



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia
Guía para pacientes y cuidadores

2013 - Guía No. GPC-2013-21

Instituto Nacional de Cancerología ESE-
Sociedad Colombiana de Urología



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



Por el control del cáncer

© Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia.

Guía para pacientes y cuidadores - 2013. Guía No. GPC-2013-21

ISBN: 978-958-8838-41-0

Bogotá, Colombia

Junio de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología, el soporte científico de la Sociedad Colombiana de Urología y el apoyo administrativo de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud). El propósito de la convocatoria fue la elaboración de una Guía de práctica clínica en cáncer de próstata para el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual está compuesta por una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para profesionales de la salud en sus versiones completa y de referencia rápida, y una guía para pacientes y cuidadores.

Financiación

Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud, (Colciencias), Convocatoria 500/2009, Contrato No. 297-2010 Código de proyecto No. 2101-500-26588.

Independencia editorial: A lo largo del proceso los integrantes del grupo desarrollador y participantes del proyecto han realizado la declaración escrita y firmada de potenciales conflictos de interés, estos han sido analizados acorde con lo estipulado en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano del Ministerio de Salud y Protección Social, antiguo Ministerio de la Protección Social y se encuentran registrados en detalle en la versión completa de la presente guía. Las entidades financiadoras no influyeron en el contenido del presente documento.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección General de Aseguramiento, Riesgos Profesionales y Pensiones

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias)

Dirección de Fomento a la Investigación

Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud

www.minsalud.gov.co

Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá, D. C.

PBX: (57-1) 330 50 00

Fax: (57-1) 330 50 50

Línea gratuita de atención al usuario:

Desde Bogotá (57-1), 330 50 00 ext. 3380/81

Desde otras ciudades del país: 018000-910097

Correo electrónico de atención al ciudadano:

atencionalciudadano@minsalud.gov.co

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias)

www.colciencias.gov.co

Dirección: Carrera 7B Bis No. 132-28, Bogotá, D. C.

PBX: (57-1) 625 84 80

Fax: (57-1) 625 17 88

Correo electrónico: contacto@colciencias.gov.co

Nota legal

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de lo dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula décimo tercera-propiedad intelectual: "En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social" y de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz

Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

José Luis Ortiz Hoyos

Jefe de la Oficina de Calidad



Carlos Fonseca Zárate

Director General

Paula Marcela Arias Pulgarín

Subdirectora general

Arleys Cuesta Simanca

Secretaria General

Alicia Ríos Hurtado

Directora de Redes de Conocimiento

Carlos Caicedo Escobar

Director de Fomento a la Investigación

Vianney Motavita García

Gestora del Programa de Salud en Ciencia, Tecnología e Innovación



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Director Ejecutivo

Aurelio Mejía Mejía

Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

Subdirectora de Participación y Deliberación

Raquel Sofía Amaya Arias

Subdirección de Difusión y Comunicación

SCU

Sociedad Colombiana de Urología®

Sociedad Colombiana de Urología

Manuel Genaro Marrugo Grice

Presidente

Juan Guillermo Cataño Cataño

Director de la sección de docencia



Por el control del cáncer

Instituto Nacional de Cancerología

Raúl Hernando Murillo Moreno

Director General

Carolina Wiesner Ceballos

Subdirectora General de Investigación y Vigilancia Epidemiológica



Por el control del cáncer

Grupo desarrollador de la guía

Líder del grupo desarrollador

Juan Guillermo Cataño Cataño

Médico Urólogo

Pontificia Universidad Javeriana

Hospital Universitario San Ignacio

Centro Javeriano de Oncología

Hospital Universitario Fundación Santa

Fe de Bogotá-Clinica de Próstata

Sociedad Colombiana de Urología

Bogotá, Colombia

Coordinador metodológico

Juan Sebastián Castillo Londoño

Médico

Magíster en Epidemiología Clínica

Magíster en Salud Pública

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC), ESE

Bogotá, Colombia

Coordinador de modelamiento

Óscar Andrés Gamboa Garay

Médico

Especialista en Estadística

Magíster en economía (Candidato)

Instituto Nacional de Cancerología

(INC), ESE

Bogotá, Colombia

Especialistas clínicos

Ricardo Alvarado Bestene

Médico Familiar

Hospital Universitario San Ignacio

Bogotá, Colombia

Medicina Familiar

Hernán Alonso Aponte Varón

Médico urólogo

Sociedad Colombiana de Urología

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

Urología

Carlos Andrés Cortés Buitrago

Médico en entrenamiento en Patología

Instituto Nacional de Cancerología

(INC), ESE

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, Colombia

Juan Camilo Fuentes Pachón

Médico

Magíster en Salud y Seguridad en el

Trabajo

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC), ESE

Bogotá, Colombia

Medicina general

Dennys del Rocío García Padilla

Psicóloga

Magíster en Psicología

Especialista en Psicología Clínica

Comportamental Cognoscitiva

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

María del Pilar García Padilla

Psicóloga

Magíster en Psicología

Especialista en Psicología Médica y de

la Salud

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Rosalba Ospino Peña

Médica Oncóloga Radioterápica

Asociación Colombiana de Radioterapia

Oncológica

Instituto Nacional de Cancerología

(INC), ESE

Bogotá, Colombia

Juan Manuel Páez Ospina

Médico urólogo

Sociedad Colombiana de Urología

Bogotá, Colombia

Urología

Martha Liliana Papagayo Guzmán
Enfermera oncólogo
Asociación Colombiana de Enfermeras
Oncólogas
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia

Carlos Hernán Rodríguez Martínez
Médico Anestesiólogo
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Cuidados Paliativos

Jorge Andrés Rugeles Mindiola
Médico
Magíster en Genética Epidemiológica
con énfasis en Medicina Genómica
Médico en entrenamiento en Oncología
Radioterápica
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia

Rodolfo Varela Ramírez
Médico urólogo
Sociedad Colombiana de Urología
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Urología

Representante de pacientes y cuidadores

Ricardo Adolfo Borda Medina
Representante de pacientes
Bogotá, Colombia

Expertos metodológicos

Juan Camilo Fuentes Pachón
Médico
Magíster en Salud y Seguridad en el
Trabajo
Grupo de Investigación Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología (INC), ESE
Bogotá, Colombia
Revisiones sistemáticas y documentación

Andrés Leonardo González Rangel
Médico
Magíster en Epidemiología Clínica
Grupo de Investigación Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología (INC), ESE
Bogotá, Colombia
Revisiones sistemáticas y documentación

David Fernando López Daza
Nutricionista Dietista
Especialista en Epidemiología Clínica
Grupo de Investigación Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología (INC), ESE
Bogotá, Colombia
Revisiones sistemáticas y documentación

Ricardo Sánchez Pedraza
Médico Psiquiatra
Magíster en Epidemiología Clínica
Profesor titular, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia
Médico Especialista, Grupo de
Investigación Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología (INC), ESE
Bogotá, Colombia

Consenso de expertos **Expertos en economía de la salud**

Carlos Adolfo Gamboa Garay
Economista
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Estimación de costos

Ana Milena Gil Quijano
Fonoaudióloga
Magíster en salud y seguridad en el
trabajo (Candidata)
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Coordinadora operativa de investigación
Documentalista - Trazabilidad

Erika León Guzmán

*Odontóloga
Especialista en Epidemiología
Magíster en Epidemiología Clínica
Universidad Nacional de Colombia
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Evaluación económica*

Teófilo Lozano Apache

*Ingeniero de Sistemas
Especialista en Estadística
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Modelamiento*

Álvaro Muñoz Escobar

*Médico
Doctor en economía y gestión de la salud
(Candidato)
Magíster en Dirección de empresas
Especialista en gerencia de servicios de
salud
Bogotá, Colombia
Coordinador de costos*

Mónica Ortigón Monroy

*Médica
Doctora en Epidemiología Clínica
Investigadora- Docente
Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia
Coordinadora de estudios económicos*

Expertos en Implementación**Félix León Martínez Martín**

*Médico
Magíster en Salud Pública
Fundación para la Investigación y el
Desarrollo de la Salud y la Seguridad
Social (Fedesalud)
Bogotá, Colombia
Implementación*

Marion Piñeros Petersen

*Médica
Magíster en Salud Pública
Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Implementación*

Personal de apoyo**Milady García Pérez**

*Psicóloga
Grupo de Investigación Clínica, Instituto
Nacional de Cancerología (INC), ESE
Bogotá, Colombia
Apoyo en búsqueda de literatura,
comunicaciones y eventos*

Astrid González Bonilla

*Instituto Nacional de Cancerología
(INC), ESE
Bogotá, Colombia
Auxiliar administrativa*

Johanna Molina Peña

*Sociedad Colombiana de Urología
Bogotá, Colombia
Asistente de la sección de docencia*

Consultores internacionales**Luz Myriam Reynales Shigematsu**

*Médica especialista en Medicina del
Trabajo
Magíster en Ciencias
Doctora en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México
Asesora internacional de evaluaciones
económicas*

Revisores

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Andrés Duarte Osorio

*Evaluador del componente económico
Investigador independiente*

Seguimiento técnico e interventoría

Ministerio de Salud y Protección Social

Consultores Dirección General de

Aseguramiento, Riesgos Profesionales y

Pensiones

Johanna Castrillón Correa

(Hasta julio de 2011)

Efraín Meneses Góngora

(Desde agosto de 2011)

Leonardo Arregocés Castillo

(Desde noviembre de 2011)

Colciencias

*Programa Nacional de Ciencia,
Tecnología e Innovación en Salud*

Sonia Constanza Laverde Cañón

Gina Alexandra Vargas Sandoval

Coordinación editorial

Juan Sebastián Castillo Londoño

Médico

Magíster en Epidemiología Clínica

Magíster en Salud Pública

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC), ESE

Bogotá, Colombia

Juan Camilo Fuentes Pachón

Médico

Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo

Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología (INC), ESE Bogotá, Colombia

Andrés Leonardo González Rangel

Médico

Magíster en Epidemiología Clínica

Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología (INC), ESE Bogotá, Colombia

David Fernando López Daza

Nutricionista Dietista

Especialista en Epidemiología Clínica

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC), ESE

Bogotá, Colombia

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Mónica Correa Valderrama

Camilo Ayala

Agradecimientos

El Grupo Desarrollador de la Guía para Pacientes con Cáncer de Próstata, agradece la participación y colaboración del Centro Javeriano de Oncología, del Instituto Nacional de Cancerología y a los pacientes que asisten a la consulta de urología del Hospital Universitario San Ignacio.

Contenido

- 15 Introducción
- 15 ¿Qué es la próstata?
- 16 ¿Qué es el cáncer de próstata?
- 17 ¿Qué tan común es el cáncer de próstata?
- 17 Factores de riesgo
- 19 Síntomas y signos del cáncer de próstata
- 19 ¿Cómo se diagnostica?
- 19 Tacto rectal
- 19 Antígeno prostático específico (PSA)
- 21 Biopsia
- 22 ¿Qué tan avanzada está mi enfermedad?
- 23 ¿Quiénes podrían intervenir en mi tratamiento?
- 23 Médico general
- 23 Médico urólogo
- 23 Médico oncólogo radioterápico
- 23 Médico oncólogo clínico
- 23 Enfermera oncóloga
- 24 Grupo de cuidado paliativo
- 24 Patólogo
- 25 Psicólogo
- 25 Trabajador social
- 25 Nutricionista

- 25 Terapeuta ocupacional
- 25 Fisioterapeuta
- 25 Cuando se le ha diagnosticado cáncer de próstata a un paciente, ¿necesariamente debe recibir tratamiento?
- 26 ¿Cómo me pueden tratar?
- 27 Vigilancia activa
- 27 Prostatectomía radical
- 29 Radioterapia
- 31 Hormonoterapia
- 31 Quimioterapia
- 32 Vigilancia pasiva
- 33 Otras terapias
- 33 ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de los tratamientos?
- 33 Prostatectomía radical
- 35 Radioterapia
- 36 Hormonoterapia
- 37 ¿Cómo es el seguimiento de mi tratamiento?
- 38 Si mi enfermedad está avanzada, ¿qué manejo me pueden ofrecer?
- 38 Dolor
- 39 Obstrucción urinaria alta y baja
- 39 Hemorragia
- 39 Fatiga y debilidad
- 39 Pérdida de apetito

40	Falta de sueño
40	Estreñimiento
41	Diarrea
41	Rol de la familia y los cuidadores
42	¿Cómo puedo apoyar mi tratamiento?
42	Dieta
43	Actividad física
43	Hábitos: tabaco y alcohol
44	Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión
46	Preguntas de la vida cotidiana
46	¿Puedo seguir trabajando?
46	¿Me pueden tratar en el lugar donde vivo?
46	¿Esta enfermedad puede afectar mi sexualidad y fertilidad?
47	¿Cuánto tiempo puedo esperar sin riesgo, antes de tratarme?
47	¿Es necesaria una segunda opinión?
48	Diez preguntas que usted debe resolver con su médico cuando tiene cáncer de próstata
49	Otros sitios donde puede consultar
49	Sociedades científicas
49	Asociaciones de pacientes
50	Glosario
52	Lista de siglas, símbolos y abreviaturas

Introducción

Bienvenido a esta guía para pacientes con cáncer de próstata. La información ha sido escrita pensando en cubrir la mayoría de aspectos relacionados con la enfermedad y su proceso de tratamiento. Hemos diseñado este documento para que pueda ser de utilidad para usted y sus familiares, con términos y conceptos fácilmente comprensibles.

