

Poniendo cara al Cáncer de Próstata

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



Con el patrocinio

janssen 

JUNTA DE EXTREMADURA 

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Edita:



Asociación Oncológica Extremeña

gracias a un convenio con la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Han elaborado esta guía:

D. Ceciliano Franco Rubio

Director-Gerente Servicio Extremeño de Salud

Dr. Enrique Godoy Rubio

Servicio de Urología Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Dr. Luis Miguel Luengo Pérez

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Dr. Carlos López Bernáldez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del C.S Valdepasillas de Badajoz

Dra. Ana Margarita Cantero Macedo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del C.S Valdepasillas de Badajoz

Dña. Raquel Cano Sánchez

Trabajadora Social AOEx

Diseño y maquetación: Imprenta Rayego. Badajoz

PRÓGOLO

Una parte clave en el control del cáncer de próstata es el seguimiento de que el tratamiento aplicado obtiene una buena respuesta. Por ello, el paciente con esta enfermedad debe seguir controles periódicos para detectar precozmente y tratar las complicaciones de la enfermedad y su tratamiento, así como los complejos problemas psicosociales asociados.

El seguimiento tiene como objetivos principales, detectar la posible recurrencia del cáncer lo antes posible, evaluar los efectos secundarios del tratamiento y tratarlos y ofrecer apoyo psicológico e información para mejorar el retorno a la vida normal.

La frecuencia de las consultas médicas de seguimiento y las pruebas a realizar variarán en función del tratamiento recibido en cada caso. Es importante el reconocimiento de los síntomas por el paciente para que refiera a su médico, tanto en las revisiones como en cualquier otro momento, no sólo cambios relacionados con los tratamientos, sino cualquier otro síntoma como pérdida de apetito o peso, aparición de dolor, cansancio, depresión, etc. El médico valorará la necesidad de realizar más pruebas en función de la sospecha clínica.

Se debe establecer una buena comunicación con el equipo médico, basada en la sinceridad y la confianza. Además del médico responsable del tratamiento, es necesario, que el médico de atención primaria participe en esta vigilancia junto con el especialista.

Cuando un hombre es diagnosticado de un cáncer de próstata, a menudo experimenta esa vivencia como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores de su vida. Con independencia del pronóstico, el diagnóstico supone un cambio en la propia imagen de la persona y en su papel en el trabajo, así como en sus relaciones con los demás. Por otra parte, su familia, en ocasiones, se enfrenta a muchas decisiones, emociones y cambios en su vida cotidiana y su convivencia. El médico puede responder a sus preguntas y ponerles en contacto con otros profesionales (enfermera, asistente social, fisioterapeuta, psiquiatra o psicólogo, sexólogo, etc.) o con asociaciones de pacientes. Estos profesionales y asociaciones pueden ayudar al paciente a retomar una vida cotidiana lo más normal posible, recuperando el control sobre las diferentes áreas de su vida, adaptándose a los cambios que tenga que realizar.

D. Ceciliano Franco Rubio

Director-Gerente Servicio Extremeño de Salud

CUIDADOS DEL PACIENTE TRAS UN CÁNCER DE PRÓSTATA

¿qué efectos secundarios produce la radioterapia?

Cada paciente presenta una respuesta distinta a la radioterapia que estará en función de múltiples factores. La susceptibilidad personal, la dosis y el reparto de la misma en el tiempo, el estado general y la parte del cuerpo tratada, entre otros factores, influirán en la aparición e intensidad de los efectos secundarios.

Hay dos tipos de efectos secundarios: **Iniciales o de corta duración**, que aparecen típicamente entre la 2ª o 3ª semana desde el inicio de la radioterapia y se resuelven completamente, en los días siguientes a semanas después de completar la misma; y **tardíos o de larga duración**, que pueden desarrollarse tras meses o años desde el final de la radioterapia.

¿qué efectos secundarios produce la cirugía?

Los tratamientos del cáncer de Próstata pueden producir efectos secundarios y secuelas que dependen de factores como el grado, la etapa del cáncer, la edad y el estado de salud del paciente. Por este motivo es importante que el médico hable sin prisas ni presiones, para que le pueda explicar las ventajas y efectos secundarios de los mismos.

Existen diferentes tipos de tratamiento en un cáncer de Próstata. En primer lugar comentaremos el tratamiento quirúrgico, que se realiza

cuando el tumor está localizado en el interior de la glándula, sin afectación externa y que por tanto, su extirpación ofrece grandes porcentajes de curación.



** La Prostatectomía radical a cielo abierto, que es la extirpación de toda la Próstata junto con las vesículas seminales y a veces de ganglios linfáticos de la pelvis.

