

Una iniciativa de:



Con la colaboración de:



Y el apoyo de:



Convertida en realidad gracias a:



Y la colaboración de:



¿CÓMO CONVIVIR CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manual para pacientes y familiares

Edición y coordinación editorial:

Fundación MÁS QUE IDEAS

Textos:

Néstor Benítez, Soraya Casla, Javier Cassinello, Ester Cerezo, Esther Delgado, Enrique Gallardo, Carmen González, Antonio Gómez, Vanesa Jorge, Álvaro Juárez, Juan José López, Rosana Mirapeix, Ángela Río, Juan Francisco Rodríguez-Moreno y Carlos Simón y Diego Villalón.

Diseño y maquetación:

Juan Barcia - juanbarcia.com

Ilustraciones:

Rubén Martín (MUDITO)

Corrección de estilo:

Maite Izquierdo

Impresión:

Impresos Izquierdo, S.A.

ISBN: 978-84-09-02218-2

Depósito legal: B13688-2018

Segunda edición: Noviembre 2018 - 1.000 ejemplares

Para citar esta publicación:

Benítez N, Casla S, Cassinello J, Cerezo E, Delgado E, Gallardo E, González C, Gómez A, Jorge V, Juárez A, López J, Mirapeix R, Río A, Rodríguez-Moreno JF, Simón C, Villalón D. ¿Cómo convivir con el cáncer de próstata? Manual de soluciones para pacientes y familiares. Madrid, Fundación MÁS QUE IDEAS, 2018.

Este manual será compartido en su versión digital e impresa bajo licencia Creative Commons.



Licencia Creative Commons (bienes comunes creativos) con reconocimiento de autoría, sin que se pueda hacer uso comercial y a compartir en idénticas condiciones.

Guía disponible en formato online en la página web de:
FUNDACIÓN MÁS QUE IDEAS www.fundacionmasqueideas.org

Una iniciativa de:



Con la colaboración de:



Y el apoyo de:



Convertida en realidad gracias a:



Y la colaboración de:



Muchas gracias a los dieciséis profesionales que han compartido, de manera generosa y altruista, sus conocimientos y experiencias. Gracias por el compromiso y profesionalidad mostrados en la atención y cuidado de las personas con cáncer de próstata.

- **Dr. Néstor Benítez Brito.** Dietista-Nutricionista. Departamento de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife. Coordinador del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica de la Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND).
- **Dra. Soraya Casla Barrio.** Licenciada en CC de la Actividad Física y el Deporte, especialista en Ejercicio Físico Oncológico. Coordinadora de Programas de Ejercicio Físico en Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama.
- **Dr. Javier Cassinello Espinosa.** Oncólogo médico. Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Guadalajara. Vocal de la Junta Directiva del Grupo Español de Tumores Genitourinarios (SOGUG).
- **Dra. Ester Cerezo Tellez.** Licenciada en Fisioterapia. Máster en Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer. Experta en Fisioterapia Oncológica, Obstétrica y Vascular. Fisioterapeuta en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Madrid. Profesora de Universidad en el Grado de Fisioterapia (Madrid).
- **Esther Delgado Pérez.** Licenciada en Fisioterapia y doctoranda. Fisioterapeuta especializada en Suelo pélvico, Maternidad y Primera infancia. Docente en la Universidad Europea de Madrid. Directora del centro FisioEstímulo, de Toledo.
- **Dr. Enrique Gallardo Díaz.** Oncólogo médico. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, de Barcelona. Junta Directiva del Grupo Español de Tumores Genitourinarios (SOGUG).
- **Dr. Carmen González Enguita.** Uróloga. Jefe del Servicio Corporativo Urología Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) y Hospitales de Asistencia pública del Grupo QuirónSalud, de Madrid. Responsable del Área del Paciente de la Asociación Española de Urología (AEU).
- **Dr. Antonio Gómez Caamaño.** Oncólogo radioterápico. Jefe de Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).

- **Vanesa Jorge Martín.** Responsable de Psicooncología de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Psicóloga especialista en Psicología Sanitaria y en Psicooncología y Cuidados Paliativos.
- **Dr. Álvaro Juárez Soto.** Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urología del Hospital del SAS de Jerez, de Cádiz. Coordinador Nacional del Grupo de Oncología Urológica de la Asociación Española de Urología (AEU).
- **Dr. Juan José López Gómez.** Especialista en Endocrinología y Nutrición en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Coinvestigador en el Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN) de la Universidad de Valladolid. Miembro del Comité Gestor del grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).
- **Rosanna Mirapeix Sastre.** Psicooncóloga y Sexóloga especializada en paciente oncológico. Corporació Sanitària Parc Tauli de Sabadell, de Barcelona.
- **Dra. Ángela Río González.** Licenciada en Fisioterapia. Especializada en Fisioterapia Oncológica y Abordaje del Linfedema. Docente en la Universidad Europea de Madrid. Presidenta de la Asociación Española de Linfedema (AEL). Directora de Fisioterapia Sanamanzana.
- **Dr. Juan Francisco Rodríguez-Moreno.** Oncólogo Médico. Centro Integral Oncológico Clara Campal (HM CIOCC), de Madrid.
- **Dr Carlos Simón Rodríguez.** Urólogo. Unidad de UroAndrología. Servicio de Urología del Hospital Universitario Infanta Elena y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Asociación Española de Urología (AEU)
- **Diego Villalón García.** Trabajador social. Fundación MÁS QUE IDEAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1. Cáncer de próstata	15
1. ¿QUÉ ES LA PRÓSTATA?	15
2. CÁNCER DE PRÓSTATA: ¿QUÉ ES Y CUÁL ES SU INCIDENCIA?	16
3. FACTORES DE RIESGO	16
4. SÍNTOMAS	17
5. DIAGNÓSTICO	18
6. TIPOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA	20
CAPÍTULO 2. El tratamiento del cáncer de próstata	23
1. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	23
1.1 CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO	24
1.2 CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO	28
1.3 CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO	29
1.4 CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC)	30

