

## ENCUESTA DTCP: Situación Actual del Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en España

### PRÓLOGO

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en los hombres, después del cáncer de piel, y la segunda causa principal de muerte por cáncer en los hombres, después del cáncer de pulmón. Su incidencia aumenta con la edad. Un 90% de casos se diagnostican en mayores de 65 años. La tendencia en la mortalidad fue en aumento hasta 1998, año en el que empieza a disminuir en relación con mejoras en el diagnóstico y tratamiento. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 85% para los pacientes con cáncer de próstata que se descubren en una etapa precoz, y en su conjunto ha aumentado hasta más del 70% en los últimos 30 años.

La incidencia del cáncer de próstata ha ido aumentando y es previsible que lo continúe haciendo en los próximos años como consecuencia de la cada vez mayor utilización de técnicas de diagnóstico precoz, que permiten la detección de tumores que de otra forma podrían no haber sido nunca detectados, la mejor supervivencia de estos tumores diagnosticados en fases precoces y el aumento de la longevidad, hecho que se asocia claramente a la aparición de este cáncer. Como ocurre con muchos tipos de cáncer, la detección y el tratamiento tempranos aumentan las perspectivas de curación. Además, el cáncer de próstata es un tipo de cáncer que crece lentamente. Cuando se desarrolla muy a finales de la vida, como es frecuentemente el caso, la repercusión de la enfermedad puede ser mínima. En efecto, muchos hombres con cáncer de próstata fallecen de causas no relacionadas con el cáncer mismo. Pero desgraciadamente todavía hay pacientes que descubren su enfermedad cuando ya está muy avanzada, lo que excluye la posibilidad del tratamiento y reduce globalmente sus posibilidades de curación.

El tratamiento del cáncer de próstata es sumamente individualizado, y deben considerarse diversos factores, como son la etapa de la enfermedad, los antecedentes médicos, la edad, el estado general de salud y la esperanza de vida. Además, la estrategia para luchar contra el cáncer de próstata es labor de diferentes disciplinas. Es también necesario el desarrollo de técnicas de diagnóstico precoz fiables y aplicables a amplios sectores de población que nos permitan detectar tumores en estadios iniciales fácilmente tratables. El conocimiento de las características epidemiológicas de la enfermedad nos ayuda a conseguir los objetivos anteriores y a diseñar estrategias de investigación e intervención futuras. A pesar de los últimos avances, actualmente todavía resultan controvertidos los programas de detección, la evaluación más apropiada para su clasificación y el tratamiento óptimo para cada estadio de la enfermedad.

## PRÓLOGO

En este contexto se ha realizado la encuesta sociosanitaria sobre la **“Situación Actual del Diagnóstico y los Tratamientos del Cáncer de Próstata en España” (Encuesta DTCP)** en la que han participado 169 urólogos de todo el país, que recogieron información de 1551 pacientes. Esta encuesta nos permite, por primera vez en España, disponer de un reflejo, a modo de *“foto fija”*, sobre la realidad asistencial de este tipo de pacientes y cuál es el manejo terapéutico que se está llevando en nuestro país. La publicación de este libro, no es otra cosa que una *“puesta en común”* de las distintas experiencias de la urología española en materia asistencial al cáncer de próstata.

Este estudio puede ser una referencia en el conocimiento de la asistencia sanitaria a estos pacientes y sin duda contribuirá a mejorar la situación de esta importante patología. Si bien sus resultados reflejan cierto optimismo, nos obligan a no escatimar esfuerzos para continuar mejorando la situación del diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en España. Las adecuadas dotaciones de recursos y la colaboración multidisciplinar son las piezas básicas para optimizar la aplicación de los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.

No quisiera dejar de agradecer a la **Asociación Española de Urología** el patrocinio de este trabajo y al *Comité Científico* del estudio, la labor en la dirección y el análisis de los resultados. Gracias también a **Novartis Oncology** sin cuya esponsorización no hubiera sido posible disponer hoy de este estudio y finalmente a **Sociología y Comunicación** por su labor en la ejecución técnica, recogida y tratamiento de datos.

Dr. Francisco Gómez Veiga  
*Urólogo. Hospital Juan Canalejo*

## INTRODUCCIÓN

Los tumores prostáticos tienen una amplia prevalencia en varones de más de 65 años de edad (es el segundo tipo de cáncer más común en varones). Además, en sus etapas metastásicas o más avanzadas representa una alta tasa de mortalidad. En Europa se calcula que 80.000 personas mueren al año por esta causa. Sin embargo, el cáncer de próstata tiene la característica de una evolución muy lenta que hace que muchos pacientes puedan llegar a edades muy avanzadas o incluso a morir por causas ajenas al cáncer. Estamos por tanto ante una patología de amplio impacto social. El desarrollo farmacológico y terapéutico ha propiciado unas tasas de supervivencia a los 5 años del 85% cuando el diagnóstico se realiza de forma precoz. El pronóstico clínico y epidemiológico mejora continuamente llegando a unas tasas de supervivencia del 75% en el conjunto de cáncer de próstata.

La información médico-científica en torno a los tratamientos contra el cáncer de próstata es amplia, compleja y en constante evolución como corresponde a un área en la que el desarrollo de tratamientos innovadores cada vez más eficaces, es constante. En estas circunstancias, era preciso conocer los procedimientos terapéuticos de los especialistas y debatir sobre los protocolos o consensos, de tal forma que sea posible una “puesta en común” sobre las experiencias y un debate sobre las tendencias futuras.

Para la realización de esta encuesta se ha contado con el aval de la *Asociación Española de Urología* y con la colaboración de un Comité Científico, formado por los doctores:

■ Dr. Carlos Allepuz	Hospital Universitario Miguel Servet	Zaragoza
■ Dr. David Castro Díaz	Hospital Universitario de Canarias	Santa Cruz de Tenerife
■ Dr. Joaquín Carballido	Hospital Puerta de Hierro	Madrid
■ Dr. Joseph Comet Battle	Hospital Josep Trueta	Gerona
■ Dr. José Manuel Cozar	Hospital Virgen de las Nieves	Granada
■ Dr. Fran Gómez Veiga	Hospital Juan Canalejo	A Coruña
■ Dr. Rafael Antonio Medina	Hospital Virgen del Rocío	Sevilla
■ Dr. Juan Morote	Hospital Vall d'Hebron	Barcelona
■ Dr. Eduardo Solsona	Instituto Valenciano de Oncología	Valencia
■ Dr. Miguel Unda	Hospital de Basurto	Bilbao

## OBJETIVOS

Recoger información y analizar la situación actual de los pacientes con cáncer de próstata, así como los tratamientos y el manejo terapéutico que están llevando a cabo los urólogos en España. De forma específica se recogen datos sobre:

- Datos demográficos y antecedentes del paciente.
- Datos relacionados con el diagnóstico anatomopatológico.
- Métodos de estadiaje.
- Estadificación (TNM) al diagnóstico.
- Situación actual del paciente. Descripción de los procedimientos seguidos; en adyuvancia, en neoadyuvancia, tratamiento de las recidivas, etc. Características específicas de los tratamientos:
  - *Cirugía*
  - *Radioterapia*
  - *Hormonoterapia*
  - *Otros tipos de tratamiento*
- Tratamiento de las lesiones óseas.
- Seguimiento tras el diagnóstico inicial (frecuencia de visitas y métodos de seguimiento).

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una encuesta socio-sanitaria con las siguientes características técnicas:

- Tipo de encuesta: Corte transversal que describe a modo de “foto fija” la situación actual del diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en España.
- Han participado **169 urólogos** que tratan casos de cáncer de próstata de toda España.
- Muestra: Se han recogido datos de **1.551 pacientes** (1.527 pacientes válidos).
- Margen de error de la encuesta: Para el total de la muestra:  $\pm 2,6\%$  con un nivel de confianza del 95,5%, en las condiciones más desfavorables de muestreo ( $p=q=50\%$ ). Lógicamente cada sub-muestra y cada dato obtenido en la encuesta está sometido a su margen de error correspondiente.
- Criterio de inclusión: 10 primeros casos con cáncer de próstata cuyo diagnóstico fuera desde hace al menos tres años<sup>1</sup>.
- Cuestionario (ver en anexo). Incluía otros documentos como el protocolo del estudio, las instrucciones, cartas de presentación, consentimientos del paciente y hojas de control de los pacientes incluidos. Variables e instrumentos de medida: las variables recogidas en la encuesta se refieren al momento en que se realiza la encuesta, excepto los apartados “Datos relacionados con el diagnóstico anatomopatológico”, “Métodos de estadiaje” y “Estadificación al diagnóstico TNM” que hacen referencia al momento en que se diagnosticó el cáncer de próstata (datos retrospectivos).
- Fechas de recogida de datos: Junio/julio – noviembre de 2006.
- Tratamiento y análisis: Los cuestionarios recogidos fueron depurados de errores o inconsistencias, codificados y grabados para su tabulación estadística. El análisis contempla las distribuciones de frecuencias y los estadísticos básicos (medias, medianas, desviaciones, intervalos) de todas las preguntas del cuestionario cruzadas con las principales variables de segmentación (características sociodemográficas y antecedentes del paciente). Se aplicaron tes de significación estadística ( $\text{Chi}^2$ , t de Student) para la comparación entre variables.
- Hospitales participantes en la encuesta: (Ver anexo)

<sup>1</sup> Sesgos de selección: existe la posibilidad de que en el desarrollo de la encuesta se hayan producido sesgos de selección de la muestra. Los motivos pueden ser diversos, pero entre ellos cabe destacar la mayor frecuentación a las consultas de Urología del paciente con cáncer de próstata metastásico. Este posible sesgo debe ser considerado a la hora de interpretar los resultados obtenidos.