En esta guía, usted encontrará información sobre la próstata, el cáncer de próstata, los diferentes tratamientos disponibles y los efectos adversos y riesgos de estos tratamientos. Incluimos una sección sobre lo que puede esperar después del tratamiento y cómo ayudarse para una mejor evolución de la enfermedad. Esperamos que la información sea de utilidad para usted. ¡Bienvenido!

¿Qué es la próstata?

La próstata es una pequeña glándula de aproximadamente 20 cm³ de volumen, que se encuentra únicamente en los hombres, y que es atravesada por la uretra (el conducto que lleva la orina y conecta la vejiga con el pene). Por esta razón, algunos trastornos de la próstata se manifiestan en dificultades para orinar o tener relaciones sexuales.

Esta glándula se encuentra debajo de la vejiga y por delante del recto (figura 1). La próstata produce parte del líquido que conforma el semen, junto con las vesículas seminales que se conectan con la uretra dentro de la próstata y pueden llegar a comprometerse en el cáncer de próstata. El desarrollo de la próstata depende de la testosterona, que es una hormona producida por los testículos. Es muy importante aclarar que aunque la próstata tiene un papel fundamental en la reproducción y la vida sexual, no es esencial para que el hombre pueda llevar una vida larga y plena si fuera necesario retirarla.

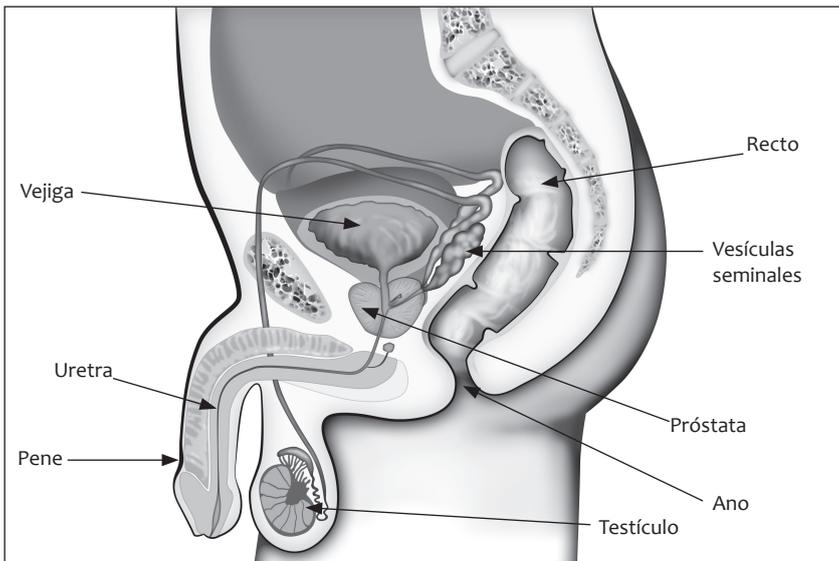
La próstata tiene una zona periférica (donde aparece el 70% de los tumores) y otra central, donde se encuentran pequeñas glándulas en forma de árbol y cuyas células producen el antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), el cual se puede medir en la sangre.

¿Qué es el cáncer de próstata?

Cáncer es un nombre genérico que define la multiplicación no controlada por el organismo de células anormales, que partieron inicialmente de células normales y que al crecer conforman un tumor. Lo normal es que al reproducirse o dividirse las células sean idénticas a la célula original; cuando esto no ocurre podemos enfrentarnos a un cáncer. De acuerdo con su localización y tamaño, el cáncer puede producir alteraciones en las funciones de los órganos. Si estas células se salen del órgano donde se produjo el tumor (metástasis), puede además producir alteraciones generales en todo el organismo, como pérdida de peso, malestar general y sensación de cansancio.

Con el pasar de los años es muy frecuente que aumente el tamaño de la próstata, como consecuencia de procesos benignos; esto se denomina hiperplasia prostática benigna, que no es una lesión cancerosa. Es una condición muy frecuente que se manifiesta por dificultades para orinar, las cuales pueden incluso llegar a una obstrucción total. Se presenta usualmente como una dificultad creciente para orinar, goteo, sensación de llenura vesical permanente y gran frecuencia urinaria.

Figura 1. Ubicación de la próstata



Fuente: Elaboración propia.

El cáncer de próstata es el crecimiento maligno de la glándula prostática. Cuando el cáncer de próstata avanza, invade las células vecinas, para deformar la estructura interna y externa de la próstata; posteriormente puede salirse de ella e invadir las estructuras vecinas, como las vesículas seminales, la vejiga y el recto. En fases avanzadas de la enfermedad, a través de los vasos linfáticos y sanguíneos, las células cancerosas se diseminan a sitios distantes, como los ganglios y los huesos, lo que se denomina metástasis. El crecimiento y la diseminación del cáncer de próstata dependen de la presencia de la hormona masculina (testosterona) producida por los testículos.

Cuando se diagnostica el cáncer de próstata, lo podemos encontrar en una de tres fases:

- Localizado: no ha salido de la próstata.
- Localmente avanzado: compromete la próstata y tejidos vecinos.
- Avanzado: ya ha salido de la próstata y se encuentra en otros órganos, como los ganglios linfáticos o los huesos.

¿Qué tan común es el cáncer de próstata?

El cáncer de próstata es el más común en los hombres de nuestro país después del cáncer de piel, y encima del cáncer de estómago y del cáncer de pulmón. Se caracteriza por estar asociado con la edad; cuanto mayor edad, el hombre está en un riesgo mayor de padecer cáncer de próstata. Más de dos terceras partes de los casos nuevos se dan entre los 60 y 79 años, y la mayoría de muertes por esta enfermedad ocurren por encima de los 70 años. No obstante, algunos casos pueden encontrarse en hombres de menor edad. Uno de cada tres hombres mayores de 50 años tiene cáncer de próstata. En nuestro país, cada año se diagnostican más de 6.500 casos nuevos y mueren 2.400 hombres por esta causa; el índice de mortalidad se ha triplicado en los últimos treinta años.

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que están asociados con el cáncer de próstata, unos son modificables y otros no.

Factores modificables:

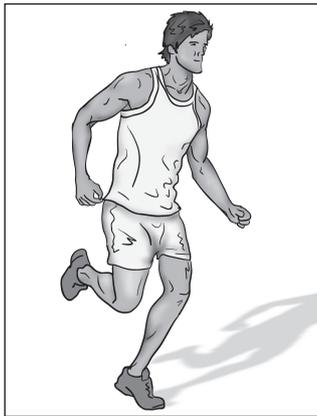
- Alimentación: los hombres que consumen muchas carnes rojas y productos lácteos con alto contenido de grasa tienen mayor riesgo, así como el bajo consumo de frutas y verduras. Se recomienda una dieta alta en tomates, cítricos, soya y cereales, ya que pueden comportarse como factores protectores para el cáncer.
- Sedentarismo: la falta de actividad física regular y un peso inadecuado están asociados con un mayor riesgo de cáncer (figura 2).

- Abuso del alcohol (figura 3).
- Granjeros, trabajadores en plantas de llantas y pintores, debido a la exposición a contaminantes químicos.

No modificables:

- Edad.
- Antecedentes familiares: familiares de primer grado, hijos o hermanos de un hombre que haya tenido cáncer de próstata, particularmente si se presentó en edades tempranas. Por ejemplo: si su padre tuvo cáncer de próstata antes de los 50 años, su riesgo es dos veces mayor, pero si tiene otro familiar además de su padre, el riesgo aumenta siete veces.
- Raza: es más frecuente en hombres de raza negra que en hombres de raza blanca. Además, la raza negra tiene más probabilidad de morir por la enfermedad.

Figura 2. La actividad física contribuye a evitar la aparición del cáncer



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. El abuso del alcohol aumenta el riesgo de desarrollar cáncer



Fuente: Elaboración propia.

Síntomas y signos del cáncer de próstata

El cáncer de próstata en sus fases iniciales no produce síntomas, estos suelen aparecer cuando se trata de una enfermedad avanzada. Los síntomas que enumeramos enseguida se pueden encontrar en algunos pacientes, pero no son exclusivos del cáncer de próstata; es decir, con frecuencia se asocian con otras enfermedades diferentes:

- Dificultad para orinar.
- Sangre en la orina.
- Sangre en el semen.
- Dolor al eyacular u orinar.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico del cáncer de próstata se realiza por medio de una biopsia. Dicho examen puede estar recomendado cuando hay alteraciones en el tacto rectal o en el antígeno prostático (PSA). En Colombia, se recomienda ofrecer a los pacientes mayores de 50 años que consultan al médico los exámenes para la detección del cáncer de próstata (antígeno prostático y tacto rectal), incluso si acuden a consulta por otras causas. Este examen se puede realizar anualmente.

Tacto rectal

Se realiza en el consultorio médico, no requiere anestesia ni ninguna preparación en especial. Pretende evaluar algunas características de su próstata, como el tamaño y la dureza, lo cual puede ser determinado gracias a su cercanía al recto. No es un examen doloroso, puede ser ligeramente incómodo y puede ser tolerado por cualquier hombre en edad adulta (figura 4).

Antígeno prostático específico (PSA)

La medición de los niveles del antígeno prostático se hace en una muestra de sangre que se toma en el laboratorio. Es necesario realizar la toma del examen evitando cualquiera de las situaciones mencionadas a continuación, pues pueden alterar el examen:

- Infecciones en curso, como la prostatitis.
- Instrumentación reciente o biopsias previas de la próstata.
- Eyaculaciones recientes.

El antígeno prostático se considera normal cuando su valor según la edad es inferior a los rangos de referencia que se muestran en la tabla 1. El PSA es una proteína producida en la próstata, que no es única para cáncer, lo que significa que puede estar elevado en otras enfermedades de la próstata.

Es importante aclarar que se debe evaluar el comportamiento del valor del PSA de forma individual, acorde con la edad y las características de cada paciente. Por esto, es importante que la determinación de si un antígeno está en un nivel anormal sea realizada por un médico. En ocasiones existen dudas sobre un nivel de antígeno anormal, en esos casos el médico requiere repetir el examen no más allá de los siguientes seis meses.

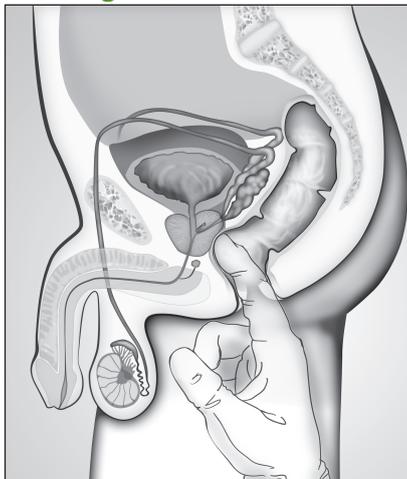
Tabla 1. PSA según la edad

RANGOS DE NORMALIDAD PARA EL PSA AJUSTADO POR LA EDAD	
EDAD (AÑOS)	PSA NORMAL
40-49	0-2,5 ng/mL
50-59	0-3,5 ng/mL
60-69	0-4,5 ng/mL
70-79	0-6,5 ng/mL

Fuente: Tomado de Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, et al. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men: Establishment of age-specific reference ranges. J Am Med Assoc. 1993;270:860-4.

Otra utilidad del PSA es servir como herramienta para evaluar la respuesta a los tratamientos instaurados en pacientes con cáncer de próstata; por eso, si usted ha sido diagnosticado con cáncer de próstata se le hará seguimiento con este examen con una frecuencia que establecerá su médico tratante.

Figura 4. Tacto rectal



Fuente: Elaboración propia.

Biopsia

Cuando con base en el resultado del PSA y del tacto rectal se concluye que se debe practicar una biopsia, esta se realiza por vía rectal, o sea, a través del recto. La ecografía transrectal permite al urólogo escoger los lugares de la próstata donde pueden ser tomadas las muestras. Se deben tomar entre 10 y 12 muestras, que luego se envían a patología. Una vez estudiadas dichas muestras se podrá hacer el diagnóstico del cáncer de próstata. Este examen es un procedimiento ambulatorio, incómodo, pero no muy doloroso, y es fundamental para descartar un cáncer de próstata. El procedimiento requiere una preparación especial, que le debe ser explicada antes de iniciarlo.

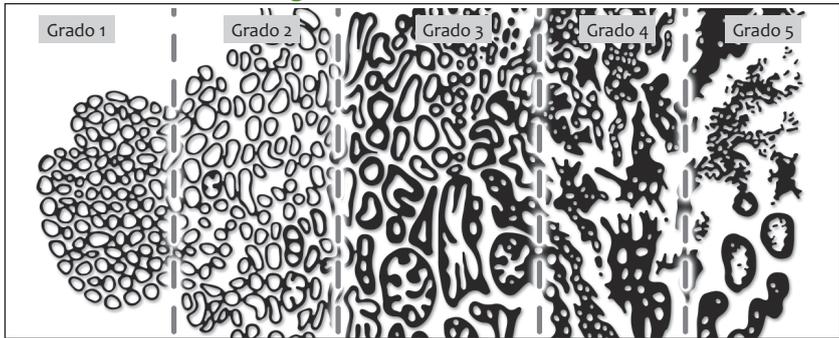
Es importante tener en cuenta que después del procedimiento es normal tener dolor en la región perineal, algo de sangre en la orina, el semen o la materia fecal. No es normal la presencia de fiebre o sangrado abundante; si este se presenta, debe consultar urgentemente a su médico. Si se presenta una infección posterior a la biopsia, la cual no suele ser frecuente, se requiere un manejo rápido con antibióticos, pues es una situación delicada.