2. EFECTOS SECUNDARIOS	32
2.1 EFECTOS SECUNDARIOS GENERALES	33
2.2 EFECTOS SECUNDARIOS SEGÚN LOS TRATAMIENTOS.....	34
3. ESTUDIOS EN DESARROLLO	38
 CAPÍTULO 3. Alteraciones urinarias.....	 43
1. ¿QUÉ ALTERACIONES URINARIAS SON LAS MÁS FRECUENTES?.....	43
2. ¿POR QUÉ SE PRODUCEN?	44
3. ALTERACIONES URINARIAS INDUCIDAS POR LA CIRUGÍA	45
4. ALTERACIONES URINARIAS INDUCIDAS POR LA RADIOTERAPIA	45
5. ¿QUÉ SOLUCIONES EXISTEN PARA PALIAR O SOLUCIONAR LAS ALTERACIONES URINARIAS?	46
5.1 INTERVENCIÓN SOBRE LOS HÁBITOS DE VIDA.....	46
5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	46
5.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	47
5.4. REHABILITACIÓN: FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO	48
5.5 DISPOSITIVOS EXTERNOS.....	49
6. REPERCUSIONES EN LA CALIDAD DE VIDA	49

CAPÍTULO 4. La sexualidad tras el diagnóstico.....	53
1. ALTERACIONES SEXUALES: ¿POR QUÉ SE PRODUCEN Y CÓMO AFECTAN?	53
2. ¿CÓMO PODEMOS ABORDAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?	55
2.1 TRATAMIENTO MÉDICO	55
a. Tratamiento farmacológico	55
b. Tratamiento quirúrgico	56
c. Tratamiento mecánico.....	56
d. Rehabilitación peneana.....	56
2.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	56
2.3 REHABILITACIÓN: FISIOTERAPIA DE SUELO PÉLVICO	60
3. ASPECTOS EMOCIONALES DE LAS ALTERACIONES SEXUALES	64
 CAPÍTULO 5. Hábitos saludables	 71
1. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LA ALIMENTACIÓN	71
1.1 EFECTOS SECUNDARIOS QUE AFECTAN AL ESTADO NUTRICIONAL	71
1.2 HÁBITOS SALUDABLES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN	74
2. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	84
2.1 EFECTOS SECUNDARIOS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	84

2.2 HÁBITOS SALUDABLES RELACIONADOS CON EL EJERCICIO FÍSICO PARA HACER FRENTE A EFECTOS SECUNDARIOS Y SECUELAS	90
3. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS EN ACTIVIDADES LÚDICAS Y SOCIALES	99
4. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL DESCANSO.....	104
 CAPÍTULO 6. Las emociones del paciente y del familiar	109
1. REACCIONES EMOCIONALES Y GESTIÓN DE LAS EMOCIONES DEL PACIENTE.....	109
2. REACCIONES EMOCIONALES Y GESTIÓN DE LAS EMOCIONES DE LA PAREJA	112
3. REACCIONES EMOCIONALES Y GESTIÓN DE LAS EMOCIONES DE LOS HIJOS ADULTOS	114
4. RELACIONES Y DINÁMICAS FAMILIARES	115
 CAPÍTULO 7. Equipo asistencial, recursos y derechos.....	117
1. EL EQUIPO ASISTENCIAL: ¿QUIÉN ES QUIÉN?	117
2. LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL	119
3. DERECHOS DEL PACIENTE	122
 BIBLIOGRAFÍA.....	124
 GLOSARIO DE TÉRMINOS	128



INTRODUCCIÓN

Esta guía que comienzas a leer pretende ser una herramienta práctica que puedas utilizar para mejorar tu salud y tu calidad de vida. Tanto si eres paciente como familiar, la información que encontrarás en ella te ayudará a responder muchas de las preguntas relacionadas con el cáncer de próstata. Y también a saber qué puedes hacer para mejorar tu bienestar y el de tus familiares.

A lo largo de los próximos capítulos hallarás información y recomendaciones de carácter general elaboradas por profesionales de diferentes disciplinas sanitarias. Todas las perspectivas son necesarias para responder a tus dudas y ayudarte a entender el proceso que estás viviendo. Por ello, en esta guía han participado profesionales de urología, oncología -médica y radioterápica-, endocrinología, nutrición y dietética, psicooncología, fisioterapia y ejercicio físico que te orientarán acerca de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del cáncer de próstata, así como de las estrategias recomendadas para su manejo.

¿Cómo utilizar esta guía?

Cada persona vive una situación y tienen unas necesidades diferentes, así que te proponemos adaptar esta información a tu caso concreto. A continuación te ofrecemos una serie de recomendaciones para conseguirlo y obtener el máximo provecho de la guía:

- **Las recomendaciones que se hacen en ella no sustituyen a las indicaciones de tu médico o de los profesionales sanitarios que te atienden.**

El objetivo es ayudarte a entender mejor el proceso de la enfermedad y que logres un mayor control sobre tu salud y calidad de vida. Consulta con ellos aquellas dudas que te surjan durante la lectura de la guía y los cambios que quieras realizar para mejorar tu bienestar.

- **Elige qué deseas leer y qué orden seguir**

Puedes leer cada capítulo de forma independiente, sin necesidad de respetar el orden propuesto en el índice. Si bien es cierto que el contenido sigue una secuencia que busca la adquisición progresiva de conocimientos, te proponemos hacerla tuya y que decidas tú el orden de la lectura, así como los capítulos o secciones que quizá desees leer y los que no.