** La prostatectomía radical robótica o laparoscópica, que suele ser mucho menos invasiva que la abierta y que acorta el tiempo de recuperación.

Esta cirugía suele ser bien tolerada con una mortalidad baja (0,2%). Las complicaciones se pueden dividir en Intraoperatorias y posoperatorias.

La complicación intraoperatoria más frecuente es la hemorragia durante la cirugía que a veces puede requerir de transfusión sanguínea.

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes tras una prostatectomía radical son:

Aneyaculación: Es la falta de eyaculación que se produce en todos los pacientes sometidos a cirugía, sea abierta o laparoscópica. Es lógico, ya que se quita la glándula que fabrica el líquido seminal y los depósitos de almacenamiento (Vesículas seminales). No tiene tratamiento, pero los pacientes conservan intactas todas las sensaciones durante sus relaciones sexuales. (Orgasmo seco).

Disfunción eréctil (DE): No hay datos que permitan establecer me-

nos DE dependiendo del tipo de cirugía. Los resultados publicados ofrecen un porcentaje similar en cirugía abierta y laparoscópica. Aunque parece que la recuperación puede ser mayor en la cirugía laparoscópica, que también dependerá de la técnica y la experiencia del cirujano.

Existen tres factores importantes para la recuperación de la función eréctil tras la prostatectomía radical: La edad del paciente, el estado de la potencia antes de la cirugía y la posibilidad técnica de preservar durante la misma ambos paquetes neuro vasculares.

Cuánto mas joven es el paciente mejor pronóstico tiene para la recuperación de la función sexual, sobre todo si previamente a la cirugía no tenía problemas relacionados con su erección. También está publicado que la recuperación era mejor en aquellos pacientes que previo a la cirugía mantenían más de una relación sexual a la semana. La DE previa a la cirugía ensombrece las posibilidades de recuperación. Además la técnica quirúrgica, que depende fundamentalmente de las características del tumor en cada caso, hará que el equipo quirúrgico valore si se pueden o no preservar uno o ambos pedículos neuro vasculares.

Hay distintos tipos de tratamiento para esta complicación:

1.- Fármacos orales: (Inhibidores de la PDE5). Son muchos los que

existen ya en el mercado. Su única contraindicación absoluta es la toma de nitratos, o la posibilidad de tenerlos que tomar, ya que la ingesta conjunta de ambos fármacos puede ocasionar una bajada de la presión arterial pligrrosa.

Actualmente se inicia la toma de estos medicamentos 20 ó 30 días antes de la cirugía, aunque no haya DE. Se inicia con dosis de 5 mg de Vardenafilo o Tadanafilo todas las noches y después de la cirugía se reinicia tan pronto como se pueda tolerar, incluso antes del alta hospitalaria. Otra forma sería tomar 20 mg de Vardenafilo o Tadanafilo según necesidad, solo con las relaciones sexuales. Así, la dosificación según necesidad parece ser el método más eficaz para ayudar a la recuperación de la función sexual.

2.- Pomadas intrauretrales:

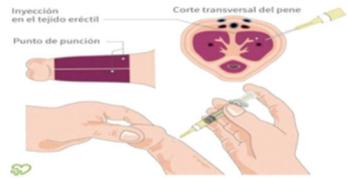
(Alprostadil intrauretral). Son dos los productos comercializados (MUSE y VIRIREC). Será su médico quien se lo tiene que aconsejar y explicar el manejo.



3.- Inyecciones en el pene:

(Alprostadil intracavernoso). Se co-

mercializa en 10 ó 20 mg. Siempre sera su médico el que dirija y controle las dosis y le enseñe la forma correcta de administrarlo. Se pueden usar distintas combinaciones y dosificaciones de fármacos para inyectar en los cuerpos cavernosos, según necesidades de cada paciente.



4.- Sistemas de vacío: (VACUM).

Es un aparato donde se introduce el pene y que extrae el aire, creando una presión negativa que hace que la sangre fluya hacia el interior del pene. Posteriormente se coloca un anillo en la base del pene para evitar el retorno venoso, hasta que finalice la relación. Es un sistema poco usado en nuestra región, pero que tiene pocos efectos secundarios y se puede utilizar asociado a otros tratamientos. El aparato de vacío hay que comprarlo.



5.- Prótesis de pene: Son cilindros que se introducen en el interior de ambos cuerpos cavernosos mediante Cirugía. Hay de varias marcas y pueden ser RÍGIDAS, SEMIRÍGIDAS o INFLABLES. Siempre es la última alternativa, y hay muchos pacientes con un grado de satisfacción bastante alto.



