias de la política médica; Remisión a Thuisarts.nl (página web); Proporcionar un folleto

Actitudes de los médicos acerca del cribado del cáncer de próstata:

¿Recomendarías la prueba del PSA a tus familiares? Definitivamente no; Probablemente no; Neutral; Probablemente; Definitivamente

¿Se ha sometido alguna vez a una prueba de PSA? (sólo hombres) Sí; No, pero probablemente en el futuro; No, espero no someterme nunca a una en el futuro

¿En qué medida le preocupa no detectar un cáncer de próstata en un paciente? No tengo ningún miedo; No tengo miedo; Neutral; Temeroso; Mucho miedo

¿Qué importancia cree que tiene el cribado del cáncer en general? Muy poco importante; Sin importancia; Neutral; Importante; Muy importante

¿Qué importancia cree que tiene el cribado del cáncer de próstata? Muy poco importante; Sin importancia; Neutral; Importante; Muy importante

Escenario del caso (Nunca Rara vez A veces A menudo Siempre)

Prueba de PSA en caso de síntomas del tracto urinario inferior

Prueba de PSA en caso de molestias poco claras

EDR antes de la prueba del PSA

Prueba de PSA si el EDR sugiere cáncer de próstata

Escenario del caso (Sí No)

¿Hay situaciones en las que no remitiría a un paciente, con un nivel de PSA ≥ 3 ng/mL, a un urólogo?

Si un paciente tiene un nivel de PSA normal, ¿revisa el nivel de PSA después de un tiempo?

¿Realizó un DRE a su último paciente con síntomas del tracto urinario inferior?

Si un paciente solicita activamente el cribado del PSA, yo..(Sí No)

realizaría una prueba de PSA sin explicación

informaré al paciente sobre las (des) ventajas de la prueba del PSA y la ordenaré

informaré al paciente sobre las (des)ventajas de la prueba y pediré una nueva cita para decidir si la pido o no

no pedir la prueba del PSA

Otros



5. N. Giménez. 2017

Práctica habitual: Interés de interrogar sobre clínica prostática antes de solicitar la medición del PSA; Interés de solicitar la medición del PSA como cribado oportunista; Interés de solicitar la medición del PSA como cribado poblacional; Se realizan en su hospital determinaciones de PSA libre.

Preocupaciones: Incertidumbre del médico, en general, al solicitar PSA como cribado de CaP; Retraso en el diagnóstico del CaP; Sobrediagnóstico y sobretratamiento del CaP

Interés en disponer de información sobre: Recomendaciones clínicas específicas actualizadas sobre cribado de CaP; Protocolos de vigilancia activa de CaP

Conocimientos acerca de guías de práctica clínica sobre cribado de CaP: Guía Europea de Marcadores Tumorales; Sociedad Europea de Urología; Sociedad Americana de Oncología; Sociedad Americana de Urología; National Cancer Comprehensive Network.

Perspectiva médico atención primaria: Explica al paciente las consecuencias de un resultado elevado de PSA (falsos positivos, pruebas invasivas que genera y otros); Interés de interrogar sobre antecedentes familiares de CaP antes de solicitar PSA; Satisfacción con sus conocimientos sobre cribado del CaP; Interés por disponer de información sobre nuevos biomarcadores para detectar CaP (PCA3, Prostate HealthIndex, 4 Kscore); Solicita un urinocultivo asociado al PSA; Interés de realizar un tacto rectal antes de solicitar PSA; Actualmente el número de pacientes que comienzan con CaP metastásico: tiende a aumentar en el tiempo, se mantiene estable en el tiempo, tiende a disminuir en el tiempo; Sus propios conocimientos sobre cribado; Porcentaje de solicitudes del PSA inducidas por el propio paciente; Franjas de edad más adecuadas para solicitar PSA como cribado: a partir de los 40 años, a partir de los 50 años, a partir de los 60 años, a partir de los 75 años; Intervalo más adecuado para solicitar PSA como cribado: anualmente, bianualmente, trianualmente, cada 5 años, cada 10 años.

6. Nicholas Shungu (2022)

"Fuente principal de información que orienta el enfoque médico del el cribado del cáncer de próstata: USPSTF, UpToDate, Sociedad Americana del Cáncer, No uso una fuente primaria, Otros

Método preferido de cribado de cáncer de próstata: PSA, PSA y tacto rectal, Tacto rectal sólo, Otro

Porcentaje de visitas preventivas que incluyen intentos de toma de de decisiones compartidas para el de cáncer de próstata entre hombres de 55-69 años: 0%, 1-25%, 26-50%, 51-75%, 76-100%

Porcentaje de pacientes masculinos de 55-69 años de 55-69 años que completan el cribado del cáncer de próstata con un PSA: 0%, 1%-25%, 26%-50%, 51%-75%, 76%-100%

Principal barrera para hablar de cáncer de próstata con hombres de 55 a 69 años:

Ninguna barrera, Falta de tiempo, Olvidar tener una conversación, Sentir que los riesgos son mayores que los beneficios, Falta de herramientas para la discusión Conocimientos de salud del paciente, Otros