- **Atiende a tu caso concreto**

En las próximas páginas encontrarás datos sobre tratamientos, efectos secundarios o reacciones emocionales, entre otros. El hecho de que se aborden en la guía no significa que vayan a sucederte. Cada persona y cada enfermedad es diferente, por lo que te recomendamos atender a tu caso concreto (en función del tipo de tratamiento o los efectos secundarios que tengas, por ejemplo) e incorporar aquellos hábitos de vida que puedan ayudarte y que mejor se adapten a tu situación.

- **Glosario**

Las palabras que resultan más difíciles de entender son explicadas en el texto o definidas

en el Glosario de términos que encontrarás a partir de la página 128 de esta guía. Ten en cuenta que si no encuentras en el glosario el significado de algún concepto que no entiendes, ha podido ser definido en páginas anteriores.

- **Páginas para tus notas**

Tienes a tu disposición varias páginas en blanco al final de la guía, para que escribas las dudas que quieras plantear a tu médico o la información que desees compartir con tus familiares. Tú decides de qué forma pueden ayudarte estas páginas de notas.

- **Bibliografía**

Si quieres profundizar sobre algún tema de la guía, te sugerimos acudir a la bibliografía que han empleado los autores para realizar el contenido. Ten en cuenta que algunas fuentes de información están dirigidas a profesionales sanitarios y pueden resultar difíciles de comprender.

- **Información actualizada a fecha de publicación**

La información de esta guía está actualizada a fecha de su publicación: mayo de 2018. Por tanto, no contiene aquellos datos obtenidos con posterioridad a esa fecha, relacionados con el conocimiento de la enfermedad o los avances terapéuticos, así como de los diferentes aspectos que se abordan en ella.

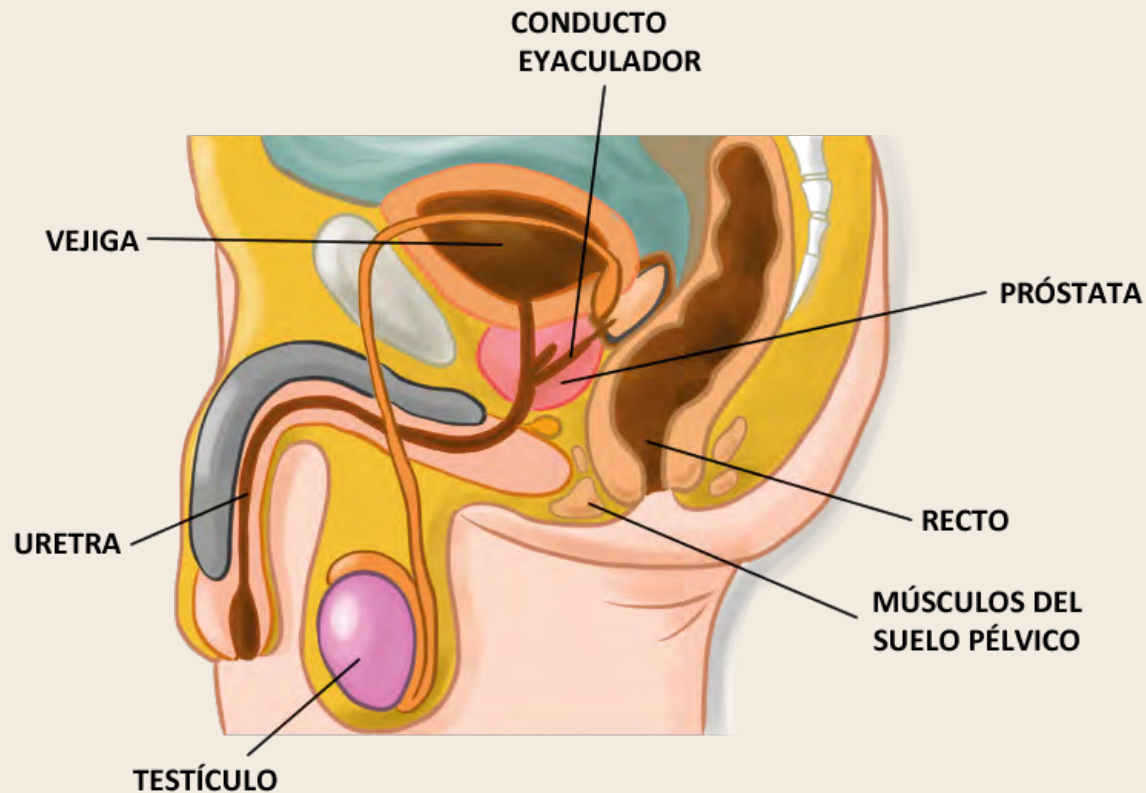


01

EL CÁNCER
DE PRÓSTATA

Es posible que tras un diagnóstico de cáncer de próstata empieces a escuchar muchos términos médicos que no entiendes. Nadie nace sabiendo, y es normal que eso te suceda. Por ello, en este primer capítulo encontrarás una explicación general sobre la enfermedad. Nuestro objetivo es ayudarte a comprenderla mejor.

1. ¿Qué es la próstata?



La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductivo masculino. Se encuentra situada debajo de la vejiga, órgano donde almacenamos la orina fabricada por los riñones. La orina sale de la vejiga a través de un conducto que se llama uretra, que finaliza en el extremo del pene y sirve para vehiculizar la orina desde la vejiga al exterior. Así, **la próstata se sitúa entre la vejiga y la uretra.**

La próstata de una persona joven tiene aproximadamente las proporciones de una nuez (2 cm x 1,5 cm x 2 cm). Con la edad aumenta lentamente de tamaño, y si se agranda demasiado puede causar problemas. Dicho aumento es muy común después de los 50 años. Por eso, a medida que envejecemos, las probabilidades de que aparezcan problemas prostáticos son mayores.