## 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### Características de la muestra

La muestra formada por 1.527 pacientes se ha distribuido entre todo el territorio nacional. Han participado 17 Comunidades Autónomas, reflejándose bastante bien el peso demográfico de las distintas regiones. Cataluña con casi un 20% de los pacientes, Madrid con un 15%, Andalucía y la Comunidad Valenciana con un 14% de la muestra, han sido las comunidades con mayor participación.

Comunidades Autónomas	n	%
TOTAL	1.527	100,0
Galicia	131	8,6
Asturias	18	1,2
Cantabria	20	1,3
País Vasco	100	6,5
La Rioja	20	1,3
Navarra	20	1,3
Aragón	80	5,2
Cataluña	303	19,8
Baleares	10	0,7
Castilla y León	42	2,8
Madrid	230	15,1
Castilla la Mancha	40	2,6
Comunidad Valenciana	208	13,6
Extremadura	30	2,0
Murcia	40	2,6
Andalucía	225	14,7
Canarias	10	0,7

### Características de la muestra (cont.)

Edad del paciente	n	%
Menos de 60 años	146	9,5
60 - 70 años	499	32,7
71 - 80 años	693	45,4
Más de 80 años	176	11,5
Media	71,4 años	
Antigüedad del diagnóstico*	n	%
Antes de 2001	385	25,2
2001 - 2003	891	58,3
2004 - 2006	234	15,3
Antecedentes familiares	n	%
CON antecedentes familiares	138	9,0
SIN antecedentes familiares	1.162	76,1

\* Aunque inicialmente se restringió a pacientes con al menos tres años de antigüedad, posteriormente se aceptaron pacientes que tenían al menos dos años de diagnóstico. Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

La edad media de los pacientes incluidos es de 71,4 años de edad, siendo mayoritario el intervalo entre 71 y 80 años de edad (45,4%). Aunque inicialmente se registró a pacientes con al menos tres años de antigüedad en el diagnóstico, posteriormente se amplió este periodo. No obstante, más de la mitad (58%) tuvieron un diagnóstico anatomopatológico del tumor entre los años 2001 y 2003, un 25% antes del año 2001, y tan sólo un 15% se diagnosticaron posteriormente al año 2004. Finalmente un 9% de la muestra tenía antecedentes familiares ya fueran en primer o segundo grado.

## 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

## Intervalos de edad

	Año de diagnóstico		
	Antes de 2001 (n=385)	2001-2003 (n=891)	2004-2006 (n=234)
	%	%	%
< 60 años	<b>3,6</b>	<b>7,4</b>	<b>14,5</b>
60-70 años	<b>24,9</b>	36,9	42,7
71-80 años	<b>51,7</b>	<b>44,8</b>	<b>37,2</b>
> 80 años	<b>18,7</b>	10,1	<b>5,6</b>

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas).

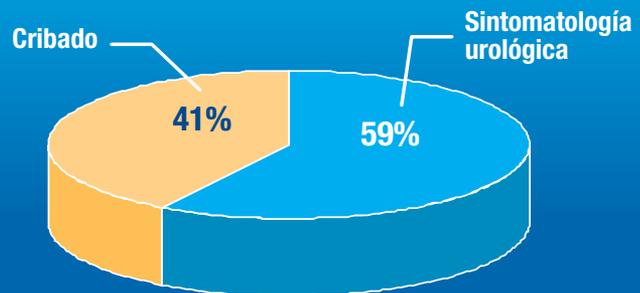
Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

Al analizar los diferentes intervalos de edad en función de los años de diagnóstico se observa una tendencia al diagnóstico del cáncer de próstata en edades más tempranas (<60 a 70 años) en los periodos recientes (2004-2006).

## 2. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

### ¿El paciente acude por ...?

El 41% de los pacientes han sido diagnosticados mediante cribado, mientras que el 59% restante acudieron a la consulta por alguna sintomatología urológica. El cribado aumenta considerablemente los diagnósticos con posterioridad al año 2001.



### PSA al diagnóstico

	Total (n=1.527)	Año de diagnóstico		
		Antes de 2001 (n=385)	2001 - 2003 (n=891)	2004 - 2006 (n=234)
<b>PSA. Cifra de pre-biopsia (Mediana)</b>	%	%	%	%
Menos de 10 ng/ml	10,5 ng/ml	11,3 ng/ml	10,5 ng/ml	8,6 ng/ml
10-20 ng/ml	43,9	40,3	43,1	<b>52,1</b>
Más de 20 ng/ml	25,7	26,0	27,2	20,0
	29,1	30,1	29,0	27,8

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas). Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

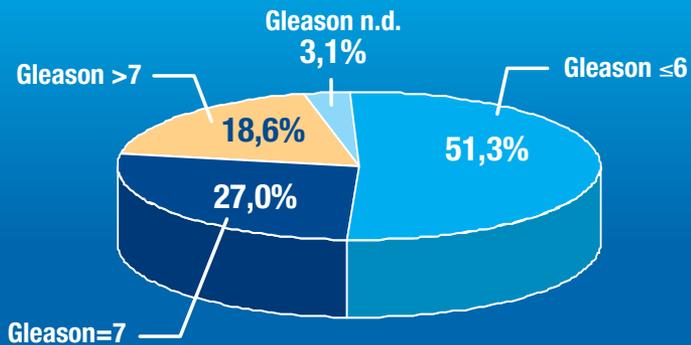
La cifra promedio de PSA al diagnóstico (pre-biopsia) es de 10,5 ng/ml. Esta cifra disminuye según el diagnóstico ha sido más reciente. Se observa una tendencia

significativa a un diagnóstico más precoz realizando biopsias en un porcentaje elevado de pacientes (52%) con PSA < 10 ng/ml. No obstante, un 48% de los pa-

cientes realizan biopsias con PSA > 10 ng/ml.

## 2. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

### Puntuación de Gleason

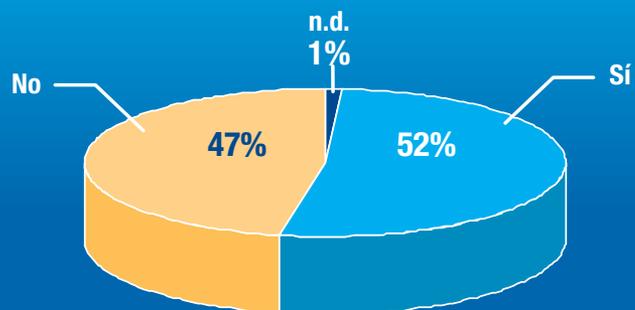


mediana: 5,9

La mediana de la puntuación Gleason del tumor es de 5,9, agrupándose en  $\leq 6$ , 7 y  $> 7$ . Al diagnóstico, un porcentaje elevado de pacientes presentaban un grado de diferenciación tumoral favorable (Gleason  $\leq 6$  en un 51,3%), si bien, casi un 19% de los pacientes presentaban al diagnóstico un Gleason  $> 7$ .

### Tacto sospechoso

En cuanto a los procedimientos utilizados en el diagnóstico, la presencia de tacto sospechoso se cifra en algo más de la mitad (52%) de los pacientes.



## 2. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

### Material de histopatología

	Total (n=1.527)	Año de diagnóstico		
		Antes de 2001 (n=385)	2001 - 2003 (n=891)	2004 - 2006 (n=234)
<b>VÍA DE LA BIOPSIA</b>	%	%	%	%
Transrectal	90,0	<b>84,7</b>	90,3	97,4
Transperineal	5,4	6,0	6,3	<b>1,3</b>
RTU de próstata	3,3	8,1	2,0	-
<b>BIOPSIA TRANSRECTAL</b>				
Ecodirigida	82,2	<b>70,6</b>	85,0	90,6
No ecodirigida	12,8	17,9	12,0	8,1
n.d.	5,0	11,4	3,0	1,3
<b>ANESTESIA</b>				
Sin anestesia	55,1	58,2	57,7	<b>40,2</b>
Premedicación	28,9	22,3	28,6	<b>41,5</b>
• Intravenosa	(8,3)	(5,5)	(7,5)	<b>(15,8)</b>
• Local	(17,8)	(14,8)	(17,5)	(24,4)
- Gel	(13,0)	(11,2)	(13,2)	(15,8)
- Inyección periprostática	(5,4)	(4,7)	(4,7)	(9,0)
n.d.	16,0	20,0	14,6	19,2

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas).  
Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

En la actualidad la biopsia ecodirigida transrectal se considera el estándar para

el diagnóstico del cáncer de próstata. Existe una tendencia significativa a incluir

diferentes formas de anestesia para la realización de la biopsia.

