

Cáncer de Próstata

Una Guía práctica



Asociación Española Contra el Cáncer

EDITA:

Asociación Española Contra el Cáncer
Amador de los Ríos, 5
28010 Madrid
Tel. 91.319.41.38
Fax: 91.319.09.66
juntanacional@aecc.es
www.aecc.es
JN/PR/05/2004

Autores: (Orden alfabético)

- ◆ Dña. Ana Eguino Villegas. Trabajadora Social. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid.
- ◆ Dña. Ana Isabel Fernández Crespo. Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid.
- ◆ Dña. Belén Fernández Sánchez. Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid.
- ◆ Dra. Graciela García Alvarez. Oncóloga. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid.
- ◆ Dr. José Antonio Moreno Valle. Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- ◆ Dña. Carolina Pascual Fernández. Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Madrid.

Revisiones y aportaciones: (Orden alfabético)

- ◆ Dr. Ferran Algaba. Sección de Anatomía Patológica. Fundación Puigvert. Barcelona.
- ◆ Dr. Antonio Allona Almagro. Secretario General de la Asociación Española de Urología (AEU). Servicio Urología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- ◆ Dr. Camilo Veiras Candal. Vocal del Comité Técnico Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer. Servicio de Oncología Radioterápica. Centro Oncológico de Galicia "Jose Antonio Quiroga y Piñeyro". A Coruña.

- ◆ Dr. Javier Cassinello. Sección de Oncología Médica. Hospital Universitario de Guadalajara.
- ◆ Dr. Vicente Guillem Porta. Servicio de Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología (IVO)
- ◆ Dr. Oscar Leiva Galvis. Presidente de la Asociación Española de Urología.(AEU). Servicio de Urología. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.
- ◆ Dr. Antonio Llombart Bosch. Presidente del Comité Técnico Nacional de la Asociación Española contra el Cáncer. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Valencia.
- ◆ Dr. Luis Paz-Ares Rodríguez. Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid.
- ◆ Dr. Alfredo Polo Rubio. Unidad de Braquiterapia. Servicio de Oncología Radioterápica. Instituto Catalán de Oncología (ICO). Barcelona.
- ◆ Dr. Humberto Villavicencio Mavrich. Presidente del Consejo de la Salud Prostática de la AEU. Servicio de Urología. Fundación Puigvert. Barcelona.
- ◆ Dra. Almudena Zapatero Laborda. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

ILUSTRADORA: Lourdes Porcal Laynez

MAQUETISTA: Mariana Rodriguez Arroyo

INTRODUCCIÓN

Porque sabemos que contar con información y recursos ayuda

Recibir un diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto emocional y supone una ruptura con la forma habitual de vida. De la noche a la mañana y en muchos casos sin previo aviso, nos vemos obligados a cambiar hábitos y costumbres, a renunciar a proyectos y a enfrentarnos a numerosas situaciones amenazantes y desconocidas. El hospital, las pruebas, la espera de los resultados, los tratamientos, son situaciones difíciles para enfermos, familiares y amigos.

En ocasiones, los tratamientos son breves y eficaces y la vida vuelve rápido a la normalidad. Otras veces, sin embargo, se requieren intervenciones más prolongadas, con recaídas y el proceso se vuelve más largo y complicado. Cada caso es único, y único será el modo de vivirlo.

Nuestro objetivo, con esta guía, es ofrecer un recurso útil para hacer frente a estas situaciones, poner a disposición de todos las herramientas para recuperar el control y favorecer el afrontamiento de la enfermedad. Este material ofrece información sobre el cáncer de próstata, las diferentes pruebas y tratamientos, el impacto emocional y social que supone e información concreta sobre diversos temas.

Nos gustaría mucho que leyese esta guía y que pusiese en práctica las sugerencias que le hacemos, sabemos que le ayudarán. Si necesita una ayuda más específica, póngase en contacto con nosotros. Nuestros servicios de asesoramiento y

apoyo son gratuitos y están a su disposición en las diferentes provincias españolas. Un equipo de profesionales especializados le atenderá.

Nuestro consejo es que utilice esta información como orientación y hable con el equipo que le atiende para todo lo referente a su caso.



LA PRÓSTATA: ¿CÓMO ES Y PARA QUÉ SIRVE?

Ante una enfermedad prostática nos surgen preguntas como: ¿qué es la próstata?, ¿para qué sirve?, ¿dónde está exactamente?, ¿cuáles son sus enfermedades?, ¿qué tratamientos tienen estas enfermedades?, etc. En esta guía se explican algunos aspectos de la próstata y de sus enfermedades, especialmente el cáncer de próstata objeto de la misma, con la intención de dar respuestas y resolver aquellas incógnitas que puedan preocupar sobre esta glándula.



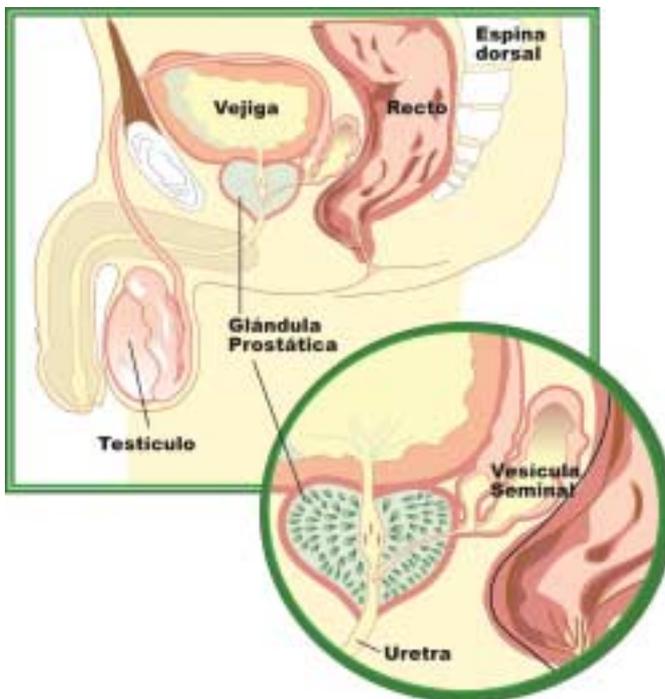
Nuestra intención es utilizar un lenguaje de fácil comprensión, aunque resultará inevitable hacer mención a diversos términos científicos y técnicos. Su empleo y descripción ayudarán enormemente a conseguir un mejor conocimiento de la próstata y de su enfermedad más importante: el cáncer.

Desde este mejor y más amplio conocimiento, la población afectada por esta enfermedad y el entorno que la rodea estará mejor preparada para comprender la información proporcionada, así como las opciones de tratamiento que proporciona el especialista que se ocupará de su enfermedad.

ANATOMÍA DE LA PRÓSTATA

La próstata es una glándula (conjunto de células cuya finalidad es producir y liberar sustancias químicas utilizadas por el organismo) que existe únicamente en el varón. Es un órgano interno que se encuentra en la pelvis, situado detrás del pubis, delante del recto e inmediatamente por debajo de la vejiga de la orina.

Envuelve y rodea la primera porción de la uretra (conducto que transporta la orina desde la vejiga al exterior), atravesando ésta en toda su longitud (uretra prostática). Estas características anatómicas hacen fácilmente entendible que todos aquellos cambios y procesos patológicos, tanto benignos como malignos, que se produzcan en esta glándula van a provocar alteraciones, más o menos notables, en la forma de evacuar la orina (micción).



Aunque el tamaño de la próstata varía con la edad, se aceptan como normales unas dimensiones de 4 cm. de largo por 3 cm. de ancho. Clásicamente se ha dicho que tiene forma de castaña.

La próstata constituye una parte del aparato reproductor, relacionándose íntimamente con otras estructuras del mismo como son los conductos deferentes y las vesículas seminales. Los conductos deferentes son unos tubos finos que van desde cada uno de los testículos hasta la uretra prostática, encargándose del transporte de los espermatozoides. Las vesículas seminales son unas estructuras con forma de saco que están por encima de la próstata y detrás de la vejiga. Las vesículas seminales y los conductos deferentes vacían sus secreciones (líquido seminal y espermatozoides) en la uretra prostática mediante un conducto común, llamado conducto eyaculador que atraviesa la próstata. De aquí saldrán al exterior junto con la secreción de la próstata (líquido prostático), constituyendo el semen.

ESTRUCTURA DE LA PRÓSTATA

La próstata es una glándula que posee una estructura compleja. Está formada en un 30% por tejido fibromuscular (compuesto por músculo y tejido fibroso), y en un 70% por los elementos glandulares propiamente dichos que van a producir el líquido prostático. Tiene una fina envoltura que se conoce como cápsula prostática y define su límite.

Existen diferentes zonas cuyo estudio ha facilitado un mejor conocimiento de las enfermedades de esta glándula. Las zonas más importantes son:

- **Zona transicional:** Donde habitualmente se desarrolla el adenoma de próstata (tumor benigno).

- **Zona central:** Relativamente resistente al desarrollo de patologías.
- **Zona periférica:** Esta zona es donde se generan la mayor parte de los procesos cancerosos, calculándose que un 70% de los mismos se desarrollan en esta porción.

La próstata se desarrolla durante la edad fetal por la influencia de estímulos hormonales. Crece durante la pubertad rápidamente alcanzando su tamaño normal y se mantiene estable hasta llegar a la madurez de la vida, en que bajo la acción, no totalmente aclarada, de hormonas y factores de crecimiento, comienza a aumentar su tamaño desarrollándose procesos benignos y/o malignos.

FUNCIONES DE LA PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES

Algunas de las funciones biológicas específicas de la próstata permanecen todavía desconocidas por la ciencia. No obstante, se sabe que produce una secreción líquida (líquido prostático) que forma parte del semen (líquido de aspecto lechoso que se eyacula, durante el orgasmo). El líquido prostático contiene un gran número de sustancias que proporcionarán, junto con el líquido seminal, nutrientes y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides.

ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA

Fundamentalmente, son tres los procesos patológicos que se pueden desarrollar en la próstata.

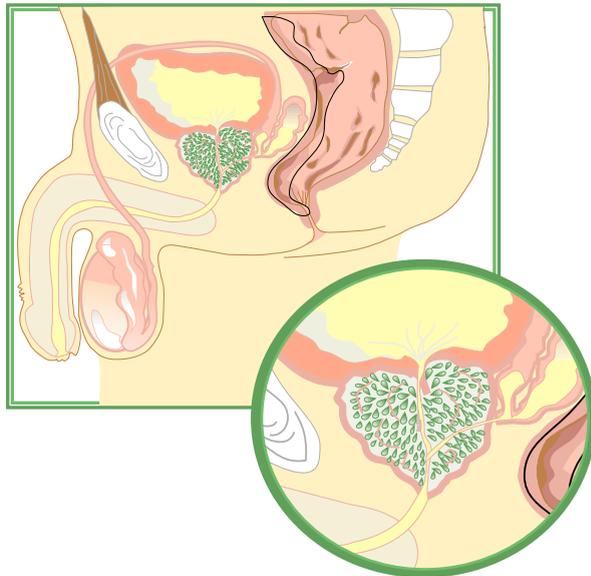
Estos son:

- 1) Hipertrofia Benigna de Próstata (HBP)
- 2) Prostatitis aguda o crónica
- 3) Cáncer de Próstata

Siendo este último el objeto principal de esta guía por lo que será considerado aparte y de un modo más extenso.

Hiperplasia Benigna de Próstata

Es la enfermedad más frecuente de la próstata. Se estima que actualmente más de la mitad de los varones, a partir de los 60 años presentan, en mayor o menor grado, síntomas de hiperplasia benigna de próstata y que una cuarta parte requieren tratamiento quirúrgico antes de los 80 años.



La verdadera causa de por qué se produce permanece en parte desconocida. Se inicia aproximadamente a partir de los 40 años. Como consecuencia de este crecimiento, se produce una compresión en la uretra prostática y cambios en la vejiga que van a desencadenar una serie de trastornos en la micción.

Las manifestaciones clínicas van apareciendo, en la mayoría de los casos, de manera lenta y progresiva, pudiendo producir una serie de síntomas que forman parte de lo que clásicamente se ha denominado como **prostatismo o síndrome prostático**:

- Disminución en la fuerza del chorro de la orina.
- Retardo en el inicio de la micción.
- Sensación de vaciado incompleto de la orina.
- Disuria (escozor y molestias al orinar).
- Urgencia miccional.
- Goteo una vez terminada la micción.
- Aumento de la frecuencia miccional y nicturia (necesidad de orinar durante el descanso nocturno).

Como el propio nombre indica, se trata de un proceso benigno, que no maligniza. Sin embargo, pueden coexistir los dos procesos en un individuo al mismo tiempo (adenoma y carcinoma). El tratamiento quirúrgico de la HBP no excluye la posibilidad de padecer un cáncer de próstata, debido a que en este caso, solamente se extirpa el tejido hipertrofiado quedando el resto de la glándula.

Hay que destacar que algunos de **los síntomas presentes en la hiperplasia benigna de próstata son iguales o parecidos a los que aparecen en un cáncer de próstata**. Si bien, en este último caso evolucionan frecuentemente con mayor rapidez, es decir, en meses en lugar de años como ocurre, habitualmente, en la hiperplasia.

Ante la presencia de uno o varios de estos síntomas se ha de consultar al urólogo para que realice las exploraciones y pruebas complementarias necesarias para obtener un diagnóstico preciso e indique un tratamiento si es necesario.

Prostatitis

El término prostatitis se utiliza para definir aquellos procesos de naturaleza inflamatoria o infecciosa, que afectan a la glándula prostática. Son benignos y su padecimiento no aumenta el riesgo de presentar un cáncer.

La sintomatología suele presentarse de manera brusca produciendo frecuentemente dolor e irritación al orinar, aumento de la frecuencia miccional y dificultad para evacuar la orina, además de fiebre y molestias en la zona perineal.

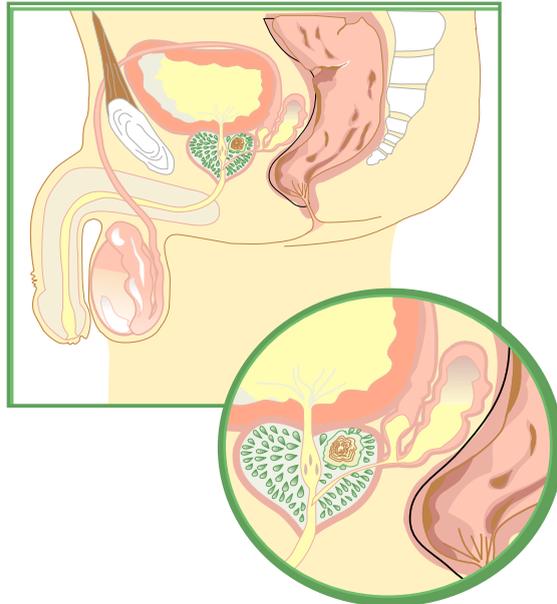
Aunque el tratamiento utilizado, habitualmente, se basa en la administración de antibióticos y antiinflamatorios, no siempre se encuentra una causa infecciosa como responsable del proceso.

La prostatitis es una enfermedad benigna, no teniendo relación causal directa con el cáncer de próstata ni con la hiperplasia benigna.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA

El cuerpo humano está constituido por células que se dividen, periódicamente, para remplazar a las ya envejecidas o muertas y así mantener la integridad de los diferentes órganos. Este proceso requiere un equilibrio que se encuentra regulado por mecanismos de control que indican a la célula cuando debe dividirse. Cuando estos mecanismos de control se alteran puede ocurrir una división incontrolada de células cuya consecuencia es la proliferación anormal de las mismas, dando lugar a un tumor.

Si las células que forman el tumor tienen la capacidad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración) o de trasladarse a otras partes del organismo (metástasis) se denomina cáncer o tumor maligno. Cuando esta proliferación anormal de células malignas sucede en la próstata nos encontramos ante el cáncer de próstata.



A pesar de no conocerse bien la causa que produce el cáncer de próstata, se sabe que su evolución es, habitualmente, bastante lenta en el tiempo y que no se hace evidente en todos los varones que lo desarrollarán. De hecho se sabe que, aproximadamente, un 30% de los hombres de más de 50 años presentan focos de tumor en la próstata y, sin embargo, un 97% no fallecerá por dicho tumor, ya que éste ni se extenderá localmente ni se diseminará a otros órganos.

Es importante mantener una actitud prudente respecto a provocar una detección excesiva de este tumor, ya que se estaría tratando, innecesariamente, a muchos varones que nunca tendrán problemas reales con el cáncer de próstata.

Habrá que esperar a que el progreso de la biología molecular y el conocimiento del genoma humano en el futuro, puedan develar mejor las incógnitas que todavía existen sobre las causas de su desarrollo y progresión.

EPIDEMIOLOGÍA

Según las estadísticas epidemiológicas, el cáncer de próstata ocupa, en países occidentales, el tercer lugar en frecuencia y mortalidad entre las enfermedades malignas que afectan a los varones. En España no existe, en este momento, un registro nacional sobre la incidencia del cáncer de próstata, aunque sí se han recogido datos sobre la incidencia de tumores en algunas Comunidades Autónomas. Las estimaciones realizadas con estos datos revelan que el cáncer de próstata ocuparía el tercer lugar en nuestro país después del cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal.