Y ¿para qué sirve la próstata? **Es la glándula que fabrica el líquido seminal, indispensable para que los espermatozoides se desarrollen y permanezcan vivos** (su función sería similar a la de la glándula mamaria de la mujer, que produce leche, o las glándulas salivares, que fabrican la saliva).

2. Cáncer de próstata: ¿qué es y cuál es su incidencia?

El cáncer de próstata consiste en un crecimiento atípico

y descontrolado de alguna de las células que conforman la glándula prostática. Este crecimiento puede invadir las estructuras vecinas (como las vesículas seminales o la vejiga) y extenderse a otros órganos, como los ganglios linfáticos, los huesos, los pulmones, el hígado, etc.

Es el cáncer más frecuente en el varón. Cada año se diagnostican 33.370 nuevos casos, lo que supone el 22% de todos los cánceres que afectan a la población masculina. Las posibilidades aumentan a medida que envejecemos, especialmente a partir de los 50 años, aunque también se diagnostica en personas jóvenes.

3. Factores de riesgo

Aunque no se conocen todos, existen **tres factores de riesgo bien identificados: la edad, la raza o el grupo étnico y la presencia de familiares de primer grado con cáncer de próstata.**

- **Edad.** Las probabilidades de desarrollarlo aumentan a medida que envejecemos, pero muchas personas mayores que tienen cáncer de próstata no mueren por esa causa. Si se analizara la próstata a todos los varones de más de 80 años que fallecen, encontraríamos un tumor en muchos de ellos; sin embargo, su muerte probablemente no estuvo

relacionada con él. Es decir, pudieron morir “con” cáncer de próstata pero no “de” cáncer de próstata. Es lo que en medicina se conoce como “significación clínica”: para considerar que el tumor fue la causa del fallecimiento habrá que tener en cuenta su agresividad y la edad de la persona.

- **Raza / grupo étnico.** Si bien no están claros los motivos, diversos estudios apuntan que ciertas características raciales y étnicas son factores de riesgo. Por ejemplo, se ha visto que la tasa de incidencia es más alta entre los hombres de raza negra que en población blanca.
- **Factor hereditario.** Existen familias en las que se observa una alta prevalencia de cáncer de próstata,

.....

“Preveía que podría tener cáncer por los antecedentes de mi padre y por la propia sintomatología. Ya tenía la conciencia de que podría llegar a tener cáncer de próstata”

.....

lo que indica que existe un factor hereditario. El riesgo se duplica si un padre o un hermano han sido diagnosticados, y si ambos tuvieron la enfermedad, ese riesgo es aún mayor.

En cuanto a factores exógenos como la obesidad, el consumo de tabaco, la dieta, etc., no se ha demostrado una clara relación con el cáncer de próstata, lo cual no quiere decir que no pueda existir.

4. Síntomas

La **mayor parte de las veces el cáncer de próstata no produce síntomas**, por lo que se suele diagnosticar en una analítica de rutina o bien en el contexto de un estudio más concreto, si el médico ha detectado signos de hiperplasia benigna de próstata. En este último caso, solicitará una prueba sanguínea para conocer el nivel de antígeno prostático específico (PSA). Si es elevado, sospechará la presencia de cáncer.

La aparición de síntomas específicos como, por ejemplo, dolor óseo, imposibilidad de orinar, pérdida de peso, etc., suele asociarse a fases avanzadas del cáncer de próstata, y no es frecuente hoy en día, pues un 85-90% de los diagnósticos se realizan en fases tempranas de la enfermedad.

5. Diagnóstico

A continuación te explicamos brevemente en qué consisten las pruebas que el médico puede solicitar para establecer un diagnóstico:

ANALÍTICA

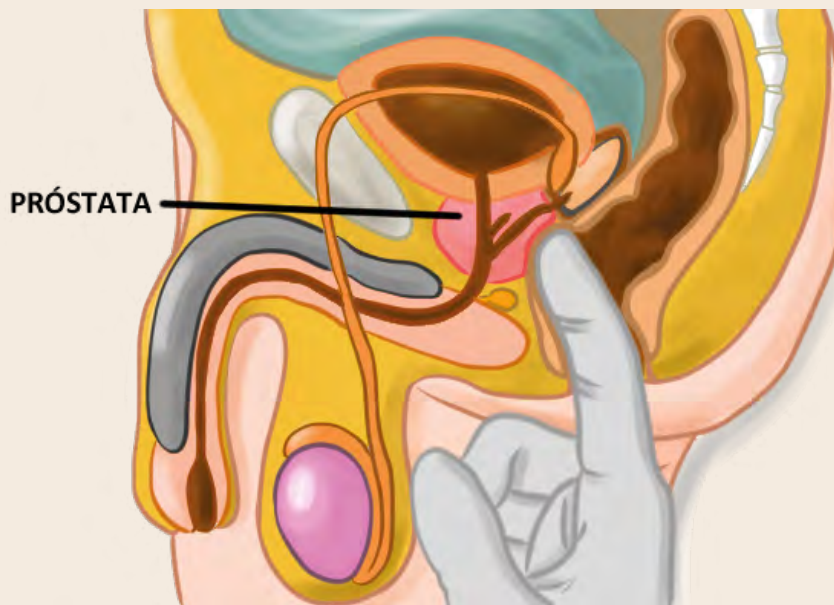
La analítica general es poco específica para diagnosticar el cáncer de próstata. En fases muy avanzadas, se puede observar una elevación de las fosfatasas alcalinas o de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH), o insuficiencia renal.

