

¿Conocen los varones de 50-70 años la efectividad, los beneficios y los riesgos del cribado del cáncer de próstata?

Mireia Fàbregas Esgurriola^{a,b}, Laia Guix Font^b, Rosa Aragonès Forès^b, Josep Casajuana Brunet^{a,b} y Mar Ballester Torrens^c, por el Grupo DECIDIU-PSA*

Objetivo. Valorar los conocimientos de la población sobre el cribado del cáncer de próstata.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Equipos de atención primaria (EAP) de la provincia de Barcelona, durante el período comprendido entre abril y septiembre de 2005.

Participantes y contexto. Participaron varones de 50-70 años de edad atendidos en las consultas de 12 EAP, sin sintomatología prostática.

Método. Se realizó una muestra sistemática. Las variables analizadas fueron: edad, estado civil, nivel de estudios y estado de salud autopercebido. Se llevó a cabo una valoración de los conocimientos mediante un cuestionario de 14 preguntas referidas a las ideas clave (previamente definidas por un grupo de expertos) que son necesarias para poder decidir sobre el cribado del cáncer de próstata.

Resultados. Se incluyó a 221 varones. Su edad media era de 59,9 años (desviación estándar [DE] = 5,9); el 63,4% tenía un nivel de estudios primario o inferior. El 89,1% (intervalo de confianza del 95%, 84,4-92,6) no tienen conocimientos suficientes sobre el cribado del cáncer de próstata. En las preguntas referentes a qué es y para qué sirve el antígeno prostático específico, más del 50% responde que no lo saben. El 63,3% reconoce que el cáncer de próstata es una enfermedad con una alta prevalencia. El 84,6% responde que la detección precoz del cáncer de próstata evita muertes. El 49,8% no sabe si el médico tiene dudas sobre este tema y el 38,9% cree que no las tiene. No existen diferencias en los conocimientos para ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones. A pesar de la amplia extensión del cribado del cáncer de próstata, la información que tiene la población es muy escasa y a menudo errónea. La incertidumbre científica existente sobre la utilidad del cribado es el aspecto más desconocido por los usuarios.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Cribado. Conocimientos de salud. Antígeno prostático específico. Cuestionarios.

WHAT DO MEN BETWEEN 50 AND 70 KNOW ABOUT THE EFFECTIVENESS, THE BENEFITS AND THE RISKS OF PROSTATE CANCER SCREENING?

Objective. To evaluate the understanding of the population on prostate cancer screening.

Design. Descriptive study.

Setting. Primary care teams in the province of Barcelona, Spain, from april to september 2005.

Participants and context. Men between 50 and 70 years old without prostate symptoms and seen in the clinics of 12 primary care teams.

Method. Systematic sample. Variables: age, marital status, educational level, and self-perceived health status. Appraisal of knowledge through a 14-question questionnaire referring to the key ideas, previously defined by a group of experts, requisite before deciding on prostate cancer screening.

Results. N=221. Mean age, 59.9 (SD, 5.9); educational level, primary or lower: 63.4%; 89.1% (95% CI, 84.4-92.6) did not have sufficient knowledge about prostate cancer screening. In the questions on what PSA is and what it is for, over 50% said they did not know; 63.3% recognised that prostate cancer was a highly prevalent illness; 84.6% replied that early detection of prostate cancer avoids deaths; 49.8% did not know whether the doctor had doubts on this question; and 38.9% thought he didn't. There were no differences in knowledge for any of the variables studied.

Conclusions. Although prostate cancer screening is widely known about, the information of the population is scant and often wrong. Existing scientific uncertainty on the use of screening is the aspect that is least known by users.

Key words: Prostate cancer. Screening. Health knowledge. PSA. Questionnaires.

^aÁmbito de Atención Primaria de Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bEquipo de Atención Primaria Gòtic. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^cEquipo de Atención Primaria Ramon Turró. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

*Miembros del Grupo DECIDIU-PSA: Josep Casajuana Brunet, Carlos Alsina Navarro, Rosa Aragonès Forès, Ferran Ariza González, Mar Ballester Torrens, Francesc Bobé Armant, Mireia Fàbregas Esgurriola, Maria José Fernández Sanmamed, Sílvia Ferrer Moret, Laia Guix Font, Begoña Iglesias Pérez, Jordi Milozzi Berrocal.