El cáncer de próstata ha registrado un progresivo aumento de su incidencia en los últimos 25 años. Desde el principio de los años 90 se ha producido un incremento extraordinario del número de casos detectados en muchos países, incluido España. Este fenómeno coincide con el empleo rutinario del PSA (Antígeno Prostático Específico) como test de diagnóstico, así como, la proliferación de las campañas de información y de diagnóstico precoz para cáncer de próstata.

En la Unión Europea se diagnostican anualmente 85.000 nuevos casos, lo cual representa el 13% de todos los tumores malignos. Sin embargo, la incidencia del cáncer de próstata es muy variable según las distintas zonas geográficas y etnias. Por ejemplo, en Europa la frecuencia es mucho mayor en los países escandinavos que en los de la zona sur del continente.

El cáncer de próstata es una enfermedad que aumenta su frecuencia con la edad, correspondiendo el 75 % de los casos a varones mayores de 65 años. Sin embargo, la incidencia registrada recientemente en varones comprendidos entre 50 y 60 años de edad ha crecido notablemente.

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

La causa o causas exactas que producen el cáncer de próstata permanecen en parte desconocidas. No obstante, parece haber evidencias que sugieren la existencia de determinados factores de riesgo genéticos y ambientales que desempeñarían un papel importante en su desarrollo y progresión.

El hecho de presentar alguno de estos factores de riesgo no implica que una persona vaya a desarrollar necesariamente un cáncer de próstata a lo largo de su vida.



Raza: El cáncer de próstata presenta grandes variaciones de incidencia según la zona del mundo que observemos. En Europa son los escandinavos los que mayor incidencia presentan, habiendo una tasa de cáncer de próstata más baja en los países del sur como España, Grecia o Italia.

Herencia: Se estima que un 10% de los casos de cáncer de próstata pueden presentar un componente hereditario. Diversos estudios han demostrado que aquellos varones con antecedentes familiares de primer grado (padre, hermanos) de cáncer de próstata presentarían un riesgo dos veces superior de padecer esta enfermedad.

Edad: El cáncer de próstata fundamentalmente es una enfermedad que afecta a los varones con edad avanzada, aumentando el riesgo de padecerla a medida que envejecemos. El 75% de los casos son personas mayores de 65 años.

Hormonas: El inicio y la progresión del cáncer de próstata están influenciados por los andrógenos (testosterona), sabiéndose con certeza que regresan cuando se produce la castración y disminuyen los niveles de dicha hormona.

Dieta: Hay evidencia epidemiológica de que las dietas con alto contenido en grasas podrían aumentar el riesgo de cáncer de próstata.

En algunas ocasiones, se han asociado determinadas situaciones con el cáncer de próstata, pero actualmente, *no existe evidencia de dicha relación*: Vasectomía, actividad sexual, hiperplasia benigna de próstata.



Evitar la obesidad, disminuir el consumo de alcohol y suprimir el hábito de fumar representan una actitud muy aconsejable para mantener en buenas condiciones la salud del organismo

SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata, como una gran parte de los tumores malignos, no va a causar ninguna sintomatología perceptible por el paciente en las fases iniciales de la enfermedad. En parte porque el porcentaje más importante de los mismos (70%) se desarrolla en la zona periférica que está lejos de la uretra, con lo que no alterará la micción y porque evolucionan lentamente. Normalmente, la sintomatología va a presentarse en etapas más avanzadas del proceso.

El hecho de que las etapas más tempranas de la enfermedad carezcan frecuentemente de sintomatología, nos hace tener que insistir en la importancia que tiene el diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

Los síntomas locales que pueden presentarse en el cáncer de próstata son semejantes a los de la Hiperplasia Benigna de Próstata:

- Urgencia miccional, imperiosidad miccional o incluso pérdida involuntaria de la orina.
- Aumento de la frecuencia de orinar.

- Nicturia (necesidad de levantarse a orinar durante el descanso nocturno).
- Disuria (micción dolorosa).
- Retardo en el inicio de la micción.
- Disminución de la fuerza del chorro miccional o intermitencia del mismo.
- Retención urinaria.
- Goteo posmiccional.
- Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga.
- Emisión de orina o semen sanguinolentos.
- Disminución del volumen del semen eyaculado.
- Disfunción de la erección.

Existen algunos síntomas generales como son la pérdida de peso o apetito, dolor óseo en la pelvis y/o espalda, anemia, edemas (hinchazón) en los miembros inferiores e insuficiencia renal que suelen aparecer en los estadios avanzados de la enfermedad.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Generalmente, la secuencia de diagnóstico que el urólogo le va a recomendar será en primer lugar, tras un interrogatorio para conocer si presenta algún síntoma relacionado con la próstata, la realización de un tacto rectal y una determinación de los niveles de PSA (Antígeno Prostático Específico).

Si el resultado es normal, le recomendará que vuelva a una nueva revisión en un periodo de tiempo, que con frecuencia suele ser de un año. En el caso de existir anomalías en el tacto rectal o en el resultado del PSA, es muy probable que le aconseje someterse a una ecografía transrectal junto con la realización de unas biopsias de próstata para llegar a un diagnóstico que excluya o confirme la presencia de cáncer.

Tacto rectal

Es una exploración simple y sencilla de realizar para la que no se necesita ningún tipo de tecnología específica. Se lleva a

cabo en la misma consulta del médico, permitiendo obtener al momento la información que proporciona dicha exploración.



La proximidad anatómica de la próstata con el recto hace que sea fácilmente accesible a través del orificio anal. Hacer un tacto rectal consiste

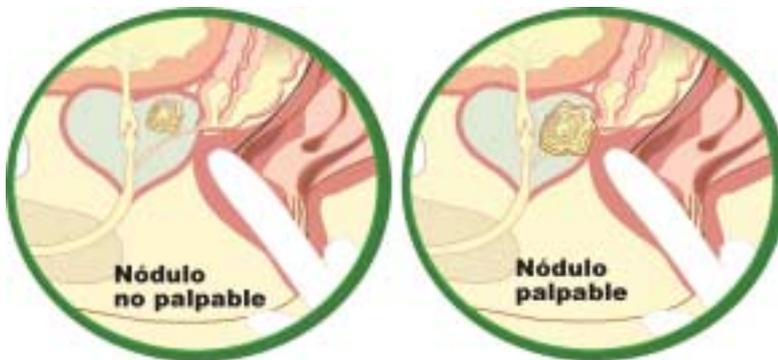
en la introducción de un dedo del explorador, protegido por un guante y lubricado, a través del ano y palpar la superficie de la próstata, situada en la parte anterior del recto. Se trata de una maniobra que puede resultarle algo desagradable o incómoda, pero en absoluto dolorosa.

Es una prueba de corta duración, que permite obtener una valiosa información clínica al urólogo. Tiene el inconveniente de ser una exploración que requiere cierta experiencia en la persona que lo realiza y está sujeta a una interpretación subjetiva.

Las alteraciones que se pueden detectar mediante un tacto rectal y que nos pueden hacer sospechar la presencia de un cáncer de próstata son:

- Nódulos o irregularidades en la superficie.
- Aumento de la consistencia en una porción de la próstata o de manera difusa.
- Alteración en los bordes de la glándula.
- Palpación excesivamente dolorosa.

Aunque la palpación de la próstata sea normal no excluye la presencia de un posible foco de cáncer, tan solo expresa que no es palpable. Existen cánceres que, bien por su pequeño tamaño o por que se hallan situados en zonas internas, no palpables, resultan indetectables mediante una exploración digital.



Antígeno prostático específico (PSA)

El PSA es una proteína producida, casi exclusivamente, en la próstata que se segrega junto con el semen en altas concentraciones. Una pequeña cantidad de esta proteína pasa a la sangre.

Actualmente, con una pequeña muestra de sangre el analista va a poder determinar los niveles de PSA mediante un sencillo test de laboratorio. Es una prueba fácil de realizar a la vez que

objetiva, ya que no depende de la interpretación del explorador como ocurre con el tacto rectal.

La determinación del PSA, hoy día, es la prueba diagnóstica objetiva de mayor ayuda para establecer la sospecha de cáncer de próstata, siendo la que posee el mayor valor predictivo de la enfermedad por sí misma.

Los valores del PSA considerados como normales de forma general son aquellos que oscilan entre 0,0 y 4 ng/ml (nanogramos por mililitro). No obstante, estos valores normales pueden variar en ausencia de cáncer, simplemente por razones de edad y volumen prostático. A más edad y mayor volumen prostático pueden aparecer niveles de PSA mayores de 4 ng/ml sin que haya presencia de un cáncer de próstata.

Aunque se acepta ampliamente este valor de 4 ng/ml como límite alto de la normalidad, está actualmente en discusión por los expertos cual puede ser el valor límite de la normalidad más adecuado en cada edad para detectar el mayor número de casos, evitando así realizar análisis y biopsias innecesarias.

Algunas circunstancias pueden alterar, discretamente, los valores normales de PSA en la sangre y crear situaciones de falsa alarma. Estas circunstancias son las siguientes:

- Tacto rectal previo a la extracción de la muestra analítica, ya que se puede producir liberación de PSA a la sangre.
- Masaje prostático.
- Ecografía transrectal previa.
- Procesos infecciosos e inflamatorios de la próstata.
- Retención urinaria.
- Biopsias de próstata, después de las cuales puede llegar a tardar hasta un mes en regresar el PSA a sus valores basales.

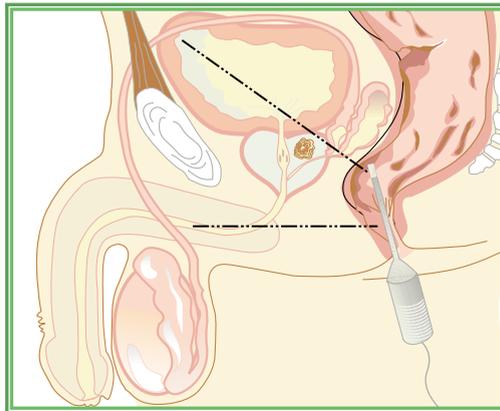
- Hiperplasia benigna de próstata de gran volumen.
- Colocación de sonda vesical y procedimientos endoscópicos.

Por tanto, la presencia de niveles altos de PSA, salvo que estos estén muy elevados, generalmente indican la existencia de una alteración prostática, no siendo, necesariamente, sinónimo de cáncer de próstata.

Una determinación de PSA en la sangre que presenta un resultado normal (menor de 4ng/ml) no excluye totalmente la posibilidad de que exista un cáncer, ya que existe un porcentaje de cánceres de próstata que no producen elevación del PSA por encima de los valores considerados normales.

Ecografía transrectal

Es una prueba que permite visualizar la próstata y las vesículas seminales mediante el empleo de sonidos de alta frecuencia (ultrasonidos), habitualmente la realiza el radiólogo o el urólogo. Se lleva a cabo introduciendo una sonda emisora de ultrasonidos a través del ano. Esta sonda es redonda y alargada con un diámetro aproximado de 1,5-2 cm. Recoge los ecos (ondas de



ultrasonido rebotadas al llegar a los tejidos) y mediante la transformación de estos en señales eléctricas son convertidos en imágenes que se visualizan en un monitor.

La ecografía transrectal es una exploración que va a producir una sensación incomoda y algo molesta, no siendo dolorosa. Habitualmente, no lleva más de 10 minutos su realización.

Evalúa el tamaño real de la próstata, su volumen aproximado, así como el aspecto de su estructura. Permite detectar algunos tumores situados en el interior de la próstata, que serían inaccesibles al tacto rectal, así como examinar el estado de las vesículas seminales y su posible afectación en el proceso canceroso.

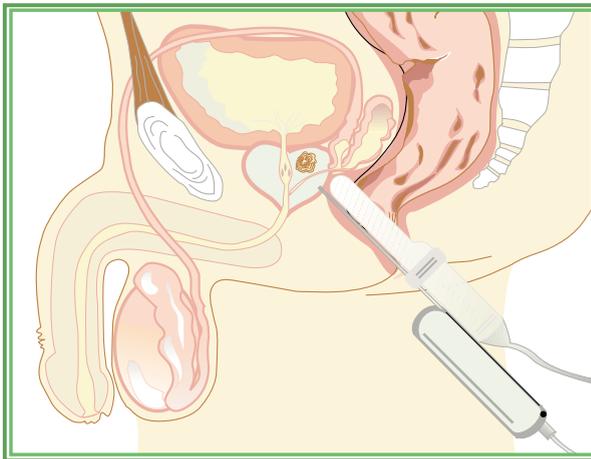
Esta técnica diagnóstica, aunque muy útil y sensible, también presenta ciertas limitaciones en el cáncer de próstata. La más importante, es que no todas las lesiones sospechosas que se identifican se corresponden con un cáncer, ni todos los cánceres son visibles con la ecografía transrectal. Por esta razón, actualmente no es empleada, de manera rutinaria, en el primer escalón del diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

La mayor utilidad, en estos momentos, es la de servir como guía para la realización de biopsias de próstata, permitiendo elegir bajo visión directa y en tiempo real, las áreas de dónde se quieren obtener las muestras de tejido para su estudio, bien sean de lesiones sospechosas o bien sean de tejido ecográficamente normal.

Biopsias de próstata

Constituyen la prueba determinante en el diagnóstico del cáncer de próstata. Consiste en la obtención de muestras de tejido prostático que serán enviadas al anatomopatólogo (especialista que analiza y estudia los tejidos), quien tras analizar con el microscopio las muestras, emite el diagnóstico confirmando si están o no afectadas por cáncer.

La obtención de muestras se realiza con la ayuda de un ecógrafo transrectal que permite visualizar y reconocer la próstata, así como determinar aquellas zonas de dónde se quiere tomar las biopsias. A la sonda de ecografía se le incorpora un dispositivo a través del cual se introduce una aguja larga y fina con la que vamos a realizar la punción y biopsia.



La realización de biopsias de próstata es una prueba relativamente sencilla, corta y en la mayoría de las ocasiones, bien tolerada por el paciente. La duración del procedimiento oscila entre 15 y 30 minutos, y generalmente, no necesita ingreso hos-

pitalario ni el empleo de anestesia general. Con frecuencia, se puede realizar una actividad normal después de someterse a ella. Es una prueba que resulta molesta, sin llegar a etiquetarla como dolorosa, salvo en aquellas personas que tengan problemas anorrectales que pueden requerir anestesia.

Normalmente, se obtienen varias muestras de tejido que corresponden a diferentes áreas de la próstata. Requiere una preparación previa que consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro antes de su realización para evitar infecciones.

La realización de biopsias de próstata puede provocar algunas complicaciones que, en la mayoría de las ocasiones, no son graves y con el tratamiento adecuado se superan sin complicaciones ni dejar secuelas. Las más frecuentes son:

- Hemorragia: pudiendo presentar sangre con la emisión de semen, orina o heces.
- Infección urinaria o prostática.
- Retención urinaria.

Con estas exploraciones (tacto rectal, PSA y biopsias de próstata) el urólogo va a poder determinar si padece un cáncer de próstata.

Una vez establecido el diagnóstico **es posible** que solicite algunas pruebas complementarias como son el Escáner o TC y la gammagrafía ósea para determinar el grado de afectación y extensión de la enfermedad.

TC (Tomografía Computerizada) o escáner

Es una prueba radiológica que, mediante el empleo de Rayos-X y un sofisticado aparataje, permite la obtención de imágenes bastante precisas de la zona del cuerpo explorada. En el caso de la próstata, la utilidad fundamental es determinar si el cáncer ha sobrepasado los límites de la glándula prostática, afectando a las vesículas seminales o si ha invadido los ganglios linfáticos relacionados con la próstata. Es una exploración absolutamente indolora que, con cierta frecuencia, precisa una inyección intravenosa de contraste.



TC O TOMOGRAFÍA
Foto cedida por IVO

Gammagrafía ósea

Es una exploración muy sensible para determinar la existencia de metástasis óseas, es decir, implantación de tejido tumoral en los huesos, por los que el cáncer de próstata tiene particular afinidad. Se lleva a cabo mediante la inyección intravenosa de una sustancia radioactiva (radiotrazador o isótopo) que se va a fijar en los huesos. Posteriormente, con un lector de radiactividad se puede reconocer y localizar la presencia de focos de metástasis. Al igual que las anteriores, no supone ninguna experiencia dolorosa.

ESTADIOS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Cuando se confirma la existencia de un cáncer de próstata, cada caso se puede encontrar en distintas etapas evolutivas, pudiendo hallarse ésta en su inicio o en fases más avanzadas. Además, las células que componen el tumor no tienen el mismo comportamiento de agresividad en todos los casos. Esta situación determina que el pronóstico en cada paciente sea diferente, y por consiguiente, las propuestas de tratamiento pueden variar de unos casos a otros.

Existen unas clasificaciones de los estadios de la enfermedad y de los grados de agresividad tumoral, que tienen la finalidad de poder agrupar en categorías diferentes los cánceres, para permitir un lenguaje común entre los especialistas y establecer un pronóstico y tratamiento en cada caso.

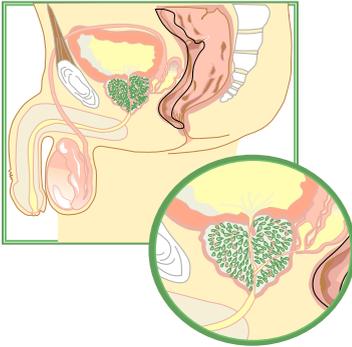
Actualmente, la más utilizada es una clasificación llamada TNM que valora la cantidad de tejido prostático afectado (T), la extensión de la enfermedad a los ganglios linfáticos (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M).