### Material de histopatología (cont.)

	Total (n=1.527)	Año de diagnóstico		
		Antes de 2001 (n=385)	2001 - 2003 (n=891)	2004 - 2006 (n=234)
<b>Nº DE CILINDROS TOMADOS</b>	%	%	%	%
6 ó menos de 6	65,2	<b>73,0</b>	65,2	51,7
7 ó más	27,2	15,5	27,4	<b>44,8</b>
Media	6,7 cilindros	6,0 cilindros	6,8 cilindros	7,5 cilindros
<b>BIOPSIAS PREVIAS REALIZADAS</b>				
Sí	13,4	12,2	14,3	12,0
• Una	(7,3)	(6,8)	(8,1)	(6,0)
• Dos	(3,9)	(4,4)	(4,0)	(2,1)
• Tres	(2,1)	(0,5)	(2,1)	(3,8)
No	82,8	83,9	81,5	86,8
n.d.	3,8	8,1	4,3	1,3

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas).  
Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

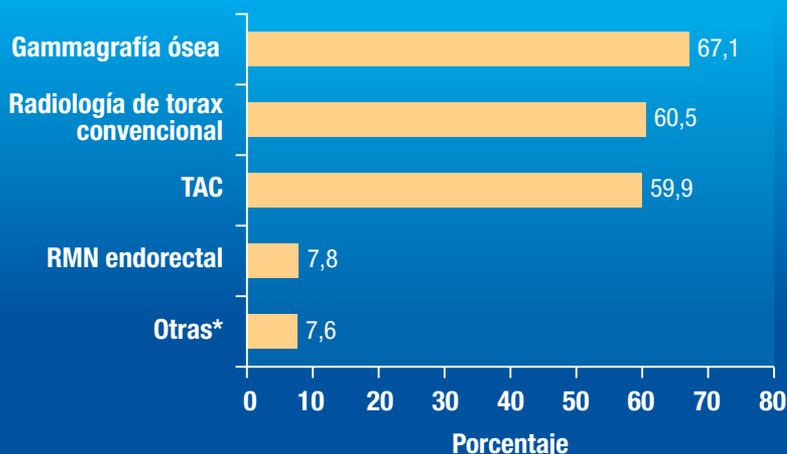
Se han tomado 6,7 cilindros de promedio, aumentando esta cifra según el diagnóstico ha sido más reciente. Actual-

mente casi en el 45% de los pacientes se recogen >6 cilindros por sesión de biopsia (media 7,5). En el 13% de los

casos se realizó biopsia previa.

### 3. MÉTODOS DE ESTADIAJE Y ESTADIFICACIÓN AL DIAGNÓSTICO

#### Métodos de estadiaje utilizados



\*Otras (7.6%): los métodos de estadiaje más especificados son ecografía (transrectal, abdominal o rectal) y RMN abdomino-pélvica.

Los métodos de estadiaje más frecuentemente utilizados han sido la radiografía de tórax, la gammagrafía ósea y el TAC con cifras de utilización muy parecidas. Por el contrario, la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) endorectal ha sido utilizada tan sólo en un 8% de los casos.

#### Métodos de estadiaje utilizados (cont.)

	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
	<10 ng/ml (n=671)	10-20 ng/ml (n=392)	>20 ng/ml (n=444)	≤6 (n=748)	7 (n=412)	>7 (n=284)
	%	%	%	%	%	%
<b>Gammagrafía ósea</b>	<b>50,1</b>	<b>71,9</b>	<b>88,5</b>	<b>57,3</b>	<b>73,5</b>	<b>84,2</b>
<b>Radiología de tórax</b>	<b>57,4</b>	61,5	<b>64,9</b>	62,0	57,3	61,6
<b>TAC</b>	<b>51,9</b>	65,3	67,3	<b>53,3</b>	<b>62,6</b>	<b>74,6</b>
<b>RMN endorectal</b>	<b>6,1</b>	<b>10,2</b>	8,1	7,4	7,3	9,5

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas). Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

Al analizar los métodos de estadiaje utilizados según los niveles de PSA pre-biopsia y la puntuación de Gleason, se

observa que a más de la mitad de los pacientes con PSA <10 ng/ml y Gleason ≤6 se les realiza gammagrafía ósea y

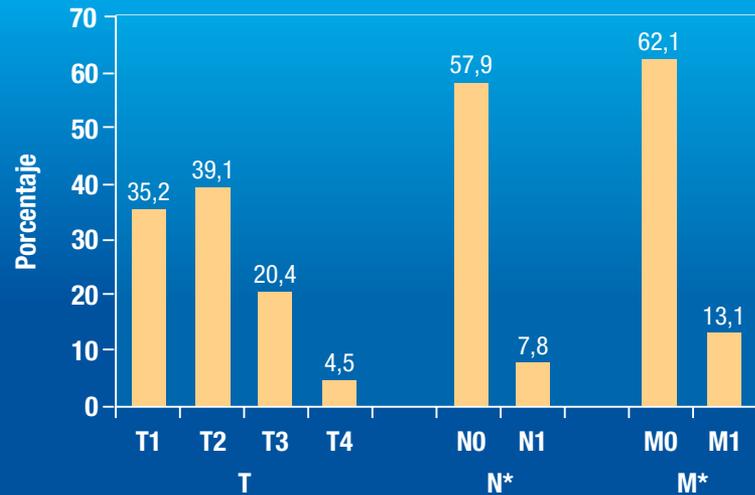
TAC. Estas cifras aumentan considerablemente según se incrementa el PSA y la puntuación Gleason.

### 3. MÉTODOS DE ESTADIAJE Y ESTADIFICACIÓN AL DIAGNÓSTICO

#### Estadificación al diagnóstico TNM

(AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition 2002)

Según la clasificación de la AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition 2002, de los estadios T, los T1 y T2 son los mayoritarios. Un porcentaje importante de pacientes (13,1%) debutan con enfermedad metastásica (M1).



\*Un 28,2% fueron Nx y un 18,3% Mx.

#### Estadificación al diagnóstico TNM (AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition 2002) (cont.)

Estadio	Total (n=1.527)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=671)	10-20 ng/ml (n=392)	>20 ng/ml (n=444)	≤6 (n=784)	7 (n=412)	>7 (n=284)
	%	%	%	%	%	%	%
<b>T1</b>	35,2	<b>56,2</b>	<b>29,8</b>	<b>8,6</b>	<b>48,3</b>	<b>25,7</b>	<b>11,6</b>
<b>T2</b>	39,1	36,2	<b>50,3</b>	34,0	38,8	<b>43,9</b>	33,8
<b>T3</b>	20,4	<b>6,3</b>	<b>18,1</b>	<b>43,5</b>	<b>10,8</b>	<b>24,3</b>	<b>41,5</b>
<b>T4</b>	4,5	0,4	1,5	<b>13,1</b>	<b>0,9</b>	<b>5,3</b>	<b>12,7</b>
<b>N0</b>	57,9	62,1	64,3	<b>45,9</b>	58,4	60,7	<b>50,7</b>
<b>N1</b>	7,8	<b>1,2</b>	<b>6,4</b>	<b>18,7</b>	<b>4,1</b>	<b>7,8</b>	<b>18,7</b>
<b>M0</b>	62,1	67,1	70,9	<b>46,8</b>	63,4	65,8	<b>53,5</b>
<b>M1</b>	13,1	<b>1,2</b>	<b>5,9</b>	<b>37,6</b>	<b>6,4</b>	<b>13,1</b>	<b>31,3</b>

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas).  
Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.  
Se han eliminado las estadificaciones Nx (28,2%) y Mx (18,3%)

En la tabla se indica la frecuencia de aparición de cada uno de los estadios, relacionándolo con el PSA pre-biopsia y

la puntuación Gleason al diagnóstico. Como se puede apreciar existe una clara correlación entre los estadios más avan-

zados y elevadas puntuaciones Gleason o cifras de PSA pre-biopsia.

### 3. MÉTODOS DE ESTADIAJE Y ESTADIFICACIÓN AL DIAGNÓSTICO

#### Estadificación al diagnóstico TNM (AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition 2002) (cont.)

Estadio	Total (n=1.527)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=671)	10-20 ng/ml (n=392)	>20 ng/ml (n=444)	≤6 (n=784)	7 (n=412)	>7 (n=284)
<b>T1</b>	%	%	%	%	%	%	%
T1 a	1,6	<b>3,1</b>	0,5	0,2	2,6	0,5	-
T1 b	2,2	<b>3,3</b>	1,8	<b>0,9</b>	2,9	1,9	0,7
T1 c	31,4	<b>49,8</b>	<b>27,6</b>	<b>7,4</b>	42,9	23,3	10,9
<b>T2</b>							
T2 a	16,4	<b>19,2</b>	<b>22,7</b>	7,2	17,5	16,7	12,3
T2 b	13,7	<b>11,5</b>	<b>17,1</b>	13,7	14,7	14,3	10,9
T2 c	9,0	<b>5,5</b>	10,5	13,1	6,6	12,9	10,6
<b>T3</b>							
T3 a	11,8	<b>4,6</b>	<b>11,7</b>	<b>22,5</b>	7,3	14,1	21,1
T3 b	8,6	<b>1,6</b>	<b>6,4</b>	<b>20,9</b>	3,6	10,2	20,4

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en columnas).

