MALALTIES CRÒNIQUES MÉS PREVALENTS

Dra. Anna Aymamí - D.I. Carme Bertrán Pi

L'Àrea Bàsica de Salut de Molins de Rei es va inaugurar l'any 1985, i des d'aleshores ha mantingut una estreta col·laboració amb l'Ajuntament de Molins de Rei en programes de prevenció de la salut amb l'organització de tallers i xerrades de salut comunitària.

Des de l'any 1995 tenim informatitzada la història clínica de la població i gràcies a aquest avenç, podrem saber el percentatge de persones afectades per les malalties que es descriuen més avall. Amb aquestes dades també sabrem si complim els percentatges esperats, cosa que ens indicarà un bon nivell de diagnòstic, i a la vegada ens ajudarà a prioritzar actituds i mesures sanitàries encaminades a millorar l'estat de salut de la població de Molins de Rei.

Les malalties més freqüents en l'assistència primària són, en primer lloc, les malalties cardiovasculars, els tumors, les malalties respiratòries i les mentals.

Malalties cardiovasculars

Les malalties cardiovasculars constitueixen la primera causa de mortalitat en la població del nostre país. L'any 2000 van suposar un 35% de totes les defuncions: un 30,5% en els homes i un 40% en les dones.

En aquestes patologies cròniques és fonamental que la persona afectada assumeixi la seva responsabilitat en el control i seguiment del tractament, a fi d'assolir una millora del pronòstic a mig i llarg termini.

Aquests valors són inferiors als d'altres països occidentals, però, en general, en les properes dècades la seva tendència serà augmentar. Per aquest motiu, cal reforçar les mesures preventives en l'àmbit de l'assistència primària.

Las tres causes principals de les malalties cardiovasculars són:

1- Malaltia isquèmica cardíaca (infart de miocardi i/o angina de pit)

2- La malaltia cerebrovascular (infart i /o hemorràgia cerebral)

3- Vasculopatia perifèrica (arteriosclerosi obliterant d'extremitats inferiors)

Els principals factors de risc són:

Centre d'Assistència Primària de Molins de Rei.

MALALTIES CRÒNIQUES MÉS PREVALENTS

Dra. Anna Aymamí - D.I. Carme Bertrán Pi

El consum del tabac, la hipertensió, la hipercolesterinèmia, la diabetis, l'obesitat, el sedentarisme i el consum excessiu d'alcohol.

En aquestes patologies cròniques és fonamental que la persona afectada assumeixi la seva responsabilitat en el control i seguiment del tractament, a fi d'assolir una millora del pronòstic a mig i llarg termini, i a la vegada possibilitar-li l'autonomia necessària per a tot ésser humà.

Els canvis d'estil de vida s'aconsellen en totes les patologies que s'han descrit abans:

• Reduir el pes si existeix sobrepès i/o obesitat. Recomanar una dieta mediterrània saludable: oli d'oliva, augment de la ingestió de fruites, verdures i llegums, consum abundant de peix, cereals (blat) i disminució de la ingesta de carn i làctics (utilitzar descremats). Fomentar el consum d'aigua com a beguda habitual.

• Fer exercici físic amb regularitat: aconsellen que iniciï, augmenti o bé mantingui la pràctica d'algun exercici, després de fer una valoració prèvia dels hàbits del pacient i el tipus de professió, per ex.: caminar diàriament 30 minuts, pujar o baixar escales, practicar algun exercici o esport de tipus aeròbic amb una freqüència mínima de 3 cops per setmana...

• Disminuir el consum de la sal i de l'alcohol. Deixar de fumar.

L'equip d'assistència primària ha de reforçar l'educació sanitària, a més de proporcionar els consells, el suport psicològic i el seguiment necessaris.

La medicina preventiva i de planificació familiar, creada per l'Ajuntament, ara depèn del CAP.

Consum de tabac

El consum de tabac constitueix la primera causa preventiva de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures. El tabaquisme és un dels factors de risc més importants de les malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques, com també d'un nombre important de neoplàsies. L'any 2002, la prevalença de fumadors de 15 anys o més era de 32,1% en els homes i 26,6% en les dones.