Respecto a los resultados de la biopsia, la primera pregunta sería: si son negativos los resultados, ¿esto implica que no tengo cáncer de próstata? La respuesta es no. La biopsia toma unas muestras de la próstata con las cuales se puede diagnosticar hasta el 75% de los casos cuando es tomada correctamente. Si aún persiste alguna duda por el comportamiento del PSA o los hallazgos del tacto rectal, se debe practicar una segunda biopsia, con las cuales se llega a diagnosticar hasta el 90% de los casos. Lo ideal es que se tomen no menos de diez muestras, pues esto mejora de manera sustancial la posibilidad de hacer un diagnóstico. Se recomienda hacer la biopsia con anestesia para así permitir tomar un número adecuado de muestras.

Después de establecer el diagnóstico de cáncer de próstata mediante la biopsia, la siguiente pregunta es ¿qué tan peligrosa es mi enfermedad? El patólogo utiliza una medida que se denomina escala de Gleason (figura 5), la cual clasifica el grado de severidad de los cambios hallados en las muestras recibidas. Esto es fundamental, pues de acuerdo con la severidad de los cambios se establece qué tan agresivo es el tumor y se puede orientar la decisión sobre el tratamiento.

Como se puede ver en la figura 5, se tiene una escala que va del grado 1 (menor alteración respecto a las células normales) al grado 5 (mayor alteración respecto a las células normales). El patólogo, de acuerdo con esta escala, clasifica los dos patrones más frecuentes; así, el menor valor posible es 2 (1 + 1) y el mayor, 10 (5 + 5). El orden de la clasificación es importante, es más grave un 4 + 3 (la mayoría de las células encontradas tienen alteraciones más severas) que un 3 + 4 (la mayoría de las células encontradas tienen alteraciones menos severas). En general, la agresividad del tumor (que tan rápido puede crecer) se puede ver como se expresa en la figura 5.

Figura 5. Escala de Gleason



Fuente: Elaboración propia.

¿Qué tan avanzada está mi enfermedad?

Para evaluar la extensión del cáncer de próstata existen diversos exámenes que pueden dar información de puntos específicos que en un momento determinado podrían estar comprometidos por la enfermedad. Ejemplos de estos exámenes son:

- Tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica: es un examen de radiología que requiere la aplicación de una sustancia en la sangre, llamada medio de contraste, que ayuda a ver mejor los órganos del cuerpo. Esta imagen permite visualizar la próstata y los órganos internos del abdomen y la pelvis, con el fin de detectar la presencia de órganos vecinos a la próstata o ganglios linfáticos comprometidos por el tumor. Desafortunadamente no detecta lesiones pequeñas, pero es de gran utilidad si se va a practicar tratamiento con radioterapia.
- Gammagrafía ósea: el objetivo de este examen es saber si hay extensión del tumor a los huesos. Se realiza administrando en la vena de uno de los brazos una sustancia que se fija en los huesos y dos horas después puede ser vista en una imagen. Esta sustancia se fija en zonas donde hay producción de hueso nuevo. Es útil para encontrar metástasis grandes, pero no detecta sitios donde hay pocas células cancerosas. Es muy inusual encontrar metástasis en huesos cuando el PSA es menor de 10 ng/ml. Es importante mencionar que si hay artritis u otras enfermedades inflamatorias de huesos y articulaciones, estas se evidenciarán en el examen.
- Resonancia magnética nuclear (RMN, o MRI por sus siglas en inglés): puede detectar si la lesión ha comprometido los tejidos cercanos a la próstata y los ganglios linfáticos vecinos. Es un examen que no requiere la administración de ninguna sustancia, es muy ruidoso y para algunas personas puede resultar un poco incómodo, porque se debe mantener una posición inmóvil durante un tiempo. Este examen se utiliza para planear la radioterapia o para detectar lesiones por la enfermedad cuando hay recurrencia del cáncer después de remover la próstata.
- Pronóstico (gravedad de la enfermedad): para tener una idea del pronóstico o gravedad de la enfermedad en cada caso particular se combinan los

hallazgos del antígeno (PSA), de la clasificación de Gleason (figura 5) y del TNM (T: tumor de la próstata; N: ganglios linfáticos cercanos a la próstata; M: presencia de metástasis), con el fin de establecer si el cáncer está solo en la próstata o fuera de ella, y evaluar la posibilidad de estar libre de la enfermedad en diez años.

¿Quiénes podrían intervenir en mi tratamiento?

Médico general

Es el profesional en medicina con quien usted tiene el primer contacto, y es quien le puede ofrecer el examen de sangre para medir el PSA e incluso practicarle el examen rectal; si alguno de estos exámenes es anormal, lo remitirá al especialista. Mientras usted es tratado de su cáncer de próstata, el médico general puede hacer controles para darle seguimiento a cualquier situación de salud adicional que usted presente. Una vez usted ha sido tratado, el médico general puede continuar su seguimiento, de acuerdo con las indicaciones del especialista.

Médico urólogo

Es el médico especialista en los órganos sexuales masculinos. Es el primer especialista al que usted será remitido si su PSA o examen rectal son anormales. El urólogo diagnostica el cáncer de próstata con el resultado patológico de la biopsia, y evalúa junto con usted y su familia el tratamiento apropiado según su caso y el estado de la enfermedad; probablemente es quien realizará la cirugía (prostatectomía) o formulará el tratamiento hormonal. Si usted requiere radioterapia o quimioterapia, el urólogo será quien lo remita al médico radioterapeuta o al médico oncólogo, según sea el caso. El urólogo estará involucrado en el seguimiento durante el curso de su enfermedad y manejo.

Médico oncólogo radioterápico

Es el médico especialista en radioterapia (tratamiento con irradiación). Si se ha determinado que su tratamiento debe ser la radioterapia, será este el médico encargado de decidir cómo será aplicada para tratar su enfermedad o en la progresión del cáncer, por ejemplo, en el manejo de las metástasis óseas.

Médico oncólogo clínico

Es un médico especialista en el manejo del cáncer usando la quimioterapia. Este médico solo lo verá y tratará si su cáncer de próstata se encuentra en un estado avanzado.

Enfermera oncóloga

Es la enfermera especialista o con experiencia en el manejo del cáncer; ella lo acompañará, a usted, a su pareja y a su familia, durante el tratamiento y manejo de la enfermedad. La enfermera podrá resolver las inquietudes que tenga acerca del

tratamiento y los posibles efectos secundarios. Será la persona que lo apoye directamente y le dé las recomendaciones para el manejo de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos, el manejo de las complicaciones que puedan presentarse en la enfermedad avanzada y la preparación para exámenes o procedimientos que le vayan a ser practicados. Si usted requiere quimioterapia como tratamiento, la enfermera oncóloga será la encargada de su aplicación.

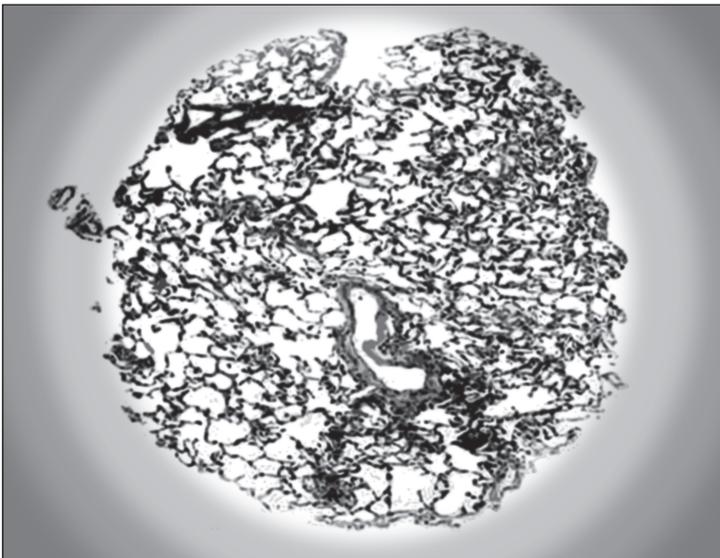
Grupo de cuidado paliativo

Es un equipo de especialistas, como anestesiólogo, enfermera, trabajador social y psicólogo, con experiencia en el manejo del dolor y control de síntomas, particularmente en personas con cáncer avanzado. Este equipo trabajará muy de cerca con su pareja y su familia en el manejo de los síntomas físicos, psicológicos y necesidades espirituales. Usted será remitido a este grupo si el dolor u otros síntomas, por su complejidad y severidad, afectan su calidad de vida.

Patólogo

Es el médico especialista que estudia los tejidos y fluidos del cuerpo humano para evaluar el estado y la agresividad de cada cáncer. La muestra de tejido que toma el urólogo en la biopsia es enviada al patólogo para su estudio; con estos resultados su urólogo puede decirle el estado de su cáncer (figura 6).

Figura 6. Representación del tejido obtenido por medio de una biopsia



Fuente: Elaboración propia.

Psicólogo

Es el profesional que trabaja con la conducta y el comportamiento humano. Puede ayudarle a usted, a su pareja y a su familia a manejar sus dificultades emocionales, sociales y espirituales, como la ansiedad y la depresión.

Trabajador social

Es el profesional que maneja los problemas personales y sociales de los pacientes. Lo orientará sobre cómo acceder de la forma más rápida y efectiva a los servicios de salud que sean necesarios. Podrá ayudarlo a resolver dificultades sociales y económicas relacionadas con la atención de su enfermedad.

Nutricionista

Es el profesional encargado de asesorarlo y orientarlo en cuanto a los requerimientos nutricionales que pueden existir de acuerdo con su enfermedad; lo podrá orientar en el manejo de trastornos nutricionales o alimenticios que puedan presentarse por el curso normal de la enfermedad o como efecto secundario de los tratamientos.

Terapeuta ocupacional

El terapeuta ocupacional es el profesional que evaluará su capacidad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e intervendrá cuando dicha capacidad esté en riesgo o afectada a causa de la enfermedad, o como efecto secundario de los tratamientos. El terapeuta ocupacional lo ayudará a adquirir el conocimiento, las destrezas y las aptitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración a su vida cotidiana.

Fisioterapeuta

El fisioterapeuta se encargará de prevenir su deterioro físico o de apoyar su recuperación si su actividad física se ha visto afectada por el cáncer o por los tratamientos.

En general, el tratamiento de su enfermedad y el manejo de todo lo que ella pueda implicar serán trabajados por varias disciplinas en aspectos físicos, psicológicos y emocionales; por ello, indague en su institución de salud por la presencia de estos profesionales si usted o su médico tratante consideran que se requieren durante la atención.

Cuando se le ha diagnosticado cáncer de próstata a un paciente, ¿necesariamente debe recibir tratamiento?

Existen varias consideraciones que se deben tener en cuenta antes de definir la estrategia de manejo para un paciente con cáncer de próstata. Es importante tener claro que la patología tumoral maligna por sí misma implica un riesgo para la salud y la vida de quien lo padece; por consiguiente, todas las conductas deben ir encaminadas a minimizar este riesgo.

Por otro lado, no todos los tumores malignos de la próstata tienen el mismo comportamiento biológico, es decir, su capacidad de hacer daño al paciente puede variar, y no tenemos herramientas precisas en la actualidad que nos permitan predecir este comportamiento. Para aproximarnos a su posible comportamiento, usamos herramientas basadas en características como los síntomas de la enfermedad, el valor del antígeno prostático específico, el estadio clínico y las características patológicas del tumor; dadas por una calificación de Gleason. Estas características de alguna forma, no del todo exacta, predicen la agresividad de la enfermedad, y su urólogo deberá tenerlas muy en cuenta antes de proponerle un tratamiento.

Además de las características del tumor, hay situaciones propias de cada paciente que definen la necesidad y el tipo de tratamiento por ofrecer. La más importante es la expectativa de vida al momento de hacer el diagnóstico; dado que el cáncer de próstata es una enfermedad de evolución y progresión lentas, asociada con la edad, se ha definido que quien tiene una expectativa de vida menor de diez años tiene poca probabilidad de morir por cáncer de próstata, y esta consideración es fundamental a la hora de tomar un tratamiento específico. Se trata, pues, de ofrecer el tratamiento más adecuado, para afectar de la menor manera posible la calidad de vida de la persona, buscar algunas veces la curación y otras veces detener la progresión de la enfermedad el tiempo que sea necesario para que el paciente no tenga síntomas, la enfermedad no progrese o el paciente no muera por esta.

En ese orden de ideas, existen tumores de próstata que es mejor que no sean diagnosticados, especialmente en pacientes mayores sin síntomas, cuya expectativa de vida es menor de diez años y que, por tanto, no se beneficiarían de tratamientos específicos. Cuando sean diagnosticados, en este grupo de pacientes plantearemos la posibilidad de no iniciar ninguna terapia y solo se pensará en esta si la enfermedad progresa o se hace sintomática, y la intención de la terapia se encamina en mejorar los síntomas, no en curar la enfermedad.