La agresividad de las células tumorales se clasifica mediante un sistema denominado "Gleason", que determina distintas categorías de agresividad de las células. Este nombre corresponde a la del patólogo norteamericano que propuso los distintos grados.

Clasificación TNM

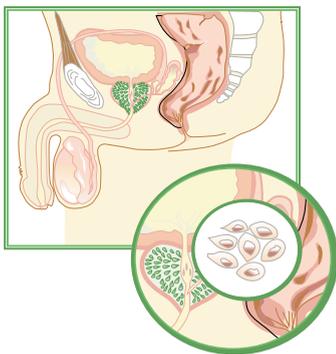
A continuación describiremos, de manera resumida, las diferentes categorías para el cáncer de próstata y su significado.

1. Cantidad de próstata afectada o tejidos u órganos adyacentes (categoría T):



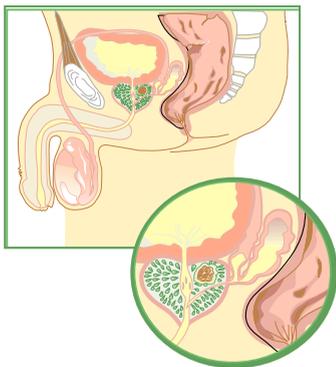
T0

No hay evidencia de tumor.



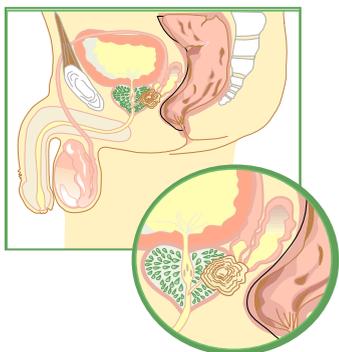
T1

Tumor clínicamente no evidente, no palpable por tacto rectal ni visible por medios diagnósticos de imagen.



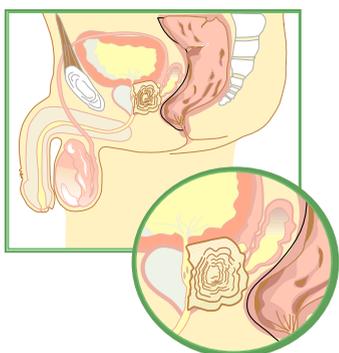
T2

Tumor palpable o visible que está localizado en la próstata.



T3

Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática o que invade las vesículas seminales.



T4

Tumor que invade estructuras vecinas distintas de las vesículas seminales como el cuello de la vejiga, recto o músculos elevadores del ano.

2. Afectación de ganglios linfáticos regionales (categoría N):

- N0: No existe afectación tumoral de los ganglios regionales.
- N1: Existe afectación tumoral de los ganglios linfáticos regionales.

3. Metástasis a distancia (categoría M):

- M0: No hay metástasis a distancia.
- M1: Existe presencia de metástasis a distancia.

Sistema de Gleason

Este sistema valora el aspecto y distribución que las glándulas tumorales presentan al microscopio. Distingue varios tipos (grados o patrones de Gleason) clasificándolos en 5 categorías diferentes de menor a mayor agresividad. Estas se expresan con números del uno al cinco, correspondiendo el 1 a los tumores menos agresivos y el 5 para los más agresivos.

Debido a que las células dentro del mismo cáncer de próstata no siempre son del mismo grado, actualmente, se identifican los dos patrones más predominantes y se suman, obteniendo lo que se conoce como suma de Gleason o "score" de Gleason. Este oscila entre 2 (1+1), el mínimo y menos agresivo y 10 (5+5) el más agresivo. Hasta el grado 6 se consideran los tumores menos agresivos, del 8 hasta el 10 se incluyen los más agresivos y el tumor de grado 7 se considera de agresividad intermedia.

¿QUÉ OCURRE CUANDO ME DIAGNOSTICAN UN CÁNCER? EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

¿QUÉ REACCIONES EMOCIONALES PUEDEN APARECER?

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una experiencia compleja y muy estresante. Se pasa de ser una persona más o menos sana, con las ocupaciones y problemas cotidianos, a ser una persona con una seria enfermedad.



La mayoría de las personas diagnosticadas de un cáncer sufren un shock emocional al recibir la noticia. Algunas se ponen muy nerviosas, agitadas, irascibles, otras se sienten tremendamente tristes o se encierran en sí mismos... Hay tantas reacciones como personas.

Si estas reacciones iniciales se prolongan en el tiempo, son demasiado intensas o producen un importante sufrimiento es aconsejable acudir a un profesional.

En aquellos casos en los que anteriormente se ha padecido algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico, (ansiedad, depresión), es necesario estar alerta. Estos son momentos de especial complejidad y pueden significar una recaída.

¿Cómo puede hacer frente a estas emociones?

Permítase sentirlas

Los sentimientos de tristeza, rabia, irritación o temor son tan normales como los de felicidad, sosiego, placidez. Sentirlos no significa ser alguien débil. No se sienta culpable por ello. Tenga en cuenta que la enfermedad y los tratamientos están provocando situaciones nuevas y difíciles para usted. Sea tolerante consigo mismo y demuéstrele aprobación y respeto, incluso en los momentos en los que sienta mayor debilidad. Es la mejor manera de que estos sentimientos pierdan fuerza y comience así a tener un cierto control sobre ellos.

Párese a pensar en la situación

En muchas ocasiones, cuando estamos sometidos a emociones intensas, no vemos con claridad ni objetividad la situación en la que nos encontramos. Por esta razón puede serle de utilidad preguntarse sobre lo que le produce incomodidad, lo que le agrada, lo que le ayuda, lo que puede cambiar, lo que no se puede cambiar.

Modifique aquellos aspectos que pueda cambiar

Si bien es cierto que no podrá modificar muchos de los acontecimientos que provocan estos sentimientos, a veces, pequeños cambios en su actitud y en el comportamiento de los que le rodean pueden aliviar el malestar. Además, empezar a actuar y a "tomar cartas en el asunto" le permitirá salir de la resignación y sentirse menos víctima del azar o de las circunstancias.

No espere a "estallar", exprese su malestar cuando éste sea aún de poca intensidad

Muchas personas realizan esfuerzos sobrehumanos para controlarse, les aterra que las emociones hagan su aparición porque no sabrían como manejar las consecuencias de un descontrol. A menudo, este esfuerzo por contenerse resulta inútil y aumenta la tensión emocional por lo que el malestar acaba explotando de forma descontrolada (ataque de llanto, furia desmedida...).

Comparta sus sentimientos con personas de su confianza

Las emociones, tanto las positivas como las negativas, no son ni buenas ni malas, sólo pueden hacernos daño cuando se acumulan dentro y no somos capaces de facilitar su desahogo. La alegría, el abatimiento, el enojo, el miedo, la sorpresa, necesitan ser "ventiladas" y la mejor forma de conseguirlo es compartirlas con otros. Esto no significa que tenga que expresar sus sentimientos a todos los que están cerca de usted, únicamente, que es importante que busque aquella persona o personas que merezcan su confianza para compartir este tipo de información.

PAUTAS GENERALES PARA AFRONTAR EL PROCESO DE ENFERMEDAD

Adaptarse significa comprender y aceptar lo que está pasando. Cada enfermo afronta el cáncer como el resto de las situaciones de su vida, a su manera.

En este sentido, es importante reflexionar sobre uno de los "tópicos" que con frecuencia se observa entre los familiares de los enfermos. En alguna ocasión, ha podido escuchar frases como -"tienes que mantener una actitud positiva para que la enfermedad vaya mejor", "no puedes continuar tan triste, eso sólo empeora las cosas"- . Sin duda, detrás de cada una de estas frases se encuentra la mejor de las intenciones, pero en la mayoría de los casos generan en el enfermo sentimientos de culpa e impotencia por no poder sentirse mejor.

Ante esto, es necesario hacerse una pregunta ¿es posible sentirse bien cuando a uno le acaban de decir que tiene cáncer?. Obviamente no. Lo más probable es que ante esta situación aparezcan emociones negativas, sentimientos naturales y normales que se irán debilitando a medida que la persona sienta más control sobre la situación. **El hecho de que no tenga "una actitud positiva" no va a afectar a la posible evolución de su enfermedad**, no se sienta culpable por ello. Pero, eso sí, ésto no es una excusa para que se abandone en la tristeza y en el abatimiento.

La importancia de nuestra actitud

Para adaptarse al hecho de tener una enfermedad grave no sólo es necesario que la enfermedad esté controlada. También es importante recuperar el control de su vida, no olvide que "usted es más que una enfermedad".



Algunas ideas para mantener una actitud que facilite una mejor adaptación:

- Disfrute de las personas queridas.
- Sea valiente. Tener valor no significa no experimentar temor. Significa simplemente que se ha decidido actuar a pesar de los temores.
- Intente ser optimista. Aunque no se puedan elegir las circunstancias que está viviendo, sí se puede elegir cómo responder ante ellas. Ser optimista es una opción, no algo que nos viene dado.
- Disfrute de lo positivo que puede haber en cada momento. Si se olvida el presente por el temor al futuro, se perderá muchas cosas buenas. Viva el aquí y ahora.
- Cuídese. Realice ejercicio físico moderado, siempre que el médico lo considere adecuado. Descanse lo necesario y aliméntese adecuadamente.
- Aumente las actividades de ocio y tiempo libre: realice cosas nuevas, nuevos pasatiempos y hobbies.

Buscar y seleccionar la información adecuada

Un exceso de información puede producir el efecto contrario al deseado, mucha información puede confundir y alterar. Es muy importante saber filtrar lo que es adecuado y lo que no lo es.



- Dosifique la información: lea cuando esté preparado para aceptar la información.
- Elija fuentes fiables, objetivas y claras. A este respecto, es importante filtrar la información que aparece en Internet y en los medios de comunicación.
- Evite comparaciones, cada historia es única.
- Lea y escuche con cierta distancia, no todo lo que se escucha o se lee son verdades absolutas.
- Pregunte. Hay ideas y conceptos que pueden no quedar claros.
- En caso de duda o confusión lo mejor es consultar al equipo médico.

La comunicación como estrategia útil

Ante un diagnóstico de cáncer, establecer procesos de comunicación positivos entre todas las partes implicadas, enfermo, familia y equipo sanitario, es una fuente de ayuda inestimable que facilita la adaptación y el bienestar del enfermo y de sus familiares.

A.- La comunicación para facilitar la adaptación personal

En el proceso de adaptación a todo lo que le está ocurriendo puede ser de gran ayuda expresar lo que siente. Es conveniente no negar las emociones y buscar formas que permitan su desahogo.

No sirve de nada intentar no sentir. Aunque se repriman las emociones, siguen ahí y antes o después, de algún modo, aparecerán.

Estrategias de comunicación con la familia que facilitan la adaptación personal

- Usted decide con quién compartir sus sentimientos y cuándo hacerlo. Comparta los sentimientos tanto de alegría, esperanza... como de tristeza, impotencia, temor.
- Hable con franqueza y sinceridad sobre lo que le ayuda, molesta o incomoda del comportamiento de las personas que le rodean. Sin embargo, es importante que evite mostrarse agresivo o ponerse a la defensiva ante las respuestas de los otros.
- Exprese claramente a sus familiares su necesidad de silencio y/o soledad.
- Aclare la confusión que le produce cuando los demás le explican una cosa pero hacen otras que se contradicen.
- Decida lo que quiere hacer aunque los demás quieran que haga otra cosa distinta. Explíqueles sus razones y motivos.

Los profesionales que configuran el equipo médico serán un gran soporte para que pueda superar la enfermedad. Una comunicación fluida favorece la expresión de emociones y reduce temores innecesarios.

Estrategias de comunicación con el personal sanitario

El enfermo tiene derecho a preguntar todo lo que considere adecuado y a expresar su opinión, especialmente cuando haya varias opciones de tratamiento o vaya a tomarse alguna decisión importante.

Sin embargo, no siempre es fácil solicitar información. El nerviosismo, el miedo, las prisas, impiden que el enfermo solicite aclaraciones a las dudas que le surgen.

Defina la información que quiere obtener antes de acudir a la cita médica. Es conveniente que piense en lo que sabe y lo que desea saber. Para ello puede serle de utilidad escribir, previamente, todo aquello que quiera consultar.

- En el caso de que **necesite comprender algo más sobre el proceso de la enfermedad** puede utilizar preguntas del tipo: ¿por qué?, ¿qué objetivo tiene este tratamiento?, ¿para qué he de realizarme esta prueba?, ¿cómo se pueden controlar los efectos secundarios?.
- Cuando lo que desea es que el especialista ofrezca **alternativas de solución**: ¿qué se le ocurre que podría hacerse?, ¿qué otros tratamientos podrían ser válidos?, ¿existen otras posibilidades?.
- Si necesita **información para tomar una decisión**: ¿cuáles son las ventajas e inconvenientes de

hacer...?, ¿qué pasaría si...?, ¿qué opina sobre...?, ¿qué sugiere que se haga en este caso?.

- Cuando necesite **obtener información específica y concreta**: ¿cuándo puedo solicitar una consulta con el fisioterapeuta?, ¿dónde me pueden informar sobre ayudas sociales?, ¿con quién tengo que hablar para recibir ayuda?.

Realice preguntas cortas y directas. Una cada vez, y espere a que el médico responda para realizar la siguiente.

Busque el momento adecuado. El tiempo de las consultas es limitado, por lo que para facilitar que el médico nos preste la máxima atención es conveniente comentarle la posibilidad de realizarle una serie de preguntas. De esta forma, podrá valorar el tiempo que puede tardar en responderlas adecuadamente y, así, distribuir su tiempo.

B. La comunicación para facilitar la adaptación familiar

Es importante considerar que, en mayor o menor medida, todos los miembros de la familia se ven afectados por la enfermedad. En poco tiempo deben adaptarse a muchos cambios y no siempre se sienten preparados. En ocasiones, desconocen cómo cuidarle, cómo apoyarle para que exprese abiertamente sus temores y emociones, cómo hablar de temas difíciles o facilitar la toma de decisiones.



Conocer el diagnóstico y saber que el enfermo cuenta con ellos facilita su adaptación.



Estrategias para facilitar la adaptación de la familia

- Pida ayuda y solicite abiertamente lo que necesite. Es importante no pretender que sus familiares adivinen sus necesidades, puede que lo que ellos piensen no sea realmente lo que usted necesita.
- Haga por sí solo lo que realmente pueda hacer. No puede esperar que los demás se ocupen de todo lo que necesita. Realizar actividades le ayudará a sentirse mejor y no sobrecargará a sus cuidadores.

- Implice a todos en la toma de decisiones. Hablar con sus familiares puede facilitar el proceso, aunque será usted quien en última instancia decida.
- Escuche con atención y respeto las opiniones y sentimientos de sus seres queridos aunque no esté de acuerdo con lo que plantean.
- Comparta momentos diarios y cotidianos, aparentemente insignificantes de la vida familiar.

No olvide que su familia y sus seres queridos son su mayor apoyo.

¿CÓMO PREPARARSE PARA LOS TRATAMIENTOS?

Cuando el enfermo se encuentra mal suele atribuir este malestar a un empeoramiento de la enfermedad, pero no es necesariamente así; en muchas ocasiones, los síntomas pueden ser debidos a los tratamientos. Los tratamientos van a modificar sus hábitos y proyectos y pueden afectar de forma inmediata a su calidad de vida. A continuación se detallan una serie de recomendaciones generales que pueden resultar de utilidad para hacer frente a todo este proceso.

SOLICITE INFORMACIÓN

Conocer los procedimientos, las posibles sensaciones que se pueden experimentar, los efectos secundarios y lo que se puede hacer permitirá poner en marcha los recursos necesarios para facilitar la recuperación.



APRENDA Y UTILICE ALGUNA TÉCNICA DE RELAJACIÓN

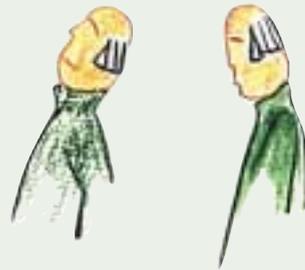


La relajación se puede utilizar tanto para reducir el nivel general de nerviosismo en las situaciones previas a los tratamientos como en acontecimientos puntuales. Así, se puede poner en práctica en los días previos al ingreso en el hospital, en el momento de traslado al quirófano, en la sala de espera de la consulta,

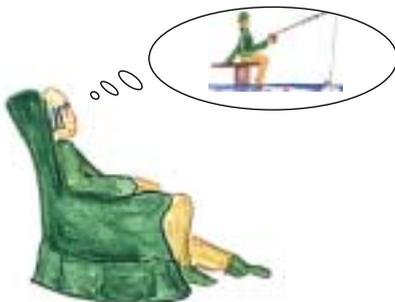
es decir, en aquellas ocasiones en las que suelen aparecer picos de ansiedad.

Elija un lugar tranquilo donde pueda estar a solas durante unos minutos, con una luz tenue que favorezca la relajación. Tumbese y quítese el cinturón u otras prendas que puedan oprimir. Cierre los ojos:

- 1 Intente que durante unos minutos ninguna idea ocupe su mente, simplemente, disfrute de unos momentos de tranquilidad. Si aparecen pensamientos no les conceda importancia, poco a poco se irán desvaneciendo....