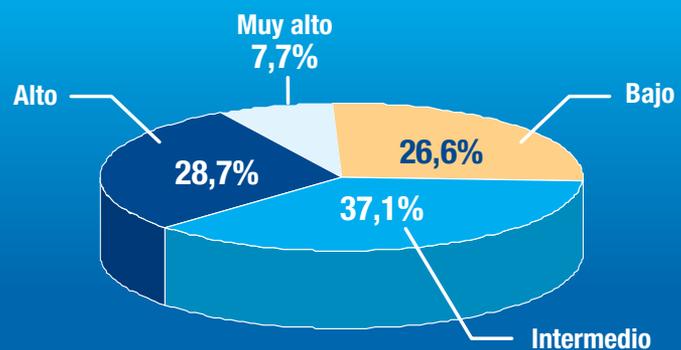
Según la Clasificación de la AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition

2002, al analizar las subcategorías de los estadios T, Casi el 70% de los pacien-

tes presentan al diagnóstico estadios T1c ó T2a-c.

#### Grupos de riesgo

Seguindo la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™. Prostate Cancer. V.2.2007 se han clasificado a los pacientes en función de los siguientes grupos de riesgo: bajo, intermedio, alto y muy alto. Se observa que un 35% de los pacientes son pacientes de alto o muy alto riesgo.



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™. Prostate Cancer. V.2.2007

Low: T1-T2a and Gleason score 2-6 and PSA < 10 ng/mL

Intermediate: T2b-T2c or Gleason score 7 or PSA 10-20 ng/mL

High: T3a or Gleason score 8-10 or PSA > 20 ng/mL

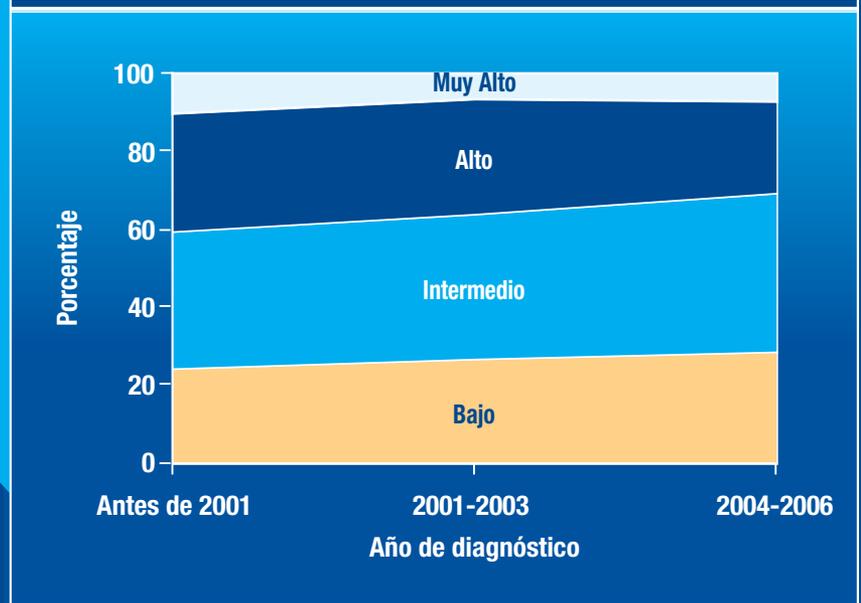
Very high: T3b-T4

Las diferencias a 100% se corresponden con la ausencia de datos.

### 3. MÉTODOS DE ESTADIAJE Y ESTADIFICACIÓN AL DIAGNÓSTICO

#### Grupos de riesgo según año de diagnóstico

Estratificando los grupos de riesgo según la antigüedad del diagnóstico, se observa una ligera tendencia a un mayor número de diagnósticos de bajo riesgo o riesgo intermedio. Los grupos de riesgo "muy alto" o "alto" descienden del 39% en 2001 al 30% en 2004-2006.



## 4. TRATAMIENTO DEL PACIENTE

### Tratamiento del paciente

	TOTAL (n=1.527)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=671)	10-20 ng/ml (n=392)	>20 ng/ml (n=444)	≤6 (n=784)	7 (n=412)	>7 (n=284)
<b>HORMONOTERAPIA</b> (edad media=76,2±7,0)	45,1	18,3	<b>48,5</b>	<b>81,5</b>	33,4	<b>48,5</b>	<b>70,8</b>
<b>CIRUGÍA</b> (edad media=66,8±7,0)	43,0	<b>66,2</b>	<b>42,6</b>	9,2	<b>54,3</b>	<b>39,3</b>	<b>17,3</b>
<b>RADIOTERAPIA</b> (edad media=71,0±6,6)	24,4	21,9	<b>29,8</b>	23,0	<b>21,0</b>	26,5	29,9

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna). Se incluyen todos los casos que han podido recibir más de una modalidad de tratamiento.

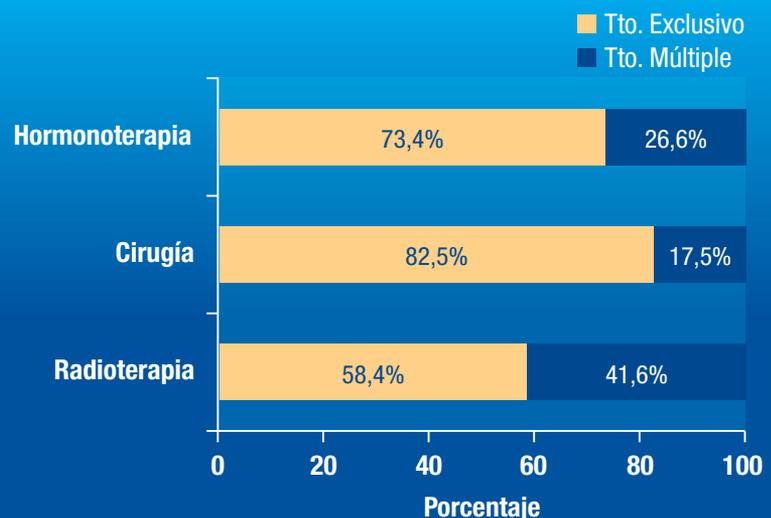
La cirugía (43%) se oferta como tratamiento fundamental en tumores con PSA pre-biopsia y puntuación de Gleason menores. La hormonoterapia (45%) se

utiliza fundamentalmente en los pacientes con PSA pre-biopsia y puntuación de Gleason más elevado. En los pacientes de mayor edad se tiende a tratar con

hormonoterapia mientras que a los de menor edad se les realiza cirugía.

### Tratamiento del paciente (cont.)

Las combinaciones de tratamientos (cirugía, radioterapia, hormonoterapia) son frecuentes especialmente en el grupo de pacientes tratados con radioterapia (42%).



## 5. CIRUGÍA

### Cirugía: Puntuación Gleason y PSA pre-biopsia

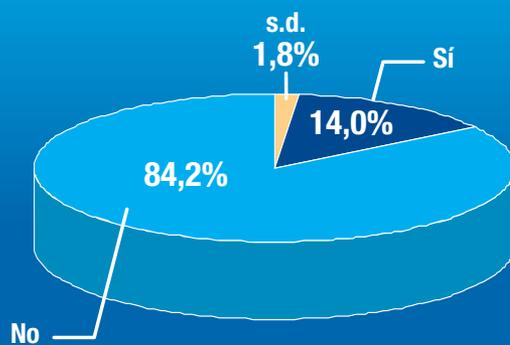
	Fecha de cirugía			
	Total (n=657)	Antes de 2001 (n=155)	2001 - 2002 (n=233)	Después de 2002 (n=244)
<b>Puntuación de Gleason</b>	%	%	%	%
<6	64,4	69,0	68,7	63,9
7	24,7	20,6	22,3	32,0
>7	7,3	6,4	6,0	9,8
<b>PSA pre-biopsia</b>				
<10	67,3	55,5	69,1	79,9
10-20	25,1	29,0	26,2	24,2
>20	6,1	12,9	4,3	4,1

En fechas de cirugía más recientes (después de 2002), la mayoría de los pacientes a los que se realiza cirugía en

casi un 80% tienen PSA pre-biopsia <10 ng/ml y en un 64% puntuación de Gleason <6, y sólo un 4% tienen PSA pre-

biopsia >20 ng/ml y un 10% puntuación de Gleason >7.