Correspondencia:
M. Fàbregas Esgurriola.
Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat. Equip d'Atenció Primària Gòtic.
Institut Català de la Salut. Passatge de la Pau, 1. 08002 Barcelona. España.
Correo electrónico:
mfabregase@gencat.net

Manuscrito recibido el 12 de noviembre de 2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 19 de diciembre de 2007.

Introducción

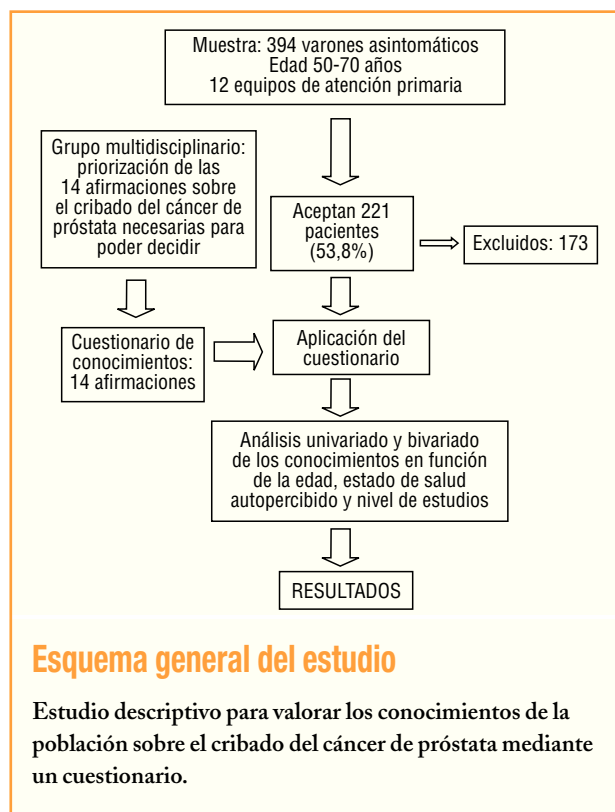
La realización del cribado del cáncer de próstata ha generado una gran controversia en los últimos años. Con los conocimientos científicos actuales no es posible afirmar que el diagnóstico precoz del cáncer de próstata mediante la determinación del antígeno prostático específico (PSA) tenga un impacto positivo en la supervivencia de los pacientes afectados por esta enfermedad¹⁻³.

Actualmente, ante esta falta de evidencia, las sociedades científicas proponen que sea el propio paciente el que tome la decisión de someterse o no al cribado, tras ser informado de manera adecuada de las implicaciones que comporta un cribado con resultado positivo⁴⁻⁶. Sin embargo, en la práctica clínica habitual la determinación del PSA es una actividad bastante extendida. Esto se debe a que los profesionales sanitarios lo incluyen, incluso sin informar al propio paciente, en analíticas solicitadas por cualquier otro motivo y también ante la demanda activa de los usuarios que reciben una información (medios de comunicación, publicidad, etc.), frecuentemente sesgada, sobre los supuestos beneficios de este cribado sin informar de los riesgos que conlleva. Por otro lado, para que el usuario pueda tomar la decisión de realizar o no el cribado de acuerdo con sus valores, es necesario que conozca los posibles riesgos y beneficios de éste. Este hecho nos lleva a plantearnos una serie de preguntas: ¿cuál es la información básica sobre el cribado del cáncer de próstata que debe conocer un paciente para poder tomar una decisión informada?, ¿qué información tienen en realidad los usuarios sobre el cribado del cáncer de próstata?^{7,8}.

El objetivo de este trabajo es conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre el cribado del cáncer de próstata que posee la población que acude a nuestras consultas. Este estudio se engloba dentro de la investigación DECIDIU-PSA, en la que se ha diseñado una herramienta para la ayuda a la toma de decisión sobre el cribado del cáncer de próstata^{9,10}. Esta herramienta validada está disponible para su utilización en las consultas de atención primaria en la referencia bibliográfica¹¹.

Métodos

Estudio descriptivo realizado en el ámbito de la atención primaria, en 12 equipos de la provincia de Barcelona. La población de estudio son varones de edades comprendidas entre 50 y 70 años. La selección de la muestra se realiza de forma sistemática, escogiendo a los primeros 3 pacientes varones de edades comprendidas entre 50 y 70 años atendidos en las consultas diarias de los 38 médicos participantes, durante el período de estudio (de abril a septiembre de 2005). Se ha calculado el tamaño de la muestra de 307 sujetos para estimar una proporción con un riesgo alfa de 0,05 y una precisión de $\pm 0,05$ unidades porcentuales, con una proporción estimada del 0,8 y una estimación de reposiciones del 0,2.