Incontinencia urinaria (IU): Tras la cirugía, esta suele ser siempre secundaria a insuficiencia del esfínter estriado, dañado durante la misma. Suele ser de esfuerzo, es decir, la que se produce durante el aumento de la presión abdominal, y que desaparece durante el reposo. Aunque más del 90% de los pacientes, recupera el control urinario y no requiere protección con apósitos o pañales, hay un porcentaje elevado de ellos que se sienten molestos con los distintos grados de esta pérdida de orina.

Un dato incuestionable es que esta incontinencia mejora de manera significativa dentro de los tres o seis meses posteriores a la operación, y también en gran proporción durante el siguiente año. Por esto no se toman determinaciones médicas agresivas, para solucionar el problema hasta transcurrido este tiempo.

Su médico le enseñará tan pronto como se retire la sonda vesical, cuales son los ejercicios que debe hacer, y que evitarán en gran medida las pérdidas. Y si estas ya existen harán que la recuperación sea más rápida y efectiva.

Existen pañales específicos para este tipo de pacientes.

Hay además múltiples dispositivos, que se utilizan para corregir una pérdida severa, que se colocan con técnicas quirúrgicas sencillas y con mínima estancia hospitalaria.

Estenosis de la unión uretrovesical: Es justo lo contrario a la incontinencia. Es la dificultad para vaciar adecuadamente la vejiga, como consecuencia de la estenosis (estrechez) de la cicatrización del cuello vesical. A veces con dilatación de esa cicatriz es suficiente, pero la mayoría de los casos requiere una pequeña intervención.

¿qué efectos secundarios produce el bloqueo hormonal?

**** Disfunción sexual (Disfunción eréctil y pérdida de la libido):**

Los efectos del bloqueo hormonal sobre la función sexual son profundos. El deseo sexual y las erecciones están ausentes en casi todos los casos. La libido se ve más gravemente comprometida. Solo el 5% de los hombres con bloqueo hormonal mantienen un cierto nivel de interés sexual que está inversamente relacionado con el tiempo de tratamiento.

También resulta común la pérdida de longitud y volumen peneano, así como el volumen testicular.

No existe tratamiento para la pérdida de la libido. Las inyecciones intracavernosas con alprostadil, pueden ser efectivas en pacientes seleccionados. A pesar de no haber erecciones o deseo, la mayoría de los pacientes no tienen problema con su falta de función sexual.

****Osteoporosis y osteopenia (Disminución de la masa ósea).**

Más de la mitad de los hombres ya padecen algún grado de disminución de masa ósea antes de iniciar el tratamiento con el bloqueo hormonal. Cuánto más tiempo este el hombre con este tratamiento, más riesgo sufre de padecer esta complicación.

El tratamiento de la osteoporosis comienza con su identificación. Posteriormente la administración de Calcio y Vitamina D es recomendable.

****Sofocos:**

Es una sensación de calor en el torso superior y en la cabeza seguidos de sudoración. Esta complicación no tiene riesgo para la vida y la padecen del 50 al 80% de los pacientes con bloqueo hormonal.

El tratamiento se debe reservar para los pacientes que sufren muchas molestias. Se suele utilizar el Acetato de Megestrol y será su médico el que lo indique y a qué dosis.

****Cambios en el hábito corporal:**

Es común observar una pérdida de masa muscular y un aumento en la grasa corporal. Tras un año de tratamiento puede haber un aumento de peso de 2 a 4 Kg. Se recomienda ejercicio físico regular y constante.

****Ginecomastia** (Aumento del tejido mamario):

Además del aumento del tejido mamario puede aparecer Mastodinia que es sensibilidad dolorosa de este tejido, y pueden ocurrir juntas o independientemente.



**Anemia:

Es muy común en los hombres que reciben este tratamiento. Hasta el 90% de los pacientes con bloqueo hormonal por cáncer de próstata experimentan esta complicación. Suele ser reversible tras la interrupción del tratamiento y suele responder bien a la eritropoyetina.

** Otras como síndrome metabólico debido a los cambios en el hábito corporal, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y aumento de las

enfermedades cardiovasculares, pueden asociarse al bloqueo hormonal.



¿QUE RECOMENDACIONES PUEDE SEGUIR TRAS EL TRATAMIENTO?

Una vez realizado el tratamiento del cáncer de próstata, es muy importante mantener una vigilancia activa por parte del paciente y los profesionales que le rodean. El seguimiento se realiza con el fin de detectar de forma precoz la recurrencia de la enfermedad, así como controlar los efectos secundarios del tratamiento y supervisar su estado de salud en general.