2. Respire de forma lenta, profunda y regular; tome aire por la nariz pausadamente e intente hinchar el abdomen, mientras lo hace mantenga el aire durante unos 4 segundos y expúlselo por la boca muy lentamente.
3. Imagine una situación relajante, puede ser una puesta de sol en la montaña o la visión de las olas moviéndose suavemente en el mar...
4. Céntrese en esta imagen durante unos minutos, fijando la atención en todos los aspectos que componen la imagen. Fíjese en las sensaciones que experimenta, ... calor, placidez, tranquilidad... ;disfrute de ellas.



Repita estos pasos durante unos 8 ó 10 minutos.

No obstante para que la relajación surta efecto es necesario practicarla correctamente. Si observa que no consigue los efectos deseados, consulte con un psicólogo que pueda asesorarle sobre la forma correcta de realizarla.

CONTROLE LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

En los momentos previos al inicio del tratamiento, no es raro que se vea inundado por preocupaciones y temores" -"¿y si algo no sale bien....", "¿y si el tratamiento no funciona?"-. Estos pensamientos generan malestar, por lo que es importante identificarlos e intentar modificarlos.



- **Cambie los pensamientos.** No se trata de negar la realidad y verlo todo de color de rosa, sino de evitar centrarnos, exclusivamente, en los aspectos más negativos del proceso.

"Estoy en buenas manos", "la medicina ha avanzado mucho", "si sigo las recomendaciones de los médicos me recuperaré antes"....

- **Centre su atención en aspectos agradables.** Es importante que realice actividades que le resulten agradables.
- **Recuerde los objetivos del tratamiento.** Trate de pensar en los logros que puede conseguir; esto le ayudará a mantener una actitud más positiva en los días difíciles.



PLANIFIQUE ACTIVIDADES

Es cierto que en estos momentos puede encontrarse deprimido y sin ánimos para hacer nada. Pero el estado de ánimo no mejora de forma mágica sólo con desearlo, hay que hacer algo para cambiarlo. En este sentido, puede ayudarle organizar el día a día.

- Recuerde que tiene que dedicar parte de su tiempo a cuidarse. No se obsesione con la idea de tener que dedicar su tiempo sólo a cosas "útiles" y no quiera hacer muchas actividades a la vez.
- Cuente con espacios para actividades agradables y tiempos de descanso.
- Afronte los problemas de uno en uno. Analice las distintas situaciones que constituyen cada problema por separado para que pueda afrontarlas de forma sucesiva. Si tiene que prepararse para una operación, primero debe prepararse para el día de ingreso, luego para el momento en el que se inicia la operación, después para la recuperación, etc. Afrontar las cosas paso a paso las hace más manejables.

ESCRIBIR LE PUEDE AYUDAR

Llevar un diario puede ser de utilidad:

- Para apuntar los distintos síntomas, como recordatorio para consultarlos con el médico.

- Como escape o desahogo: podemos decir o decirnos cosas que no haríamos de otro modo. Eso sí, es muy importante hacer saber a los que nos rodean que es un diario privado y confidencial, de modo que nos sintamos con total libertad para escribir lo que deseemos.



TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico y realizado la estadificación (determinación de la fase evolutiva del tumor, así como su agresividad), debe procederse al tratamiento del problema. El especialista le recomendará y explicará las posibilidades terapéuticas más adecuadas en su caso.

El tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todos los pacientes, debido a que existen una serie de factores que deben ser evaluados de manera particular en cada uno. El resultado de la valoración de estos factores conduce a la indicación de un tratamiento concreto.

Los factores que influyen en la decisión del tratamiento son los siguientes:

- Estadio de la enfermedad (clasificación TNM).
- Agresividad de las células cancerosas (suma o "score" de Gleason).
- Niveles de PSA en el momento del diagnóstico.
- Edad y esperanza de vida estadística independientemente del cáncer de próstata.
- Enfermedades asociadas que puedan influir en los riesgos del tratamiento o en la esperanza de vida.
- Preferencias del paciente.

Existen diversas maneras de tratar, con garantías de calidad, el cáncer de próstata. A continuación, vamos a describirlas tratando de explicar en qué consiste cada una de ellas, cuáles son

sus efectos adversos más frecuentes e importantes, así como algunos de los aspectos relacionados sobre la hospitalización, tiempo de recuperación, etc.

Tratamientos locales:

- Quirúrgico:
 - Prostatectomía Radical Retropúbica.
 - Prostatectomía Radical Perineal.
 - Prostatectomía Radical Laparoscópica.
- Radioterapia:
 - Externa.
 - Braquiterapia.
- Crioterapia.

Tratamientos sistémicos:

- Tratamiento hormonal (hormonoterapia).
- Quimioterapia.

Una opción más en el tratamiento del cáncer de próstata es la de no hacer ninguna actuación. Esto se conoce como **observación y vigilancia**, que puede estar indicada en determinados enfermos y tipos de cánceres, aunque no es fácil que sea bien aceptado por el paciente y su entorno.

En caso de tener dudas sobre el tratamiento es importante confiar en que el especialista va a proponerle el tratamiento más adecuado para su enfermedad. Asimismo, en el caso de existir más de una posibilidad terapéutica debe preguntarle cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellas, a fin de poseer suficiente criterio para que, conjuntamente con su médico, pueda tomar una decisión sobre el tratamiento que desea recibir.

OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA

El planteamiento de esta conducta expectante está basado en diversos estudios que determinan, que un 80% de los pacientes con cánceres de próstata de baja agresividad y muy localizados, sobreviven, aproximadamente más de diez años sin que medie ninguna actuación sobre dicho cáncer. Esto es debido al lento crecimiento y progresión de la enfermedad cuando tiene estas características.

El cáncer de próstata es una enfermedad que, frecuentemente, aparece en edad avanzada por lo que se puede llegar a plantear, en ciertos casos, que la actitud más beneficiosa sea la de abstenerse de realizar ningún tratamiento activo, evitando así los riesgos y efectos secundarios que pueden derivarse de la aplicación del mismo.

Indudablemente, en este caso, la enfermedad progresará lentamente sin que necesariamente produzca síntomas hasta que llegue a fases avanzadas, pudiendo tardar años en hacerlo. También hay que señalar que existen cánceres de próstata latentes que no se expresarán clínicamente y en los que cualquier otra actuación terapéutica puede constituir un sobretratamiento, pudiendo afectar su calidad de vida.

Aceptar psicológicamente la observación y vigilancia no es fácil, puesto que supone tener una enfermedad importante y decidir no hacer nada contra ella, a pesar de que no se perciban síntomas.

No obstante, la observación y vigilancia no constituye una actitud pasiva definitiva cuando se decide aceptarla como tratamiento en un primer momento. Según la evolución de la enfermedad, en cada caso puede reconsiderarse llevar a cabo cualquiera de los tratamientos posibles, siempre y cuando estos vayan a ser eficaces.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se lleva a cabo mediante una operación quirúrgica denominada **prostatectomía radical**. Es una técnica que se realiza, habitualmente, como tratamiento definitivo, cuyo objetivo es conseguir la curación del cáncer. Generalmente, su indicación es, exclusivamente, para aquellos pacientes con enfermedad limitada a la glándula prostática.

Es una intervención quirúrgica mayor precisando ingreso y estancia hospitalaria postoperatoria, así como la necesidad de anestesia la cual es, habitualmente, de tipo general.

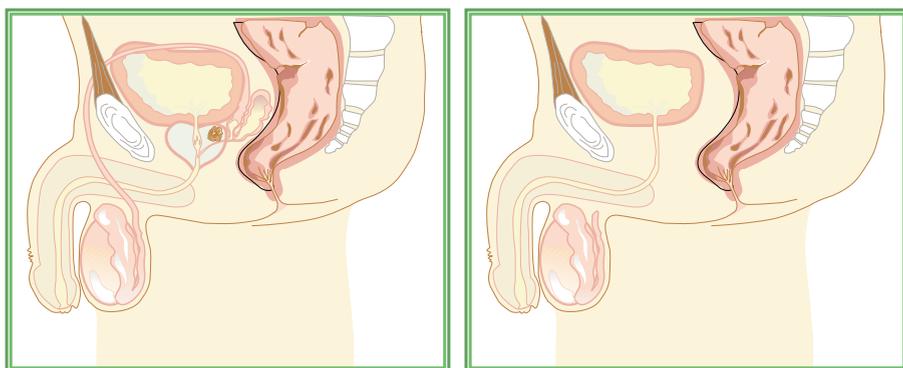
Debe realizarse, previamente, un **estudio preoperatorio** consistente en un análisis de sangre y de coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax, pudiendo incluir alguna prueba más si fuera preciso por las características del enfermo.

Antes de ser sometido a una cirugía debe preguntar o recibir información sobre la técnica quirúrgica mediante la cual va a ser intervenido. Ésta dependerá de los criterios del cirujano y de las características de la enfermedad. También debe recibir información sobre los posibles riesgos y complicaciones que se pueden derivar del procedimiento que le van a practicar.

En la actualidad, es norma que el centro médico o el equipo médico solicite que lea y firme un documento, llamado **consentimiento informado**, donde consta reflejada toda esta información, en el cual declara haber recibido y comprendido la información expuesta y acepta recibir dicho tratamiento. Es conveniente que esté seguro de haber entendido todo correctamente antes de firmar dicho documento y recibir el tratamiento.

La operación consiste en la extirpación de la glándula prostática por completo. Además, se extirparán también las vesículas

seminales con las que se encuentra íntimamente relacionada, y se hará una extirpación de los ganglios linfáticos regionales que sirven de drenaje a la próstata. Este último paso no es necesario realizarlo en todos los casos. Una vez completada la extirpación, la vejiga de la orina y la uretra (dibujo) quedan desconectadas, ya que también se extirpa la porción de uretra que atraviesa la próstata. A continuación, el cirujano procederá a unir estas estructuras mediante puntos de sutura, colocando además una sonda urinaria que deberá llevar durante unos días. Se dejará un drenaje quirúrgico que servirá para recoger los restos sanguíneos en la zona de la operación, el cual será retirado antes de recibir el alta hospitalaria.

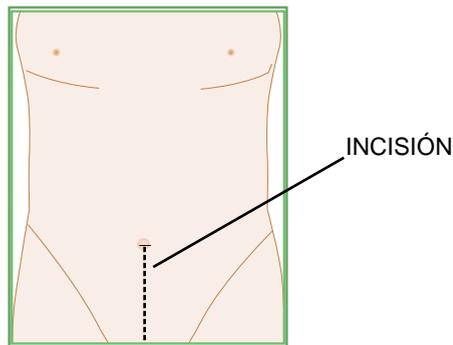


Tras la intervención, siempre y cuando todo discurra sin complicaciones, permanecerá hospitalizado durante unos días, generalmente menos de una semana, al cabo de los cuales será dado de alta. Lo habitual es que se vaya a su casa con la sonda urinaria y los puntos de sutura de la herida quirúrgica.

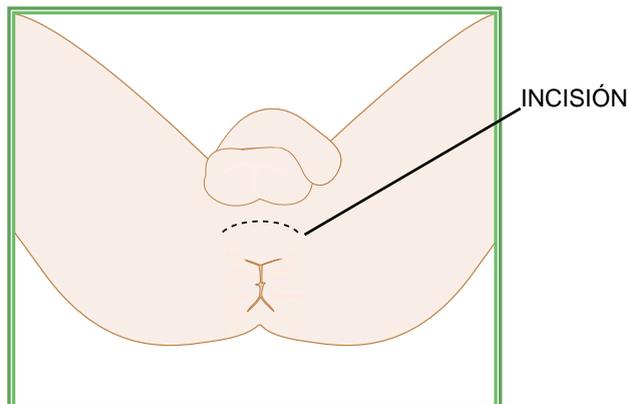
Después de una prostatectomía radical desaparecerá la emisión de semen debido a que las estructuras extirpadas son las que lo producen, prácticamente, en su totalidad.

Actualmente, las técnicas quirúrgicas para practicar una prostatectomía radical son:

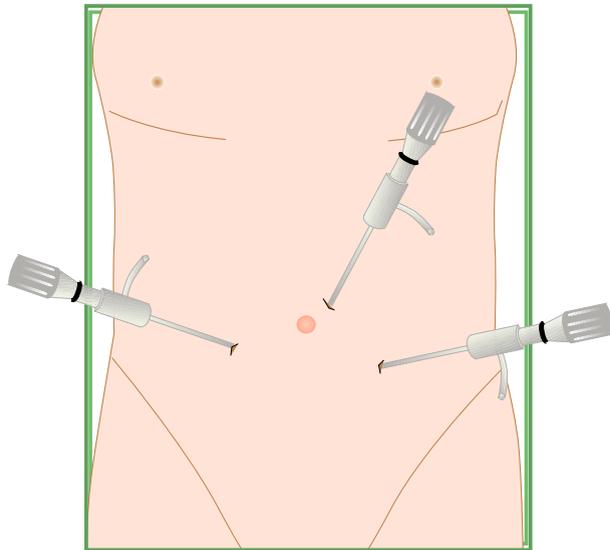
- **PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA:** Con esta técnica se aborda la próstata a través del abdomen, realizando una incisión desde el ombligo hasta el pubis. Tras la intervención quedará una cicatriz longitudinal por debajo del ombligo. Su práctica es la más extendida actualmente.



- **PROSTATECTOMÍA RADICAL PERINEAL:** En este caso la extirpación de la próstata se hace mediante una incisión practicada en el periné (área existente entre el ano y la bolsa escrotal que alberga los testículos). La cicatriz queda situada en el periné.



- **PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA:** Consiste en practicar varias punciones en la cavidad abdominal que permiten colocar unos tubos (trocares) a través de los cuales el cirujano opera mirando las imágenes recogidas, por una cámara, en un monitor de televisión. Esta técnica permite extraer la próstata y vesículas seminales sin dejar herida quirúrgica. Tan sólo quedan unas pequeñas cicatrices correspondientes a las incisiones realizadas para situar los trocares.



EFECTOS ADVERSOS

La prostatectomía radical, como ocurre en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas, no está exenta de complicaciones y de efectos adversos, los cuales pueden presentarse con mayor o menor frecuencia tras la práctica de la misma. Habitualmente,

estos efectos secundarios no son graves, pero pueden alterar su calidad de vida.

Cuando se despierte de la anestesia, es normal que sienta dolor en la zona de la intervención. Generalmente, el urólogo habrá dejado pautado fármacos que le aliviarán. Si el dolor no cede es importante que lo comente con el personal de enfermería o con el médico cuando le visite unas horas después de la cirugía. El dolor, en este caso, no indica problemas de recuperación sino simplemente que hay una herida.

Ésta requerirá una serie de cuidados que son similares a los de cualquier cicatriz producida por otra causa. Mientras no se hayan retirado los puntos, el cuidado y limpieza de la misma correrá a cargo del personal sanitario del hospital o del centro de salud. Una vez retirados, es aconsejable mantener una higiene similar a la del resto del cuerpo: lavado con agua y jabón.

Otras consecuencias más importantes y que pueden aparecer son las siguientes:

- Impotencia o disfunción eréctil.
- Incontinencia urinaria.

Estos aspectos serán comentados más adelante, así como sus posibilidades de tratamiento. (Ver páginas de la 74 a la 80).

RADIOTERAPIA

Consiste en la utilización de radiaciones ionizantes las cuales poseen la capacidad de destruir las células tumorales en la zona donde son aplicadas. Desde hace tiempo se conoce la

sensibilidad del cáncer de próstata a determinadas radiaciones, por lo cual la radioterapia constituye un tratamiento muy eficaz para esta enfermedad.

Es un tratamiento local cuyo objetivo es, al igual que la cirugía, conseguir la curación del cáncer. Generalmente, está indicado en pacientes con tumores localizados en la próstata. Cuando el tumor está localmente avanzado (tumores que sobrepasan los límites de la próstata) se consigue, en ocasiones, el control tumoral y la mejoría de la calidad de vida.

Existen dos modalidades de aplicación de la radioterapia:

- ♦ **Radioterapia externa:** Consiste en la administración de las radiaciones desde el exterior mediante unos equipos generadores de radiación (acelerador lineal), que no contactan con el paciente y emiten y proyectan éstas sobre la próstata.
- ♦ **Braquiterapia:** La radiación se administra mediante fuentes de material radiactivo colocadas en estrecho contacto con la próstata. Existen dos tipos de braquiterapia en la próstata: Implantes permanentes y temporales.

La radioterapia es administrada por especialistas en oncología radioterápica.

RADIOTERAPIA EXTERNA

En los últimos años los avances de la tecnología han permitido mejorar la eficacia de este tratamiento, disminuyendo notablemente sus efectos secundarios. Con los modernos equipos de radioterapia (conformacional en tres dimensiones y de intensidad modulada) se calcula y administra al tumor la dosis de radiación con gran precisión, minimizando la dosis que reciben los tejidos sanos de alrededor de la próstata.

La radioterapia externa no precisa ingreso hospitalario ni resulta dolorosa para el paciente. Solamente debe acudir al centro correspondiente para recibir las sesiones programadas. La duración de cada una de ellas puede variar de un enfermo a otro, aunque por lo general suele ser de unos minutos (15 aproximadamente). La duración total del tratamiento que se administra de forma fraccionada (generalmente una sesión al día) oscila entre 6 y 9 semanas (dependiendo del protocolo que se aplique).