De lo anterior se deduce que si usted es una persona con expectativa de vida superior a los diez años, tiene síntomas o una enfermedad calificada como de riesgo intermedio o alto para progresión debe recibir tratamiento, cuya intención curativa o paliativa (tratar los síntomas o complicaciones) debe ser discutida con su urólogo y teniendo siempre presente sus preferencias.

Es importante aclarar que si usted padece una enfermedad de bajo riesgo y no tiene síntomas, tiene la opción de diferir el tratamiento; es decir, no necesariamente tiene que ser tratado inmediatamente, ya que existen esquemas de seguimiento vigilados y confiables que le permiten llevar una vida de alta calidad el mayor tiempo posible antes de ser sometido a un tratamiento definitivo con intención curativa.

¿Cómo me pueden tratar?

Existen diversas alternativas para manejar el cáncer de próstata. Antes de tomar una opción el urólogo evaluará su edad, otras enfermedades asociadas y condición física general, definirá el estado de su patología de acuerdo con su esta-

do clínico, establecerá una categoría de riesgo de acuerdo con las características propias del tumor y definirá la intención del tratamiento, es decir, si este se hará con intención curativa (para curar la enfermedad) o paliativa (para disminuir síntomas y mejorar su calidad de vida).

Como se observa, es un proceso que puede llevar tiempo, pero no se debe alarmar por esto, el tiempo consumido en este proceso no pone en riesgo el éxito de su manejo y en cambio sí permite escoger la mejor opción para cada caso.

A continuación explicaremos cada una de las opciones de manejo que son aceptadas para el manejo de cáncer de próstata con intención curativa.

Vigilancia activa

Significa que, dadas las características de bajo riesgo de su enfermedad, no es estrictamente necesario tratarlo una vez hecho el diagnóstico. Esto quiere decir que su tratamiento definitivo con intención curativa puede ser pospuesto hasta el punto en que se determine la progresión de la enfermedad. Para ser incluido en un protocolo de vigilancia activa se debe cumplir de manera estricta un esquema de seguimiento, que incluye la repetición de la biopsia inicial, examen de antígeno prostático inicialmente cada tres meses, examen físico incluyendo tacto rectal cada tres meses y seguramente biopsia prostática cada año. Es una estrategia de manejo inicial que requiere una alta responsabilidad del paciente para su autocuidado y una alta accesibilidad al servicio de salud disponible para no alterar el seguimiento, del cual depende el éxito de esta opción. Con esta modalidad de manejo diferido se pretende prolongar el tiempo de calidad de vida que se compromete con los diferentes tratamientos definitivos, sin poner en riesgo la posibilidad de curación de su enfermedad.

Prostatectomía radical

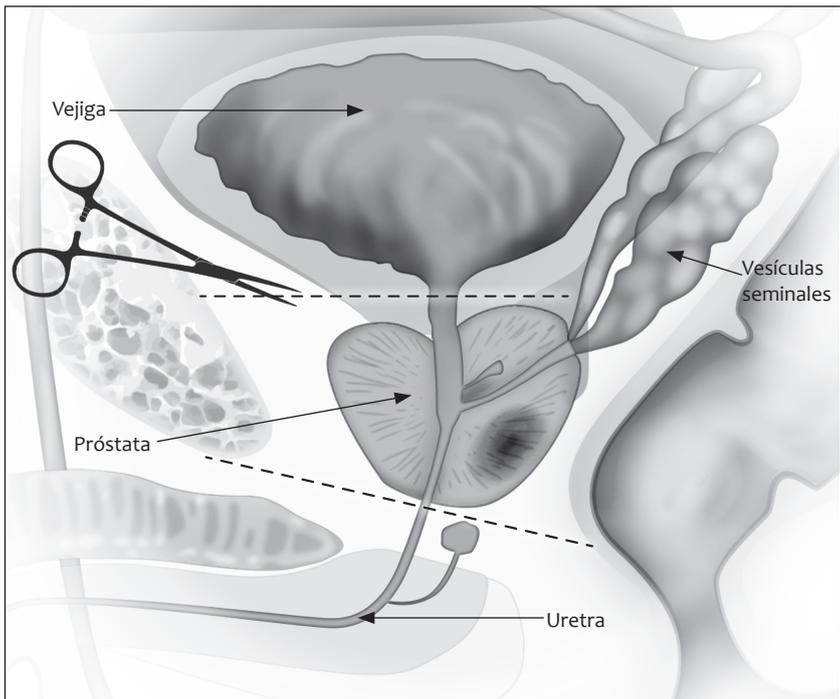
Consiste en la remoción o extracción completa de la próstata en conjunto con las vesículas seminales, pequeñas glándulas unidas a la próstata y lugar frecuente de extensión del cáncer de próstata (figura 7). Esta cirugía se puede realizar de diferentes formas, la más común es la prostatectomía abierta retropúbica, que se realiza a través de una incisión de aproximadamente 10 cm del ombligo hacia abajo o transversa en el área púbica, la cual requiere un tiempo promedio de hospitalización de dos días y se realiza bajo anestesia general. Una alternativa es la prostatectomía laparoscópica asistida por robot, que, a diferencia de la anterior, se lleva a cabo a través de tres a cinco incisiones de menos de 2 cm, que facilitan la introducción de instrumentos que permiten remover la próstata por estas pequeñas incisiones. Al igual que la abierta, requiere anestesia y hospitalización para su realización.

El objetivo de la prostatectomía radical es la remoción completa de la próstata, lo cual implica que una vez retirada esta, se debe reconstruir la vía urinaria, que pierde su continuidad al ser extraída la próstata. Por esta razón, durante el postoperatorio inmediato usted deberá tener un sistema de drenaje de los líquidos extravasados al abdomen, que se retira antes de salir del hospital, y un catéter,

tubo o sonda urinaria que entra por su pene y va a la vejiga, y permite que la orina drene desde la vejiga al exterior, mientras los tejidos reconstruidos cicatrizan adecuadamente. Este catéter permanece puesto entre 7 y 18 días, dependiendo de la técnica quirúrgica, por lo cual seguramente usted será dado de alta con este catéter urinario y se le retirará en consulta posteriormente.

La prostatectomía, por sus características, es el tratamiento más agresivo para el cáncer de próstata y se considera el estándar contra el cual deben ser comparados los demás tratamientos, por cuanto es el que alcanza los mayores índices de curación. Si su enfermedad está limitada a la próstata, la posibilidad de recurrencia del cáncer a 15 años es menor del 30%. Si su enfermedad es de riesgo intermedio o alto, es probable que exista extensión de esta a los ganglios o tejido linfático de la pelvis; por ello, al mismo tiempo que se realiza la prostatectomía radical se debe realizar la remoción de este tejido linfático, procedimiento conocido como linfadenectomía pélvica. Hoy en día se considera que favorece las posibilidades de curación cuando se realiza adecuadamente.

Figura 7. Prostatectomía radical



Fuente: Elaboración propia.

Desafortunadamente, la prostatectomía radical puede dejar algunas secuelas en mayor o menor grado, las cuales debe conocer antes de escoger esta modalidad de tratamiento. Una vez removida la próstata, se pierde la eyaculación, es decir, durante las relaciones sexuales no habrá salida de semen, lo cual implica que será estéril. La erección perderá rigidez en mayor o menor proporción, y esto depende entre otras cosas de la calidad de su erección y edad actual, entre mayor sea su edad y más deteriorada esté su erección, la prostatectomía radical lo afectará aún más. Existen diversas modalidades de manejo para la disfunción eréctil que, aunque generan mejoría, no lograrán un efecto equivalente a sus erecciones naturales. Finalmente, una secuela que se presenta en menos del 10% de los pacientes es la pérdida involuntaria de orina o incontinencia relacionada con los esfuerzos, la mayoría de las veces es mínima, pero puede afectar de manera relevante su calidad de vida, ya que puede implicar el uso de protectores, pañales, y algunas veces cirugía y uso de medicamentos permanentemente.

La prostatectomía radical es una cirugía mayor y, por tanto, si su estado de salud general no es bueno, se expondrá a mayores complicaciones relacionadas con hemorragias, infecciones y lesiones de órganos vecinos, como el recto, las cuales pueden ser minimizadas por la experiencia del urólogo tratante; es decir, entre mayor sea la experiencia de su urólogo, habrá menor riesgo de este tipo de complicaciones.

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer que usa rayos de alta energía para matar las células cancerosas en su próstata y evitar que se extiendan a otras partes del cuerpo. La radiación puede curar, detener o evitar que el cáncer de próstata crezca rápidamente; o reducir los síntomas, como el dolor, cuando no es posible curarlo.

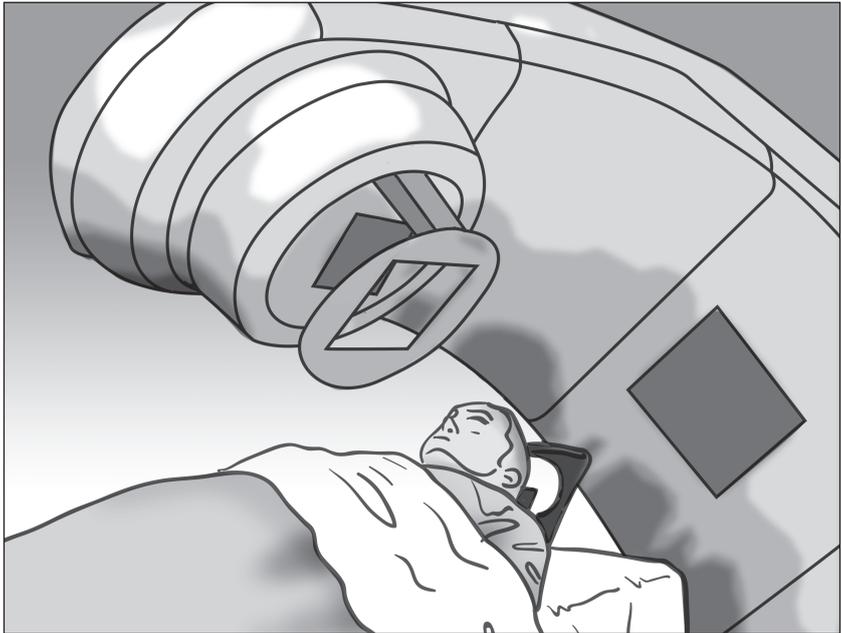
La radiación utilizada para el cáncer de próstata puede venir de máquinas especiales que mandan dosis fijas de radiación a su próstata desde afuera de su cuerpo (radioterapia externa) (figura 8), o de pequeñas semillas radioactivas que mandan dosis fijas de radiación a su cáncer de próstata desde adentro de su cuerpo (radioterapia interna o braquiterapia).

A la mayoría de hombres que reciben radioterapia para el cáncer de próstata se les administra radioterapia externa, en la cual una máquina dirige los rayos de alta energía al cáncer de próstata y una pequeña cantidad a los tejidos sanos alrededor. La máquina más comúnmente utilizada para dar radioterapia externa se llama acelerador lineal; la radiación externa generalmente se le administra ambulatoriamente en sesiones que pueden ir en número de 30 a 40, según el caso.

Cuando se utiliza la radioterapia interna para tratar el cáncer de próstata, la fuente de radiación se pone dentro de su cuerpo. Este método de tratamiento se llama braquiterapia o implante de semillas, y consiste en poner unas semillas pequeñas en la próstata durante una operación, estas semillas son más pequeñas que

un grano de arroz y están hechas de un material radioactivo. Las semillas dan una fuerte dosis de radiación al cáncer de próstata, destruyendo las células cancerosas y minimizando el daño a tejidos vecinos.

Figura 8. Equipo de radioterapia



Fuente: Elaboración propia.

La próstata y el cáncer de próstata han demostrado una alta sensibilidad a la radiación, por tanto, este se ha convertido en un tratamiento muy utilizado en estos casos. Sus tasas de curación a diez años alcanzan el 70% en pacientes adecuadamente seleccionados, tasas ligeramente menores cuando se comparan con la prostatectomía radical a 15 y 20 años. Para que se lleve a cabo con éxito se requiere además una adecuada selección del paciente, que se lleve a cabo en un centro con niveles tecnológicos óptimos, al igual que médicos radioterapeutas de alto entrenamiento, ya que su resultado depende en gran parte de estos.

A diferencia de la cirugía, el paciente tratado con radioterapia conserva la próstata, y el objetivo del tratamiento es que no se desarrolle nuevamente tejido tumoral. Es importante reconocer que la radioterapia frente a la cirugía radical de próstata tiene grandes ventajas dadas por la inexistencia de los riesgos propios de una cirugía, como las hemorragias, las infecciones, la lesiones de otros órganos y la baja toxicidad en las vías urinarias, pero se debe tener claro que tiene riesgos propios, como la posibilidad baja pero evidente de inducir el desarrollo de tumores en

otros órganos, una menor tasa de curación a largo plazo y la necesidad de un seguimiento más complejo que el necesario para los pacientes llevados a cirugía. Respecto a la función sexual, usted debe tener claro que la radiación produce menos efecto sobre la erección que la cirugía, su efecto tóxico es progresivo y lento, y finalmente suele requerir ayudas muy similares a las usadas en los pacientes sometidos a cirugía.