Enfoque para hablar del cribado del cáncer de próstata con hombres negros de 55-69 años: Discusión similar en todas las razas, Informar a todos los hombres negros del aumento del riesgo, Informar a los hombres negros que preguntan sobre el aumento del riesgo, Cribado rutinario de PSA, Recomendar no hacer el PSA"

7. Abdul Malik (2016)

"Conocimiento de los factores de riesgo

Para cada uno de los siguientes factores, indique si cree que influye en el riesgo de desarrollar cáncer de próstata: Edad avanzada (más de 50 años) (aumenta el riesgo); Familiar de primer grado con cáncer de próstata (aumenta el riesgo); Familiar de primer grado con cáncer de mama (aumenta el riesgo), Hiperplasia prostática benigna (no afecta al riesgo), Tabaquismo actual (no afecta al riesgo); Consumo elevado de grasa en la dieta (no afecta al riesgo)"

Conocimiento del VPP del PSA como método de cribado: Estimación correcta <30%, sobreestimación >30%, no seguro



8. Sanny Kappen (2019)

" ¿Existe un procedimiento estándar para las pruebas de PSA (en su consulta)?

En caso afirmativo, ¿cuántos años tiene esta norma? 3 años, 4-9 años, 10 años

¿Quién es el responsable de la consulta médica sobre pruebas de PSA (en su consulta)?

¿Cómo le pregunta al paciente si desea realizar una prueba de PSA? De ninguna manera, Oral, Formulario escrito estandarizado, Oral, formulario escrito estandarizado

¿Cómo se realiza la consulta sobre la prueba del PSA? Oral, Entrega de material informativo, Oral, material informativo en la sala de espera, Oral, entrega de material informativo, Oral, material de información en la sala de espera y de regalo, Otros (ayuda para la toma de decisiones en línea PSA, recomendaciones sobre el material informativo relativo al PSA, enlaces de internet)"

"¿En qué ocasiones informa a su paciente sobre el PSA del PSA?

En el marco de un examen de detección precoz del cáncer del cáncer

En caso de anamnesis familiar positiva

En caso de molestias en las tracto urinario inferior

En caso de molestias poco claras

¿Con qué frecuencia discute los siguientes aspectos con sus pacientes antes de realizar una prueba de PSA?

Impacto en la mortalidad general

Impacto en la mortalidad específica de la enfermedad

Impacto en el riesgo de metástasis

Posible sobrediagnóstico

Problema de falsos positivos

Posible ansiedad durante la espera del resultado de la prueba

Posibles exámenes de seguimiento si el resultado de la prueba es llamativo

Efectos adversos del tratamiento"

9. Satyendra Persaud (2018)

"¿Cree usted, basándose en su experiencia, que el cribado del PSA ha tenido un impacto positivo en la supervivencia de su población de pacientes?

¿Apoya actualmente el cribado del PSA en el varón afro-caribeño asintomático?

Por término medio, ¿con qué frecuencia discute los pros y los contras del cribado del PSA con un paciente (o un apoderado) antes de solicitar una prueba de PSA?

¿Cree que el paciente/apoderado típico entiende la discusión sobre el cribado?

¿Cree que las directrices internacionales de cribado son aplicables al Caribe?

¿Cree que el Caribe debería tener sus propias directrices de cribado?

¿Cuál cree que será el futuro del cribado del PSA en el Caribe?"



10. Alexander Miller (2017)

"¿Cómo de familiarizado estas con las recomendaciones sobre el cribado con PSA? Asociación americana de Urología// Asociación oncológica americana
Me siento cómodo discutiendo sobre los riesgos y beneficios del cribado con PSA con mis pacientes

¿Cambiaste el uso del test e PSA en tu práctica clínica basándote en las recomendaciones de la USPSTF?

¿Cómo cambiaste tu práctica clínica? Pasé de recomendar rutinariamente el cribado del PSA a involucrar a los pacientes en un proceso de decisión compartida, Pasé de recomendar rutinariamente el cribado de PSA a recomendar en contra del cribado de PSA, Pasé de una postura neutral sobre el cribado del PSA (ni a favor ni en contra) a recomendar en contra el cribado con PSA, Pasé de discutir rutinariamente la prueba de PSA con mis pacientes a discutirla SOLO si el paciente lo menciona.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe su enfoque actual del cribado del PSA en nuestra consulta?

Apoyar a los pacientes para que se sometan al cribado del PSA si han sopesado los beneficios y los riesgos y deciden hacerse la prueba

Informar apropiadamente a los pacientes de que el cribado del PSA es una opción y hacer que participen en un debate sobre la toma de decisiones compartida.

No recomendar la prueba del PSA como parte de la toma de decisiones compartida o si un paciente pregunta por la prueba del PSA

Recomendar sistemáticamente el cribado del PSA a los hombres de la edad y el estado de salud adecuados

No plantear de forma rutinaria el cribado del PSA "