L'exposició passiva al fum ambiental del tabac incrementa el risc de càncer de pulmó en els no-fumadors, de síndrome de mort sobtada en el lactant i d'infeccions respiratòries, otitis mitjana i asma en els infants.

Una de les activitats que s'han de prioritzar en les consultes sanitàries és la detecció de l'hàbit del tabac i exposar un consell antitabac, oferir

un suport per a tots els pacients que volen deixar de fumar, a través de substituts de la nicotina, fàrmacs com el bupropion, i fer un seguiment del pacient en les primeres setmanes de cessació de l'hàbit del tabac, tant dins la consulta mèdica com en consultes especialitzades.

En el Centre d'Atenció Primària de Molins de Rei, aquest any s'ha iniciat una consulta específica de tabac per a tots els pacients que desitgin abandonar-ne l'hàbit, un cop feta la valoració prèvia per part del metge de família.

Hipertensió

La hipertensió arterial és el primer motiu de consulta entre totes les patologies cròniques. La seva importància ve determinada per l'alta freqüència que es dóna entre la

L'obesitat s'ha convertit en un important problema de salut pública, amb una càrrega de malaltia associada molt important.

població: d'un 20 a un 30% (de cada 100 persones, 20 o 30 seran hipertenses).

Es considera hipertensió quan la tensió arterial sistòlica (màxima) està per sobre de 140 i la pressió arterial diastòlica (mínima) per sobre de 90 en pacients adults.

En pacients menors de 50 anys, la hipertensió sol manifestar-se per augments de totes dues tensions. A mesura que els pacients envelleixen, la rigidesa arterioscleròtica de les grans artèries té com a conseqüència un augment de la pressió arterial sistòlica, mentre que la diastòlica tendeix a disminuir.

En la pràctica clínica, el 95% dels adults hipertensos no tenen causa identificable i la seva hipertensió es defineix com primària, essencial o idiopàtica. No obstant això, existeixen uns factors que n'augmenten la incidència, com són: l'obesitat, l'estrès psicogènic, la ingesta elevada de sal i la ingesta d'alcohol superior a 24 grams diaris (3 unitats de beguda: per ex., 3 cerveses o 3 gots de vi).

En tots els estudis clínics, el tractament de la hipertensió s'ha relacionat amb una reducció mitjana en el nombre d'ictus del 35 al 45%, d'infart de miocardi del 20% i d'insuficiència cardíaca del 50% .

• Per assolir el control de la hipertensió s'aconsellen, primer, mesures no farmacològiques que impliquin canvis d'estil de vida, tal com abans hem esmentat.

Amb aquestes mesures es pot reduir la tensió i mantenir-la controlada durant temps.

• Si amb aquestes mesures no s'assoleix el control de la tensió, cal introduir un tractament farmacològic que s'individualitzarà segons el pacient i els altres factors de risc que presenti. Moltes vegades és necessari prescriure diversos fàrmacs per tal d'arribar a un bon control de la tensió.

Cal remarcar que quan un pacient està ben controlat amb tractament farmacològic, ha de seguir amb les mateixes pautes, ja que "és un error habitual per part dels pacients abandonar la medicació". L' any 2001, un treball d'àmbit nacional posava en evidència que tan sols un 35% dels pacients estaven ben controlats.

Diabetis

La diabetis *mellitus* és una malaltia crònica amb una elevada prevalença (6%) i morbi-mortalitat. Cursa amb hiperglicèmia secundària a un dèficit absolut o relatiu d'insulina. Deixada a la lliure evolució provoca complicacions greus a curt i llarg termini.

DOSSIER

MALALTIES CRÒNIQUES MÉS PREVALENTS

Dra. Anna Aymamí - D.I. Carme Bertrán Pi

La diabetis és, potser, l'única malaltia crònica en la qual és fonamental que la persona afectada assumeixi la responsabilitat en el control dietètic i el tractament.