Previamente a recibir el tratamiento, es necesario realizar una planificación del mismo para calcular la mejor dosis de radiación al tumor y obtener así la mayor eficacia sobre el mismo. Esto se consigue mediante la realización de un Escáner o TC en la posición que el paciente adoptará durante el tratamiento. Permiten la precisa localización de la zona a tratar y el cálculo de la dosis de radiación.

La colocación debe ser la misma en todas las sesiones, para lo cual se utilizan sistemas de inmovilización. Asimismo, se realizan unas marcas en la piel con tinta que ayudan al personal sanitario a reproducir el tratamiento exactamente igual todos los días. Estas marcas no se deben borrar, ya que deben permanecer durante todo el tiempo que dure el tratamiento con radiaciones.

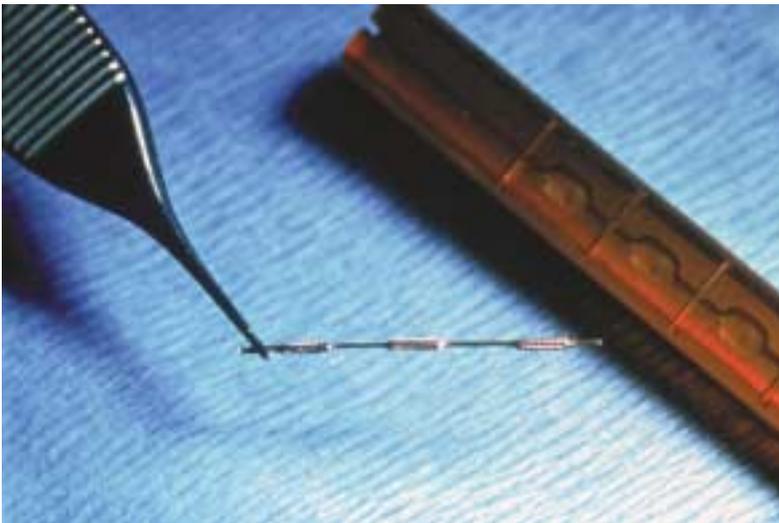
La dosis prescrita no se puede administrar en una única sesión ya que, en ese caso, se producirían efectos secundarios graves. Para minimizar dichos efectos indeseables, la dosis total se divide o fracciona repartiéndose en un número determinado de sesiones que se administran diariamente, durante cinco días a la semana, descansando 2 (generalmente sábados y domingos).

Debe saber que por el hecho de recibir radioterapia externa no emite radioactividad, ni durante ni después de la misma. Sus relaciones sociales, laborales y familiares no tienen por qué verse afectadas por el hecho de estar recibiendo esta terapia.

BRAQUITERAPIA

Los implantes permanentes de semillas radiactivas se emplean como tratamiento exclusivo cuando el tumor es de pequeño tamaño y no afecta a ningún tejido fuera de la próstata o bien como tratamiento complementario a la radioterapia externa (proporcionando una dosis mayor en la propia próstata).

Consiste en la implantación de unas pequeñas partículas (semillas) en el interior de la glándula prostática, capaces de liberar radiaciones ionizantes que producen la destrucción de las células tumorales, respetando las células sanas circundantes.

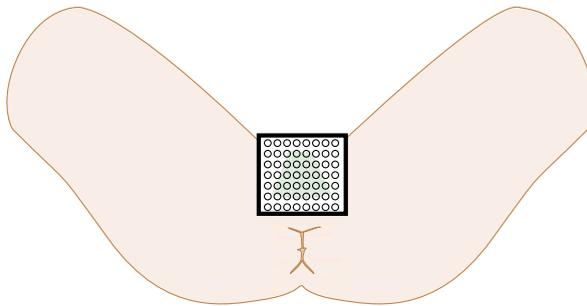


SEMILLAS RADIATIVAS

Foto cedida por CBP

El implante se lleva a cabo conjuntamente por urólogos, oncólogos radioterapeutas y radiofísicos sanitarios.

Utilizando como guía la ecografía transrectal, se obtienen imágenes de la próstata que sirven para calcular el número de semillas y la situación en la que se van a implantar dichas semillas en cada paciente. Se introducen en la próstata a través de la piel entre el escroto y el ano empleando agujas muy finas que contienen en su extremo el material radiactivo.



Normalmente, el paciente es dado de alta después de 12-24 horas, precisando una sonda urinaria durante ese tiempo.

A pesar de que las semillas permanecen en el interior del enfermo permanentemente, no se le considera radiactivo y puede desarrollar su vida social, familiar y/o laboral sin ninguna alteración.

Sin embargo, en los primeros 2 meses tras el implante es aconsejable que el paciente no permanezca mucho tiempo muy próximo a niños pequeños o mujeres embarazadas, es decir, pueden permanecer en la misma habitación el tiempo que se desee pero evitando el contacto durante tiempo prolongado.

En los implantes temporales se emplean materiales radiactivos que emiten gran cantidad de radiación en un corto espacio de tiempo (alta tasa). Está indicada tras el tratamiento con radioterapia externa para complementar la dosis en la próstata, en aquellos tumores con riesgo de afectación de los tejidos de alrededor de la misma. Una vez finalizado el tratamiento se procede a la retirada de las agujas y el paciente no alberga ninguna sustancia radiactiva en su interior.

EFECTOS ADVERSOS

La terapia con radiaciones produce una serie de efectos secundarios únicamente en la zona dónde se aplica. La aparición, en mayor o menor grado, de los efectos secundarios depende de varios factores:

- De la técnica empleada.
- De la modalidad de radioterapia (la braquiterapia tiene unos efectos secundarios diferentes a la radioterapia externa).
- De la dosis total administrada.
- Del volumen irradiado (sólo la próstata o se han incluido otros tejidos).
- De la susceptibilidad de cada paciente y de las enfermedades asociadas.

Efectos adversos de radioterapia interna o braquiterapia

Los efectos secundarios de la radioterapia interna son diferentes a los de la cirugía y a los de la radioterapia externa y se dividen en **agudos** y **crónicos**.

Los **efectos agudos** consisten en una ligera molestia con enrojecimiento y hematoma en la zona del periné (entre escroto y ano) tras la realización del implante, que desaparece a los 7 - 10 días.

Durante los primeros días, pueden aparecer otros síntomas como son las alteraciones urinarias (escozor y sensación de dificultad para vaciar la vejiga), generalmente de escasa importancia, que desaparecen de 1 a 3 meses después del implante. Por lo general, estos efectos desaparecen sin necesidad de tratamiento.

Con menos frecuencia aparecen otros efectos como puede ser hematuria (sangre en la orina), y hematospermia (sangre con el semen). Por lo general, todos estos síntomas desaparecen antes de los tres primeros meses tras el tratamiento.

El grado de afectación de la potencia sexual depende de la edad y de la función sexual previa del paciente. Durante los dos primeros años el porcentaje de pacientes que conserva la potencia es muy alto. Con el tiempo desciende de forma poco predecible para cada enfermo.

Los **efectos crónicos** de la braquiterapia de la próstata son muy poco frecuentes y suelen aparecer después de los tres meses tras el implante.

RECOMENDACIONES

- Beba líquidos en abundancia durante los días posteriores al implante.
- Evite bebidas irritantes como el café o el té.
- Es aconsejable que descanse y evite realizar cualquier actividad física que le suponga un esfuerzo mayor del habitual, ya que es posible que se encuentre más cansado de lo normal durante unos días tras el alta.

Efectos secundarios de la radioterapia externa

Existen una serie de efectos secundarios generales a los tratamientos de radioterapia en cualquier localización y otros específicos del tratamiento del cáncer de próstata.

A) Generales

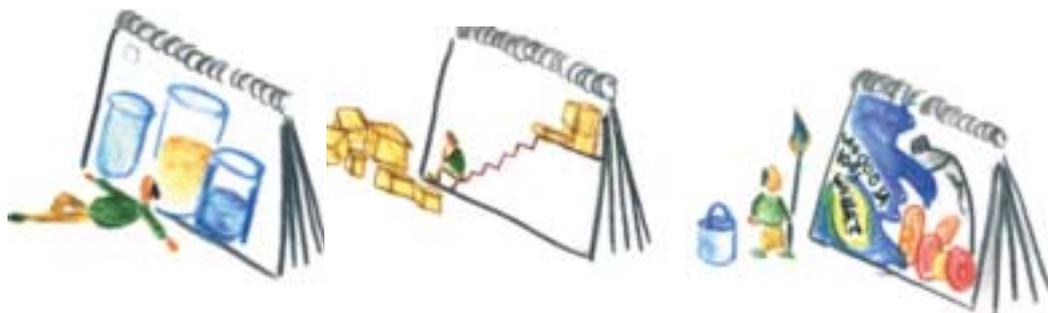
- Astenia o sensación de cansancio mayor de lo habitual.

Se trata de un efecto frecuente durante el tratamiento con radiaciones. Esta sensación puede verse incrementada por el desplazamiento diario al hospital para recibir el tratamiento.

- El cansancio es temporal y desaparece algún tiempo después de finalizar la radioterapia.

RECOMENDACIONES

- Aunque lo más frecuente es que pueda mantener el nivel de actividad habitual, le recomendamos que descanse tras la sesión diaria de radioterapia.
- No realice esfuerzos o actividades intensas que puedan acrecentar esta sensación de cansancio.



B) Específicos de la zona de tratamiento

Los efectos secundarios de la radioterapia generalmente ocurren, en mayor o menor grado, en todos los pacientes que reciben radiación sobre la pelvis. La toxicidad aparece en los órganos que están dentro del campo de tratamiento:

1. Reacciones en la piel

Es un efecto poco frecuente con las técnicas actuales. La radiación provoca irritación de la piel únicamente en la zona de tratamiento. A las dos o tres semanas de iniciar la terapia puede apreciar un enrojecimiento de la misma (eritema) que puede resultarle ligeramente molesto. Según avanza el tratamiento, esa área de la piel adquiere una coloración más pigmentada y oscura, que desaparecerá en uno o dos meses tras finalizar la terapia.

RECOMENDACIONES

- No se aplique ningún tipo de crema, pomada o loción sobre la zona de tratamiento sin consultarlo previamente con el personal sanitario de radioterapia.
- No se cubra la zona de tratamiento con esparadrapo, tiritas, etc., ya que al tratar de despegarlos puede lesionarse la piel.
- Lávese la piel sobre la que va a recibir el tratamiento sólo con agua o con jabones suaves no irritantes.
- Cuando se seque la piel de la zona de tratamiento, hágalo suavemente con pequeños toques.
- Evite lesiones (rasguños, cortes, etc.) en la piel tratada.
- Es aconsejable utilizar ropa poco ajustada. Evite prendas con elásticos sobre la piel del tratamiento pues el roce continuo podría erosionarla fácilmente.
- Utilice ropa de fibras naturales (preferiblemente algodón), ya que son más cómodas y menos irritantes.

2. Vejiga

Los síntomas más frecuentes son la sensación de ardor y escozor durante la micción (disuria) y la necesidad de orinar muy frecuentemente, generalmente, pequeñas cantidades de orina (polaquiuria).

RECOMENDACIONES

- Cuando comience a sentir molestias urinarias, coméntelo con su médico, ya que le podrá proporcionar un tratamiento específico que le aliviará los síntomas.
- Beba abundantes líquidos (agua, zumos, infusiones, etc.).

3. Recto

El recto se inflama y puede sangrar ocasionalmente y provocar molestias perianales y/o tenesmo (necesidad de evacuar que se suele acompañar de dolor) durante la deposición.

Todos estos síntomas suelen aparecer durante la segunda o tercera semana de tratamiento y son por lo general transitorios, desapareciendo en unas semanas tras la finalización del mismo.



RECOMENDACIONES

- Realice una dieta pobre en residuos, es decir con poco contenido en fibra.
- Evite alimentos ricos en grasa (quesos, mantequilla, etc).
- Tome los alimentos preferiblemente cocidos (pescado, pollo).
- Evite la leche, sustituyéndola por yogures, ya que, durante el tratamiento puede aparecer una intolerancia a la lactosa (azúcar contenida en la leche).
- Beba líquidos en abundancia para prevenir la deshidratación.

4. Aparato reproductor

El efecto de la radioterapia sobre los vasos sanguíneos que llegan a los cuerpos cavernosos del pene es la causa de desarrollo de impotencia en un 40 % de los enfermos a los 5 años tras finalizar la radioterapia.

Si pasados unos meses tras la terapia comienza a apreciar alteraciones en la función eréctil, es aconsejable que lo comente con su médico. Él podrá recomendarle el tratamiento más adecuado o enviarle al especialista correspondiente.

En ocasiones determinados efectos secundarios pueden cronificarse. Algunos trastornos urinarios (aumento de la frecuencia miccional) o rectales (cambios en el ritmo intestinal, meteorismo o sangrado) son poco frecuentes. Generalmente se alivian con tratamientos locales.

CRIOTERAPIA

Este tratamiento está basado en los efectos que tiene la congelación y descongelación sobre las células. Mediante el empleo de gases se llega a producir el enfriamiento y la congelación del tejido prostático con la consiguiente destrucción de las células cancerosas. Es un tratamiento de instauración reciente. Sus indicaciones no están claramente establecidas.

Requiere el empleo de anestesia y consiste en colocar, mediante punción a través del periné, unas sondas finas (criosondas) que llegan a la próstata. Éstas permiten la circulación de gases produciendo el enfriamiento y congelación del tejido prostático. Se utilizan, frecuentemente, 6 criosondas que se ubican mediante ecografía transrectal que sirve de guía visual. Necesita la colocación de un dispositivo en la uretra para calentarla con el fin de proteger ésta del frío y evitar efectos indeseables.

Después del procedimiento es preciso llevar una sonda vesical durante, aproximadamente, de una a tres semanas.

Los efectos adversos de impotencia e incontinencia son actualmente más frecuentes que con la cirugía o radioterapia. Los pacientes presentan, en numerosas ocasiones, dolor pélvico.

TRATAMIENTO HORMONAL (DEPRIVACIÓN DE ANDRÓGENOS)

Desde hace años se sabe que el cáncer de próstata es un tumor, en la mayoría de los casos, dependiente de las hormonas, particularmente de los andrógenos. Este hecho se ha demostrado al producirse la mejoría de los síntomas producidos

por las metástasis, por la obstrucción urinaria y por la disminución de los niveles de PSA, cuando se suprimen los andrógenos de la sangre.



Es un tratamiento paliativo en pacientes con metástasis, no consiguiendo la curación de la enfermedad en ningún caso, aunque sí se logra la mejoría de los síntomas en pacientes con enfermedad avanzada (presencia de metástasis), el retardo de la progresión clínica, y posiblemente la prolongación, en algún caso, de la supervivencia. Los tratamientos hormonales son tratamientos sistémicos que se utilizan sobre todo cuando la enfermedad está diseminada, o bien como complemento de alguno de los tratamientos locales o en las recaídas que pueden presentarse tras dichos tratamientos.

Los andrógenos son producidos en su mayor parte (90-95%) en los testículos en forma de testosterona, y el resto (5-10%) en las glándulas suprarrenales, que se encuentran situadas encima de ambos riñones. Estos andrógenos actúan sobre la próstata estimulando la proliferación de las células tumorales.

La eficacia del tratamiento hormonal se basa en suprimir la testosterona de la sangre, y por tanto el efecto que ésta tiene sobre el cáncer de próstata, lo que ocurre en el 80% de los casos. Con el tiempo, en la mayoría de los casos, aunque la respuesta inicial sea buena, estos tumores tienden a hacerse resistentes a este tratamiento.

La supresión de los andrógenos se va a conseguir mediante tratamiento farmacológico (medicamentos) o mediante tratamiento quirúrgico extirpando los testículos o su tejido productor de testosterona (orquidectomía).

Orquidectomía:

Es como se denomina a la extirpación de los testículos. Generalmente, se efectúa una extirpación de la parte interior del testículo, donde está el tejido productor de testosterona.

Es una intervención sencilla que requiere anestesia y una breve hospitalización, que generalmente no supera 24 horas. La recuperación postoperatoria a la vida normal es rápida y apenas presenta complicaciones.

Los efectos hormonales derivados de la orquidectomía son inmediatos, produciéndose un descenso eficaz sobre el cáncer de próstata en menos de 24 horas. Este tratamiento no es reversible, generando una privación de testosterona definitiva.

Tratamiento farmacológico:

Consiste en obtener la supresión de la testosterona mediante medicamentos que actúan sobre la hipófisis consiguiendo que los testículos dejen de producir esta hormona.

Esto se logra mediante unas inyecciones que se presentan en fórmulas que permiten que el efecto dure hasta tres meses, con la consiguiente comodidad, ya que sólo serán necesarias 4 inyecciones al año.

Para evitar la acción de los andrógenos procedentes de la glándula suprarrenal se utilizan los antiandrógenos, que son un grupo de medicamentos que, por diversos mecanismos, evitan que estos andrógenos actúen sobre la

próstata. En ocasiones, se usan conjuntamente con los análogos de la LHRH, conociéndose esta modalidad de tratamiento como bloqueo hormonal completo.

El tratamiento con medicamentos tiene la ventaja de ser reversible, de manera que si aparecen efectos secundarios, se puede suspender volviendo a una situación hormonal igual a la existente antes del tratamiento. Los inconvenientes son que tiene que preocuparse de tomar la medicación con la periodicidad prescrita por el especialista y tardan unas semanas en alcanzar su eficacia

Con el tiempo, el tratamiento hormonal puede fracasar, al proliferar células que presentan la característica de ser resistentes a las hormonas, produciéndose entonces la progresión de la enfermedad, situación que se conoce como **hormonoresistencia**.