Se incluyen en el estudio todos aquellos varones de edades comprendidas entre 50 y 70 años que consienten en participar. Se excluyen los sujetos que presentan analfabetismo funcional, desconocimiento del idioma, pacientes con enfermedades psiquiátricas o capacidades mentales limitadas que dificulten la comprensión del documento, los que tienen una esperanza de vida inferior a 10 años (por no estar indicado el uso del PSA en estos pacientes), los que tienen antecedentes personales de enfermedad prostática (hiperplasia benigna de próstata o prostatitis), los que presentan un PSA superior a 4 ng/ml en alguna determinación anterior, los que tienen síntomas indicativos de hiperplasia benigna de próstata registrada anteriormente en la historia clínica, o aquellos que presentan algún problema que imposibilite el seguimiento (ya que, como se ha descrito, en la «Introducción», este estudio se enmarca en un proyecto más amplio, el DECIDIU-PSA)¹⁰. Para la descripción de los participantes, se recogen las siguientes variables: edad, estado civil, nivel de estudios y estado de salud autopercebido.

A cada participante se le suministra en la visita un test que consta de 14 afirmaciones. Este test se ha desarrollado a partir de las ideas clave que necesita el paciente para tomar la decisión sobre el cribado del cáncer de próstata, identificadas y priorizadas por profesionales de atención primaria y atención especializada mediante una técnica de grupo nominal realizada dentro del proyecto DECIDIU-PSA¹⁰. Cada afirmación describe una de estas ideas clave y consta de 3 posibles respuestas (cierto, falso y no lo sé). Se autocumplemienta delante del profesional y en ese mismo momento. En el instante de la realización del test, el participante no ha tenido la oportunidad de preguntar ni informarse en la consulta sobre el cribado del cáncer de próstata. El punto de corte del porcentaje de aciertos a partir del cual se considera que el paciente sabe lo suficiente como para tomar una decisión informada sobre el cribado del cáncer de

próstata es del 70,0% de preguntas del test correctamente respondidas (10 o más del total de 14 preguntas del test). Este punto de corte fue decidido por el equipo investigador, para conseguir un punto a partir del cual al paciente se le supone con los conocimientos suficientes como para tomar una decisión informada.

El análisis de los datos es descriptivo y bivariado, y se analiza con las pruebas estadísticas correspondientes al tipo de variables y condiciones de aplicación, utilizando el programa estadístico SPSS 13.

TABLA 1
Descripción de los participantes (n = 221)

	Número de pacientes	Porcentaje
Edad media, años (DE)	59,9 (5,9)	
Estado civil		
Soltero	20	9,1
Casado o viviendo en pareja	174	78,7
Separado o divorciado	16	7,2
Viudo	11	5,0
Nivel de estudios		
No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir	55	24,9
Estudios primarios incompletos		
Estudios primarios completos	85	38,5
Estudios secundarios hasta los 16 años	56	25,3
Estudios secundarios completos		
Estudios universitarios	25	11,3
Estado de salud en general		
Excelente		
Muy buena	51	23,1
Buena	108	48,9
Regular		
Mala	62	28,0

DE: desviación estándar.

TABLA 2
Resultados de cada una de las preguntas del test de conocimientos sobre el cribado del cáncer de próstata