• A curt termini, la diabetis mal controlada pot ocasionar descompensacions hiperglicèmiques.

• A llarg termini, afavoreix la presència de complicacions, com són la retinopatia, la nefropatia, la malaltia cardiovascular i la vascular perifèrica.

Com a conseqüència, les persones amb diabetis tenen un risc elevat de patir ceguesa, insuficiència renal crònica, infart de miocardi, accident vascular cerebral i amputacions diverses.

• La diabetis tipus 1 (DMI), tot i que es pot iniciar a qualsevol edat, apareix amb més freqüència abans dels 30 anys. Afecta aproximadament el 8-10% de tota la població amb diabetis. Necessita immediatament tractament amb insulina; per això també s'anomena diabetis insulinodependent.

• La diabetis tipus 2 (DM2) és el tipus més freqüent. Afecta més del 90% dels pacients diabètics coneguts i es diagnostica sovint a partir de la cinquena o sisena dècada de la vida, va augmentant amb l'edat i se sol acompanyar d'obesitat.

Inicialment es tracta amb:

• Dieta, que cal personalitzar en la mesura del que sigui possible per adaptar-la als horaris laborals i possibilitats econòmiques de cada diabètic. S'ha de potenciar l'augment de l'exercici físic, que ajuda a normalitzar el pes i millora la utilització de la glucosa per part del múscul esquelètic perquè augmenta l'afinitat dels receptors insulínics per part de l'hormona, i contribueix a disminuir els nivells de glucèmia i reduir les necessitats d'insulina.

L'any 1985 es va col·locar la primera pedra del CAP.

• Hipoglucemiants orals, tot i que pot requerir insulina per tal d'assolir un bon control. Aquest tipus de diabetis, com sigui que té unes manifestacions clíniques poc marcades, pot passar sense diagnosticar durant molts anys, motiu pel qual se'n recomana el diagnòstic precoç en la població que presenti factors de risc per a la DM2. Per aconseguir fer una detecció

precoç efectiva a tots els pacients que acudeixen al Centre d'Atenció Primària se sol·licita una analítica cada 5 anys a partir dels 35 anys.

Molins de Rei i Viladecans han estat les dues poblacions de Barcelona escollides pel Servei Català de la Salut per fer dues campanyes sanitàries com a prova pilot. Les farmàcies de la vila han fet gratuïtament la prova de glucèmia capil·lar a totes les persones que ho van sol·licitar i posteriorment, amb la col·laboració del Centre d'Atenció Primària, informaven els usuaris de les proves alterades per intentar augmentar el nombre de diagnòstics de diabetis.

Obesitat

L'obesitat s'ha convertit en un important problema de salut pública, amb una càrrega de malaltia associada molt important (diabetis *mellitus* tipus 2, hipertensió, dislipèmia, etc.). Es defineix com obesitat quan l'índex de massa corporal (IMC) és igual o superior a 30 kg/m2.

En l'àmbit de l'atenció primària, el diagnòstic d'obesitat figura en el 13,1% de les històries clíniques de la població adulta atesa.

El tractament es fonamenta en tres aspectes bàsics:

- La dieta
- L'exercici físic
- El suport psicològic

Hipercolesterinèmia

La hipercolesterinèmia és un factor de risc cardiovascular plenament reconegut. L'associació d'hipercolesterinèmia amb altres factors de risc augmenta de manera significativa la probabilitat de presentar un episodi coronari agut. El paper de la hipertrigliceridèmia en la producció de cardiopatia isquèmica és discutible; no obstant això, és clar el risc de produir una pancreatitis aguda quan les xifres són elevades.

L'estratègia d'intervenció farmacològica ha de tenir en compte la incidència de cardiopatia isquèmica en el nostre país, que és baixa respecte a d'altres països.

L'educació sanitària ha de tenir com a objectiu ensenyar el pacient a conviure d'acord amb les seves articulacions, evitant sobrecàrregues, canviant postures incorrectes i realitzant els exercicis adequats a les seves possibilitats.