Para definir la posibilidad de éxito en el manejo con radioterapia de los pacientes con cáncer de próstata es muy importante que el urólogo defina sus condiciones de riesgo y lo clasifique de acuerdo con las categorías de bajo, medio y alto riesgo para recurrencia, ya que los pacientes de riesgo intermedio y alto deben ser tratados con manejos complementarios, pues la radioterapia con dosis convencionales puede ser insuficiente como terapia única.

Hormonoterapia

La próstata y el tumor cancerosos requieren para su crecimiento y diseminación la presencia de la hormona masculina producida por los testículos en su mayor proporción, conocida como testosterona. Por esta razón, cuando un paciente es sometido al retiro de los testículos mediante una técnica quirúrgica conocida como orquidectomía, o cuando mediante el uso de medicamentos se bloquea la producción de esta hormona o se bloquea su efecto en los órganos en los que ella realiza su efecto, se logra detener la progresión del cáncer durante un tiempo sin llegar nunca a la curación. Por esta razón, la hormonoterapia se ha utilizado con buenos resultados en pacientes con cáncer de próstata avanzado para aliviar sus síntomas, mejorar sus condiciones generales y la calidad de vida. En pacientes que aún tienen posibilidad de curación se ha utilizado sumada a otras alternativas de manejo, como la radioterapia.

Existen muchos medicamentos disponibles que buscan el bloqueo de la producción de la testosterona o los efectos de esta en diferentes órganos; dicho manejo con medicamentos, a diferencia de la orquidectomía, tiene la ventaja de ser reversible, situación que es imposible con la orquidectomía. Debe quedar claro que el manejo con hormonoterapia no tiene intención de curar por sí solo, su tiempo de uso es indefinido, y aunque la respuesta inicial siempre es buena y prolongada, es posible que los esquemas de tratamiento varíen de acuerdo con su condición específica.

Quimioterapia

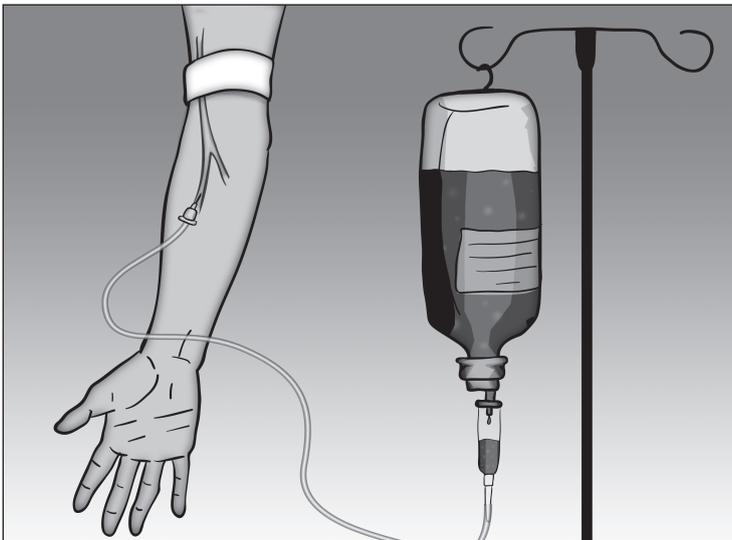
Consiste en el uso de medicamentos que destruyen el material genético de las células, las proteínas necesarias para su multiplicación o las sustancias necesarias para su nutrición, logrando promover la muerte anticipada de los tejidos enfermos, es decir, los tumores malignos (figura 9). Desafortunadamente, la quimioterapia en cáncer de próstata no ha tenido los resultados de curación que se han observado en otros tumores y por ello su utilización hoy en día queda limitada a pacientes que no responden a la hormonoterapia, con la intención de disminuir la

velocidad de progresión de la enfermedad, sin tener un efecto curativo. Son diferentes los tipos de medicamentos de uso posible y las opciones deben ser discutidas con un médico especialista en oncología clínica, médico experto en este tema. Seguramente, y de acuerdo con su estado de salud general, la primera opción que le será planteada, de ser candidato a quimioterapia, es el uso de un medicamento llamado doxetacel, asociado con prednisona, los cuales se suministran a través de una vena en dosis e intervalos definidos como ciclos.

Vigilancia pasiva

El cáncer de próstata tiene como característica particular un tiempo de evolución lento, es decir, puede pasar un tiempo significativo entre el momento en que es una enfermedad localizada hasta que se disemina y puede comprometer otros órganos, e incluso amenazar la vida de la persona afectada. Este periodo incluso puede ser de años, por ello cuando se diagnostica estando en sus fases iniciales en personas de edad avanzada o con enfermedades adicionales importantes que permitan predecir una expectativa de vida corta, no es necesario instaurar tratamientos con intención curativa. Se debe entender, entonces, que dichos pacientes probablemente no son candidatos a manejarlos con prostatectomía radical o radioterapia, y que cualquier tratamiento que se planee se dirigirá a evitar la progresión de la enfermedad y los síntomas asociados con esta, sin pretender curar la enfermedad.

Figura 9. Aplicación de quimioterapia intravenosa



Fuente: Elaboración propia.

Si el urólogo ha considerado que su caso está dentro de este marco de referencia, usted debe tener claro que esta opción de manejo solo pretende protegerlo de los efectos secundarios de tratamientos agresivos, los cuales deben ser evitados de esta manera, ya que a la larga no se justificará padecerlos.

Para que este manejo logre su objetivo, lo importante es un seguimiento estricto que permita monitorear el estado de su enfermedad, de manera que ante la sospecha de progresión, se puedan instaurar las medidas necesarias para evitarla y mantener su adecuado nivel y calidad de vida.

Otras terapias

En general, como lo hemos visto en los apartados anteriores de esta guía, las dos alternativas de tratamiento curativo para el cáncer de próstata aceptadas hoy en día son la prostatectomía radical y la radioterapia. Sin embargo, hay circunstancias especiales en las que nuevas tecnologías pueden tener una aplicación, aunque no se consideren tratamientos estándar, sino opcionales.

La primera tecnología aún en desarrollo, aunque con aplicación clínica en la actualidad, es la crioterapia; esta consiste en la destrucción del tejido tumoral con la aplicación directa de temperaturas extremadamente bajas en la próstata. Los expertos la consideran una terapia opcional en pacientes con cáncer de próstata limitado a esta o para pacientes cuyo tratamiento inicial con radioterapia ha fracasado, o quienes no desean ser tratados con las terapias convencionales. Usted debe tener en cuenta que la efectividad de esta terapia a largo plazo continúa en discusión.

La segunda alternativa tecnológica en desarrollo es el ultrasonido focalizado de alta intensidad, el cual, a diferencia del tratamiento anterior, logra la destrucción del tejido tumoral prostático gracias a la producción de altas temperaturas, las cuales pueden superar los 80 °C. Desafortunadamente sus resultados y efectos a largo plazo no han sido del todo establecidos hasta el momento y, por tanto, se considera una terapia experimental.

Aunque estas dos alternativas continúan desarrollándose y perfeccionándose en diferentes lugares del mundo, aún no son un tratamiento establecido y por ello no han sido implementados en nuestro país.

¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios de los tratamientos?

Prostatectomía radical

La prostatectomía radical es una cirugía mayor, es decir, puede tener complicaciones serias que comprometan la supervivencia o dejar secuelas permanentes. Los riesgos de la prostatectomía radical, ya sea con técnicas convencionales (abierta) o laparoscópica asistida por robot, se pueden dividir en inmediatos y tardíos.

Los inmediatos hacen referencia a situaciones derivadas de la operación y estarán determinados por su condición física al momento de la cirugía, el proceso anestésico, el proceso quirúrgico, la experiencia del cirujano y la hospitalización. Dentro de los riesgos inmediatos que usted debe conocer se encuentran las hemorragias, que de ser masivas pueden requerir la reposición de sangre mediante transfusiones. La hemorragia por sí misma es una situación de alto estrés para su corazón y pulmones, por lo cual, si esta se presenta, usted puede estar sometido a un esfuerzo mayor, que en ocasiones podría conducir a situaciones como infartos cardiacos, insuficiencia cardiaca e insuficiencia respiratoria.

Otro riesgo inmediato es la lesión de órganos vecinos a la próstata, entre los que se destacan la vejiga, los uréteres, el recto, los nervios y los vasos sanguíneos de la pelvis. Dichos riesgos se minimizan con una técnica quirúrgica rigurosa, metódica y experimentada. Dado que la prostatectomía radical implica la pérdida de la continuidad de su tracto urinario desde la vejiga hasta la uretra, se requiere una reconstrucción de esta mediante uniones con puntos o suturas que deberán cicatrizar lo mejor posible, gracias a una buena técnica quirúrgica y condiciones del paciente, como un adecuado estado nutricional. Si esta cicatrización no es adecuada, se manifiesta como fugas de orina permanentes por sitios como la herida, conocidas como fístulas, las cuales, la mayoría de las veces, cierran espontáneamente, pero seguramente requerirá más tiempo del programado con los tubos de drenaje (drenes) y la sonda o catéter uretral. De lo anterior se deduce que la sonda uretral es un elemento fundamental para la adecuada recuperación del proceso postoperatorio, y sus cuidados son de suma importancia para evitar riesgos innecesarios.

Finalmente, el reposo durante el postoperatorio es una condición que, sumada a la presencia de obesidad y el cáncer mismo, aumenta el riesgo de la formación de coágulos o trombos en sus piernas, los cuales, una vez formados, podrían desplazarse a sus pulmones, obstruir vasos importantes y llevar a un cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria, llamado tromboembolismo pulmonar. Dicho riesgo se disminuye si la persona permanece en reposo el menor tiempo necesario y con medicamentos anticoagulantes a bajas dosis, las cuales se aplican en el postoperatorio mediato.

Dentro de las complicaciones tardías de la prostatectomía radical se resaltan tres. Primero, la incontinencia urinaria, es decir, el escape o fuga involuntaria de orina que se relaciona con la pérdida de un segmento de la uretra al ser removida la próstata y la lesión parcial del esfínter urinario, como consecuencia de la remoción de la próstata. La mayoría de las veces dicha situación es transitoria, es decir, tiende a mejorar durante el primer año después de la cirugía y su permanencia a largo plazo no supera el 20% de los casos. Este riesgo se minimiza gracias a una técnica quirúrgica depurada y experimentada, por lo cual la experiencia de su cirujano tendrá un papel fundamental. En caso de ser permanente, es posible que usted deba usar por el resto de su vida algún tipo de protección externa, tomar medicamentos e incluso usar dispositivos externos o internos para su tratamiento.

Segundo, la disfunción eréctil o impotencia, que se produce como consecuencia de la lesión de los nervios y vasos que permiten la erección y que, al estar en estrecha vecindad con la próstata, se lesionan, al ser esta removida. Dicha lesión no siempre puede ser evitada y algunas veces, aun evitándola, se produce disfunción eréctil condicionada por el proceso inflamatorio del postoperatorio, la salud general del paciente y la calidad de la erección previa a la cirugía. El riesgo de disfunción eréctil en forma parcial o total supera el 70%, y por ello seguramente deberá ser sometido, si así lo desea, a un proceso de rehabilitación después de la cirugía que puede implicar el uso de medicamentos de por vida o algunas cirugías adicionales.

Finalmente, la tercera complicación a largo plazo, que es poco frecuente (menor al 5%), pero que de presentarse puede ser devastadora, es la estrechez de la unión de la vejiga y la uretra, que puede manifestarse por una disminución importante del calibre y la fuerza del chorro, hasta la incapacidad para la micción, es decir, la retención urinaria. De presentarse, es posible que se requiera un proceso de dilataciones de la uretra y ocasionalmente alguna cirugía adicional.

En general, la mortalidad relacionada con la prostatectomía radical no supera el 1%, por lo cual se considera una cirugía segura y eficaz para el manejo del cáncer de próstata.

Radioterapia

La radioterapia puede ocasionar efectos secundarios no deseados que afectan la salud del hombre tratado por cáncer de próstata. No obstante, esto también ocurre con otros tratamientos, como la cirugía, la quimioterapia o la terapia hormonal. La diferencia se encuentra en el tipo de efectos adversos y la frecuencia con que ocurren en esta clase de tratamiento.

La radioterapia, a diferencia de la quimioterapia y de la terapia hormonal, solamente causa efectos secundarios sobre la región pélvica, que es la zona del cuerpo a la que está dirigida la radiación utilizada para tratar el cáncer de próstata. Estos efectos son provocados porque los haces de radiación utilizados para erradicar un tumor afectan los órganos sanos que se encuentran alrededor de la próstata, como el recto y la vejiga.

Los efectos secundarios pueden ser de corto plazo, y aparecer durante el tratamiento o pocos días después de este; o de largo plazo, caso en el cual se pueden presentar meses o años después.

Los efectos secundarios de corto plazo pueden incluir diarrea, aumento de las ganas de orinar, dolor al orinar, molestias en la piel, ardor al orinar y cansancio. Muchos de estos síntomas se controlan con medicamentos y usualmente se resuelven pocas semanas después de concluir el tratamiento.

Como parte de los efectos secundarios de largo plazo puede aparecer progresivamente dificultad para tener erecciones, lo cual se conoce como disfunción eréctil, que se debe a una combinación entre la radioterapia y el paso de los años.