PSA

Un PSA elevado es el primer signo de sospecha de cáncer de próstata, pero no significa que se tenga la enfermedad, ya que el PSA puede elevarse también por otros motivos (problemas inflamatorios o hiperplasia benigna de próstata). No obstante, indica la necesidad de hacer más pruebas para diagnosticar o descartar el cáncer. Basta una pequeña muestra de sangre para conocer los niveles de PSA.

TACTO RECTAL

Es una prueba diagnóstica muy importante. Consiste en palpar la superficie de la próstata introduciendo el dedo a través del recto. Se sospecha la presencia de un tumor cuando se palpan nódulos duros o una próstata en general de consistencia dura.



·Tacto Rectal·

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

Es una prueba de imagen. Consiste en el uso de rayos X para obtener imágenes radiográficas del interior del organismo. Durante el procedimiento, la persona permanece acostada en una camilla. No causa ningún tipo de dolor. El médico puede solicitarla para **evaluar si la enfermedad se ha extendido fuera de la próstata** o a otros órganos, como los pulmones, el hígado o los ganglios.

GAMMAGRAFÍA

Es, junto con la TAC, uno de los estudios que se realizan habitualmente para evaluar la extensión de la enfermedad. En este caso **se emplea para saber si está afectando a los huesos**. Consiste en la inyección de una sustancia radiactiva que se fijará en estos. A continuación se analizan con un lector de radiactividad capaz de identificar la presencia de metástasis. También es indolora.

BIOPSIA

El diagnóstico definitivo se establece tras realizar esta prueba, que **consiste en tomar unas muestras de la próstata para que el patólogo las analice y confirme**

o descarte el cáncer. Habitualmente se lleva a cabo en el hospital, pero en régimen ambulatorio, es decir, el paciente recibe el alta y puede volver a casa en pocas horas. Suele utilizarse anestesia local, pues se trata de una prueba bien tolerada, aunque a veces se recurre a la locorregional (de la cintura hacia abajo, también conocida como “raqui”) o incluso a la general. En ninguna de las tres opciones se requiere ingreso.

La biopsia de próstata, como cualquier procedimiento invasivo, puede causar complicaciones. Lo habitual es que no se presenten o, si lo hacen, que sean leves o moderadas (orinar sangre por un corto periodo de tiempo, por ejemplo). En raras ocasiones surgen otras más importantes, como prostatitis, retención urinaria, fiebre alta e incluso sepsis urológica, que puede ser grave.

Por lo general se realiza por vía transrectal y de forma ecodirigida. Es decir, se introduce un instrumento ecográfico a través del recto, se visualiza la próstata y se dirige la aguja hacia las diferentes zonas para obtener fragmentos de modo aleatorio, ya que la ecografía no permite ver las lesiones tumorales sospechosas.

RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RM)

Desde hace poco tiempo la RM está ganando protagonismo

en el diagnóstico de este tipo de cáncer. **Permite visualizar áreas sospechosas en el interior de la próstata** (técnicamente denominadas PIRADS) y dirigir la aguja de la biopsia a esos lugares, algo que, como hemos visto, no es posible mediante la ecografía transrectal.

Gracias a ella se están diagnosticando cánceres en localizaciones “difíciles” e identificando aquellos con mayor importancia clínica. Sin embargo, también se ha visto que una RM normal no excluye la existencia de un tumor en la próstata. Por ello se aconseja dirigir la aguja no solo a las lesiones sospechosas sino también al resto.

6. Tipos de cáncer de próstata

ADENOCARCINOMA

Como hemos comentado, la próstata es una glándula; por tanto, el tipo de tumor que con más frecuencia crece en ella es el característico del resto de glándulas del organismo, es decir, el adenocarcinoma. La gran mayoría de los cánceres de próstata son de este tipo y suelen desarrollarse principalmente en la zona periférica de la glándula (región posterolateral).

De hecho, cuando hablamos de cáncer de próstata siempre nos referimos al adenocarcinoma de próstata.



En el momento del diagnóstico, el cáncer de próstata también se clasifica en función del grado histológico, es decir, del tipo de células cancerosas y la rapidez con que se multiplican. Para ello se emplea la puntuación de Gleason. Este sistema puntúa desde 2 hasta 10 la posibilidad de que el tumor se disemine o extienda. Así, por ejemplo, una puntuación baja hace referencia a un crecimiento lento con menor riesgo de diseminación. Se trata de un indicador que le sirve al médico para orientar las decisiones con respecto al tratamiento.

OTROS TIPOS

Aunque muy raramente, en la próstata pueden crecer otro tipo de tumores, como sarcomas, carcinomas de células transicionales, de células pequeñas, epidermoides o escamosos, etc. Estas variantes “minoritarias” son, en general, son, en general, más agresivas y el pronóstico no suele ser igual de favorable.

.....

*“Al principio no parecía muy agresivo
pero también sabía que algunos
tumores son más agresivos de lo que
indica la biopsia. Mi incertidumbre era
que la prostatectomía evidenciara que
tenía un Gleason y un estadio mayor”*

.....