Detecció d'hipercolesterinèmia

- Població diana: homes, entre els 35 i 75 anys; dones, entre els 45 i 75 anys

- Mètode de cribratge: determinació de colesterol total

- Periodicitat: cada 5 anys fins als 75 anys

- Diagnòstic: quan la mitjana, a partir de dues determinacions de colesterol, està per sobre de 200-250 mg/dl. Hipertrigliceridèmia per sobre de 200 mg/dl.

Prevenció secundària

- Població diana: pacients amb malaltia vascular isquèmica i /o diabetis

- Mètode de cribratge: perfil lipídic, colesterol total, fraccions HDL i LDL, i triglicèrids

- Periodicitat: anual

Valoració del pacient amb hipercolesterinèmia

Després que s'ha confirmat el diagnòstic amb una segona determinació, cal interrogar sobre els antecedents familiars. Si afecta més del 50% dels membres d'una família, permet esta-

blir el diagnòstic d'hiperlipidèmia familiar.

També cal descartar una hipercolesterinèmia secundària, que representa al voltant del 20 %. Les causes més freqüents són la diabetis, l'hipotiroidisme, la ingesta excessiva d'alcohol, diferents fàrmacs (com els anticonceptius, salicilats) i la insuficiència renal.

Tractament: en tots els pacients es recomanarà la dieta mediterrània.

• En pacients amb elevació de colesterol cal calcular el risc coronari segons les taules de Framinghan. Aquestes taules estan basades en un estudi que va demostrar el risc de desenvolupar cardiopatia isquèmica segons l'edat, el sexe, les xifres de colesterol i de la fracció HDL, i l'associació d'altres factors de risc com el consum de tabac, les xifres de tensió arterial i l'existència o no de diabetis. Només cal fer tractament farmacològic si el risc cardiovascular és superior al 20% als 10 anys.

• Farmacològic: el tractament d'elecció són les estatines. En les hipertrigliceridèmies està indicat el Gemfibrozil.

Malalties respiratòries: malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

A la pràctica diària es visiten pacients que presenten un quadre respiratori crònic amb tos, expectoració més o menys important, infeccions respiratòries recurrents, a vegades tot acompanyat d'ofec; la major part d'ells són fumadors. Tots presenten un denominador comú: la limitació i obstrucció crònica al flux aeri.

És un dels principals motius de consulta a l'atenció primària. La malaltia pulmonar obstructiva crònica té una prevalença entre la població adulta del 2,5 i el 3,5%, que arriba al 19% en els més grans de 65 anys, predomina en els homes i se situa com la quarta causa de mortalitat.

En més del 90% dels pacients el tabac n'és la causa fonamental; d'altres són factors genètics, la pol·lució ambiental i la laboral, com manipuladors de grans, els fonedors de metalls, els treballadors de la indústria tèxtil, i de les mines de carbó. Aquesta malaltia es desenvolupa generalment a partir de la cinquena dècada.

Com l'obstrucció de la via aèria es desenvolupa lentament, les persones que pateixen MPOC tendeixen a modificar gradualment el seu estil de vida, i disminueixen progressivament la intensitat de les seves activitats per poder realitzar-les de manera asimptomàtica. Els fumadors també tendeixen a ignorar la tos i l'expectoració que atribueixen al seu hàbit. Per aquest motiu, quan es diagnostica la malaltia ja existeix habitualment una pèrdua propera al 50% de la funció respiratòria, o bé ha aparegut una complicació que ha motivat una consulta en el servei d'urgències o en el centre d'atenció primària.

Davant la incapacitat de la persona d'expressar el seu malestar psíquic, el cos es converteix en la seva via d'expressió mitjançant símptomes físics.