Pregunta del test	Respuesta			
	Correcta N.º (%)	Incorrecta N.º (%)	No sabe N.º (%)	No contesta N.º (%)
1 Todos los hombres que tienen el análisis de PSA alto tienen un cáncer de próstata (F)	38 (17,2)	20 (9,0)	160 (72,4)	3 (1,4)
2 Si el análisis de PSA sale alterado será necesario hacer otra prueba para confirmar el diagnóstico de cáncer (V)	113 (51,1)	4 (1,8)	104 (47,1)	0 (0,0)
3 Muchos hombres tendrán cáncer de próstata sin que noten síntomas (V)	95 (43,0)	25 (11,3)	101 (45,7)	0 (0,0)
4 La mayoría de cánceres de próstata evolucionan muy lentamente (V)	85 (38,5)	16 (7,2)	120 (54,3)	0 (0,0)
5 Para hacer el diagnóstico precoz del cáncer de próstata se utiliza el PSA (V)	96 (43,4)	3 (1,4)	119 (53,8)	3 (1,4)
6 El PSA se puede medir con un análisis de sangre (V)	99 (44,8)	4 (1,8)	118 (53,4)	0 (0,0)
7 El cáncer de próstata es una enfermedad poco frecuente entre los varones (F)	140 (63,3)	36 (16,3)	44 (19,9)	1 (0,5)
8 Para hacer el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, además del PSA, debería hacerse un tacto rectal (V)	125 (56,6)	12 (5,4)	83 (37,6)	1 (0,5)
9 Cuando el cáncer de próstata está poco avanzado son más factibles las opciones de tratamiento curativo (V)	169 (76,5)	2 (0,9)	49 (22,2)	1 (0,5)
10 Está claro que el diagnóstico precoz del cáncer de próstata sirve para evitar muertes (F)	2 (0,9)	187 (84,6)	31 (14,0)	1 (0,5)
11 El médico tiene dudas sobre los beneficios del diagnóstico precoz del cáncer de próstata (V)	23 (10,4)	86 (38,9)	110 (49,8)	2 (0,9)
12 Las pérdidas de orina y la impotencia sexual son efectos secundarios de los tratamientos con cirugía y radioterapia del cáncer de próstata (V)	72 (32,6)	19 (8,6)	129 (58,4)	1 (0,5)
13 El cáncer de próstata poco avanzado se puede intentar curar con radioterapia o cirugía (V)	134 (60,6)	3 (1,4)	82 (37,1)	2 (0,9)
14 En algunos pacientes con cáncer de próstata el PSA puede ser normal (V)	33 (14,9)	28 (12,7)	159 (71,9)	1 (0,5)

F: falso; PSA: antígeno prostático específico; V: verdadero.

Resultados

Aceptaron participar 221 pacientes de un total de 394 muestreados (53,8%). Las características de la muestra estudiada se exponen en la tabla 1.

De los 173 sujetos que no participaron, los motivos de exclusión fueron los siguientes (algunos presentaron más de uno): 84 (48,6%) no dieron su consentimiento, 83 (48,0%) tenían antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, 25 (14,5%) tenían una esperanza de vida inferior a 10 años, 16 (9,2%) eran analfabetos, 16 (9,2%) tenían dificultades para comprender el consentimiento, 15 (8,7%) habían presentado un PSA elevado en algún momento, 14 (8,1%) no hablaban el idioma lo suficientemente bien, 6 (3,5%) tenían antecedentes de alguna enfermedad prostática diferente de la hiperplasia benigna de próstata, 2 (1,2%) no tenían entre 50 y 70 años, y 15 (8,7%) presentaban otros criterios de exclusión. En la tabla 2 se recogen los resultados de la encuesta de conocimientos sobre el cribado del cáncer de próstata.

De 221 pacientes que realizaron el test, 24 (10,9%; intervalo de confianza del 95%, 7,4-15,6) obtuvieron 10 o más puntos, con lo que se asume que poseían la información suficiente para poder decidir sobre el cribado (tabla 3). La media de edad de los que tienen conocimientos suficientes y de los que no los tienen es similar. Tampoco se encontraron diferencias en el nivel de conocimientos según el estado civil. Parece observarse una leve tendencia creciente, aunque no significativa, entre los conocimientos y el nivel de estudios: a medida que aumenta el nivel de estudios, se incrementa el porcentaje de pacientes con los conocimientos suficientes.

TABLA 3
Descripción de los participantes en función de los resultados del test de conocimientos

	Aprobado ^a	Suspendido	Significación
Resultado global	24 (10,9%; IC del 95%, 7,4-15,6)	197 (89,1%; IC del 95%, 84,4-92,6)	–
Edad (años), media (DE)	60,1 (6,7)	59,9 (5,8)	p = 0,842 (U de Mann-Whitney)
Estado civil, N.º (%)			
Soltero	2 (10,0)	18 (90,0)	p = 0,250 (χ^2) ^b
Casado o viviendo en pareja	21 (12,1)	153 (87,9)	
Separado o divorciado	1 (6,3)	15 (93,8)	
Viudo	0 (0,0)	11 (100,0)	
Nivel de estudios ^c , N.º (%)			
No ha cursado estudios pero sabe leer y escribir (1)	4 (7,3)	51 (92,7)	p = 0,090 (asociación lineal)
Estudios primarios incompletos (1)			
Estudios primarios completos (2)	8 (9,4)	77 (90,6)	
Estudios secundarios hasta los 16 años (3)			
Estudios secundarios completos (3)	7 (12,5)	49 (87,5)	
Estudios universitarios (4)	5 (20,0)	20 (80,0)	
Estado de salud, N.º (%)			
Excelente o muy buena	5 (9,8)	46 (90,2)	p = 0,507 (asociación lineal)
Buena	15 (13,9)	93 (86,1)	
Regular o mala	4 (6,5)	58 (93,5)	

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

^aMás del 70% de respuestas correctas.