EFECTOS ADVERSOS

Tras la privación de andrógenos en la sangre aparecen ciertos efectos secundarios que pueden disminuir la calidad de vida. Entre los más importantes destacan la aparición de impotencia, disminución de la libido (deseo sexual), aumento de peso, desarrollo discreto de las mamas, debilidad muscular, anemia, osteoporosis y sofocos.

Ante la aparición de estos síntomas u otros distintos a los mencionados, que sean molestos o persistentes, es importante que se lo comunique a su urólogo, que le asesorará e indicará el tratamiento más adecuado en su caso.

QUIMIOTERAPIA

Existen cada vez más fármacos no hormonales capaces de reducir y/o detener temporalmente la progresión del cáncer de próstata diseminado, mejorando la calidad de vida e incluso aumentando la supervivencia de los pacientes, aunque no existe ningún fármaco que, actualmente, produzca la curación. En la actualidad se están llevando a cabo múltiples estudios encaminados a buscar nuevos fármacos y/o combinaciones de fármacos eficaces para este tumor, aunque los resultados obtenidos no son todavía concluyentes.



La quimioterapia en el cáncer de próstata avanzado se indica en pacientes que no respondan o hayan dejado de responder al tratamiento hormonal. Se recomienda, además, que los enfermos se incluyan en ensayos clínicos. Existen fármacos que, administrados intravenosamente, producen mejoría sintomática y disminuyen las complicaciones esqueléticas de las metástasis óseas.

Si recibe tratamiento con quimioterapia, es importante que en el momento que aprecie fiebre superior a 38° C o cualquier alteración o síntoma nuevo informe a su oncólogo, de tal forma que pueda administrarle el tratamiento más adecuado para prevenir o disminuir dichos síntomas cuanto antes.

OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES

SEGUIMIENTO TRAS EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Después de haberse sometido a tratamiento, el especialista va a controlar el resultado de éste mediante revisiones y pruebas que valoran la eficacia del mismo, es decir, un seguimiento de la enfermedad. Éste va a tener pequeñas variaciones según el tratamiento realizado en cada caso.



Si se ha decidido realizar la observación y vigilancia del cáncer, deben llevarse a cabo periódicamente determinaciones del PSA e incluso biopsias en algunos pacientes. En caso de aparecer síntomas, signos de progresión o avance del cáncer, puede reconsiderarse esta actitud y aplicar el tratamiento más adecuado, de acuerdo con las características de la enfermedad, en ese momento.

En los enfermos sometidos a tratamientos locales (cirugía o radioterapia) como tratamiento definitivo, el descenso del PSA en la sangre es el que va a indicar la buena respuesta a éste.

Las revisiones periódicas (frecuentemente cada 6 meses) se llevan a cabo en estos casos realizando análisis del PSA y tacto rectal.

Cuando el tratamiento empleado es el bloqueo de andrógenos (hormonal), se puede realizar las visitas cada 3 ó 6 meses, según el estado del paciente, debido a que muchos son enfermos en estadios avanzados. Se determinará el valor de PSA, cuyo descenso va a indicar una buena respuesta.



LA INCONTINENCIA URINARIA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

La pérdida involuntaria de la orina puede aparecer tras el tratamiento. Se produce como consecuencia de la proximidad de la próstata al esfínter urinario, el cual durante el procedimiento terapéutico puede verse lesionado, así como también algunas de las estructuras involucradas en la continencia. Esta situación produce un insuficiente funcionamiento de los mecanismos responsables en la retención urinaria y, por consiguiente, la aparición de incontinencia. La edad es un factor de riesgo, de modo

que los enfermos de más edad son los que con mayor frecuencia presentan incontinencia postoperatoria.

Inmediatamente después de una prostatectomía radical, la presencia de incontinencia urinaria, en mayor o menor grado, es frecuente, mejorando con el paso del tiempo en la mayoría de los casos. Hasta un año después de la operación puede mejorar la incontinencia no recomendándose iniciar ningún tratamiento hasta que no haya transcurrido ese tiempo.

La pérdida de orina puede ser diferente según los casos, distinguiéndose tres tipos:

- Urgencia miccional: En esta circunstancia la vejiga se contrae sin haber voluntad de hacerlo, provocando un intenso deseo de orinar que obliga a la micción. Se producen pequeñas pérdidas de orina hasta que se llega al WC si éste no está próximo.
- Incontinencia de esfuerzo: Los escapes de orina ocurren cuando se realizan movimientos o ejercicios que aumentan la presión en el abdomen como puede ser al moverse súbitamente, correr, levantarse de una silla, etc. En este caso se producen pérdidas, generalmente de escasa cantidad pero que obligan a llevar protección.
- Incontinencia total: Es la pérdida constante y continua de orina, no llegando a realizar micciones, o pocas, debido a que no se llega a almacenar prácticamente orina en la vejiga.

Las primeras medidas que se pueden adoptar para mejorar esta situación son la restricción de líquidos y realización de ejercicios destinados a fortalecer los músculos del suelo de la pelvis, ayudando a disminuir la incontinencia.

La urgencia miccional puede mejorar mediante el empleo de algunos medicamentos que relajan la vejiga y disminuyen las contracciones involuntarias de la misma.

Si las pérdidas son cuantiosas y ha transcurrido el tiempo suficiente como para considerar que es una incontinencia establecida, se pueden plantear tratamientos para mejorar o resolver ésta. Éstos consisten en intervenciones quirúrgicas que llevan a cabo la inyección de sustancias como colágeno o silicona a través de la uretra en las proximidades del esfínter, produciendo el cierre parcial de este. Otra solución más compleja, es la colocación de un esfínter artificial mediante un manguito alrededor de la uretra, que al llenarse de líquido la cierra. Requiere, al mismo tiempo, dejar en la bolsa escrotal un dispositivo que permita vaciar, a un reservorio, el líquido del manguito para poder abrir la uretra y vaciar de orina la vejiga.

DISPOSITIVOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia puede variar en su intensidad requiriendo desde el uso de una pequeña gasa de protección, pasando por el empleo de compresas hasta llegar a la necesidad de tener que llevar pañal, con la consiguiente incomodidad y afectación psicológica y social.

Actualmente, existen en el mercado una importante variedad de dispositivos adaptados a las distintas necesidades de cada paciente que permiten, de forma discreta y eficaz, paliar las incomodidades y alteraciones de la pérdida de orina proporcionando la posibilidad de seguir llevando una vida normal.

- ◆ Absorbente masculino: Su uso está indicado, principalmente, en aquellos pacientes con incontinencia de goteo.

Se trata de una compresa fina y absorbente, en forma de bolsa, con una gran capacidad de absorción. Este material asegura la retención de toda la humedad sin posibilidad de fuga.

- ◆ **Colectores:** Se trata de un sistema fabricado con un material sintético sin látex e hipoalergénico, que se adapta al pene como un preservativo, quedando sujeto a él por una tira autoadhesiva, que evita que se mueva y exista pérdida de orina.

Existen varias modalidades y tamaños para adaptarse a las distintas necesidades de los pacientes.

El colector drena hacia una bolsa de recogida de orina, que mediante unas cintas se fija a la pierna (como si se tratara de un ligero). Es un sistema cómodo y discreto, que permite desarrollar la actividad diaria normalmente.



DISFUNCIÓN SEXUAL



Es la alteración en la capacidad de la erección o de su duración, impidiendo o dificultando la actividad sexual. Es una circunstancia que ocurre con cierta frecuencia tras los tratamientos del cáncer de próstata, la cual debe conocer. En los primeros momentos después de conocer el diagnóstico, este aspecto puede pasar a un segundo plano dando prioridad a la curación de la enfermedad, pero después del tratamiento, con el paso del tiempo, llega a ser una preocupación importante que produce un grado de insatisfacción considerable que altera nuestra calidad de vida. Esto se hace más evidente cuanto más joven es el paciente.

Es muy frecuente que tras los tratamientos se produzca una falta de emisión de semen con el orgasmo; esta situación se conoce como "orgasmo seco". La satisfacción de la actividad sexual no tiene por que verse afectada.

Es muy frecuente que tras los tratamientos se produzca una falta de emisión de semen con el orgasmo; esta situación se conoce como "orgasmo seco". La satisfacción de la actividad sexual no tiene por que verse afectada.

La disfunción sexual se produce como consecuencia de la lesión o extirpación de los nervios y vasos sanguíneos responsables de la erección en el tratamiento quirúrgico o la radioterapia. A pesar de las mejoras en la técnica de la prostatectomía radical y de la de radioterapia que intentan conservar indemnes estas estructuras, en numerosas ocasiones ésto no se consigue, apareciendo una impotencia como secuela del tratamiento. En ocasiones el estadio evolutivo del cáncer obliga a tener que extirpar los nervios de la erección, los cuales discurren en íntima relación con las partes laterales de la próstata.

Influyen, claramente, la edad y la función sexual previa al tratamiento. Cuanto mayor es la edad en el momento del tratamiento, mayores probabilidades hay de perder la función sexual después del mismo. En el caso de tener la potencia sexual alterada antes de la cirugía o radioterapia, ésta se va a ver afectada con mayor frecuencia.

En el caso de la cirugía la pérdida de la función sexual prácticamente es inmediata, recuperándose lentamente, incluso hasta dos años después de la misma. La frecuencia con la que esta capacidad de erección se mantiene o recupera varía con la técnica empleada (entre un 40 y 60% cuando se preservan indemnes los nervios), siendo mayor este porcentaje cuanto menor es la edad del enfermo. Si no se preservan, la práctica totalidad permanecen impotentes. Hay que tener presente que la preservación de los nervios de la erección no se puede hacer en todos los pacientes sometidos a prostatectomía radical.

En el caso de la radioterapia, la pérdida de la potencia sexual se produce poco a poco después del tratamiento, a medida que las radiaciones hacen su efecto sobre los tejidos.

Existen diversos tratamientos mediante los cuales se puede mejorar la potencia sexual, consiguiendo una erección que permita desarrollar una actividad sexual para el enfermo y su pareja.

- ◆ Tratamiento farmacológico: Mediante la utilización de medicamentos en forma de pastillas que facilitan las respuestas naturales al estímulo sexual a nivel del pene.

Existe otro medicamento que, mediante autoinyección directa en el pene, provoca como respuesta la erección del mismo. Este requiere que el paciente aprenda la técnica para inyectarse en el pene y está contraindicado en aque-

llos pacientes que tomen tratamientos para disminuir la coagulación de la sangre.

Estos tratamientos no son eficaces en todas los enfermos sometidos a tratamiento por cáncer de próstata pero, en muchos de ellos, ayudan a mejorar este aspecto, recuperando la calidad de vida alterada por esta circunstancia.

- ◆ Dispositivos de vacío: Son unos mecanismos mediante los cuales se consigue el relleno del pene con la sangre por succión, alcanzando una turgencia considerable del mismo. Esta se mantiene con la colocación de un anillo constrictor en la base del pene.
- ◆ Tratamiento quirúrgico: Son las prótesis de pene. Existen diversos modelos en el mercado con las cuales se consigue una erección implantando unos cilindros en el interior del pene, que permiten obtener una turgencia adecuada para poder mantener una actividad sexual satisfactoria. La colocación requiere una operación que puede presentar complicaciones por la propia intervención o por el fallo en el funcionamiento de alguno de los mecanismos de la prótesis.



REINCORPORACIÓN A LA VIDA COTIDIANA

Muchos enfermos de cáncer de próstata, tras el alta médica, pueden volver a incorporarse al trabajo o a la vida cotidiana porque no existe ninguna contraindicación médica. Sin embargo, puede que no se encuentren aún capaces de asumir en su totalidad todas las responsabilidades que tenían antes del diagnóstico.

Su respuesta a una enfermedad grave, como cualquier otro cambio importante en la vida, puede fortalecer, profundizar y enriquecer su carácter. La enfermedad puede hacerle más consciente de lo preciosa que es la vida:

- No se limite a superar la crisis, sírvase de ella para reorganizar sus prioridades. Dedique tiempo para sí mismo y para sus seres queridos y experimente las pequeñas satisfacciones de la vida cotidiana.
- Piense en lo que significa para usted estar bien. Puede que no consiga volver a hacer algunas cosas o no de la misma manera. Procure aceptar lo que no puede cambiar y potencie otras áreas.
- Considere los cambios producidos por la enfermedad como una oportunidad para marcarse nuevas metas. La pérdida de algunas habilidades puede llevarle a descubrir otras que siempre ignoró.
- Cuando se sienta frustrado por las limitaciones que padece, sea amable consigo mismo. Trátese como trataría a una persona querida a quien está ayudando a recobrar la salud. De hecho, eso es lo que realmente está haciendo.

Vaya poco a poco recuperando el control sobre las diferentes áreas de su vida, adaptándose a los cambios que tenga que realizar.



RECIDIVA

Es la reaparición del tumor maligno tras un periodo, más o menos largo, de ausencia de enfermedad, en la misma localización donde estaba situado el tumor de origen o en otro órgano lejano.

En función de dónde se localice la recidiva, ésta puede ser:

- ◆ Local o locoregional: El tumor reaparece en la próstata o en la pelvis.
- ◆ A distancia o metástasis: Cuando la enfermedad aparece en un órgano distinto a la próstata. Generalmente, el lugar más frecuente de localización de las metástasis son los huesos.

Si tras los tratamientos, en una revisión, se observa un aumento del PSA, que indica que la enfermedad ha reaparecido, debe intentarse localizar ésta mediante tacto rectal, TC y gammagra-

fía ósea. A pesar de esta búsqueda es frecuente no encontrar donde se localiza la recidiva. Ante estas circunstancias, se puede plantear la observación y vigilancia o el inicio de tratamiento con hormonas y/o radioterapia.

Este es un período especialmente difícil, ya que tras recuperarse de los tratamientos y volver a retomar el control de su vida, tiene que enfrentarse de nuevo a la enfermedad, a la aplicación de nuevos tratamientos, a los miedos por las complicaciones que aparecen, etc.

Es frecuente que aparezcan reacciones emocionales, incluso más intensas que antes. Las preocupaciones suelen magnificarse y es probable que aparezcan miedos respecto al futuro.



Si cree que la necesita busque ayuda profesional. Un psicólogo puede enseñarle a controlar el malestar provocado por esta situación y poner en marcha estrategias para manejarlo.

TRATAMIENTO PALIATIVO Y SINTOMÁTICO

A veces, se presentan situaciones originadas por la enfermedad que requieren tratamientos que no van dirigidos a combatir el cáncer de próstata directamente, sino los síntomas derivados de este. Estos tratamientos no influyen en el pronóstico de la enfermedad pero sí en la calidad de vida del paciente.

Por el crecimiento prostático puede llegar a producirse una retención urinaria que provoca una importante dificultad para

orinar y en ocasiones obliga al paciente a llevar una sonda urinaria, viéndose afectada notablemente la calidad de vida.

En estas circunstancias, el urólogo puede plantear la posibilidad de realizar una resección transuretral (RTU) para mejorar esta situación. La RTU es una operación en la que mediante un aparato que se introduce por la uretra se cortan pequeños fragmentos de tejido, que reducen la próstata y disminuyen la obstrucción del paso de la orina.

En algunas ocasiones, por infiltración del tumor, se puede producir obstrucción en la desembocadura de los uréteres a la vejiga (conductos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga) provocando insuficiencia renal. En estos casos, la situación puede resolverse colocando unos tubos internos que van desde los riñones hasta la vejiga (catéteres ureterales) o puncionando los riñones, directamente por la zona lumbar y colocar unos tubos (nefrostomía) que desvían la orina desde los riñones al exterior, donde es recogida mediante una bolsa.

La principal localización de las metástasis en el cáncer de próstata son los huesos. Estas metástasis pueden llegar a ser muy dolorosas, requiriendo un nivel importante de analgésicos. Las unidades de oncología, de dolor y de cuidados paliativos, existentes hoy día en la mayoría de los centros, pueden proporcionar combinaciones de fármacos eficaces para el control de este dolor. La radioterapia es una opción para el tratamiento de las metástasis óseas, ya que, además de disminuir considerablemente el dolor, previene las fracturas de los huesos afectados, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Actualmente, también pueden emplearse, para el tratamiento paliativo de las metástasis óseas, una serie de fármacos que, bien por vía oral o intravenosa, reducen el dolor óseo y mejoran la calidad de vida.

FAMILIARES: CUIDADORES

Tras el diagnóstico de cáncer de próstata, toda la familia tiene que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vivir y convivir. Cada miembro de la familia puede tener un mayor o menor grado de implicación en el cuidado del enfermo, pero lo cierto es que ninguno de ellos puede evitar estos cambios.

Dada la dificultad que la enfermedad conlleva, y al inestimable papel que tienen los familiares en el cuidado del paciente, se ha visto la necesidad de introducir un capítulo dirigido a ellos, los cuidadores. En el mismo, consideramos al familiar desde dos perspectivas diferentes: Como persona que cuida y como persona que debe cuidarse.



EL CUIDADO DEL ENFERMO

En la mayoría de las ocasiones, la familia supone la fuente de afecto y cuidados más importante para el enfermo. Pero no siempre es fácil ofrecer cuidados, en numerosas ocasiones el familiar observa que el enfermo sufre pero no sabe cómo comportarse para que se encuentre mejor.