El diagnòstic

Es du a terme mitjançant una espirometria, que és l'única mesura capaç de detectar la limitació del flux aeri. És una tècnica senzilla i fiable, i de gran valor amb relació al pronòstic. Es fa en alguns centres d'atenció primària, com el de Molins de Rei, des de fa anys. Caldria fer una espirometria a tot pacient més gran de 45 anys que sigui fumador, o bé que hagi fumat fins fa poc, per tal de fer una detecció precoç de la malaltia. En molts d'aquests pacients encara

clínicament asimptomàtics ja es detecten alteracions en l'espirometria.

Tractament

• Deixar el tabac és la mesura més eficaç per frenar la malaltia.

• Fisioteràpia respiratòria

• Tractament broncodilatador

• En les reaguditzacions de la malaltia, en les quals el pacient nota augment de l'ofec i alteració en la quantitat i/o color de l'expectoració, cal donar antibiòtics.

• En casos més greus es pot haver d'arribar a fer una oxigenoteràpia domiciliària.

Malalties osteoarticulars

L'artrosi es defineix com una degeneració del cartílag articular i les altres alteracions que això implica. Les alteracions del cartílag són freqüents a partir de la cinquena dècada, i de vegades és difícil diferenciar quan aquestes alteracions són normals per l'edat o patològiques.

La reforma de l'atenció primària ha permès progressar cap a un model que integra la promoció de la salut i l'atenció preventiva, curativa i rehabilitadora.

Diversos estudis en una població industrial mostraven que un 80,5% dels individus presentaven artrosi radiològica, però només un 15,5% dels homes i un 22% de les dones presentaven clínica.

Intervenen en la seva aparició factors mecànics (activitat laboral), constitucionals, d'obesitat i genètics.

El símptoma principal de l'artrosi és el dolor, que es desencadena habitualment amb la sobrecàrrega de l'articulació; a mesura que l'artrosi progressa, el dolor pot ser de repòs. Existeix una dissociació clínica radiològica en moltes ocasions: no sempre es relacionen les alteracions radiològiques amb el dolor que pateixen els malalts.

Tractament

• L'educació sanitària ha de tenir com a objectiu ensenyar el pacient a conviure d'acord amb les seves articulacions, evitant sobrecàrregues, canviant postures incorrectes i realitzant els exercicis adequats a les seves possibilitats.

• Mesures higièniques i repòs, que cal prescriure com a primera mesura per controlar el dolor; el repòs nocturn mínim ha ser de 8 hores. La disminució del pes en els obesos és molt aconsellable, ja que en millora la simptomatologia. L'activitat més recomanable és la natació.

• Fisioteràpia amb l'objectiu de millorar el dolor i la capacitat funcional articular.

• Tractament farmacològic: actualment no existeix tractament curatiu ni preventiu; només simptomàtic. S'han de prescriure en primer lloc analgèsics, com el paracetamol. Si el pacient no experimenta millora, es donaran antiinflamatoris no esteroideos (AINES). En pacients ancians, cal tenir cura de l'administració i dosificació d'aquests medicaments a causa de la disminució del metabolisme hepàtic i renal.

• Tractament quirúrgic: s'ha valorar si el pacient presenta un dolor sever resistent al tractament, limitació funcional important, deformitat que dificulta la mobilitat i coixesa.

Trastorns mentals

La salut mental és essencial per desenvolupar una vida activa, mantenir relacions socials, tenir capacitat per

adaptar-se als canvis i fer front a l'adversitat.

L'alta prevalença dels trastorns mentals es relaciona amb les ràpides transformacions socials que s'estan produint. Els problemes de salut mental constitueixen el 25,6% de les visites ateses a l'assistència primària. La depressió es considera una de les principals causes de discapacitat, ocupa el quart lloc entre les primeres causes de malaltia i es preveu que l'any 2020 arribarà al segon lloc.

S'accepta que, sovint, bona part dels pacients que pateixen problemes de salut mental i consulten els serveis sanitaris no són diagnosticats correctament. Només en són diagnosticats al voltant del 60,5%.

Cal reforçar la formació dels professionals sanitaris en temes de salut mental per tal de poder donar una resposta correcta a les necessitats reals dels pacients des d'una visió del pacient com a ésser biopsicosocial.