Para mejorar esta situación, el urólogo puede ofrecerle diferentes tratamientos, que van desde medicamentos hasta cirugías, dependiendo de su caso particular y su estado general de salud.

A largo plazo también pueden surgir alteraciones intestinales, como sangrado al defecar, o más raramente, dificultad para controlar la defecación, es decir, incontinencia fecal. El sangrado usualmente deja de ocurrir cuando la terapia concluye. Aunque es menos frecuente, puede aparecer también dificultad para controlar la orina, conocido como incontinencia urinaria. Rara vez aparecen otros tumores después de largo tiempo debido a la radioterapia.

Es importante tener en cuenta que después de la radioterapia, así como ocurre después de la cirugía, los hombres en tratamiento usualmente quedan estériles, lo que significa que no pueden tener más hijos.

Las técnicas modernas de radioterapia, como la radioterapia conformacional 3D y la radioterapia de intensidad modulada, aseguran que la radiación utilizada se dirija con mayor precisión hacia el tumor; disminuyendo el efecto sobre los órganos que están alrededor y, por lo tanto, reduciendo la ocurrencia de los efectos secundarios mencionados.

Al momento de tomar una decisión acerca de recibir radioterapia como tratamiento para el cáncer de próstata, es importante que hable con su médico acerca de los beneficios y los posibles efectos secundarios de cada uno de los tratamientos que en su condición particular se pueden utilizar.

Hormonoterapia

Una vez discutidas las alternativas de manejo con su médico tratante, usted debe tomar un tiempo prudencial para entenderlas y tomar una decisión consciente respecto a estas. Cada conducta tiene diferentes aspectos que se reflejarán en efectos secundarios que podrán ser temporales o definitivos, algunos desaparecen espontáneamente, pero otros requerirán terapias adicionales para superarlos. Concretamente, cuando la decisión sea usar terapias hormonales, el objetivo de estas es llevarlo a un estado de supresión completa de la acción de la testosterona, hormona producida por los testículos y de la cual depende el tejido prostático para su desarrollo.

Desde hace más de 50 años se sabe que al suprimir la acción de la testosterona en pacientes con cáncer de próstata se logra disminuir la velocidad de progresión del tumor avanzado, mejorando así la calidad de vida del paciente afectado con un cáncer de próstata que es incurable.

La terapia hormonal requerida se logra mediante diferentes vías; una de ellas es retirando los testículos, en un procedimiento quirúrgico sencillo y sin mayores riesgos, conocido como orquidectomía. Otras formas de manejo hormonal son la aplicación de medicamentos por vía intramuscular, subcutánea e incluso por vía oral.

El estado de ausencia de testosterona en nuestro organismo se conoce como hipogonadismo y es lógico que tenga efectos colaterales indeseables, pero tolerables. Los más evidentes serán la pérdida del deseo sexual o libido, la disminución de la calidad de la erección, la disminución del volumen del semen eyaculado si aún se tiene eyaculación, las oleadas de calor, el aumento del tamaño de las glándulas mamarias, llamado ginecomastia, y la obesidad. Esta última puede condicionar estados no saludables adicionales, como el aumento de los niveles en sangre del colesterol, los triglicéridos y el azúcar, lo cual podría aumentar el riesgo de eventos cardiovasculares, como hipertensión y enfermedad coronaria. Por otro lado, la ausencia de testosterona en nuestra circulación conlleva un efecto de pérdida de la mineralización ósea por pérdida del calcio en los huesos, que inicialmente se conoce como osteopenia, pero que si progresa lleva a la osteoporosis, y es un factor de riesgo para fracturas de hueso con traumas o golpes leves.

La mejor forma de prevenir o disminuir los riesgos del uso del bloqueo hormonal es usarlo el menor tiempo posible cuando este sea necesario o no usar bloqueo completo todo el tiempo. Siempre que se use el bloqueo hormonal debemos tener una dieta rica en proteínas, calcio y vegetales, mantener una rutina de ejercicios permanentes —idealmente al aire libre— para favorecer, mediante la exposición a la luz solar, la fijación del calcio al hueso, y si ya hay osteopenia al inicio del tratamiento, debemos tomar un complemento farmacológico de calcio y vitamina D diariamente. La dieta debe ser baja en calorías para contrarrestar el efecto del bloqueo en la ganancia de peso.

Cuando se presenten lesiones metastásicas al hueso lo ideal es tener una valoración por un ortopedista que pueda iniciar el manejo preventivo de las fracturas patológicas con medicamentos tomados o inyectados, llamados bifosfonatos.

Finalmente, cuando la glándula mamaria crece y duele es posible recibir tratamiento para esta condición con medicamentos hormonales conocidos como estrógenos o con bajas dosis de radioterapia focalizados en las mamas.

¿Cómo es el seguimiento de mi tratamiento?

Luego de la prostatectomía radical, el urólogo instaurará un plan de seguimiento que puede variar según los esquemas particulares de cada centro, pero en general incluyen visitas periódicas el primer año cada tres meses, el segundo y tercer años cada seis meses, y posteriormente cada año. En estas visitas se le interrogará sobre las molestias o síntomas relacionados con los tratamientos, se hará un examen físico y se pedirán exámenes de laboratorio; el más relevante es el llamado antígeno prostático específico (PSA). Este examen es de vital importancia, dado que la elevación del PSA suele preceder a la aparición de lesiones avanzadas o metástasis, y puede determinar el cambio de la terapia ya instaurada o la necesidad de asociar otros tratamientos adicionales.

Luego de la radioterapia, el esquema de seguimiento es muy similar al de la prostatectomía radical, con la particularidad de que algunos controles los realizará el radioterapeuta y otros, el urólogo. Es importante resaltar que la herramienta de seguimiento más importante, además del examen físico, es nuevamente el antígeno (PSA), pero su interpretación es algo más confusa, por lo cual no se alarme con sus valores y espere siempre el concepto del profesional sobre las variaciones que se puedan presentar con este.

Si mi enfermedad está avanzada, ¿qué manejo me pueden ofrecer?

Si su enfermedad es diagnosticada en un estado avanzado, o si como causa de la falta de tratamiento o de una respuesta no adecuada a este la enfermedad avanza, usted podrá presentar varios síntomas o signos que deterioren su calidad de vida y que serán manejados esta vez no con intención curativa, sino paliativa, para evitar complicaciones mayores, disminuir o evitar el dolor, y mejorar su calidad de vida en su entorno familiar. Algunos de estos signos o síntomas comunes en enfermedad avanzada se exponen a continuación.

Dolor

El sitio más común en que el cáncer de próstata hace metástasis son los huesos, por lo cual puede producirse dolor, fracturas y elevación del calcio en la sangre. El dolor óseo tiene su localización dependiendo de dónde se ubique la metástasis, en muchas ocasiones se ubican en la columna vertebral, por lo cual puede producir, además del dolor, la compresión de la médula espinal, lo que incrementará el dolor, producirá calambres, alteración de la sensibilidad en los miembros superiores e inferiores, e incluso puede llevar a parálisis. Este dolor se maneja con analgésicos, pero es importante eliminar la causa, o sea, las metástasis, lo cual generalmente se hace con radioterapia o con un medicamento llamado bifosfonato.

El control de dolor puede variar dependiendo de su intensidad y duración, así como de la causa; lo primero en el manejo el dolor es que usted sea evaluado por algún miembro del equipo de cuidados paliativos, quien le indagará por lo siguiente respecto al dolor que usted siente: sitio, intensidad, descripción de cómo es el dolor, duración, qué cosas lo empeoran o lo alivian, cómo afecta su sueño, su alimentación o su movilidad. Todo esto ayudará a entender su dolor y darle el manejo más adecuado y efectivo, así como lograr seguimiento de este durante su tratamiento. Se le formularán analgésicos generalmente para ser tomados o administrados en su casa, a no ser que su dolor sea incontrolable y requiera hospitalización; también, se le formularán otros medicamentos que lo ayudarán a disminuir posibles efectos indeseables de los analgésicos, como el estreñimiento o las náuseas.

Obstrucción urinaria alta y baja

Recuerde que la próstata se encuentra rodeando la uretra (tubo por donde sale la orina de la vejiga al exterior), por ende, si su tumor es muy grande comprimirá dicho tubo, evitando que la orina salga de la vejiga; esto producirá incomodidad, sensación de tener la vejiga llena y no poder orinar, además de dolor. Es una obstrucción urinaria baja y se soluciona generalmente con la colocación de una sonda a través de la uretra, que va hasta la vejiga para desocuparla; es probable que si esta sonda es permanente, se recambie periódicamente, con el fin de evitar infecciones.

Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios o a los otros órganos de su sistema urinario o vecinos de estos, es posible que la orina que producen los riñones no pueda salir de estos, no pueda llegar a la vejiga o salir de esta, produciendo así una obstrucción urinaria alta, que debe ser manejada con derivaciones de uno o ambos uréteres, o de uno o ambos riñones (conectar los riñones o los tubos que salen de estos y van a la vejiga, al exterior, mediante unos tubos delgados conectados a una bolsa). Estas derivaciones pueden ser permanentes, con el fin de que usted no presente una falla renal.

Hemorragia

Si el cáncer de próstata causa sangrado dentro de la próstata, es posible que esta sangre salga en el semen; si invade o erosiona las paredes de la uretra o la vejiga puede causar sangrado en la orina; si invade o erosiona la pared del recto puede producir entonces sangrado rectal. Los tratamientos para el cáncer avanzado pueden evitar o ayudar en estos problemas, pero en muchas ocasiones el sangrado uretral puede producir obstrucción urinaria por los coágulos, por ello tiene que ponerse una sonda uretral de tres vías con irrigación permanente con glicina para lavar la vejiga y ayudar a controlar el sangrado.

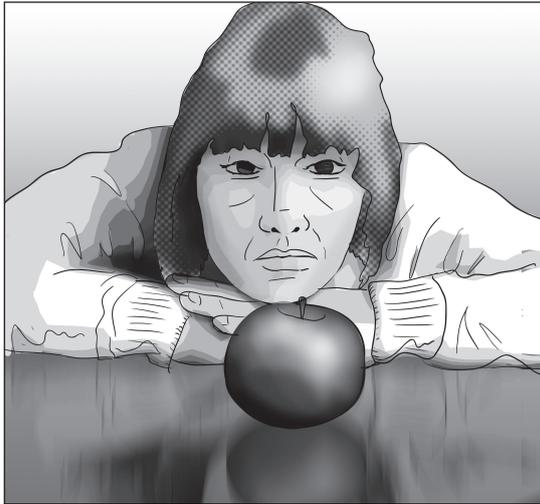
Fatiga y debilidad

Esta puede producirse por la anemia causada por hemorragia, depresión, ansiedad, dolor, edema en miembros inferiores causado por retención de líquidos (por ejemplo, si los ganglios linfáticos están comprometidos). La fatiga puede ser controlada al manejar su causa, con transfusiones, medicamentos y terapia para el manejo de las afecciones emocionales.

Pérdida de apetito

Es la ausencia de interés, deseo o energía para comer, que usted puede experimentar a causa de la progresión de la enfermedad, como en el caso de metástasis al hígado, porque puede producir náuseas y vómito, al igual que si está tomando algunos analgésicos, principalmente opioides (figura 10).

Figura 10. Falta de apetito



Fuente: Elaboración propia.

Si la causa de la anorexia (pérdida del apetito) es reversible, su médico le dará manejo, además se recomienda que modifique sus hábitos alimenticios, así: fraccione las comidas (consuma alimentos seis veces al día en poca cantidad), varíe la preparación de dichos alimentos, haciéndolos agradables a la vista y al gusto; procure que lo poco que coma sea nutritivo y balanceado, consuma alimentos de fácil digestión.

Falta de sueño

Es la dificultad que usted puede tener para conciliar el sueño, el hecho de despertarse varias veces en la noche o que su sueño sea intranquilo, ocasionándole fatiga y cambio en su estado anímico. Puede deberse a dolor no controlado, al efecto secundario de algún medicamento que consuma, a la preocupación o a la depresión. Es importante que planee actividades cuando se sienta con más energía, realice ejercicio moderado, como caminar; evite estimulantes como el café o el alcohol cerca de la hora de dormir, practique técnicas de relajación antes de dormir, tome un baño caliente, beba leche tibia, platique con su pareja y/o familia respecto a sus preocupaciones; adicional a esto, si su médico lo considera conveniente, puede formularle algún medicamento para dormir mejor.

Estreñimiento

Es la alteración de sus hábitos intestinales, volviendo las deposiciones más duras y distanciadas, incluso de varios días, lo cual genera malestar general. Las causas más comunes de estreñimiento incluyen la baja ingesta de líquidos, la ausencia

de fibra en la dieta, la disminución de la ingesta de alimentos, la insuficiente actividad física o como efecto secundario del consumo de morfina, codeína u oxycodona.

Su médico le formulará laxantes, pero es muy importante que usted ingiera abundantes líquidos, consuma alimentos ricos en fibra y aumente su actividad diaria para superar el estreñimiento.

Diarrea

Es cuando sus deposiciones son líquidas y se dan más de tres veces al día. Esta puede ser causada como efecto secundario del tratamiento de su enfermedad, por ejemplo en la radioterapia. Debe ser manejada para evitar deshidratación y pérdida de electrolitos, como el potasio; si no es posible manejarla en casa consumiendo abundantes líquidos y suprimiendo la fibra de la dieta, es posible que requiera hospitalización para hidratarlo con líquidos endovenosos.