Con el propósito de ayudarle a afrontar esta compleja situación le ofrecemos una serie de pautas que pueden serle de utilidad a la hora de cuidar y apoyar al enfermo en los diferentes momentos y situaciones que conlleva la enfermedad.

1. Entender por qué se siente y se comporta como lo hace

Conocer las diferentes actitudes que los enfermos pueden adoptar, permitirá afrontar la situación con mayor tranquilidad y ofrecer las ayudas más adecuadas para cada caso.



Algunos enfermos se preocupan por todo, analizan todo lo que leen, lo que les dice el médico, lo que notan en su cuerpo, lo que les cuentan otros pacientes. Esta actitud de continua observación suele provocar mucha angustia, nerviosismo e irritabilidad.

Hay quien piensa que nada depende de ellos, que están en manos de la suerte, de los médicos o del destino. Estas personas suelen caer en un estado de desesperanza que les hace deprimirse. Aparece el riesgo de que se conviertan en pacientes pasivos que no colaboran en su tratamiento. Un adecuado tratamiento farmacológico pautado por un psiquiatra y, especialmente, el apoyo psicológico les puede ayudar.

Algunos pacientes actúan como si no hubiera pasado nada. Su forma de enfrentarse al diagnóstico es restarle importancia. Es como si hubieran decidido que aunque algo ha ocurrido, van a hacer como que no existe. Si el enfermo no se niega a recibir los tratamientos no hay motivo para intentar que cambie el modo en el que se enfrenta a la situación. Esta forma de actuar es una manera de aceptar la realidad, especialmente, en los primeros momentos.

Algunas personas son conscientes de que hay cosas que no dependen de ellos (por ejemplo, que el tratamiento sea eficaz) y las aceptan, y mientras tanto se ocupan de las cosas que sí pueden hacer (por ejemplo: descansar, alimentarse bien y cuidarse para recibir los tratamientos). Tienen una actitud activa que les lleva a buscar soluciones a los problemas que van surgiendo y utilizan todos los recursos y ayudas de que disponen.

No hay duda de que un papel activo es importante, y que ciertos estilos son preferibles a otros, pero cada estilo personal depende de las circunstancias, de las experiencias vividas y pueden modificarse a lo largo del proceso de enfermedad en función de los momentos y situaciones que vayan apareciendo.

Adaptarse bien no es sólo cuestión de fuerza de voluntad; con frecuencia, hace falta aprender nuevas estrategias para conseguirlo, y aquí las personas más cercanas pueden ayudar mucho.

2. Hablar y compartir: Evitando la conspiración del silencio



Es difícil hablar de cáncer para el médico que debe dar malas noticias para el paciente y para los familiares que reciben esta información. Todos coinciden en el deseo de evitar sufrimientos, y en ocasiones se adopta una actitud de silencio, excesivamente protectora hacia el enfermo, que en lugar de ayudar añade más dificultad, facilitando la aparición de la conspiración del silencio.

Ante esta situación, nos encontramos como representando una obra de teatro en la que no se puede hablar de cáncer, no se puede hablar de los tratamientos ni de los miedos, no se puede expresar la tristeza, la rabia o la desesperanza. Todos se engañan pensando que "ojos que no ven corazón que no siente", pero por mucho que no se hable, la situación no cambia, los miedos crecen y los problemas no se resuelven. En estas situaciones no sólo tenemos que enfrentarnos al cáncer sino que, además, tenemos que hacerlo en soledad.

En la conspiración del silencio, son las necesidades reales del paciente las que deben determinar el tipo de información que va a ser útil. Por ello, es **fundamental conocer los deseos de información del enfermo.**

Hay enfermos que no desean información. Viven la enfermedad sin querer saber en qué consiste, no preguntan, delegan en otros para que tomen decisiones pero siguen las recomendaciones del médico sin presentar altos niveles de ansiedad. En

estos casos, no es conveniente ofrecer información que el enfermo no desea.

Sin embargo, otros pacientes necesitan conocer lo que les está pasando y lo que les espera. Quieren tener un papel importante a la hora de decidir sobre sus tratamientos. En estos casos, ocultar información resulta contraproducente.

Actitudes y habilidades que pueden ayudar a conocer los deseos de información del enfermo:

1. **No tenga prisa.** Hay que dar tiempo a que la persona asimile la noticia de la enfermedad.
2. **Dedique un tiempo para observar, escuchar y comprender** en qué situación se encuentra el enfermo. De esta forma, podrá conocer qué es lo que sabe o piensa sobre lo que le está ocurriendo.
3. **Escuche activamente.** Demuestre con la actitud, con la postura, con los gestos, que está atento. Mostrar respeto cuando no quiera hablar y mostrar disponibilidad cuando desee hacerlo.
4. **No interprete, pregunte al enfermo.** Escuche sus palabras y sus emociones al respecto. Es importante no realizar preguntas que dirijan la respuesta deseada "¿te encuentras bien, verdad?".
5. **No fuerce soluciones o consejos no pedidos.**

El cuidador también puede vivir con temor el hecho de que el enfermo conozca su situación, considera que hay que evitarle un mayor sufrimiento y que lo mejor es que no sea informado de lo que le está ocurriendo. -"le conozco hace mucho tiempo

y sé que no lo podrá soportar"- . Sin duda, este intento de protección es fácil de entender pero es necesario que se pierda el miedo a hablar; si la comunicación puede ser dolorosa la incomunicación puede serlo mucho más.

Párese a pensar...

1. **Identifique sus propios miedos.** Con frecuencia cuando anticipamos una situación nos la imaginamos mucho más grave de lo que realmente es. Es importante que intente encontrar una respuesta a las siguientes preguntas: "¿Qué es lo que le preocupa de que el enfermo conozca....?", "¿qué piensa que pasaría si hablaran abiertamente?".
2. **Reflexione acerca de las ventajas e inconvenientes.** "¿Qué le resulta más doloroso, hablar abiertamente o sufrir en soledad sin poder compartir la dificultad de la situación?".
3. **Póngase en su lugar.** Si Ud. fuera él ¿le gustaría que los demás decidieran, por su bien, qué contarle sobre su enfermedad?. En el caso de que a usted le ayudase, ¿cree que a él le ayudaría?...¿qué le ayudaría más?, "¿qué necesitaría en estos momentos?".
4. **Evalúe las consecuencias de su comportamiento.** "¿Cómo cree que se siente su familiar cuando intenta decirle lo que le preocupa y no puede hacerlo?", "¿cómo cree Ud. que se sentirá el enfermo, en el momento en que perciba lo avanzado de su enfermedad y que se le está engañando?".



3. Propiciar un clima de confianza

Pautas generales para crear un clima de confianza.

1. **No imponer al enfermo lo que debe hacer.** La imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen.
2. **No transmitir juicios de valor negativo:** "no puedes continuar con esa actitud..."
3. **No dar consejos.** No tranquilice con frases hechas "hay que ser fuerte", "esto no es nada", "hay otros que están peor", etc.
4. **No interrumpir para decirle que no se tiene la solución.** En la mayoría de las ocasiones, no es tan importante encontrar la solución como poder sentir el apoyo que otros le prestan.
5. **Empatizar.** Escuchar y compartir también sus sentimientos y emociones. Sentir que los demás comprenden la situación constituye un apoyo importante que ayuda a amortiguar y aplacar las emociones negativas.

4. Afrontar situaciones difíciles

El silencio

Respetar el silencio no siempre es fácil. El deseo de ayudar al enfermo y ofrecerle todo nuestro apoyo puede provocar que no tengamos en cuenta su necesidad de silencio. El silencio compartido transmite respecto a su dolor, a su deseo de permanecer callado en ese momento, facilita estar tranquilo y reposado. El acompañante silencioso es muy valorado, porque no avasalla.

El llanto

El llanto es una reacción adecuada ante situaciones de tensión emocional. Actúa como "válvula de escape" y desahogo que permite que el enfermo se encuentre más sereno para afrontar el proceso de enfermedad. Responder a una situación de llanto, sin intentar detenerla, no es cosa fácil; requiere tranquilidad y la puesta en marcha de habilidades de escucha activa, empatía y comprensión.

¿Cómo afrontar el llanto?

- ◆ Escuche activamente lo que tenga que decirle.
- ◆ Cuando no se sabe qué decir o cuando las palabras no tienen nada que aportar el contacto físico (un abrazo, un apretón de manos...) puede transmitir todo.
- ◆ Evite que otros interrumpan ese llanto y que se produzcan comentarios del tipo "no llores", "tienes que ser fuerte" etc.

La ira

La ira es una emoción muy frecuente en los enfermos de cáncer. Aunque, en algunos momentos, esa irritación vaya dirigida hacia el cuidador, debe entender que estas reacciones no son más que descargas emocionales ante el estrés al que se ve sometido por el proceso de la enfermedad.

Dependiendo de cómo nos comportemos en estas situaciones, puede ayudar a que la irritabilidad se calme o por

el contrario, provocar una mayor hostilidad. Cuando una persona está en una situación de cólera cualquier intento por hacerla entrar en razón resulta inútil. No interrumpa, sencillamente aguarde a que muestre signos de que su irritación se está reduciendo. Considere que este estado de irritación no dura siempre, si damos tiempo y no añadimos provocaciones posteriores, la persona acabará por desinflarse y el enfado comenzará a venirse abajo.

¿Cómo manejar la ira?

- ◆ Espere a que se calme. No tenga prisa, evite decir frases del tipo "cálmate, escúchame.... no te pongas así, no es para tanto" suelen ser frases provocadoras. Cuanto más le increpemos para que se tranquilice mayor será su irritación.
- ◆ Escuche. Ofrézcale la oportunidad de que exprese su irritación. Escuche con serenidad y firmeza, manteniendo una postura relajada y el contacto visual.
- ◆ Póngase en su lugar. Reconozca la irritación y transmítale que le comprende, no olvide que nadie se irrita gratuitamente, tiene sus razones para ello.
- ◆ Evite ofrecer sus propios juicios acerca de lo que "debería" y "no debería hacer", permita que se exprese sin censuras.
- ◆ Una vez que la ira se haya desvanecido, muestre interés por el problema. Ayúdele a aclararlo o a buscar alternativas de solución.



EL CUIDADO DE UNO MISMO

Los familiares y/o amigos pueden ser una fuente de apoyo muy valioso para el enfermo. Para cuidar adecuadamente a otra persona es necesario cuidarse bien, manejar las emociones y disponer de tiempo para el descanso y la distracción.

Cuidar a una persona con una enfermedad grave constituye una experiencia que exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica el cuidado. Se producen situaciones que conllevan fatiga, problemas físicos, sentimientos de impotencia, sentimientos de culpa, ira, tristeza, etc., en definitiva, un importante desgaste físico y emocional. Por lo tanto, cuidarse tiene dos objetivos: mantener la propia salud y bienestar, así como, el de la persona a la que se cuida.

A) Pida ayuda a otros familiares

- ◆ Exprese claramente qué clase de ayuda necesita y no espere a que los otros lo adivinen, diga de forma concreta qué necesita de los demás.
- ◆ Realice reuniones familiares para tratar el tema: hable, abiertamente, de las necesidades que se deriven del cuidado y, decidan qué puede hacer cada uno de los miembros de la familia para contribuir a la tarea.
- ◆ Considere que algunas personas están más dispuestas a ayudar que otras.
- ◆ Exprese, claramente, la satisfacción y agradecimiento por la ayuda recibida.

B) Recorra a servicios, instituciones y asociaciones de ayuda

Quizá nadie pueda cuidar mejor al enfermo que usted mismo, pero un apoyo puede complementar la ayuda que usted le da y favorecer su descanso.



C) Establezca límites

Es conveniente poner límites cuando las personas a quienes se cuidan se comportan de alguna de las siguientes formas:

- ◆ Culpan al cuidador por errores que éste comete de forma involuntaria.
- ◆ Fingen síntomas para captar más atención.
- ◆ Hacen reproches a los cuidadores cuando éstos ponen límites razonables a sus peticiones.
- ◆ Rechazan ayudas que facilitarían las tareas del cuidado (sillas de ruedas o muletas).
- ◆ Empujan o golpean a los cuidadores.
- ◆ Piden ayudas continuas para cubrir exigencias que podrían resolver ellos.

D) Anticipe problemas y prevea las soluciones

Para evitar tomar decisiones precipitadas es fundamental anticipar los problemas y mantener reuniones familiares, consultando a otras personas, utilizando un mediador para buscar las soluciones.

Es conveniente implicar al enfermo en todas las decisiones que sea posible (económicas, legales o de otro tipo), principalmente si la situación empeora. Ello permitirá tener preparadas estrategias antes de que la situación sea crítica (agravamiento, traslado, otros problemas que impidan al cuidador continuar con su tarea, etc).

E) Cuide su propia salud

Normalmente, en la tarea del cuidador se descuidan aquellas actividades que le permiten recuperarse del cansancio y las tensiones del día.

- ◆ Duerma lo suficiente: la falta de sueño produce falta de atención, propensión a accidentes, irritabilidad, cansancio, tensión emocional, estrés, culpa,... y el bienestar físico y psicológico se ve alterado.
- ◆ Si el enfermo necesita atención por la noche: realice turnos, contrate o solicite un profesional algunos días a la semana.
- ◆ Si hay un exceso de tareas: priorice y dedique algunos momentos del día a descansar. Realice ejercicio moderado.

- ◆ Busque tiempo para relacionarse con otras personas. Evite el aislamiento.
- ◆ Realice actividades fuera de casa.

F) Aprenda a sentirse bien

Los sentimientos negativos son totalmente normales y legítimos, pero es importante ser consciente de ellos, reconocerlos, manejarlos y compartirlos con otras personas.

El enfado y la irritación aparecen con bastante frecuencia y suelen estar motivados por los comportamientos del enfermo, falta de colaboración de otros familiares, sensación de estar atrapado en la situación. Cuando se sienta enfadado puede reaccionar de la siguiente manera:

- ◆ No piense que el comportamiento irritante de su familiar es para fastidiarle; puede ser consecuencia de la enfermedad.
- ◆ Piense que lo que le resulta molesto no es la persona, sino su comportamiento en un momento concreto.
- ◆ Comente sus experiencias con otras personas que tienen problemas semejantes; probablemente le ayudará.
- ◆ Exprese sus sentimientos al enfermo e intenten buscar entre ambos soluciones alternativas.

RECURSOS SOCIO SANITARIOS

¿ QUÉ PUEDE OFRECER EL TRABAJADOR SOCIAL?

En el momento del diagnóstico de la enfermedad, es frecuente que se produzca un gran impacto tanto psicológico como social. Pueden surgir problemas de origen variado como son pérdida de la capacidad física, cambios en la situación laboral y cambios en su relación familiar y personal. Todas estas nuevas situaciones van a generar una serie de necesidades, por lo que se pueden encontrar con demandas que habrá que ir solventando.



Con el fin de ayudarle a cubrir los diversos problemas sociales y económicos que van a ir surgiendo, existen diversos recursos y ayudas sociales a las que puede acceder a través de los diferentes organismos públicos, ayuntamientos, centros de servicios sociales, etc.

Es probable que aparezcan ciertas dudas en cuestiones como el derecho a una u otra pensión, trámites a realizar, el futuro de la familia y otras múltiples y variadas cuestiones de gran importancia.

Para orientarle a resolver todas estas cuestiones y otras que vayan surgiendo, cuenta con la figura del trabajador social que le ayudará a resolver cualquier tipo de necesidad social o económica, poniendo los medios necesarios para conseguir que se cumplan sus expectativas personales.

Puede ofrecerle información y orientación sobre los siguientes aspectos:

- a) Prestaciones de tipo social a las que puede acceder. Valorará cuál es la que más le conviene en cada situación, tanto médica como personal.
- b) Le orientará a la hora de solicitar ayudas económicas: pensiones contributivas o no contributivas, ayudas para el pago de medicamentos etc. Realizará un estudio y valoración de la situación familiar y económica con el objetivo de ofrecerle la más adecuada y precisa información.
- c) En el caso de haber tenido que abandonar el puesto de trabajo, podrá asesorarle a la hora de la reincorporación laboral ofreciéndole información sobre diversas bolsas de empleo, cursos de formación, etc.

SITUACIÓN/ NECESIDAD	RECURSOS
Ayuda económica	Asistencia sanitaria
“Baja” o Incapacidad laboral transitoria	Subsidio de Incapacidad temporal
Minusvalía	Certificado de minusvalía Pensiones no Contributivas Pensiones Contributivas
Ayuda social	Servicio de ayuda a domicilio

RECURSOS SOCIALES A LOS QUE PUEDE ACCEDER: PRESTACIONES SOCIALES

1. Asistencia Sanitaria ¹

El diagnóstico de la enfermedad oncológica lleva consigo la disminución de los ingresos económicos, junto con el aumento de gastos debido a la medicación y tratamientos que debe seguir.

Debe saber, que con el objetivo de ayudarle a cubrir todos los gastos, el INSALUD o los órganos competentes en cada Comunidad Autónoma, ponen a su alcance lo que se denomina la **asistencia sanitaria** que tiene como fin facilitarle los medicamentos y productos sanitarios que necesita para la restauración de su salud.

1.- La normativa de aplicación es d.2056/74 texto refundido de la ley general de sanidad; RD 2730/81 sobre registro de especialidades farmacéuticas; RD 83/93 por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de financiación por el Sistema Nacional de Salud.