Els trastorns que prevalen més són:

La depressió més gran, el trastorn d'ansietat generalitzada, els trastorns de pànic, la distímia, els trastorns somatoformes i els que estan relacionats amb l'abús de l'alcohol.

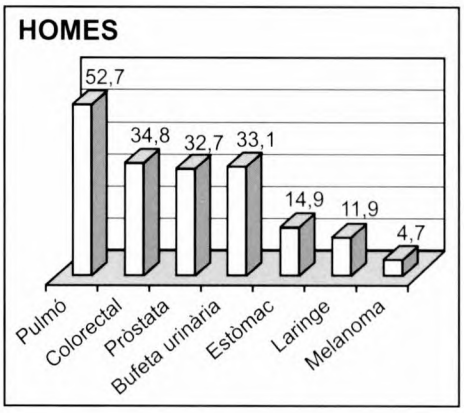
Molts malalts somatitzadors han fet de la malaltia i de l'"estar malalt" la seva forma de vida. Davant la incapacitat de la persona d'expressar el seu malestar psíquic, el cos es converteix en la seva via d'expressió mitjançant símptomes físics com: dolors generalitzats, palpitacions, inestabilitat, mareig, falta d'aire, dolors abdominals, mals de cap, dismenorrea, dolors musculars, cervicàlgies, lumbàlgies. Cal evitar exploracions complementàries que encara reforçaran més les somatitzacions del pacient.

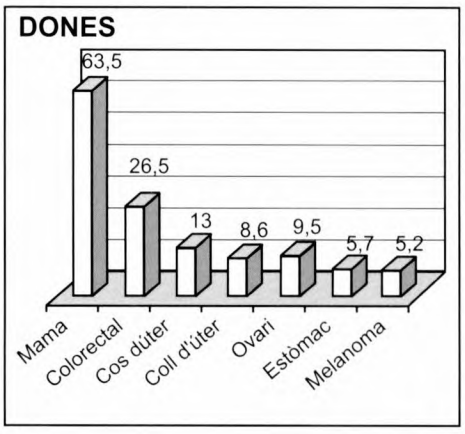
Algunes malalties psíquiques, com la depressió i l'ansietat en casos lleus, poden ser tractades a l'atenció primària, ja que actualment es disposa d'un ampli ventall de tractaments farmacològics antidepressius i ansiolítics, per evitar una cronificació de la seva simptomatologia amb la pèrdua de la qualitat de vida que això implica. En el nostre país, els recursos psicoterapèutics són insuficients, fet que motiva la medicalització de molts d'aquests pacients que amb un bon suport psicològic en tindrien prou.

Cal superar l'estigma social que impliquen aquestes malalties mitjançant la sensibilització familiar i social, i dignificar el pacient i la seva malaltia.

Càncer

El càncer és la causa de mortalitat més freqüent en el grup d'edat d'entre 35 i 64 anys, i en ambdós sexes progressa a mesura que la població envelleix.





MALALTIES CRÒNIQUES MÉS PREVALENTS

Dra. Anna Aymamí - D.I. Carme Bertrán Pi

L'evidència científica suggereix que la prevenció del càncer és possible si s'aplica el coneixement existent en l'actualitat. S'estima que més del 50,5% dels casos de càncer es podrien evitar amb mesures com l'abandonament de l'hàbit del tabac, la millora dels hàbits alimentaris, la realització d'activitat física i el control del pes, com també evitant l'exposició excessiva al sol (prevenció primària).

Càncer de pulmó

L'única prevenció del càncer de pulmó és l'abandonament del tabac.

Càncer de mama

En el cas del càncer de mama, no s'ha demostrat que hi hagi estratègies de prevenció primària que es demostrin efectives, ja que els factors de risc més importants (edat, antecedents familiars, factors reproductius, com l'edat del primer embaràs, etc.) no són modificables. En canvi, la prevenció secundària mitjançant el cribratge es presenta com una estratègia efectiva i factible per reduir l'impacte d'aquesta malaltia.