02

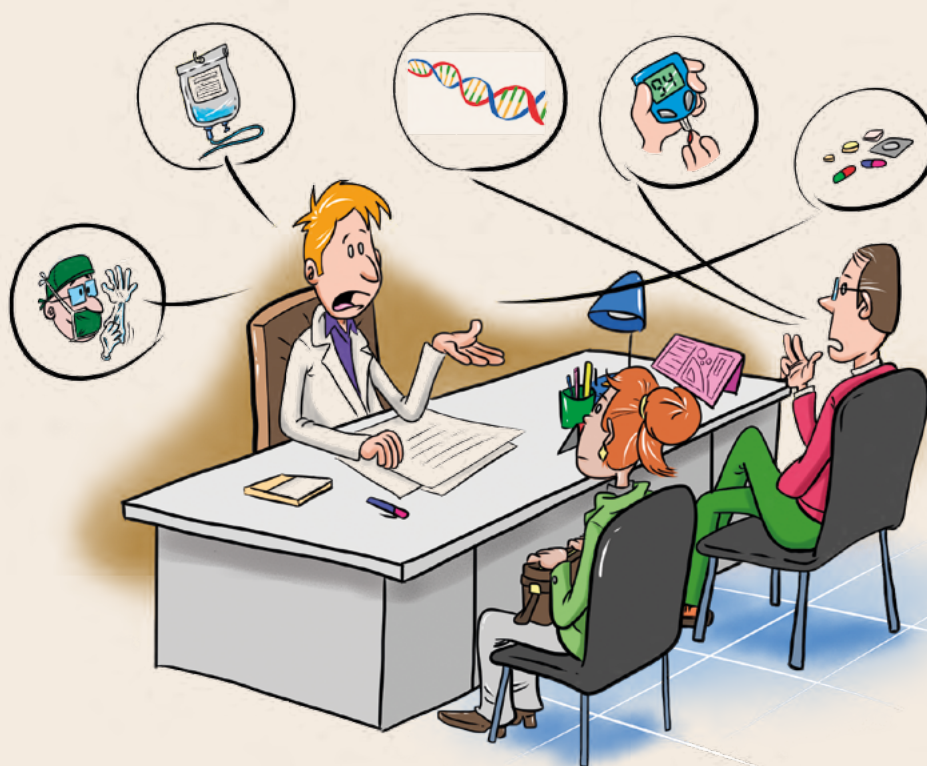
EL
TRATAMIENTO
DEL CÁNCER
DE PRÓSTATA

Tras la confirmación del diagnóstico del cáncer de próstata, y una vez conocida la fase de la enfermedad, el siguiente paso es determinar la opción terapéutica más idónea para el paciente. En este capítulo te explicamos los tratamientos actuales en función de las etapas de la enfermedad, los efectos secundarios más comunes y los avances que se están produciendo en la investigación del cáncer de próstata.

1. El tratamiento del cáncer de próstata

El cáncer de próstata presenta dos particularidades con respecto a otros tipos de cáncer. En primer lugar, su comportamiento no es tan agresivo como el de otros tumores y suele tardar años en progresar.

Y, por otro lado, tiene la peculiaridad de que **existen varias modalidades de tratamiento en muchas de sus fases**. Esto es muy importante, pues



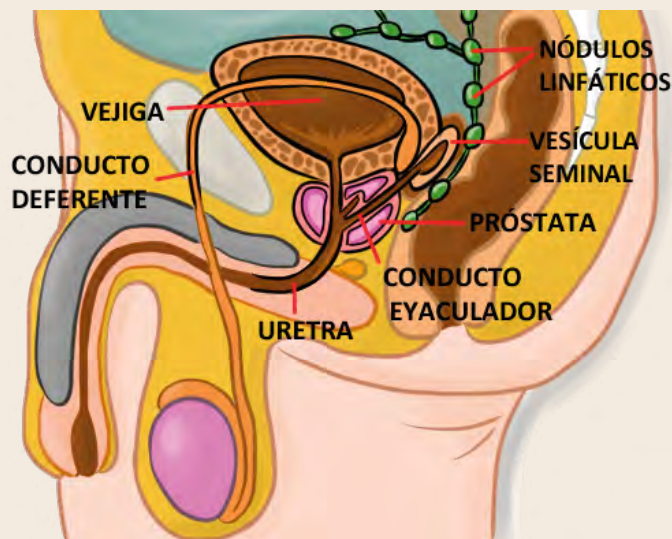
nos permite adaptar los tratamientos a las circunstancias individuales de cada paciente.

Por ejemplo, si por tus antecedentes personales puede ser arriesgada una intervención quirúrgica, dispondrás de otras opciones, como la radioterapia externa.

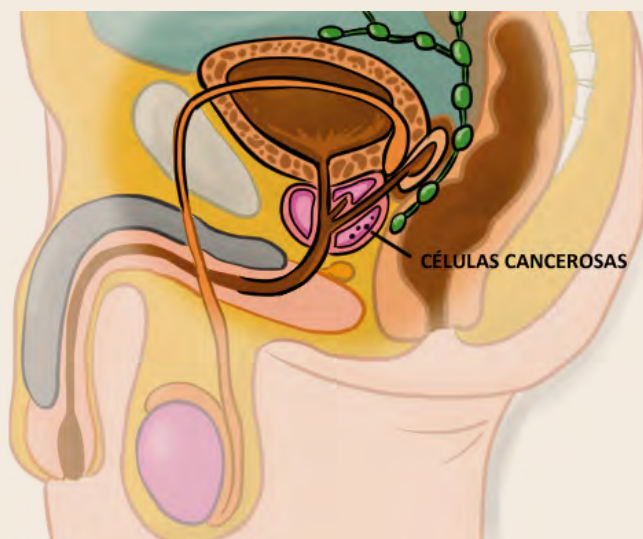
A continuación se describen los diferentes tratamientos para las distintas fases o estadios del cáncer de próstata.

a. Cáncer de próstata localizado

En la fase localizada, **el cáncer se sitúa dentro de la próstata, sin extenderse a ningún órgano vecino**, como la vejiga, y no suele dar ninguna sintomatología específica. Si te acaban de diagnosticar, lo más probable es que el cáncer se encuentre en esta etapa, donde las posibilidades de curación con los tratamientos disponibles son elevadas, aunque también es posible debutar con la enfermedad localmente avanzada o avanzada.