Medicamentos

Los medicamentos necesarios para cubrir sus necesidades médicas deben ser recetados por el médico de cabecera. Estos medicamentos, como los absorbentes para la incontinencia urinaria, los bragueros y suspensorios, etc., son considerados efectos y accesorios con aportación del 40 % del precio.

En el caso de necesitar otro tipo de material (sondas, colectores de pene y accesorios, etc.), son considerados accesorios de aportación reducida, lo que conlleva que la cantidad que tendrá que abonar es aproximadamente 2,65 euros.

En ambos casos, si posee el certificado de minusvalía, no tendrá que abonar ninguna cantidad por la adquisición de los mismos.

En ocasiones, aún recibiendo ayuda por parte de los organismos públicos, existen situaciones en las que no es suficiente para cubrir todos los gastos. En estos momentos, a través del departamento de trabajo social de la Asociación Española Contra el Cáncer, previa valoración profesional, podrá tener acceso a una ayuda económica para cubrir aquellos gastos que no pueda asumir con la proporcionada por los centros públicos.

2. Servicio de Ayuda a domicilio

A lo largo de la enfermedad, pueden surgir ocasiones en las que necesite ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. En estos momentos puede acudir al ayuntamiento y solicitar, en el centro de servicios sociales, el servicio de ayuda a domicilio.

Este servicio tiene como objetivo cubrir las necesidades domésticas y de aseo personal de aquellas personas que lo necesitan. Contará, en su domicilio, con la ayuda de una auxiliar de hogar, de lunes a viernes, durante tres horas al día como máximo.

El coste del servicio dependerá de los ingresos económicos que posea la unidad familiar, en cualquier caso, no será un servicio demasiado caro.

3. Otros Recursos

Puede ocurrir, que en algún momento del proceso de la enfermedad necesite utilizar algún tipo de material ortopédico o peluca. En ese caso debe saber que puede solicitarlo en el servicio de atención al paciente de su hospital de referencia. En caso de carecer de existencias en ese momento, la seguridad social se encarga de cubrir la financiación total o parcial del alquiler o compra de estos recursos en las ortopedias.



Aunque la seguridad social debe hacerse cargo del pago, será necesario que adelante el dinero. Posteriormente, si envía la factura, indicando si ha realizado un alquiler o una compra del material, se le devolverá el importe adelantado.



PRESTACIONES ECONÓMICAS

En el momento en que recae enfermo, como consecuencia de los efectos que produce la enfermedad, puede tener que abandonar su puesto de trabajo con las connotaciones sociales y económicas que eso supone para usted y su familia.

Es en este momento, cuando puede que tenga que darse de baja con motivo de la aparición de una incapacidad provocada por la enfermedad, siempre prescrita por el médico de cabecera.

La incapacidad laboral, también denominada I.LT., puede suponer una imposibilidad transitoria o permanente para desarrollar, de forma total o parcial, el trabajo que venía desarrollando anteriormente.

A lo largo de estos años, se han producido algunos cambios en las normativas sobre las bajas laborales que afectan a los derechos de los enfermos y a los médicos implicados en gestionarle la baja. A partir del año 1998, son los médicos de la seguridad social y los de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, los que gestionarán, directamente, la baja temporal pudiendo otorgarle el alta cuando lo consideren necesario.

DÓNDE SOLICITARLO	QUÉ TIENE QUE PRESENTAR
Centros de Información de la Seguridad Social	<ul style="list-style-type: none">- D.N.I.- Número de identificación fiscal- Parte médico- Si han pasado más de 18 meses, parte médico siguiente al último mes abonado por la empresa

El cese de la actividad laboral produce una disminución de los ingresos económicos de la unidad familiar. Para poder seguir asumiendo los gastos ocasionados por la enfermedad, a través de las oficinas del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), puede acceder al **Subsidio de Incapacidad Temporal**, prestación económica que puede comenzar a disfrutar a partir del día siguiente de la baja laboral. La cantidad económica a la que puede tener acceso será el 75 % de la base diaria de cotización².

La duración de la prestación no podrá ser superior a los 12 meses, a excepción de que se prevea que la situación médica puede mejorar hasta el punto de poder darle el alta definitiva, pudiéndose alargar el subsidio durante 6 meses.

En el caso en que la incapacidad tenga carácter definitivo, es necesario que una vez agotado el período máximo de incapacidad temporal, 18 meses (12 meses más prórroga de 6 meses), se realice una nueva valoración en los tres meses siguientes, a efectos de concederle la calificación de minusvalía. Es a partir de este momento, cuando su situación cambia pasando a denominarse **Incapacidad Permanente** que puede ser de diversos grados:

- ◆ **Incapacidad Permanente en un grado Parcial:** aquella incapacidad que ocasiona una disminución, no inferior al 33 %, para la realización parcial de su trabajo pero que no impide que realice su trabajo habitual.
- ◆ **Incapacidad Permanente Total:** aquella que imposibilita para la realización de todas o las tareas fundamentales del trabajo, pero no impide el dedicarse a otro trabajo distinto.

2.- Base de cotización: cantidad que cotiza a la seguridad social. Para calcular cuanto es, tiene que añadir a su paga mensual, la parte proporcional de las pagas extraordinarias y las demás que posean un vencimiento superior a un mes.

- ◆ **Incapacidad Permanente Absoluta**: aquella que impide por completo la realización de cualquier profesión u oficio.
- ◆ **Gran Invalidez**: aquella que produce pérdidas anatómicas o funcionales tan severas que necesita la ayuda de otra persona para poder llevar a cabo las tareas cotidianas de la vida (vestirse, comer, andar, etc.).

Para poder acceder al certificado de minusvalía es necesario que acuda a un Tribunal Médico, formado por distintos profesionales, los cuales le realizarán diversas valoraciones y pruebas diagnósticas con el objetivo de detectar cuál es el grado de minusvalía que le ha provocado la enfermedad.

A partir, del 26 de Enero de 2000, entró en vigor el Real Decreto 1971/1999 que unifica los baremos para determinar, en toda España, los grados de minusvalía que dan derecho a prestaciones sociales, determina quien es el encargado de realizar los exámenes médicos y regula la posibilidad que posee de interponer una reclamación si no está de acuerdo con la resolución de la discapacidad que le han concedido.

En caso de que posea la calificación de minusvalía con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto, y le hubieran concedido una minusvalía en un grado igual o superior al 33% según el Real Decreto 1723/1981, de 24 de Julio, no será necesario que pase de nuevo un examen médico.

El Tribunal Médico, a la hora de conceder la calificación de minusvalía, tendrá en cuenta las discapacidades físicas que presente, los factores sociales que intervienen y la situación laboral. En el caso en que la situación educativa y cultural que posea haga más difícil su integración en la sociedad, el tribunal

también lo considerará a la hora de conceder el grado de minusvalía física.

¿Qué hacer para solicitar el certificado de minusvalía?

Lo primero, es acudir al centro base del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) donde cuentan con equipos de valoración y diagnóstico que, mediante las pruebas oportunas, valorarán el grado de minusvalía que posea.

Para que le concedan el certificado, la disminución física debe ser igual o superior al 33%. Debe presentar un informe médico de la seguridad social y entregarlo en el centro base que le corresponde por zona junto con la solicitud. (Es importante que se quede con una copia sellada de toda la documentación que presente).

Pasado un tiempo recibirá en su domicilio una carta que le informará de la resolución. Puede ser la resolución definitiva o citarle para acudir a un tribunal médico. Cualquiera de las dos opciones es buena. En la primera opción la disminución que posee es muy clara por lo que se le concede el certificado en la primera revisión médica y la segunda opción, significa que han decidido realizarle otra serie de pruebas para conseguir una correcta valoración.

Pensiones

En el momento que comienza su actividad laboral, dependiendo del tipo de trabajo que realice, puede estar dado de alta en la seguridad social, o no. Teniendo en cuenta esta situación, puede encontrar diferencias a la hora de solicitar y recibir una ayuda económica:

- ◆ Pensiones no contributivas: para poder acceder a ellas, no es necesario un tiempo mínimo de cotización en la seguridad social.
- ◆ Pensiones contributivas: para poder acceder a ellas es necesario haber cotizado un periodo mínimo en la seguridad social.

A continuación encontrará un cuadro en el que se resumen los distintos tipos de pensiones, donde puede solicitarlas, qué requisitos debe cumplir y qué documentación aportar.

DONDE SOLICITARLA

DOCUMENTACIÓN

REQUISITOS

TIPO

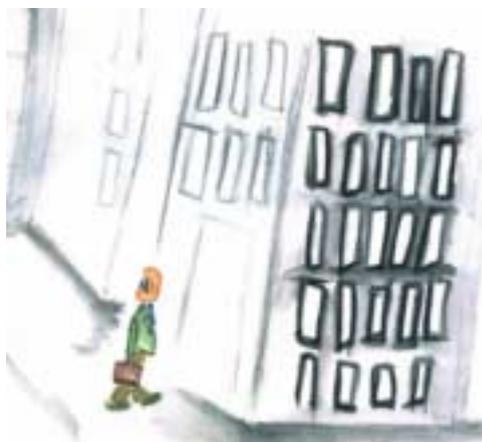
PENSIÓN CONTRIBUTIVA	INCAPACIDAD TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Alta en seguridad social Cotizados 180 días en los 5 años anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - DNI/NIF o tarjeta de residencia - Parte médico de baja - Parte médico de confirmación, siguiente al último mes abonado por la empresa, si han pasado 18 meses desde la incapacidad 	Dirección Provincial de la Seguridad Social
	INCAPACIDAD PERMANENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Alta en seguridad social < 65 años Cotizados 180 días en los diez años anteriores - Alta en seguridad social < 65 años Cotizado un cuarto del tiempo transcurrido entre los 20 años y la incapacidad - Alta en seguridad social < 65 años Cotizados 15 años 	<ul style="list-style-type: none"> - DNI/NIF o tarjeta de residencia - Si está casado, libro de familia - Certificado del IRPF - Original o copia compulsada del historial clínico del Tribunal Médico 	
	Parcial			
	Total			
	Absoluta			
	G. Invalidez			

TIPO	REQUISITOS	DOCUMENTACIÓN	DONDE SOLICITARLA
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> - <18 Y>65 años - Residentes en territorio español durante 5 años, dos inmediatamente anteriores a la solitud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de DNI - Fotocopia del pasaporte y/o permiso de residencia - Certificado de minusvalía 	<p>Servicios sociales IMERSO o en Agencia de la Seguridad Social</p>

REINSERCIÓN LABORAL

En caso de tener que abandonar el puesto laboral debido a la enfermedad, la incorporación dependerá de su estado general.

En caso de no poder incorporarse, debido al gran esfuerzo que le supone, el trabajador social de la AECC podrá ofrecerle información y asesoramiento con documentación actualizada en asuntos de empleo y formación laboral. Le informará sobre distintas bolsas de empleo, cursos de formación e incluso algunas actividades culturales y lúdicas que pueden ser de su interés.



VOLUNTARIADO

En el momento del diagnóstico de la enfermedad, cada uno de los miembros de la familia se ve afectado por la enfermedad y pueden verse alteradas las relaciones que mantenía hasta el momento, creándose nuevas responsabilidades y nuevos papeles.

Es normal, que se asigne el papel de cuidador primario a uno de los miembros de la familia y, generalmente, suele ser su pareja la mayor responsable del cuidado directo y la que asume la mayor parte de la responsabilidad de sus cuidados diarios.

Con el fin de que su cuidador se sienta comprendido, se facilite su deshago emocional, se evite la claudicación consiguiendo el descanso físico y emocional y a la vez conseguir que se encuentre acompañado, la Asociación Española Contra el Cáncer pone a su disposición a los voluntarios.

Una persona voluntaria es aquella persona que, por elección propia, dedica una parte de su tiempo a la acción solidaria, altruista, sin recibir remuneración alguna por ello. La acción que puede realizar el voluntario puede suponerle una importante vía de solución ante los problemas sociales que pueden surgir debido a la enfermedad.

El voluntario puede hacer que su vida sea lo más agradable posible haciéndole compañía, proporcionándole una presencia humana con la que poder hablar y compartir aficiones y/o puede ayudarle en la realización de las tareas y gestiones que vayan surgiendo.

BIBLIOGRAFÍA

- Vicent T Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Tosenberg. "Cancer. Principles and Practice of Oncology."
- F.Sanchiz, A. Millá, A. Vals "Tratado de Radioterapia Oncológica".
- Manual de psico-oncología. Editor: Francisco Gil. Nova Sidonia Oncologia. 2000. Madrid.
- Cáncer colorrectal: una guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer. 2002. Madrid
- Psico-oncología. María Die Trill. ADES ediciones, S.L.. 2003.
- Garcés Ferrer. J. " Concepto y alcance del Trabajo social". ICEPSS, Las Palmas de Gran Canaria 2000.
- Casado. D. Y Guillén .E. " Manual de Servicios Sociales" . Ed CCS, Madrid 2001.
- Ministerio de Asuntos Sociales. "Guía de Ayudas sociales para las familias".
- Bostwick DG, MacLennan GT, Larson TR: Prostate Cancer. American Cancer Society. 1999.
- . Hamdy FC, Basler JW, Neal DE, Catalona WJ: Prostate Cancer. Management of Urologic Malignancies, Part Two. Churchill Livingstone.2002.

- Herranz Amo F: El cáncer de próstata en la Comunidad de Madrid. Astra-Zeneca. 2002.
- Lepor Herbert: Prostate Cancer. Prostate diseases, Section III. W.B. Saunders Company. 2000.
- Resel L, Moreno J: Cancer de próstata. Tratado de Oncología Urológica, vol.II, Parte Quinta. Sanidad y Ediciones S.L. 2003.
- Scherr D, Swindle PW, Scardino PT: National Comprehensive Cancer Network Guidelines for the management of prostate cancer. Urology 61(supplement 2A):14-23. 2003.
- Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, y cols.: Carcinoma of the prostate. Campbell's Urology, Vol.4, Part XI. W.B.Saunders Company. 2002.

ENTIDADES Y ASOCIACIONES DE INTERÉS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

Amador de los Ríos, 5

28010 MADRID

www.aecc.es

Teléfono: 91 319 41 38

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

Padre Damian, 4-6

28036 MADRID

Teléfono: 900 19 65 65

INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES

Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58

28029 MADRID

Teléfono: 91 347 88 88

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA (AEU)

Isabel Tintero, 1

28005 MADRID

www.aeu.es

Teléfono: 91 364 08 49

CÍRCULO DE BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA (CBP)

Sagasta, 15 (6º izda).

28004 MADRID

www.circulodebraquiterapia.com

Teléfono: 91 594 18 09

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA
(AERO)

Amador de los Ríos, 5
28010 MADRID
www.aero.es
Teléfono: 91 319 67 93

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SEOM)

Conde de Aranda, 20 (5ºB).
28001 MADRID
www.seom.org
Teléfono: 91 577 52 81

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
LA PRÓSTATA: ¿CÓMO ES Y PARA QUÉ SIRVE?	5
EL CÁNCER DE PRÓSTATA	13
¿QUÉ OCURRE CUANDO ME DIAGNOSTICAN UN CÁNCER? EL PROCESO DE ADAPTACIÓN	31
¿CÓMO PREPARARSE PARA LOS TRATAMIENTOS?	43
TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA	49
OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES	73
FAMILIARES: CUIDADORES	85
RECURSOS SOCIO SANITARIOS	99
BIBLIOGRAFÍA	113
ENTIDADES Y ASOCIACIONES DE INTERÉS	115

Asociación Española Contra el Cáncer



RESPUESTA COMERCIAL
Autorización N° 006406
B.O.C. N°17 de 13-4-84

NO
NECESITA
SELLO a
franquear en
destino



Asociación Española Contra el Cáncer
Madrid, Apartado F.D. N° 355
28080 MADRID

HAZTE SOCIO

¡Colabora con nosotros en la lucha contra el cáncer!

Puedes:

- ✓ Enviar este cupón por correo
- ✓ Enviarlo por fax al nº913190966
- ✓ Escribir un e-mail a socios@aecc.es

Nombre o Razón social: _____

Apellidos: _____

Dirección: _____

Población: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____

NIF/CIF: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Profesión: _____

Aportación:

60 Euros 40 Euros 20 Euros _____ Euros

Periodicidad:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Forma de pago:

Datos para la domiciliación bancaria:

Titular de la cuenta: _____

Nombre de la caja o banco: _____

Domicilio del banco: _____

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC).

Transferencia bancaria:

SCH c/c nº 0049 0001 51 2510080004

Fecha: _____ Firma _____

TU APORTACIÓN SE DESTINARÁ
A LA PROVINCIA CON LA QUE
DESEES COLABORAR _____



POR FAVOR, rellenar todos los datos. Humedecer la zona engomada, cerrar el sobre y depositar en cualquier buzón. Muchas gracias.

Te garantizamos que los datos que nos facilitas son confidenciales, para uso exclusivo de la AECC y que podrás comprobar y rectificar cuando lo desees. Recuerda que podrás deducirte esta aportación en tu próxima declaración de la renta. Las cuentas de la AECC son sometidas anualmente a una auditoría externa.

ENTIDADES CIENTÍFICAS



PATROCINADORES



Asociación Española Contra el Cáncer

www.aecc.es

INFOCÁNCER- 900 100 036

Llamada gratuita

Amador de los Ríos, 5 · 28010 Madrid

Tels: 91 3194138 / 91 3194406

Fax: 91 319 0966