Rol de la familia y los cuidadores

Cuando usted padece una enfermedad crónica y delicada como el cáncer, es difícil que la pueda afrontar solo; requerirá el apoyo y acompañamiento de su pareja, familia y amigos. El diagnóstico de la enfermedad produce un impacto emocional grande en usted y en quienes lo rodean, por eso en primera instancia es importante que involucre a su pareja (si la tiene) y a su familia (padres, hermanos, etc.), y mantenga con ellos una comunicación clara y permanente. Ellos pueden apoyarlo a la hora de tomar las decisiones frente a la mejor opción de tratamiento y acompañarlo durante este proceso.

Mantenga una comunicación abierta, clara y periódica con su médico tratante, ojalá acompañado siempre de su pareja o familiar cercano, ellos pueden recordar aspectos o indagar por dudas que a usted pueden olvidársele. Es importante que considere el acompañamiento cuando la enfermera o el médico den indicaciones de tratamiento, expliquen procedimientos o informen sobre posibles efectos secundarios. Recuerde que lo primordial es tener clara toda la información posible sobre su enfermedad, tratamiento, evolución y expectativas para el futuro.

No siempre es posible, por diversas causas, tener el apoyo de familiares cercanos; en ese caso, lo puede acompañar o cuidar otra persona, o en una institución. Será entonces con ellos con quien contemos para apoyarlo y acompañarlo durante su enfermedad y tratamiento, si usted así lo decide.

No todas las personas asumen una situación nueva y difícil de la misma manera, y en ocasiones puede requerirse el apoyo y orientación de psicología o trabajo social para facilitar el afrontamiento de la enfermedad; si este es su caso, indague en su institución de salud por estas ayudas.

Si su enfermedad está avanzada, se requerirá un cuidador permanente para que le colabore con la administración de medicamentos para el dolor, y lo asista en la movilización y actividades cotidianas, como el baño y la alimentación.

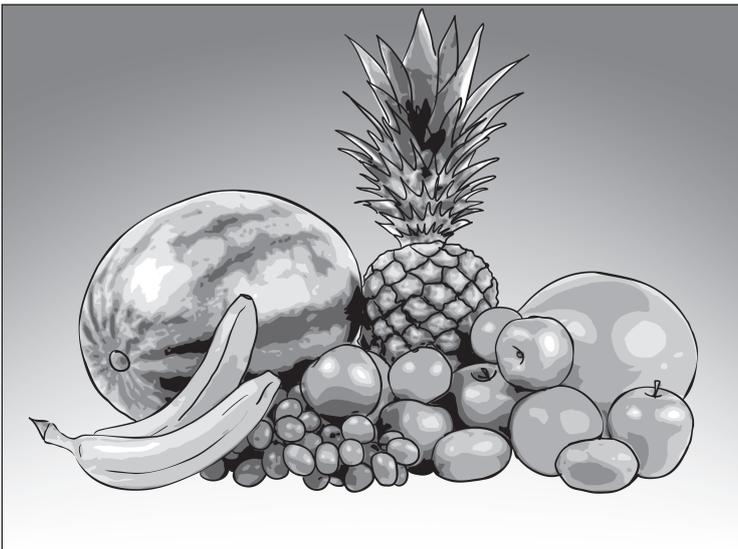
La decisión de involucrar a una o más personas en su enfermedad y situación de salud es totalmente suya, pero recuerde que sentirse acompañado mejorará su estado anímico y le ayudará a enfrentar su nueva situación de mejor manera.

¿Cómo puedo apoyar mi tratamiento?

Dieta

Usted va a encontrar innumerables consejos respecto a los alimentos que pueden ayudar o empeorar el cáncer, pero ciertamente no está comprobado que un alimento evite el cáncer de próstata o mejore la supervivencia. Puede tener en cuenta que la oxidación y la inflamación desempeñan un papel importante en el desarrollo del cáncer de próstata, y que existen sustancias antiinflamatorias y antioxidantes como la vitamina C, E y β -carotenos que se encuentran en ciertos alimentos, como frutas y verduras crudas y frescas, entre ellas brócoli, perejil, guayaba, hinojo, coliflor, berro, pimiento, pepino, melón, papaya, fresas, coles de Bruselas, todos los cítricos, los kiwis y los tomates; en los aceites vegetales (soja, maíz y girasol), germen de trigo, vegetales verdes, frutos secos, cereales y yema de huevo; en frutas y hortalizas de color rojizo, amarillo y anaranjado, por ejemplo zanahorias, albaricoques, espinacas, tomate, calabaza y melón. Preferiblemente deben ser ingeridas crudas o cocinadas al vapor. Evite consumir suplementos nutricionales o multivitaminas que no hayan sido formulados por su médico tratante (figura 11).

Figura 11. Alimentación saludable



Fuente: Elaboración propia.

La dieta está incluida dentro de los aspectos que usted debe modificar para cambiar a un estilo de vida que contribuya a mejorar su calidad durante y después del tratamiento de su cáncer de próstata para evitar complicaciones o manejar los efectos secundarios de tratamientos.

Es importante que los hombres con cáncer de próstata se cuiden a sí mismos. Cuidarse a sí mismo incluye comer bien y mantenerse tan activo como sea posible. Usted necesita la cantidad suficiente de calorías para mantener un buen peso, necesita también suficientes proteínas para conservar las fuerzas. Comer bien puede ayudarle a que se sienta mejor y tenga más energía. El nutricionista puede sugerir una dieta saludable.

Actividad física

Muchos hombres se dan cuenta de que se sienten mejor cuando se mantienen activos; caminar, meditar, nadar y practicar otros ejercicios pueden mantenerle fuerte y aumentar su energía, el ejercicio puede reducir el dolor y hacer que el tratamiento sea más fácil de manejar, también puede ayudar a aliviar el estrés.

Antes de practicar cualquier tipo de ejercicio, asegúrese de consultar con su médico o enfermera, así mismo, si su actividad le causa dolor u otros problemas, comuníquelo. Se recomienda ejercitarse por lo menos treinta minutos al día, tres veces a la semana, no solo como complemento a su tratamiento de cáncer de próstata, sino porque es posible que a usted lo acompañen otras afecciones, como hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso o hipertrigliceridemia, afecciones que también se disminuyen con el ejercicio.

La dieta y el ejercicio son importantes en su nuevo estilo de vida saludable, pero no reemplazan ningún medicamento, cirugía o tratamiento; es solo un complemento que le ayudará a manejar mejor su enfermedad.

El ejercicio que usted puede practicar incluye caminar, nadar, estiramientos, ejercicios con bandas elásticas; si usted tiene metástasis óseas debe consultar especialmente con su médico sobre los ejercicios que puede realizar, debido a un mayor riesgo de fracturarse.

Hábitos: tabaco y alcohol

Estos son hábitos muy nocivos, si usted tiene alguno de ellos es el momento de dejarlos; el cigarrillo no solamente es un factor predisponente para el cáncer, sino para enfermedades respiratorias y cardiovasculares que pueden ocasionar complicaciones a la hora de una cirugía o un manejo crónico. El tabaco y el alcohol son sustancias estimulantes que empeorarán su cuadro si usted presenta ansiedad, insomnio o náuseas (figura 12).

Figura 12. Consumo de tabaco o cigarrillos



Fuente: Elaboración propia.

Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión

Son cuatro los parámetros que usted puede incluir para cambiar exitosamente su estilo de vida y mejorar el curso de la enfermedad.

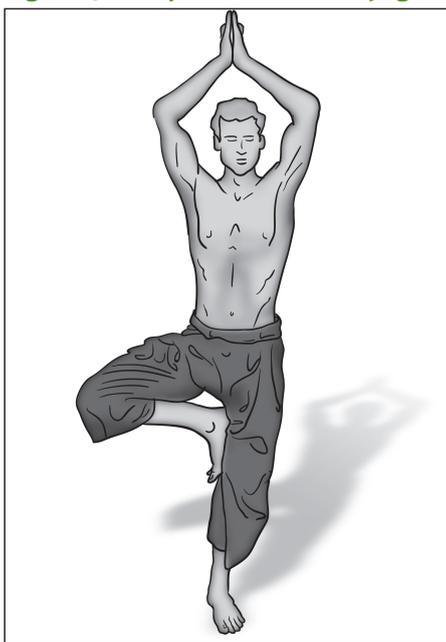
- Reducción del estrés: exprese los sentimientos de estrés, ansiedad y tristeza que le estén causando problemas físicos o que lo estén haciendo sentir peor. Recuerde que su familia o amigos pueden no ser capaces de ayudarlo a manejar sus sentimientos apropiadamente, lo cual requiere apoyo externo por un psicólogo o una guía espiritual. Trate de no preocuparse demasiado por problemas laborales, de sus hijos o del hogar que le produzcan sentimientos negativos, no consiste en actuar como si nada pasara, consiste en manejarlos con una actitud positiva y tranquila. Realice actividades que disfrute o reúna con personas que lo hagan sentir feliz y en paz; investigaciones han demostrado que una actitud positiva puede mejorar su calidad de vida y su estado de salud. Calme su cuerpo y su mente con relajación, meditación y ejercicio, duerma y coma bien.
- Control de su entorno: sea usted quien decida salir de la cama y de su casa, realice las actividades que usted desee, determine qué quiere comer. Si tiene dolor, ponga todo de su parte para manejarlo, además de tomar su medicación, no le tema a volverse dependiente de los analgésicos, especialmente si consume opioides; controlar el dolor puede ser definitivo a la hora de hablar de calidad de vida.
- Automonitoreo: propóngase unas metas, planee unas actividades, implemente cambios en su comportamiento y en sus hábitos, sea su propia conciencia y hágase un seguimiento, registrando los avances que va logrando con el paso de los días.
- Apoyo social: es posible recibirlo de su familia, amigos, parientes, grupos religiosos, grupos de pasatiempos o grupos de sobrevivientes de cáncer de próstata, estos últimos pueden ser importantes, ya que encontrará

personas que han pasado por las dificultades que usted está pasando en este momento y que lo entenderán, además de contarle sus experiencias.

Existen otras terapias alternativas que le pueden ser de utilidad:

- Los masajes pueden ayudar a reducir el dolor, la fatiga, el insomnio, la ansiedad, la depresión y las náuseas.
- La aromaterapia mejora el sueño y ayuda a la relajación.
- La reflexología reduce la ansiedad.
- La acupuntura reduce las náuseas, el vómito, la fatiga y el dolor.
- El yoga y la actividad física mejoran el sueño, reducen el estrés, la ansiedad, la depresión y la fatiga (figura 13).
- El *tai chi* alivia el dolor, mejora la flexibilidad, la fuerza y reduce el estrés.

Figura 13. Terapias alternativas: yoga



Fuente: Elaboración propia.

Si tiene la posibilidad de hacer estas actividades, consulte con su médico o enfermera antes de realizar cualquiera de ellas. Es de tenerse en cuenta que el estrés emocional y psicológico no solo lo sufre usted como paciente, también su pareja y familia cercana, como acompañantes o cuidadores. Es importante, entonces, discutir sus necesidades, las de su pareja y las de quien se vea más directamente afectado por cualquier decisión tomada o por cualquier problema o dificultad que se pueda presentar.

Preguntas de la vida cotidiana

¿Puedo seguir trabajando?

El cáncer de próstata es una afección de larga duración, que cuando es diagnosticada pasa un tiempo antes de iniciarse un tratamiento, lo que le da la oportunidad de informar en su trabajo para alejarse de él por un tiempo prolongado de manera planeada. Aunque usted quiera seguir trabajando, los tratamientos, sea cual sea el que usted inicie, llevan un tiempo prolongado y causan efectos secundarios que lo van a indisponer física y emocionalmente; si la clase de trabajo que usted realiza se lo permite, en ocasiones podría trabajar desde su casa cuando su estado se lo facilite.

La principal preocupación del paciente con cáncer de próstata respecto al trabajo es que a pesar de tener las condiciones legales de trabajo, solo recibirá las dos terceras partes de su salario mientras dure su incapacidad.

¿Me pueden tratar en el lugar donde vivo?

Si su enfermedad es sospechada o diagnosticada en un pueblo o ciudad pequeña, es posible que incluso para la realización de la biopsia deba trasladarse a una ciudad más grande que cuente con los recursos de infraestructura y humanos idóneos para su tratamiento; normalmente, aunque lleve tiempo, su entidad prestadora de salud lo remitirá, pero obviamente esto conlleva un traslado que le ocasionará a usted y a su familia gastos extras e implicará la adaptación a nuevas circunstancias.

Una vez sea tratado y el paso posterior sea el seguimiento con controles y exámenes periódicos, usted probablemente pueda regresar a su sitio de procedencia y viajar solo para los controles; pero si su situación de salud presenta complicaciones o deterioro, es posible que deba permanecer por más tiempo en la ciudad donde lo están tratando.

Cuando vive en la misma ciudad donde se le realiza el tratamiento y su estado requiere cuidados paliativos, es posible brindárselos a domicilio.

¿Esta enfermedad puede afectar mi sexualidad y fertilidad?