· Sistema reproductivo masculino ·



· Cáncer de próstata localizado ·

Dependiendo de tu caso y también de tus preferencias, te ofrecerán diferentes tipos de tratamientos: cirugía, radioterapia, terapia focal de las lesiones y vigilancia activa. Cada uno tiene sus indicaciones, ventajas e inconvenientes, y la decisión a la hora de escoger el mejor para tu caso será individualizada y se decidirá junto al urólogo, que es el médico especialista en el abordaje de la enfermedad en esta fase.

El urólogo tendrá en cuenta factores como tu edad, si tienes alguna otra enfermedad, el riesgo quirúrgico, el calibre del chorro de la orina, tus preferencias y también factores inherentes al propio cáncer, como su agresividad, manifestada en la biopsia, o el número de lesiones que se ve en la próstata, en el caso de que te realicen una resonancia magnética prostática.

En el caso de que se valorase la opción de que fueses tratado con radioterapia externa o braquiterapia, sería el oncólogo radioterápico el encargado de explicarte las posibles ventajas e inconvenientes de estas modalidades terapéuticas.

CIRUGÍA

La cirugía del cáncer de próstata se denomina prostatectomía radical, y consiste en la extirpación quirúrgica completa de la próstata y las vesículas seminales. En los últimos años, con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva (laparoscópica y robótica), la técnica quirúrgica se ha perfeccionado muchísimo. En la actualidad se consigue, por una parte, una disminución muy importante del sangrado y una recuperación posquirúrgica muy rápida (existen servicios de urología que tienen planificada una estancia de 24-48 h), y por otra, una mejoría en los resultados funcionales de incontinencia urinaria y capacidad sexual.



La diferencia entre la **técnica laparoscópica y la robótica** es que en la segunda el cirujano opera desde una consola, transmitiendo los movimientos de sus manos a las pinzas quirúrgicas, que están sustentadas por los brazos robóticos. En la técnica laparoscópica, es él quien maneja directamente el instrumental.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es una modalidad de tratamiento oncológico que prescribe y realiza el oncólogo radioterápico. **Incluye una gran diversidad de procedimientos y técnicas que tienen en común el uso de radiación ionizante.** Tanto el desarrollo del conocimiento acerca de la biología del cáncer como la innovación tecnológica han permitido posicionarla como una de las opciones de tratamiento curativo en el cáncer de próstata.

Los principios básicos que fundamentan la práctica de la radioterapia son dos: dosis muy altas de radiación ionizante en el tumor localizado y dosis muy bajas en los tejidos sanos circundantes. Este tipo de radiación funciona dañando el material genético dentro de las células cancerosas y limitando su capacidad de reproducción y crecimiento, de manera que, cuando estas células malignas dañadas mueren, el sistema inmune las elimina de forma natural. Si se irradia un tumor con una dosis lo suficientemente alta la probabilidad de eliminarlo puede ser elevada. Sin embargo, existe un límite para la dosis total que puede administrarse sobre una determinada región del organismo, y este límite viene dado por el grado de tolerancia de los tejidos sanos que rodean el tumor.

En el cáncer de próstata disponemos de **dos tipos de tratamiento radioterápico** en función de la localización de la fuente de irradiación, que son:

Radioterapia externa

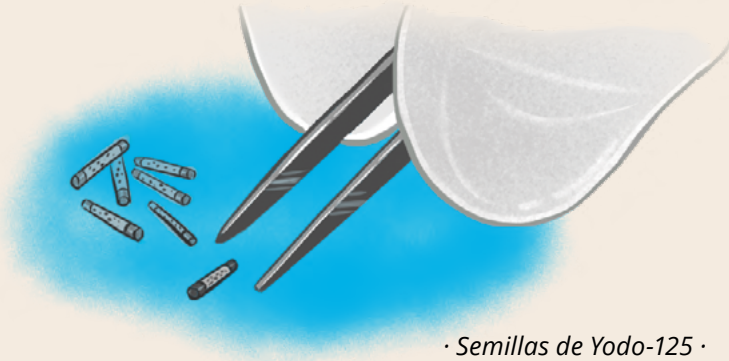
En este tratamiento, la fuente de irradiación se encuentra integrada en unos equipos llamados aceleradores lineales y, por tanto, fuera del paciente, y las sesiones de radioterapia se prolongan durante varias semanas, si bien en la actualidad las nuevas técnicas permiten completar los tratamientos en muchos menos días.

Podemos utilizar técnicas complejas de administración y verificación del tratamiento, como la IMRT (radioterapia de intensidad modulada) y la IGRT (radioterapia guiada por la imagen). Con la IMRT conseguimos modular la dosis de radiación y aplicarla directamente sobre la próstata, y de esta manera protegemos los órganos de alrededor: la vejiga y el recto. La IGRT nos permite obtener imágenes de alta calidad en tiempo real (previa o durante la administración del tratamiento) para localizar el tumor y reposicionar automáticamente al paciente cada día, mediante un sofisticado sistema de desplazamientos integrado con la imagen.