^bSe agrupan las variables en 2 categorías: a) casado o viviendo en pareja, y b) soltero, separado o divorciado y viudo.

^cLos valores utilizados para la asociación lineal se exponen entre paréntesis junto a cada categoría.

Tampoco se observan diferencias en el nivel de conocimientos según el estado de salud autopercebido.

Las preguntas que responden correctamente más de la mitad de los pacientes son las que hacen referencia a la necesidad de realizar otras pruebas además del PSA para confirmar el diagnóstico de neoplasia. También responden de forma correcta la afirmación que trata sobre la prevalencia de esta enfermedad y las que están relacionadas con la existencia de diversas opciones terapéuticas y con la importancia del tratamiento temprano.

La información más desconocida por los usuarios son las afirmaciones referentes a la existencia de falsos positivos y falsos negativos del PSA.

Las afirmaciones a las que gran parte de los pacientes responden de forma incorrecta son las que hacen hincapié en la existencia de incertidumbre científica sobre los beneficios del cribado y fundamentalmente sobre que se desconoce su impacto positivo sobre la mortalidad.

Discusión

Según nuestros resultados, la información que poseen los usuarios sobre el cáncer de próstata y su cribado es escasa y a menudo errónea. La gran mayoría (9 de cada 10 sujetos) de los que respondieron al test no disponen de suficiente información como para poder tomar una decisión informada sobre la realización del cribado del cáncer de próstata.

La mayoría de encuestados desconocen que puedan existir pacientes con PSA normal que tengan cáncer de próstata y, a su vez, que no todos los pacientes con PSA elevado tendrán cáncer. Probablemente, la supuesta «infalibilidad de las pruebas diagnósticas» es una de las creencias populares que hace que se desconozca o no se tenga en cuenta de manera suficiente la posibilidad de falsos positivos y de falsos negativos del PSA.

La existencia de «incertidumbre científica» es el concepto con mayor porcentaje de respuestas erróneas. Según el test, el 85% responden de forma incorrecta y sólo dos lo hacen correctamente. Los encuestados creen lo siguiente: «¿Cómo es posible que no esté claro que el diagnóstico temprano del cáncer de próstata sirva para evitar muertes?». Esto responde a la creencia de los pacientes (y a menudo también de los

profesionales) de que todas las intervenciones precoces y «preventivas» son, por definición, beneficiosas^{9,12}.

Teniendo los aspectos comentados previamente en cuenta, y que un análisis de sangre y hasta un tacto rectal son procedimientos poco invasivos y fácilmente aceptados, puede explicarse la gran aceptación con la que los pacientes se someten al cribado del cáncer de próstata.

Una de las limitaciones de este estudio es la participación del 53,8% y el hecho de que haya muchas respuestas «no lo sé», que podría estar relacionadas con que los pacientes fueron seleccionados al azar en la visita médica habitual (no estaban especialmente motivados) y que la mayoría de los encuestados tenía un nivel de estudios bajo. Sin embargo, el bajo nivel de conocimientos de las diferentes ideas clave que poseen los usuarios de nuestro estudio es similar al obtenido en otros estudios^{5,13,14}.

En conclusión, ante la consulta de un paciente sobre la realización del cribado de cáncer de próstata, sabemos que habitualmente dispondrá de poca información y que debemos saber transmitirle, en el breve período de que disponemos, una información compleja. De la información que consigamos transmitirle dependerá que pueda o no tomar una decisión autónoma e informada sobre el cribado.

Por este motivo, el desarrollo de un instrumento de ayuda para la decisión sobre el cribado del cáncer de próstata¹¹ permite aplicar las recomendaciones actuales en nuestra práctica habitual, así como implicar en las decisiones sobre su salud al usuario que lo desee.