Es probable que cuando le informaron que tenía cáncer haya pensado principalmente en sobrevivir, pero después de un tiempo empiezan a surgir otras preguntas: ¿qué tan “normal” puede ser mi vida aunque tenga el cáncer bajo control? O tal vez, ¿cómo afectará el cáncer mi vida sexual?

El sexo y la sexualidad son partes importantes de la vida diaria. La diferencia entre sexo y sexualidad es que el sexo es visto como una actividad, algo que usted hace con su pareja. La sexualidad, en cambio, se asocia más con lo que la gente siente y se relaciona más con su necesidad de cariño, intimidad, jugueteo y placer.

El primer paso es hablar sobre el tema de sexualidad con su pareja y con su urólogo o algún otro integrante de su equipo de atención de cáncer. Usted tiene

derecho a saber cómo su tratamiento afectará su alimentación, cuánto dolor podría llegar a sentir y su capacidad para regresar al trabajo; de la misma manera, también tiene derecho a saber y a tratar los aspectos de su vida sexual.

Generalmente, su sexualidad y su fertilidad se verán afectadas por el cáncer y por los efectos secundarios de los tratamientos; no hay una sola de las opciones terapéuticas que no las afecten en mayor o menor grado, pero usted, junto con su pareja y su urólogo, debe discutir las posibles alternativas para mejorar estas alteraciones.

¿Cuánto tiempo puedo esperar sin riesgo antes de tratarme?

Esta es una situación muy particular para cada paciente; una vez es diagnosticado el cáncer de próstata, la decisión de iniciar uno u otro tratamiento es suya, pero tenga en cuenta la opinión de su urólogo, el estadio y la agresividad de su cáncer, su edad y la posible presencia de otras enfermedades (por ejemplo, cardiovasculares, diabetes).

Es posible que su cáncer pueda vigilarse por un tiempo con exámenes periódicos, pero eso solo podrá discutirlo y decidirlo con su urólogo tratante.

¿Es necesaria una segunda opinión?

Antes de comenzar un plan de tratamiento, puede querer una segunda opinión acerca de su enfermedad; esto es muy natural y comprensible por parte del médico que lo está tratando. Algunas entidades aseguradoras de salud cubren una segunda opinión si usted o su médico la solicitan.

Puede que una segunda opinión lleve algo de tiempo y esfuerzo para reunir la historia clínica y hacer arreglos para ver a otro médico; en general, no es un problema tomarse algunas semanas para obtener una segunda opinión. En la mayoría de los casos, el retraso en empezar el tratamiento no hace que este sea menos efectivo. Para cerciorarse de esto, usted deberá hablar con su médico sobre la demora. Algunos hombres con cáncer de próstata necesitan el tratamiento de inmediato, en estos casos no es conveniente una demora.

Hay varias formas de encontrar a un médico para obtener una segunda opinión. Es posible que su médico le refiera a uno o a varios especialistas, o en los centros de atención especializada, varios médicos trabajan con frecuencia en equipo.

Tenga en cuenta que una segunda opinión es suficiente, no se desgaste ni espere mucho tiempo tratando de encontrar algún médico que le diga lo contrario, aunque sea lo que usted quisiera escuchar.

Diez preguntas que usted debe resolver con su médico cuando tiene cáncer de próstata

1. ¿Qué es el antígeno prostático (PSA) y cómo está el mío?
2. ¿Qué tan avanzada está mi enfermedad?
3. ¿Qué es la clasificación de Gleason? ¿Cuál es la clasificación en mi caso?
4. ¿Necesito otros exámenes complementarios, como una gammagrafía ósea, tomografía computarizada o resonancia magnética?
5. ¿Se ha diseminado el cáncer fuera de la próstata?
6. ¿Es curable el cáncer de próstata que padezco? O, por el contrario, ¿requiere cuidado paliativo?
7. ¿Puedo esperar para intentar un tratamiento curativo?, ¿esto podría amenazar mi vida?
8. ¿Cuál es la opción de tratamiento más adecuado para mí?, ¿cuáles son los principales efectos adversos?
9. Respecto al tratamiento, ¿cuántos pacientes ha tratado y cuáles son sus resultados en curación del cáncer de próstata?, ¿cuál es la frecuencia de incontinencia urinaria o de impotencia?
10. ¿Esta institución está especializada en tratamientos para el cáncer de próstata?

Adaptado de: Langley S, Davies J, Eden Ch. A patient's guide to prostate cancer. The Prostate Cancer Centre. 2005. Stirling Road, Guildford, Surrey GU2 7RF. Disponible en: <http://www.prostatecancercentre.co.uk/downloads/booklets/prostatecancer.pdf>

Lo invitamos a que imprima estas preguntas y las resuelva con los profesionales que están al frente de su atención. También, busque la información para responder a la mayoría de estas preguntas en la presente guía.

Otros sitios donde puede consultar

Para obtener más información sobre el diagnóstico, tratamiento, soporte o investigación sobre cáncer de próstata puede visitar las páginas web de las siguientes instituciones.

Sociedades científicas

- Sociedad Colombiana de Urología, teléfono (1) 218 67 00, fax (1) 218 8695, Bogotá, <http://www.scu.org.co>, correo electrónico: scurol@scu.org.co
- Asociación Americana de Urología, <http://www.auanet.org>
- Asociación Europea de Urología, <http://www.uroweb.org/>

Asociaciones de pacientes

- Liga Colombiana Contra el Cáncer, teléfono (1) 744 17 80, fax (1) 744 17 80, Bogotá, <http://www.ligacancercolombia.org>. Correo electrónico: información@ligacancercolombia.org
- Fundación SIMMON, teléfono (1) 600 00 12, Bogotá, <http://www.simmoncancer.org/>
- RedCancer, teléfono (1) 218 67 00, fax (1) 218 8695, Bogotá, <http://www.redcancer.org/scurol@scu.org.co>

Glosario

Antígeno prostático específico. Proteína producida en la próstata que puede estar elevada en pacientes con cáncer de próstata, así como en otras enfermedades.

Biopsia. Extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido de un órgano (por ejemplo, la próstata), para examinarla luego en el laboratorio de patología.

Bisfosfonatos. Medicamentos usados para ayudar a fortalecer los huesos y evitar el riesgo de fracturas y dolor en huesos que han sido debilitados por el cáncer metastásico.

Braquiterapia. Tipo de implante en forma de semillas, cintas o alambres que se pone cerca o dentro del órgano. Utiliza radiación para destruir las células cancerosas. También reduce el tamaño de los tumores.

Cáncer. Nombre genérico que define la multiplicación no controlada de células anormales que partieron inicialmente de células normales, las cuales al crecer conforman un tumor.

Crioterapia. Tipo de tratamiento en el cual se busca destruir el tejido tumoral con la aplicación directa de temperaturas extremadamente bajas en la próstata.

Disfunción eréctil. Incapacidad constante para lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual satisfactoria.

Disuria. Dolor al orinar.

Ecografía transrectal. Procedimiento por el cual se introduce una sonda (tubo pequeño) por el recto que emite un tipo de ondas de ultrasonido que producen ecos al chocar con la próstata. Este es uno de los medios que se utiliza para tomar una biopsia.

Escala de Gleason. Sistema de clasificación que se utiliza para medir el grado de agresividad del cáncer de próstata, basándose en la observación por el patólogo en el microscopio de las características que presentan las células de la muestra obtenida en una biopsia del órgano.

Esfínter. Músculo en forma circular que permite el paso, en una sola vía, de una sustancia de un órgano a otro por medio de un tubo (por ejemplo, orina).

Estreñimiento. Síntoma que se relaciona con la imposibilidad de hacer del cuerpo; generalmente se asocia con heces o deposiciones duras o difíciles de evacuar.

Fístula. Conexión, comunicación o canal anormal entre órganos, vasos o tubos. Esta conexión puede ser el resultado de heridas, cirugías, infecciones e inflamaciones.

Gammagrafía ósea. Examen que utiliza imágenes que muestran áreas de aumento o disminución del recambio (metabolismo) óseo.

Ganglios. Pequeños órganos que se encuentran a lo largo del cuerpo y son una parte importante del sistema inmunitario. Ayudan al cuerpo a reconocer y combatir microbios, infecciones y otras sustancias extrañas.

Ginecomastia. Engrandecimiento de una o de ambas glándulas mamarias en el hombre, causado por una enfermedad o un tratamiento médico.

Glándula. Conjunto de células que conforman un pequeño órgano, cuya función es crear sustancias químicas, como las hormonas, para liberarlas a la corriente sanguínea o en una cavidad del cuerpo (por ejemplo, la próstata).

Hematuria. Sangre en la orina.

Hemorragia. Salida de sangre fuera de las venas, arterias o vasos sanguíneos hacia otros lugares del cuerpo o fuera de él.

Hiperplasia prostática benigna. Crecimiento no cancerígeno en el tamaño de la próstata, que se asocia con el aumento de unas hormonas llamadas estrógenos (hormonas femeninas) sobre la testosterona (hormona masculina), que aparece en los hombres con la edad.

Hiperplasia. Aumento de tamaño de un órgano o de un tejido, debido a que el número de células normales han aumentado en número.

Hipogonadismo. Trastorno que se presenta cuando las glándulas sexuales producen pocas o ninguna hormona. En los hombres, estas glándulas (gónadas) son los testículos y en las mujeres son los ovarios.

Hormona. Sustancia secretada normalmente por células especializadas, localizadas en glándulas de secreción interna o glándulas endocrinas (que no tienen conductos), que tienen como fin afectar la función de otras células, para que realicen una acción sobre el cuerpo o para que liberen a la sangre otro tipo de sustancias.

Hormonoterapia. Uso de hormonas externas, es decir, que tienen que ser aplicadas al cuerpo, para tratar algunas condiciones.

Incontinencia urinaria. Condición en la cual hay una pérdida del control de la vejiga, que almacena la orina, razón por la cual el paciente siente la necesidad de ir constantemente al baño.

Infertilidad. Condición en la cual no se pueden concebir hijos. Puede ser causado por múltiples razones, desde médicas hasta emocionales.

Irradiación. Exposición del cuerpo a radiaciones mediante el uso de una máquina especializada para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades como el cáncer.

Laxante. Sustancia que se utiliza para ablandar las deposiciones o para provocarlas, cuando el individuo presenta estreñimiento.

Metástasis. Células cancerosas que se salen del órgano donde se produjo el tumor y se diseminan a sitios distantes, como los huesos.

Orquidectomía. Extracción o extirpación quirúrgica (por cirugía) de los testículos.

Osteopenia. Disminución del contenido de calcio y otros minerales en los huesos. Se presenta antes de la osteoporosis.

Osteoporosis. Disminución severa del contenido de calcio y otros minerales en los huesos. Puede facilitar las fracturas de huesos.

Paliativo. Actividad que busca mitigar, disminuir o atenuar el dolor o los efectos negativos de un tratamiento o procedimiento médico.

Patología. Rama de la medicina que busca identificar cambios en la estructura de las células o los tejidos causados por una enfermedad.

Procedimiento laparoscópico. Técnica médica que permite observar la cavidad pélvica y/o abdominal con la ayuda de una lente óptica que transmite luz y toma imágenes a la vez.

Próstata. Órgano que se encuentra debajo de la vejiga; únicamente en los hombres. Elabora parte del líquido del semen.

Prostatectomía radical. Extracción quirúrgica de la próstata.

Quimioterapia. Suministro de uno o varios medicamentos que buscan destruir las células cancerosas en uno o varios órganos.

Radioterapia. Tipo de tratamiento que utiliza rayos X de alta potencia, partículas o semillas radiactivas para destruir las células cancerígenas.

Recto. Última parte del tubo digestivo, que tiene como función almacenar las heces o desechos del cuerpo antes de ser expulsados.

Resonancia magnética nuclear. Examen que utiliza imanes y ondas de radio potentes para crear imágenes del cuerpo. No emplea rayos X.

Semen. Conjunto de espermatozoides y sustancias fluidas que se producen en el aparato genital masculino.

Semilla radioactiva. Gránulo pequeño que contiene radiactividad, el cual se pone en el tumor o cerca de este. Las células cancerosas se destruyen en la medida en que la energía que emana el material radiactivo se descompone y se vuelve más estable.

Tacto rectal. Tipo de examen que se realiza en la parte inferior del recto. El médico utiliza un dedo lubricado y enguantado para revisar si hay anomalías.

Testosterona. Hormona producida por los testículos.

Tomografía axial computarizada. Técnica de imagen médica que utiliza rayos X para obtener cortes o secciones de partes del cuerpo con fines diagnósticos.

Uretra. Conducto que lleva la orina y conecta la vejiga con el pene.

Vasos linfáticos. Canales delgados y diminutos que transportan el material de desecho y células del sistema inmunitario en un líquido llamado linfa.

Vejiga. Órgano que almacena la orina antes de ser expulsada.

Vesículas seminales. Pequeñas glándulas que producen alrededor del 60% del volumen del líquido seminal (parte del líquido del semen).

Lista de siglas, símbolos y abreviaturas

cm³: centímetros cúbicos.

ng/ml: nanogramos sobre mililitro.

PSA (por sus siglas en inglés): antígeno prostático específico.

RNM (MRI): resonancia magnética nuclear.

TAC: tomografía axial computarizada.

TNM: T: tumor primario; N: ganglios linfáticos regionales; M: metástasis.