La prova d'elecció per al cribratge és la mamografia, que es fa a partir dels 50 anys fins als 60 anys, cada 2 anys. Per a les dones amb risc, el seguiment ha de ser individualitzat.

A Catalunya, el programa de cribratge és accessible per al 100% de les dones de 50 a 64 anys. L'any 2001, la taxa de participació al programa va ser del 57,3%. És una tasca de tots els professionals d'atenció primària motivar les dones a participar en aquest programa per tal d'augmentar la cobertura del cribratge.

En els darrers mesos en tots el mitjans de comunicació tant científica com de divulgació s'ha alertat de l'augment significatiu dels risc de presentar càncer de mama quan s'ha administrat teràpia hormonal substitutiva per mitigar els efectes de la menopausa, quan el tractament es prolongava més de 5 anys. Potser aquest fet ens ha de portar a reflexionar sobre l'excessiva mediatització que es practica davant fets fisiològics que en la majoria dels casos se solucionen amb recomanacions dietètiques i d'estil de vida.

A Catalunya, la supervivència d'aquest tumor se situa entre el 77,9 % als cinc anys per als casos diagnosticats i tractats.

Càncer de cèrvix

En la població europea és un càncer en descens a causa de la realització periòdica de citologia cervicovaginal i a la disminució de factors de risc infecciosos (fonamentalment el virus del papiloma humà –VPH–).

Cal fer consell apropiat sobre els contactes sexuals.

Es recomana efectuar la citologia de Papanicolau cada 3 anys després de dues citologies anuals negatives des de l'inici de les relacions sexuals, o a partir dels 25 anys en qualsevol de les situacions que s'esdevingui primer. A partir d'aquí es recomana cada 3 anys per a les dones entre 20 i 34 anys, i cada 5 per a les dones que tinguin entre 34 i 65 anys. En dones de més de 65 anys que hagin estat sotmeses a cribratges amb anterioritat, no és imprescindible continuar amb les citologies.

Càncer d'endometri

La simptomatologia habitual és una sagnia atípica. En les dones premenopàusiques es pot manifestar com metrorràgies (regles molt abundants) i en les postmenopàusiques, com petites pèrdues irregulars. Qualsevol dels casos s'ha de consultar, ja que pot ser un símptoma precoç de càncer

d'endometri.

Càncer colorectal

Els principals factors per prevenir-lo són: la dieta, que ha de ser rica en fibra i vegetals i pobra en greixos saturats, i evitar el sedentarisme.

El 15% d'aquest tipus de càncer presenta agregació familiar i/o són càncers hereditaris. En aquests pacients és aconsellable efectuar una colonoscòpia. És la prova que permet l'examen complet de tot el colon, sobretot quan s'efectua sota sedació.

En individus amb pòlips de colon es recomana una colonoscòpia als 3 i 5 anys de la resecció, que si és negativa es repetirà cada 5 anys.

Càncer de pròstata

El càncer de pròstata és un tumor freqüent i causa d'un nombre elevat de morts entre els homes. Per altra banda, és conegut que un percentatge alt d'aquest càncer cursa sense donar símptomes al llarg de tota la vida. El problema és diferenciar el càncer de pròstata que té un potencial invasor del que no en té.

No existeixen dades que demostrin que la detecció precoç del tumor mitjançant el PSA redueixi la mortalitat ni millori la qualitat de vida del pacient. Cal afegir-hi els efectes adversos dels tractaments d'aquest càncer (impotència, incontinència urinària) en un nombre alt de pacients intervinguts.

Els pacients que sol·licitin participar-ne en un cribratge han de ser informats sobre els beneficis, els riscs i les limitacions d'aquesta prova.

Com a cloenda podem dir que la reforma de l'atenció primària ha permès progressar cap a un model que integra la promoció de la salut i l'atenció preventiva, curativa i rehabilitadora. La incorporació d'activitats preventives de la salut dins la practica diària ha permès la detecció precoç de moltes malalties i evitar moltes de les complicacions que aquestes produeixen.