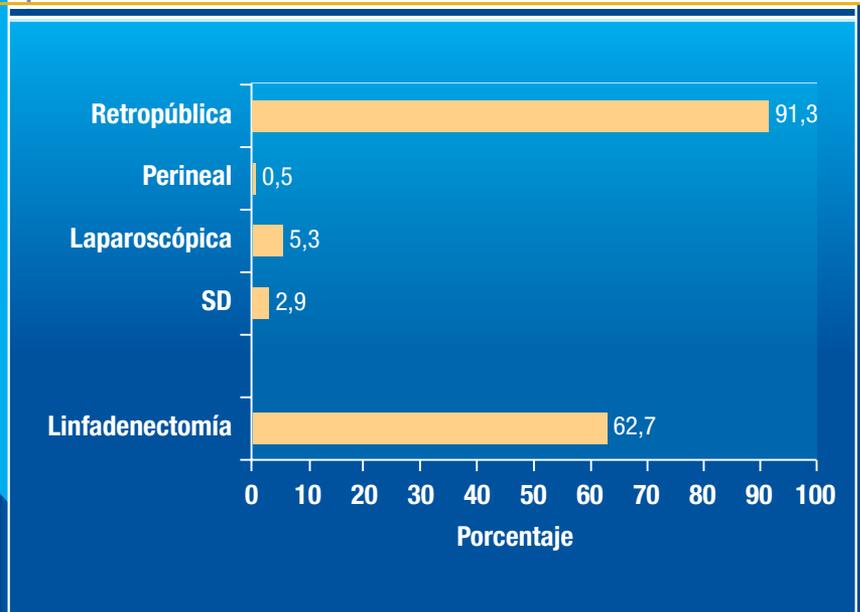
### Cirugía: Tratamiento hormonal previo



La opción de tratamiento neoadyuvante se utiliza en un porcentaje muy bajo de pacientes, sólo un 14% reciben tratamiento hormonal previo.

## 5. CIRUGÍA

## Tipo de cirugía: Prostatectomía radical/Linfadenectomía



La cirugía retropúbica sigue siendo la opción más utilizada en la actualidad, si bien, la laparoscopia emerge como alternativa. La linfadenectomía de estadiaje se obvia en casi un 40% de los pacientes.

## Cirugía: Estadío patológico

	Han realizado cirugía (n=657)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=444)	10-20 ng/ml (n=167)	>20 ng/ml (n=41)	≤6 (n=426)	7 (n=162)	>7 (n=49)
<b>ESTADIO PATOLÓGICO</b>	%	%	%	%	%	%	%
T2	71,9	75,3	68,2	<b>50,0</b>	74,6	71,1	<b>46,9</b>
T3	19,3	<b>15,4</b>	26,0	33,3	16,3	22,3	<b>37,5</b>
T4	1,3	0,7	-	<b>13,4</b>	1,2	-	6,3
Con márgenes (+)	17,1	15,3	18,7	<b>35,3</b>	<b>14,6</b>	20,1	<b>31,7</b>
Con márgenes (-)	82,9	84,7	81,5	<b>64,8</b>	85,4	79,9	<b>68,2</b>

\* Se han transformado los % sobre la base de los que aportan información (100%), excluyendo los sin datos y n.d. También se han excluido 9 respuestas en situación M1 y 38 respuestas en situación T1.

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).  
En los pacientes con cirugía un 1,6% son N1

El 72% de los pacientes son T2 tras la cirugía, en el que los diferentes estadios patológicos (pT) y la aparición o no de

márgenes positivos (17%) correlacionan positivamente con el PSA pre-biopsia y puntuación de Gleason al diagnóstico.

## 5. CIRUGÍA

### Cirugía: Tratamiento adyuvante

	Han realizado cirugía (n=657)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=444)	10-20 ng/ml (n=167)	>20 ng/ml (n=41)	≤6 (n=426)	7 (n=162)	>7 (n=49)
<b>TRATAMIENTO ADYUVANTE</b>	%						
No	85,5	89,6	80,8	<b>61,0</b>	89,7	84,0	<b>59,2</b>
Sí	8,7	6,1	12,0	<b>22,0</b>	<b>5,9</b>	<b>11,1</b>	<b>22,4</b>
n.d.	5,8	4,3	7,2	17,1	4,5	4,9	<b>18,4</b>
	(n=57)						
Radioterapia	33,3						
Hormonoterapia	31,6						
Ambos	24,6						
n.d.	10,5						

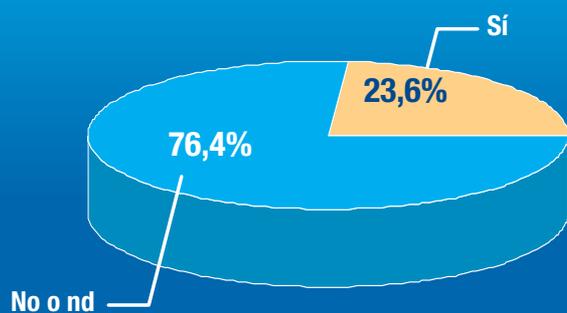
**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

Un porcentaje significativo de pacientes han sido tratados con terapia adyuvante en relación con el PSA pre-biopsia

y puntuación de Gleason altos. La radioterapia y la hormonoterapia han sido las formas de tratamiento adyuvante más

utilizadas, con un porcentaje elevado de combinaciones de ambos (25%).

### Cirugía: Recidiva bioquímica



Alrededor del 24% de los pacientes ha tenido una recidiva bioquímica, que se produce como promedio a los 31 meses tras la cirugía.

## 5. CIRUGÍA

## : Cirugía: Recidiva bioquímica (cont.)

	Han realizado cirugía (n=657)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=444)	10-20 ng/ml (n=167)	>20 ng/ml (n=41)	≤6 (n=426)	7 (n=162)	>7 (n=49)
<b>RECIDIVA BIOQUÍMICA</b>	%	%	%	%	%	%	%
Sí	23,6	<b>16,7</b>	33,5	56,1	21,6	28,4	24,5
No	69,4	77,3	58,7	<b>31,7</b>	<b>73,9</b>	63,0	55,1
n.d.	7,0	6,1	7,8	12,2	<b>4,5</b>	8,6	<b>20,4</b>

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

El porcentaje de recidiva bioquímica tras la cirugía se relaciona con PSA iniciales elevados. Por el contrario, la pun-

tuación de Gleason de la biopsia no parece guardar buena correlación con la aparición de recidivas bioquímicas.

## : Cirugía: Recidiva bioquímica (cont.)

Un porcentaje elevado de pacientes con recidiva bioquímica tras la cirugía fueron tratados con hormonoterapia (43%) y en menor medida con radioterapia (30%). La cifra de PSA previo al tratamiento de rescate se sitúa en 1,01 ng/ml.

<b>Tratamiento</b>	(n=155)
	%
Radioterapia	30,3
• Dosis administrada (mediana)	66,4 Gys
Hormonoterapia	42,6
s.d./No tratamiento	27,1
<b>Fecha de recidiva</b>	(n=155)
	%
Antes de 2002	22,0
2002-2004	20,7
Después de 2004	41,9
<b>PSA previo al tratamiento de rescate (mediana)</b>	<b>1,01 ng/ml</b>
<b>Nº de meses transcurridos desde cirugía (mediana)</b>	<b>30,6</b>

## 6. RADIOTERAPIA

### Radioterapia: Puntuación de Gleason y PSA pre-biopsia

	Total (n=372)	Fecha de radioterapia		
		Antes de 2001 (n=62)	2001 - 2002 (n=100)	Después de 2002 (n=190)
<b>Puntuación de Gleason</b>	%	%	%	%
<6	44,4	45,2	44,0	44,2
7	29,3	24,2	29,0	31,1
>7	22,8	24,2	24,0	23,2
<b>PSA pre-biopsia</b>				
<10	39,5	30,6	35,0	42,6
10-20	31,5	25,8	37,0	30,5
>20	27,4	35,5	27,0	26,8

Más de la mitad de los pacientes (52%) para tratamiento radioterápico presentaban una puntuación de Gleason

≥7. Un 59% de los pacientes para tratamiento radioterápico presentaban un PSA pre-biopsia ≥10.

### Radioterapia: Neoadyuvancia/Adyuvancia

	Han realizado radioterapia (n=372)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=147)	10-20 ng/ml (n=117)	>20 ng/ml (n=102)	≤6 (n=165)	7 (n=109)	>7 (n=85)
<b>NEOADYUVANCIA</b>	%	%	%	%	%	%	
• Tiempo de tratamiento	50,8 8,5 meses	<b>39,5</b> 8,2	51,3 7,4	68,6 9,3	<b>40,6</b> 8,2	60,6 7,7	61,2 9,6
<b>ADYUVANCIA</b>	35,2	27,2	33,3	<b>50,0</b>	<b>26,7</b>	40,4	47,1
• Tiempo de tratamiento	18,0 meses	15,6	18,5	19,6	16,0	18,4	20,4

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

Los tratamientos de radioterapia a los que se refiere este capítulo, son en su gran mayoría tratamientos de inicio; no han sido sometidos a cirugía previamente (90%). Un 10% han recibido radioterapia tras la cirugía (5% entre los 0 y 6 meses posteriores, y 5% entre los 6 y los 12 meses posteriores a la cirugía).

