

4. Stewart-Brown S, Farmer A. Screening could seriously damage your health. decisions to screen must take account of the social and psychological costs. *BMJ* 1997; 314: 533-534.
5. Gaspar MJ, Arribas I, Hontoria JM, Bokobo P, Coca C, Angulo JC. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 332-336.
6. Hahn DL, Roberts RG. PSA screening for asymptomatic prostate cancer: truth in advertising. *J Fam Pract* 1993; 37: 432-436.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos a Lorenzo-Cáceres su interés por nuestro trabajo sobre la actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata (CP). En su carta plantea informar a los pacientes sobre nuestras dudas en la utilización del antígeno prostático específico (PSA) en el cribado del CP, y es lo que nosotros proponemos. Consideramos interesante que además de la explicación se entregue un folleto que permita tomar una decisión más mediada.

Estamos de acuerdo también que el parámetro más importante de una prueba de cribado es el valor predictivo positivo (VPP). En cuanto al bajo VPP del PSA, del 20%, cuando el cribado se realiza en población no seleccionada por los síntomas urinarios, la utilización de otros parámetros como el PSA libre tiene el inconveniente de que, si bien aumenta la especificidad de la prueba, disminuye la sensibilidad, es decir necesitaremos menos biopsias para diagnosticar un CP pero dejaremos más CP sin diagnosticar, es decir, no resuelve la ambigüedad.

En relación a que la biopsia de próstata dista de poder ser considerada como prueba diagnóstica

gold standard, ocurre lo mismo con otras biopsias que habitualmente no ponemos en duda. Macdonald CE et al¹ valoran los beneficios de la biopsia de esófago para diagnosticar cáncer de esófago en los pacientes con esófago de Barret, y encuentran que en una serie de 409 pacientes que entraron en un programa de vigilancia anual, 5 desarrollaron cáncer de esófago y solamente en un caso la vigilancia endoscópica con biopsia lo detectó, mientras que los otros 4 casos se diagnosticaron al investigar los síntomas patológicos. Se realizaron 745 endoscopias y cerca de 3.000 biopsias.

Su afirmación de «parece que los médicos, que contra toda evidencia no dudan en utilizar el PSA como cribado del CP...» nos parece exagerada, ya que solamente un 44,7% de las peticiones eran por cribado, y como hacemos constar en «Material y métodos» considerábamos cribado cuando constaba que se pedía por cribado o no constaba ningún motivo. Es posible que algunas peticiones de PSA las hiciera el propio paciente y que no constara este hecho en la historia clínica.

Por último, en relación con su aserción «en espera de evidencias que demuestren la reducción de la morbilidad por CP mediante alguna prueba de cribado...», si bien un primer ensayo clínico sobre el cribado del CP ya ha sido publicado², estamos de acuerdo que debemos esperar los resultados de los ensayos clínicos más amplios que se están realizando para poder o no recomendar el cribado de CP. En todo caso también los grandes ensayos clínicos son objeto de controversia en su interpretación, como ha sucedido recientemente en relación con el cáncer de mama. Gotzsche et al³, después de realizar un riguroso metaanálisis, interpretan que el cribado de cáncer de mama mediante mamografía no está justificado y sin embargo es una práctica habitual.

Es difícil tener un buen juicio clínico sin evidencias claras que acrediten nuestra práctica.

M. Oller Colom, S. Jiménez Navarrete y A. Hidalgo García

ABS Dr. Carles Ribas. DAP Sants-Monjuïc. Institut Català de la Salut. Barcelona.

1. Macdonald CE, Wicks AC, Playford RJ. Final results from 10 year cohort of patients undergoing surveillance for Barrett's oesophagus: observational study. *BMJ* 2000; 321: 1252-1255.
2. Labrie F, Bernard C, Dupont A, Cusian L, Gómez JL, Suburu RE et al. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec Prospective Randomized Controlled Trial. *Prostate* 1999; 38: 83-91.
3. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129-134.

Modificación de la prescripción de hipocolesterolimiantes

Sr. Director: Tras la lectura del artículo de Latour et al¹ publicado en su revista, queremos comentar algunos aspectos. En primer lugar, la falta de claridad del objetivo. En el título hablan de modificación de la prescripción, en el resumen de la disminución de la prescripción de hipolipemiantes en la población de bajo riesgo cardiovascular y en la discusión de método del control del gasto farmacéutico en hipolipemiantes.

La intervención la expresan como una intervención educativa, personalizada y puntual realizada por una persona externa farmacéutica. Efectivamente, entre los distintos métodos valorados para modificar la prescripción, Soumerai² sugiere en su revisión que las visitas educativas individualizadas dan más rendimiento, pero