Su médico de familia será el médico de referencia durante y después del tratamiento y, una vez sea dado de alta del servicio de urología, será

quien le haga el seguimiento de la enfermedad. Para ello, se le realizarán preguntas específicas con la intención de buscar síntomas que hagan sospechar que ha reaparecido la enfermedad, así como el control repetidos del PSA en sangre, dependiendo de las características del tumor y el tratamiento realizado se le indicará la periodicidad con la que

debe realizarse la determinación. También se valorará la necesidad de realizar tactos rectales u otras pruebas complementarias. Ante la sospecha de recidiva del tumor, se le derivará de nuevo al servicio de urología.



La aparición de síntomas nuevos, relacionados o no con el tratamiento, deben ser comunicados al médi-

co de familia, quién valorará la necesidad o no de realizar más pruebas complementarias.

alimentación saludable

A través de una correcta alimentación, nos aseguramos un adecuado crecimiento y desarrollo, la sustitución de tejidos viejos por nuevos, la reparación de lesiones y la defensa contra infecciones y tumores.

Una alimentación equilibrada implica tomar:

- Tres piezas/raciones de frutas frescas (no secas ni en conserva) al día
- Dos raciones de hortalizas y/o verduras al día. Tanto la fruta como las verduras y hortalizas son muy importantes por la cantidad y variedad de vitaminas y minerales que nos proporcionan, además de otras sustancias, algunas con efecto antioxidante, como el licopeno, muy abundan-

te en el tomate, que actúan disminuyendo el riesgo de padecer algunos tipos de tumores como el de próstata.

- Tres raciones de lácteo, preferiblemente desnatado, al día

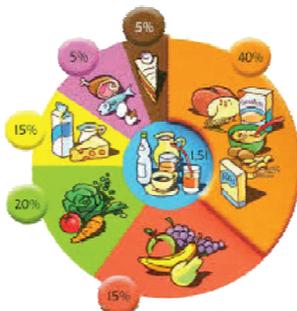
- Hidratos de carbono de absorción lenta en todas las comidas principales. Los alimentos que nos lo proporcionan son legumbres, patata, arroz y derivados de cereales (pan, pasta,...) Es preferible que los cereales y derivados que se consuman sean integrales, ya que aportan más vitaminas y minerales que los refinados, además de fibra

- Pescado, carne blanca (pollo, pavo, conejo, cerdo) o huevo una vez al día

- La grasa debe proceder del aceite de oliva preferiblemente

- Bebidas sin calorías (agua, infusiones, refrescos "light") en torno a un litro y medio al día

Todo ello repartido en tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y dos suplementos (media mañana y media tarde) que pueden incluir una fruta o un lácteos desnatado.



Rueda de alimentos, mostrando proporción de alimentos en dieta equilibrada

circunstancias especiales

Si existe algún problema digestivo, como una enteritis radica en pacientes que hayan recibido radioterapia, debe individualizarse la alimentación y valorar la posibilidad de

recibir otro tipo de tratamiento nutricional.

Si existe una pérdida de peso involuntaria superior al 10% del peso en menos de 6 meses, debe consultar con su médico.

ejercicio físico

Según las últimas evidencias, el ejercicio físico practicado de forma regular y apropiada, proporciona importantes beneficios para la salud mental y física. De forma opuesta, la falta de ejercicio se relaciona con la pérdida de la capacidad funcional y del potencial de respuesta adaptativa ante factores estresantes, lo que determina mayor predisposición a la enfermedad.

En las personas mayores afectadas de cáncer, la práctica regular de ejercicio tiene un efecto positivo en el estado de salud, la condición física, los síntomas, el vigor, la red de apoyo psicosocial y la calidad de vida.

Con respecto al cáncer de próstata, hay estudios que sugieren que la práctica de ejercicio físico habitual

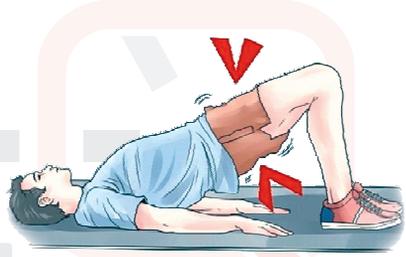


previene la formación del tumor, disminuyendo el riesgo de padecerlo.

Una vez establecida la enfermedad, la misma enfermedad y los tratamientos asociados pueden conducir a una serie de síntomas físicos y psicológicos, que suelen mejorar con la práctica de ejercicio físico. Por tanto, podemos decir que la práctica de actividad física es una terapia añadida al tratamiento médico y/o quirúrgico, mejorando la calidad de vida del paciente en todos los planos. Algunos estudios también apuntan ventajas en la progresión de la enfermedad, siendo, al parecer, beneficioso en la prevención de la recurrencia y en la mejoría de la supervivencia.