En los pacientes que fueron sometidos a radioterapia se realizó tratamiento

neoadyuvante en la mitad de los casos durante 8,5 meses y tratamiento adyu-

vante en el 35% de los casos durante 18 meses.

## 6. RADIOTERAPIA

## Radioterapia: Radioterapia externa/Braquiterapia

	Han realizado radioterapia (n=372)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=147)	10-20 ng/ml (n=117)	>20 ng/ml (n=102)	≤6 (n=165)	7 (n=109)	>7 (n=85)
<b>RADIOTERAPIA EXTERNA</b>	73,4	66,0	81,2	74,5	75,8	71,6	71,8
Dosis administrada	69,77 Gys	69,98	69,7	69,65	70,17	69,61	69,58
Fuente							
• Conformada/Tridimensional	50,3	41,5	56,4	57,8	48,5	52,3	52,9
• Cobalto	3,5	2,0	6,0	2,9	4,2	2,8	2,4
• Acelerador lineal	26,9	26,5	24,8	29,4	24,8	30,3	25,9
• n.d.	24,2	34,0	17,1	16,7	26,1	22,0	22,4
<b>BRAQUITERAPIA</b>	7,3	14,3	4,3	1,0	10,3	7,3	2,4
Alta tasa	1,6	2,7	1,7	-	2,4	0,9	1,2
Baja tasa	5,4	11,6	2,6	-	7,9	5,5	1,2
Sobreimpresión	0,3	-	-	1,0	-	0,9	-

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

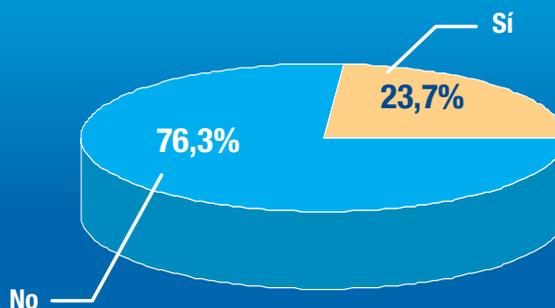
En los pacientes sometidos a radioterapia la dosis media administrada es prácticamente de 70 Gys y la radioterapia

conformada/tridimensional se utiliza en un porcentaje importante de pacientes. La braquiterapia representa una opción

terapéutica en un porcentaje menor de pacientes.

## Radioterapia: Recidiva bioquímica

Al igual que en los pacientes con cirugía, el 24% de los pacientes ha tenido una recidiva bioquímica tras el tratamiento con radioterapia, que se produce a los 31 meses del inicio del tratamiento.



## 6. RADIOTERAPIA

## Radioterapia: Recidiva bioquímica (cont.)

	Han realizado radioterapia (n=372)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=147)	10-20 ng/ml (n=117)	>20 ng/ml (n=102)	≤6 (n=165)	7 (n=109)	>7 (n=85)
<b>RECIDIVA BIOQUÍMICA</b>	% 23,7	% <b>15,0</b>	% 27,4	% 30,4	% 24,8	% 22,9	% 23,5
Nº de <b>meses transcurridos</b> desde el inicio del tratamiento con radioterapia	30,5 meses	29,7	30,0	30,7	31,8	25,8	27,0

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

La recidiva bioquímica en los pacientes con radioterapia se asocia de forma significativa a PSA pre-biopsia más elevados.

Sin embargo, la puntuación de Gleason de la biopsia no se correlaciona con la recidiva bioquímica.

## Radioterapia: Recidiva bioquímica (cont.)

<b>Tratamiento</b>	
Radioterapia	1,1
Hormonoterapia	67,0
Cirugía	1,1
Observación, actitud expectante	19,3
s.d.	11,4
<b>Fecha de recidiva</b>	(n=88)
	%
Antes de 2002	10,2
2002-2004	39,7
Después de 2004	48,9
<b>PSA previo al tto. de rescate (mediana)</b>	<b>3,06 ng/ml</b>
<b>Biopsia</b>	
Sí	14,8
No	77,3
n.d.	8,0

\* La diferencia a 100% se refiere a la mención expresada, "no", o los casos sin datos.

La hormonoterapia es la opción más utilizada para el tratamiento de los pacientes que fracasan post-radioterapia. El PSA previo al tratamiento de rescate fue de 3,06 ng/ml. El diagnóstico de recidiva se realiza fundamentalmente por criterios bioquímicos, sólo en un 15% se realiza biopsia.

## 7. HORMONOTERAPIA

### Hormonoterapia: Puntuación de Gleason y PSA pre-biopsia

	Total (n=688)	Fecha de Hormonoterapia		
		Antes de 2001 (n=160)	2001 - 2002 (n=206)	Después de 2002 (n=294)
<b>Puntuación de Gleason</b>	%	%	%	%
<6	38,1	48,8	39,8	32,3
7	29,1	21,3	31,1	30,3
>7	29,2	24,4	26,2	34,7
<b>PSA pre-biopsia</b>				
<10	17,9	20,0	16,0	17,7
10-20	27,6	26,3	24,8	29,3
>20	52,6	50,6	56,8	52,0

La hormonoterapia ocupa un lugar preferente en pacientes con PSA pre-biopsia y puntuación de Gleason elevada, un 80% y un 58% respectivamente.

### Hormonoterapia: Monoterapia/Bloqueo máximo completo/Tipo

	Han recibido Hormonoterapia (n=688)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=123)	10-20 ng/ml (n=190)	>20 ng/ml (n=362)	≤6 (n=262)	7 (n=200)	>7 (n=201)
<b>MONOTERAPIA</b>	% 26,0	% 26,8	% 32,6	% 22,7	% 31,7	% 23,0	% 20,9
<b>BLOQUEO MÁXIMO COMPLETO</b>	72,7	69,1	<b>64,7</b>	<b>77,6</b>	66,8	75,5	<b>78,1</b>
<b>TIPO</b>							
Continua	81,3						
Intermitente	13,7						

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

Los tratamientos de hormonoterapia a los que se refiere este capítulo, son en su gran mayoría tratamientos de inicio o no han sido sometidos a cirugía previamente (90%). Un 9% han recibido hormonoterapia tras la cirugía (3% entre los 0 y 6 meses posteriores, y 6% entre los 6 y los 12 meses posteriores a la cirugía). En un 1% de los casos, se registro con anterioridad a la cirugía.

El bloqueo máximo completo es la opción más utilizada para el tratamiento hormonal, sólo un 26% de los pacientes

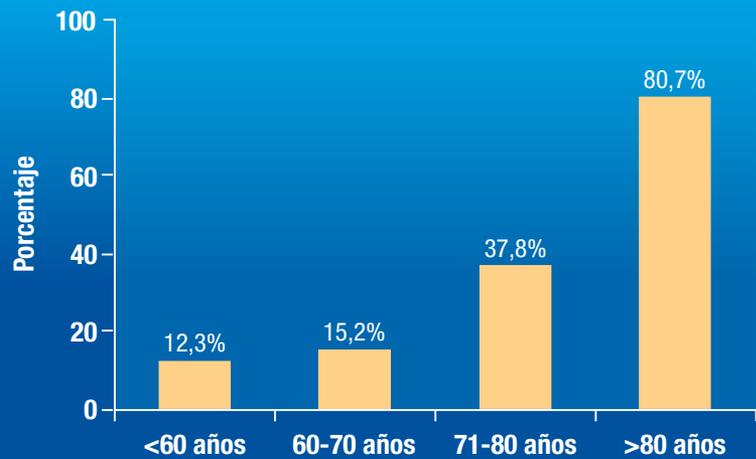
reciben monoterapia frente a un 73% de pacientes que reciben bloqueo máximo completo. La mayoría de los pacientes

siguen tratamiento continuo de hormonoterapia, si bien, en casi un 14% se utilizan terapias intermitentes.

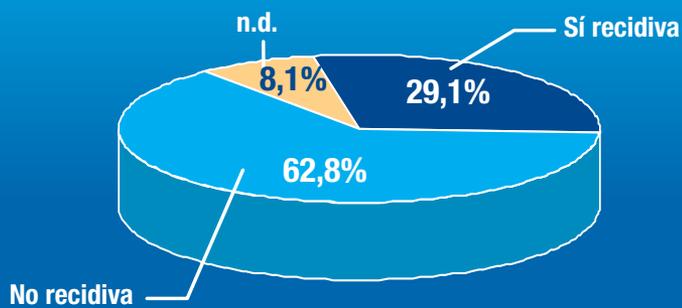
## 7. HORMONOTERAPIA

### Hormonoterapia por grupos de edad

La edad es un factor determinante en la elección de tratamientos hormonales. Un 80% de los pacientes de más de 80 años se tratan con hormonoterapia como única opción, frente a un 12% de pacientes menores de 60 años.