Lo conocido sobre el tema

- La realización del cribado del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico es una práctica habitual en nuestro medio.
- Existe controversia sobre el impacto que tiene el cribado en la supervivencia de los pacientes afectados por esta enfermedad.
- Las recomendaciones de las sociedades científicas proponen informar al paciente sobre el cribado del cáncer de próstata para que pueda decidir según sus valores.

Qué aporta este estudio

- Los conocimientos que los usuarios tienen sobre el cribado del cáncer de próstata son muy escasos o nulos.
- Se pone en evidencia la necesidad de informar a los pacientes de forma sencilla y entendedora sobre el cribado del cáncer de próstata, para lo cual resulta muy útil disponer de un instrumento de ayuda para la decisión validado.

Relación de investigadores que han participado en el trabajo de campo

SAP Garraf-Alt Penedès: Francisca Ramos Pérez, Eva Rodríguez Pérez.

EAP Santa Coloma 6-Fondo: Anna Figueredo Galimany, Carme Lisici Milla, Esperanza Martín Correa, Ramon López Linares.

EAP Garraf Rural: Anna Calvet Sabaté, Ana Dosio Revenga, Josep Maria Benet Martí, Javier Castro Bresco, Josep Maria Vidal Royo, Lluïsa Calvet Valera, Elena Martínez Ramos.

EAP Vilanova 1: Sandra Pons Cuevas.

EAP Cubelles-Cunit: Amalio Pérez Hiraldo, Cristina Gallardo Sánchez, Mònica Torremorell Núñez.

EAP Vilanova 2: Carme Ferrando López, Daniel Rodríguez Marcos.

EAP Sitges: M. Herminia Palacín Piquero, Primitivo Sabaté López.

EAP Gòtic: Victoria Zamora Sánchez, Laura Estella Sánchez.

EAP Les Hortes-Poble Sec: Francesc Vila Duarte, Susana Núñez Vázquez.

EAP Nova Lloreda: Ana Belén Fernández Sancho, Jaume Claramunt Mendoza, Luz López Pinel, Laura Sebastián Montal, Marta Selvi Blasco, Raúl Porras Benjumea, Susana Martínez Gálvez, Susana Pérez Zamora, Marta Cánovas Juárez.

Bibliografía

1. Lu-Yao G, Albertsen PC, Stanford JL, Stukel TA, Walker-Corkery ES, Barry MJ. Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut. *BMJ*. 2002;325:740.
2. Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:95-101.
3. Van der Cruysen-Koeter IW, Roobol MJ, Wildhagen MF, Van der Kwast TH, Kirkels WJ, Schroder FH. Tumor characteristics and prognostic factors in two subsequent screening rounds with four-year interval within prostate cancer screening trial, ERSPC Rotterdam. *Urology*. 2006;68:615-20.
4. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;137:917-29.
5. Hewitson P, Austoker J. Part 2: Patient information, informed decision-making and the psycho-social impact of prostate-specific antigen testing. *BJU Int*. 2005;95 Suppl 3:16-32.
6. Casajuana J, Aragonès R, Ariza F. Significado clínico de un PSA elevado. *FMC*. 2004;11:604-13.
7. Chan EC, Sulmasy DP. What should men know about prostate-specific antigen screening before giving informed consent? *Am J Med*. 1998;105:266-74.
8. Evans R, Edwards A, Brett J, Bradburn M, Watson E, Austoker J, et al. Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns*. 2005;58:13-26.
9. Fernández de Sanmamed Santos MJ, Ballester TM, Ariza GF, Casajuana BJ. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:289-305.
10. Grup investigador del Projecte DECIDIU-PSA. Presentació d'un instrument d'ajuda a la decisió sobre el cribratge del càncer de pròstata: el projecte DECIDIU-PSA. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2006;24:117-21.
11. Grup investigador del Projecte DECIDIU-PSA. Presentació d'un instrument d'ajuda a la decisió sobre el cribratge del càncer de pròstata: el projecte DECIDIU-PSA. Documento de ayuda a la toma de decisiones para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 2006. Available from: URL: http://www.scmfic.org/grups_treball/docs/Urologia/decidiu_cast3blau_gran.pdf
12. Gervas J, Homar JC. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:7-13.
13. O'Dell KJ, Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: are patients making informed decisions? *J Fam Pract*. 1999;48:682-8.
14. Radosevich DM, Partin MR, Nugent S, Nelson D, Flood AB, Holtzman J, et al. Measuring patient knowledge of the risks and benefits of prostate cancer screening. *Patient Educ Couns*. 2004;54:143-52.