Es necesario apuntar que el ejercicio físico debe ser adaptado a la capacidad del paciente, etapa de la enfermedad, enfermedades asocia-

das y efectos secundarios del tratamiento. Se recomienda la combinación de ejercicios de fuerza y de resistencia. En términos generales es recomendable que se realice ejercicio moderado al menos durante 30 minutos, cinco días a la semana.



ejercicios de kegel

Los **ejercicios de Kegel** son un grupo de instrucciones especialmente indicadas para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (red muscular que sostiene la vejiga, el recto y ayudan a controlar el flujo de orina).

Aunque es más extendida su práctica entre mujeres, también reporta beneficios para el hombre, especialmente en aquellos que padecen o

han padecido cáncer de próstata. Entre las ventajas de realizar los ejercicios de forma continuada y disciplinada, se encuentran el mayor control sobre la incontinencia urinaria y sobre la eyaculación.

Los ejercicios de Kegel son una de las formas más efectivas para controlar la incontinencia sin medicamento o cirugía.

¿cómo realizar los ejercicios?

1º- Identificar los músculos pélvicos: intente **contener la orina** y después déjela fluir naturalmente cuando



do vaya al baño. Los **músculos** que utiliza para detener la orina son los músculos de la pelvis.

2º- Ejercitar los músculos pélvicos: cuando haya identificado los músculos pélvicos, podrá ejercitarlos en cualquier momento. Contraiga los músculos del suelo pélvico durante 5 segundos como cuando evita orinar. Después relaje los músculos a su posición original.

Repita de **10 a 20 veces** los ejercicios, tres o cuatro veces al día.



servicios AOEx

La Asociación Oncológica Extremeña nace para defender los derechos de los pacientes con cáncer y su familia en el año 1998. En la actualidad cuenta con 19 delegaciones desde donde se proporcionan servicios de:



poniendo cara al cáncer de próstata



delegaciones AOEx

PROVINCIA DE CÁCERES

DELEGACIÓN CÁCERES

Telf: 927 199 905 / 662 650 839

E-mail: caceres@aoex.es

DELEGACIÓN CORIA

Telf: 927 501 206

E-mail: coria@aoex.es

DELEGACIÓN MALPARTIDA DE PLASENCIA

Telf: 642 158 734

E-mail: malpartidaplaseucia@aoex.es

DELEGACIÓN NAVALMORAL DE LA MATA

Telf: 927 115 710 / 692 610 373

E-mail: navalmoraldelamata@aoex.es

DELEGACIÓN PLASENCIA

Telf: 692 610 375/927 425 089

E-mail: plaseucia@aoex.es

PROVINCIA DE BADAJOZ

DELEGACIÓN ALBURQUERQUE

Telf: 924 207 713

E-mail: alburquerque@aoex.es

DELEGACIÓN ARROYO DE SAN SERVÁN

Telf: 645 255 601

E-mail: arroyodesanservan@aoex.es

DELEGACIÓN BADAJOZ

Telf: 924 207 713/661 734 525

E-mail: info@aoex.es

DELEGACIÓN CALAMONTE

Telf: 692 610 376/ 924 330 067

E-mail: calamonte@aoex.es

DELEGACIÓN DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA

Telf: 924 841 677 / 692 610 374

E-mail: donbenito.villanueva@aoex.es

DELEGACIÓN FUENTE DE CANTOS

Telf: 615 394 997

E-mail: fuentedecantos@aoex.es

DELEGACIÓN GUAREÑA

Telf: 692 626 1 30 / 924 351 092

E-mail: guarena@aoex.es

DELEGACIÓN HERRERA DEL DUQUE

Telf: 660 943 578/ 650 632 869

E-mail: herreradelduque@aoex.es

DELEGACIÓN GUADIANA DEL CAUDILLO

Telf: 678337125

E-mail: guadiana@aoex.es

DELEGACIÓN LA ZARZA

Telf: 693 744 608

E-mail: lazarza@aoex.es

DELEGACIÓN LLERENA – ZAFRA:

Telf: 924 116 989 / 615 394 997

E-mail: llerena.zafra@aoex.es

DELEGACIÓN MÉRIDA

Telf: 924 330 067 / 692 610 376

E-mail: merida@aoex.es

DELEGACIÓN MONESTERIO

Telf: 677 24 05 36

E-mail: monesterio@aoex.es

DELEGACIÓN SAN VICENTE DE ALCÁNTARA

Telf: 680 600 448

E-mail: sanvicente@aoex.es