### Recidiva tras la hormonoterapia



El 29% de los pacientes recidivan tras la hormonoterapia a los 33 meses de iniciar el tratamiento, un dato muy similar a las recidivas bioquímicas tras la cirugía y tras la radioterapia.

## 7. HORMONOTERAPIA

## Recidiva tras la hormonoterapia (cont.)

	Han recibido Hormonoterapia (n=688)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=123)	10-20 ng/ml (n=190)	>20 ng/ml (n=362)	≤6 (n=262)	7 (n=200)	>7 (n=201)
<b>RECIDIVA TRAS LAS HORMONOTERAPIA</b>	%	%	%	%	%	%	%
No	62,8	69,9	67,9	<b>58,0</b>	<b>67,9</b>	62,2	<b>56,7</b>
Sí	29,1	22,8	20,0	35,4	<b>23,7</b>	30,0	<b>35,3</b>
n.d.	8,1	7,3	12,1	6,6	8,4	8,0	8,0
<b>PSA previo al tratamiento de rescate (mediana)</b>	(n=200) 7,09 ng/ml						
<b>Tiempo de la recidiva</b>	33,2 meses						

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

Las recidivas bioquímicas en los pacientes con hormonoterapia se asocian

de forma significativa a PSA pre-biopsia y puntuación de Gleason más elevados,

siendo el PSA previo al tratamiento de rescate de 7,09 ng/ml.

## Recidiva tras la hormonoterapia (cont.)

La quimioterapia en su conjunto es una opción cada vez más utilizada en el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata, si bien, las manipulaciones con antiandrógenos son una de las medidas terapéuticas de mayor utilización.

Tratamiento de rescate	(n=200)
	%
Retirada (supresión de antiandrógenos)	62,5
Estracyt (Fosfato de estramustina)	26,5
Quimioterapia*	15,0
Corticoides	6,0
Estrógenos	4,5
Ketokonazol	1,0
n.d.	26,0
<b>*Nº de tratamientos realizados (quimioterapia)</b>	<b>3,6 tratamientos</b>

\* Escasa especificación del fármaco. Se cita bicalutamida, docetaxel, taxotere...

## 7. HORMONOTERAPIA

### Recidiva tras la hormonoterapia (cont.)

	Han recibido sólo Hormonoterapia y han recidivado (n=200)	Año de diagnóstico		
		Antes de 2001 (n=70)	2001 - 2003 (n=115)	2004 - 2006 (n=13)
<b>REMITIDO A ONCOLOGÍA</b>	%	%	%	%
Sí	33,0	28,6	31,3	<b>76,9</b>
No	67,0	71,4	68,7	<b>23,1</b>

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

El 33% de los pacientes en situación de hormono-dependencia que han recibido son remitidos a consultas de oncología. Esta cifra refleja una tendencia a aumentar en los últimos años.

## 8. METÁSTASIS ÓSEAS

## Pacientes metastásicos: Metástasis óseas

	Total (n=200)	PSA pre-biopsia			Puntuación de Gleason		
		<10 ng/ml (n=8)	10-20 ng/ml (n=23)	>20 ng/ml (n=167)	≤6 (n=50)	7 (n=54)	>7 (n=89)
	%	%	%	%	%	%	%
<b>Sin metástasis óseas</b>	12,5	<b>25,0</b>	<b>21,7</b>	<b>10,8</b>	<b>18,0</b>	<b>13,0</b>	<b>7,9</b>
<b>Con metástasis óseas</b>	87,5	<b>75,0</b>	<b>78,3</b>	<b>89,2</b>	<b>82,0</b>	<b>87,0</b>	<b>92,1</b>
<b>Localización</b>	n=175	n=6	n=18	n=149	n=41	n=47	n=82
Raquis	60,6	33,3	50,0	<b>63,1</b>	63,4	53,2	65,9
Pelvis	48,0	83,3	44,4	46,3	43,9	40,4	53,7
Otras	12,6	16,7	16,7	12,1	2,4	12,8	15,9
n.d.	14,9	16,7	5,6	16,1	9,8	17,0	15,9
<b>Número</b>							
Única	24,0	33,3	50,0	<b>20,1</b>	36,6	25,5	<b>15,9</b>
Múltiple	71,4	66,7	44,4	75,2	61,0	68,1	<b>80,5</b>
<b>Fracturas</b>							
Sí*	2,3	16,7	5,6	1,3	2,4	2,1	2,4
No	86,9	50,0	83,3	88,6	85,4	83,0	90,2
n.d.	10,9	33,3	11,1	10,1	12,2	14,9	7,3

**Negrita:** Diferencias significativas para  $p < 0,05$  (respecto de los demás ítems de la misma variable en cada columna).

\*Se produjeron 7 casos con fracturas. 5 patológicas y 2 no patológicas

Las metástasis óseas son las más frecuentes en este tipo de pacientes (87%), con una tendencia a metástasis

múltiple (71%). La localización de las metástasis óseas tiene predominio en raquis y pelvis y en la mayoría de los

pacientes no aparecen fracturas óseas patológicas.

## Tratamiento de las metástasis óseas

En los casos de metástasis óseas (que se producen a los 23 meses del diagnóstico inicial), sólo un 39% de los pacientes se trataron con alguna forma de analgesia. Los bisfosfonatos son la terapia más utilizada en estos pacientes (62%), sobre todo de forma parenteral.

	Total (n=175)
<b>Nº de meses</b> desde el diagnóstico inicial	22,5 meses
<b>Analgesia</b>	38,9
<b>Radioterapia</b>	5,7
Dosis administrada/planificada	44,5 Gys
<b>Bisfosfonatos</b>	61,7
Orales	6,3
Parenterales	55,4
<b>Cirugía</b>	5,7
Fijación fémur	4,0
RTU desobstructiva	1,1
Otros	0,6

## HOSPITALES PARTICIPANTES

Hospital	Provincia
Hospital Juan Canalejo	A Coruña
Hospital Arquitecto Marcide	A Coruña
Hospital Clínico de Santiago	A Coruña
Hospital Prov. de Conxo	A Coruña
Hospital Txagorritxu	Alava
Complejo Universitario Hospital de Albacete	Albacete
Hospital General Albacete	Albacete
Hospital General Universitario de Alicante	Alicante
Hospital General Universitario de Alicante	Alicante
Hospital San Juan	Alicante
Hospital General Elche	Alicante
Hospital de Elda	Alicante
Hospital Vega Baja	Alicante
Hospital Torrecárdenas	Almería
Hospital Universitario Central de Asturias	Asturias
Hospital N.ª. S.ª. de Sonsoles, Avila	Avila
Hospital Mérida	Badajoz
Hospital Infanta Cristina	Bajadoz
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Barcelona
Clínica Delfos	Barcelona
Fundación Puigvert	Barcelona
Hospital Clínico de Barcelona	Barcelona
Hospital Valle Hebrón	Barcelona
Hospital Calella	Barcelona
Hospital Granollers	Barcelona
Hospital Universitario Bellvitge	Barcelona
Hospital St. Joan de Déu	Barcelona
Hospital Mataró	Barcelona
Corp. Sanit. Parc Taulí	Barcelona
Hospital Sant Boi	Barcelona
Hospital General Yagüe	Burgos
Hospital Punta de Europa	Cádiz
Hospital Puerta del Mar	Cádiz
Hospital Universitario Puerto Real	Cádiz
Hospital Jerez	Cádiz
Hospital Comarcal de Laredo	Cantabria
Hospital Marqués de Valdecilla	Cantabria
Hospital Sierrallana	Cantabria
Hospital Provincial de Castellón	Castellón
Hospital General Castellón	Castellón
Hospital Comarcal Vinaroz	Castellón
Hospital de la Plana	Castellón
Hospital N.ª S.ª Alarcos	Ciudad Real
Hospital Alcázar de San Juan	Ciudad Real
Hospital Infanta Margarita	Córdoba
Hospital General Virgen de la Luz	Cuenca
Hospital de Figueres	Gerona
Hospital Sta. Caterina	Gerona
Hospital Trueta	Gerona
Hospital de Palamós	Gerona
Hospital Clínico Granada	Granada
Hospital Virgen de las Nieves	Granada
Hospital Universitario Guadalajara	Guadalajara
Hospital Donostia	Guipúzcoa
Hospital Comarcal Riotinto	Huelva
Hospital Juan Ramón Jiménez	Huelva
Hospital Can Misses	Ibiza
Complejo Hospitalario de Jaén	Jaén
Hospital San Agustín	Jaén
Hospital San Juan de la Cruz	Jaén
Hospital San Millán S. Pedro	La Rioja

## HOSPITALES PARTICIPANTES (CONT.)

Hospital	Provincia
Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Lérida
Hospital Santa María	Lérida
Hospital Xeral de Lugo	Lugo
Hospital Príncipe Asturias	Madrid
Hospital Fundación de Alcorcón	Madrid
Hospital Severo Ochoa	Madrid
Fundación Jiménez Díaz	Madrid
Hospital 12 de Octubre	Madrid
Hospital Clínico San Carlos	Madrid
Hospital General de la Defensa	Madrid
Hospital General Gregorio Marañón	Madrid
Hospital La Paz	Madrid
Hospital Ramón y Cajal	Madrid
Hospital Reina Sofía	Madrid
Hospital Universitario de la Princesa	Madrid
Hospital Universitario Puerta de Hierro	Madrid
Hospital Regional Universitario Carlos Haya	Málaga
Hospital Clínico Málaga	Málaga
Hospital de Antequera	Málaga
Hospital Costa del Sol	Málaga
Hospital de Ronda	Málaga
Hospital Comarcal La Axarquía	Málaga
Hospital Morales Meseguer	Murcia
Hospital Virgen Arrixaca	Murcia
Hospital de Navarra	Navarra
Hospital Virgen del Camino	Navarra
Hospital Cristal Piñor	Orense
Hospital Nª Sª del Cristal	Orense
Hospital Río Carrión	Palencia
Hospital Meixoeiro	Pontevedra
Hospital Provincial de Pontevedra	Pontevedra
Hospital Xeral-Cíes	Pontevedra
Hospital Clínico de Salamanca	Salamanca
Hospital General de Segovia	Segovia
Hospital de la Merced	Sevilla
Hospital Nª Sª de la Merced de Osuna	Sevilla
Hospital de Valme	Sevilla
Hospital Universitario Virgen Macarena	Sevilla
Hospital Universitario Virgen Rocío	Sevilla
Hospital Nª Sª de la Candelaria	Sta. Cruz de Tenerife
Hospital Universitario de Canarias	Sta. Cruz de Tenerife
Hospital Reus	Tarragona
Hospital Joan XXIII	Tarragona
Hospital Santa Tecla	Tarragona
Hospital Nª Sª del Prado	Toledo
Hospital Virgen de la Salva	Toledo
Hospital La Ribera	Valencia
Hospital General Valencia	Valencia
Hospital La Fe	Valencia
Hospital Universitario Dr. Peset	Valencia
IVO Instituto Valenciano de Oncología	Valencia
Hospital Clínico de Valladolid	Valladolid
Hospital Río Hortega	Valladolid
Hospital de Cruces	Vizcaya
Hospital San Eloy	Vizcaya
Hospital de Basurto	Vizcaya
Hospital Galdakao	Vizcaya
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Zaragoza
Hospital Royo Villanova	Zaragoza



## ENCUESTA DTCP: Situación Actual del Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en España

### PRESENTACIÓN

Los tumores prostáticos tienen una amplia prevalencia en varones de más de 65 años de edad (es el segundo tipo de cáncer más común en varones). Además en sus etapas metastásicas o más avanzadas tienen una alta tasa de mortalidad. En Europa se calcula que 80.000 personas mueren al año por esta causa. Estamos por tanto ante una patología de amplio impacto social, en la que, sin embargo, gracias a las aportaciones diagnósticas y terapéuticas, el pronóstico clínico y epidemiológico mejora continuamente llegando a unas tasas de supervivencia del 75% en el conjunto de cáncer de próstata.

La información médico-científica en torno a los tratamientos contra el cáncer de próstata es amplia, compleja y en constante evolución como corresponde a un área en la que el desarrollo de tratamientos innovadores cada vez más eficaces, es constante. En estas circunstancias, se hace preciso conocer los procedimientos terapéuticos de los especialistas y debatir sobre los protocolos o consensos, de tal forma que sea posible una "puesta en común" sobre las experiencias y un debate sobre las tendencias futuras.

Este cuestionario es parte de una encuesta socio-sanitaria para evaluar la situación actual en España de los tratamientos y del manejo terapéutico que se lleva a cabo en urología. El estudio permitirá conocer de forma objetiva y rigurosa esta realidad, y proponer en consecuencia, las mejoras que se consideren.

### INSTRUCCIONES

- **Criterio de inclusión: 10 primeros casos** correlativos con diagnóstico de cáncer de próstata desde hace al menos 3 años, que vea en su consulta, en el período de dos meses desde que recibe este cuestionario.
- El cuestionario debe ser cumplimentado por el médico investigador.
- Como regla general a lo largo del cuestionario usted tendrá solo que anotar un aspa o circular (indistintamente) en las respuestas situadas en las zonas coloreadas. En otros casos deberá introducir una contestación específica en el campo correspondiente. Por favor no deje preguntas sin responder. Si no dispone de información para contestar la pregunta, anótelo o rellene la casilla "no disponible" o "no aplicable" según corresponda.
- Algunas preguntas admiten una respuesta múltiple.
- Dependiendo de la fase de la enfermedad y la tipología del paciente, se podrá contestar a todos o sólo a algunos de los epígrafes del cuestionario.
- Una vez rellenados los 10 cuestionarios, introdúzcalos en el sobre prefranqueado adjunto. Un delegado de **Novartis** pasará a recogerlo, o si prefiere envíelo por correo postal (no necesita sello).
- Muchas gracias por su colaboración.

1



### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO\*

- Apellidos: .....
- Nombre: .....
- Teléfono de contacto: .....
- e-mail: .....
- Especialidad: .....
- Hospital: .....
- Provincia: .....
- Fecha de cumplimentación:  día /  mes /  año
- ¿Qué porcentaje de los pacientes con cáncer de próstata que tiene actualmente en su consulta tienen metástasis óseas?:  %

\* Datos recogidos exclusivamente a efectos de control y supervisión del cuestionario

### DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

- Fecha de nacimiento:  mes /  año
- Raza:
  - Caucásica
  - Otras (especificar): .....
- Fecha de diagnóstico AP del tumor (mes/año):  mes /  año
- Antecedentes familiares de cáncer de próstata:
  - Sí
    - Nº de parientes de 1º grado:
    - Nº de parientes de 2º grado:
  - No
  - N.d.

<sup>1</sup> Diagnosticado desde hace al menos tres años

<sup>2</sup> (Padres o hermanos)

2



### DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

- ¿El paciente acude por ...?
  - Sintomatología urológica (especificar): .....
  - Screening (despistaje)
- Procedimientos usados en el diagnóstico:
  - Tacto sopechoso
    - No
    - Sí
  - PSA (indicar cifra pre-biopsia):  ng./ml.
- Puntuación de Gleason:
- Procedencia del material de Histopatología:
  - Vía de la Biopsia:
    - Transrectal  Transperineal  RTU de próstata  No disponible
  - Biopsia transrectal:
    - Ecodirigida
    - No ecodirigida
  - Anestesia
    - Sin anestesia
    - Premedicación:  Intravenosa  Local:  Gel  Inyección periprostática
    - No disponible
  - Nº de cilindros tomados
  - Realizadas biopsias previas:
    - Sí (indicar número)
    - No
    - No disponible

<sup>1</sup> Datos confidenciales recogidos exclusivamente a efectos de control y consulta de datos. La información del CRD es tratada exclusivamente como agregados estadísticos y nunca individualmente a lo cual estamos obligados legal y profesionalmente (LORTAD, Código deontológico ESOMAR)

3



### MÉTODOS DE ESTADIAJE

- Radiología de tórax convencional
- TAC
- RNM endorectal
- Gammagrafía ósea
- Otras (especificar) .....

### ESTADIFICACIÓN AL DIAGNÓSTICO TNM

Agrupación en estadios según AJCC Cáncer Staging Manual, Sixth Edition 2002 (Se adjunta en el anexo)

	T	N	M
■ ESTADIO T1	T1 a <input type="checkbox"/>	N 0 <input type="checkbox"/>	M 0 <input type="checkbox"/>
	T1 b <input type="checkbox"/>	N 1 <input type="checkbox"/>	M 1 <input type="checkbox"/>
	T1 c <input type="checkbox"/>	N x <input type="checkbox"/>	M x <input type="checkbox"/>
■ ESTADIO T2	T2 a <input type="checkbox"/>	N 0 <input type="checkbox"/>	M 0 <input type="checkbox"/>
	T2 b <input type="checkbox"/>	N 1 <input type="checkbox"/>	M 1 <input type="checkbox"/>
	T2 c <input type="checkbox"/>	N x <input type="checkbox"/>	M x <input type="checkbox"/>
■ ESTADIO T3	T3 a <input type="checkbox"/>	N 0 <input type="checkbox"/>	M 0 <input type="checkbox"/>
	T3 b <input type="checkbox"/>	N 1 <input type="checkbox"/>	M 1 <input type="checkbox"/>
		N x <input type="checkbox"/>	M x <input type="checkbox"/>
■ ESTADIO T4	T4 <input type="checkbox"/>	N 0 <input type="checkbox"/>	M 1 <input type="checkbox"/>
		N 1 <input type="checkbox"/>	M x <input type="checkbox"/>
		N x <input type="checkbox"/>	

### SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

- Cirugía  Sí  No
- Radioterapia  Sí  No
- Hormonoterapia  Sí  No
- Otros tratamientos (especificar): .....

4