Braquiterapia

La principal ventaja de la braquiterapia en relación con la radioterapia externa es que permite el depósito directo de dosis en las zonas que se desea tratar. De

esta forma podemos administrar dosis muy altas en la próstata y muy bajas en los tejidos sanos que la rodean. Otra ventaja de este tratamiento es que se realiza en uno o dos días. En la braquiterapia prostática se utilizan implantes permanentes (tasa de dosis baja) o temporales (tasa de dosis alta). En los primeros, las fuentes radiactivas encapsuladas (semillas de Yodo-125,



· Semillas de Yodo-125 ·

o I-125) permanecen indefinidamente en la próstata del paciente, mientras que en los segundos se extraen tras administrar la dosis pautada. La principal diferencia de la braquiterapia de alta tasa frente a la de baja tasa es que permite administrar una dosis 1000 veces superior y mejor distribuida en la glándula prostática.

La braquiterapia presenta, además, la peculiaridad de ser una técnica mínimamente invasiva y ambulatoria

cuyo potencial valor añadido es su excelente tolerabilidad. Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos a recibirla, ya sea por factores relacionados con su historia personal (riesgo anestésico, tamaño prostático, procedimientos quirúrgicos previos, etc...) o por la enfermedad (extensión del tumor fuera de la próstata). Por último, hay que reseñar que en determinados casos se puede realizar una combinación de radioterapia externa y braquiterapia.

TERAPIA FOCAL

La terapia focal permite tratar únicamente la lesión tumoral y preservar el resto de la próstata, pero solo es aplicable cuando las lesiones tumorales son pocas, la anatomía de la próstata es propicia y la agresividad del tumor, medida en la biopsia, no es elevada.

Este tratamiento, que prescribe el urólogo, consiste en localizar a través de una resonancia magnética las lesiones tumorales y tratarlas focalmente, respetando el tejido prostático no afectado por el tumor. Se usan diferentes tipos de energía, como ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFU), crioterapia, etc. Técnicamente se realiza insertando unas agujas en el interior de la próstata, que se introducen a través del periné (zona del cuerpo humano comprendida entre el ano y los órganos genitales). Las agujas son guiadas por un ecógrafo transrectal.

VIGILANCIA ACTIVA

Dado que algunos cánceres de próstata progresan muy lentamente en el tiempo, otra de las opciones de tratamiento es la vigilancia activa, que significa “vigilar”, mediante controles analíticos y biopsias de próstata periódicas, que el cáncer no se vuelva agresivo.

El fundamento de la vigilancia activa es evitar sobretratar con cirugía, radioterapia u otras técnicas, aquellos tumores que son “indolentes” o “clínicamente



· Cáncer de próstata localmente avanzado ·

no significativos”. Debes saber que, aunque todos los tumores de la próstata tienen el mismo apellido de “cáncer de próstata”, no son iguales (ver CAPÍTULO 1). Los más agresivos deben tratarse y otros, mucho menos agresivos, son los que se pueden vigilar.

b. Cáncer de próstata localmente avanzado

En esta fase, el tumor ha salido de la próstata y afecta a la vejiga, las vesículas seminales o al recto, todos ellos órganos muy cercanos a la próstata. Como en la etapa anterior, también existen varias alternativas de tratamiento, como la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia o, lo que es lo más frecuente, una combinación de ellas.

CIRUGÍA

La cirugía es algo diferente con respecto a la fase la anterior, pues al encontrarse el tumor fuera de la próstata **es necesario resecar (extraer) más tejido**, y esto puede conllevar peores resultados funcionales. Además, habitualmente la cirugía se acompaña de una linfadenectomía, que consiste en extraer los ganglios linfáticos de las arterias ilíacas de la pelvis, a los que el cáncer de próstata afecta en primer lugar.

HORMONOTERAPIA

En esta fase también puede ser aplicable **el tratamiento con hormonas, conocido como deprivación androgénica u hormonoterapia**. Consiste en la administración de una inyección, que puede ser subcutánea o intramuscular, habitualmente cada seis meses, que en ocasiones va acompañada de una pastilla. **El propósito es suprimir la producción de testosterona (la hormona masculina que producen los testículos), ya que desde hace muchos años sabemos que el cáncer de próstata “se alimenta” de esta hormona.** Dicho de otra manera, el cáncer de próstata responde a la supresión de testosterona. Y esto lo sabemos porque cuando se inicia un tratamiento con hormonoterapia el valor del PSA disminuye, en muchas ocasiones incluso hasta llegar a 0.

La hormonoterapia es un tratamiento muy eficaz: más del 80% de los pacientes responden. Sin embargo, transcurridos 18-24 meses, en la mayoría de casos deja de funcionar y a veces se observa un empeoramiento, que se conoce como “resistencia a la castración” o CPRC.

La mejor alternativa dependerá de las características del tumor, los antecedentes personales, la edad y, por supuesto, de tus preferencias personales.

RADIOTERAPIA

En esta etapa, la radioterapia externa, en combinación con la hormonoterapia, ha demostrado ser superior a la hormonoterapia exclusiva en términos de supervivencia, control de la enfermedad y calidad de vida de los pacientes. Además de la próstata, se irradian las vesículas seminales e incluso las regiones ganglionares de la pelvis.

Otra posible estrategia de tratamiento es combinar la radioterapia externa y la hormonoterapia con braquiterapia de alta tasa para aumentar la dosis de radiación sobre la próstata. Por último, en pacientes con factores de alto riesgo de recidiva local tras cirugía (márgenes quirúrgicos con tumor, invasión de tejidos periprostáticos o vesículas seminales) puede administrarse radioterapia sobre el lecho prostático y, en ocasiones, también sobre las regiones ganglionares de la pelvis.

c. Cáncer de próstata avanzado

En esta etapa, **el cáncer de próstata se ha extendido más allá de la próstata y de sus órganos vecinos**. Normalmente suele diseminarse a los huesos y/o a los ganglios linfáticos.

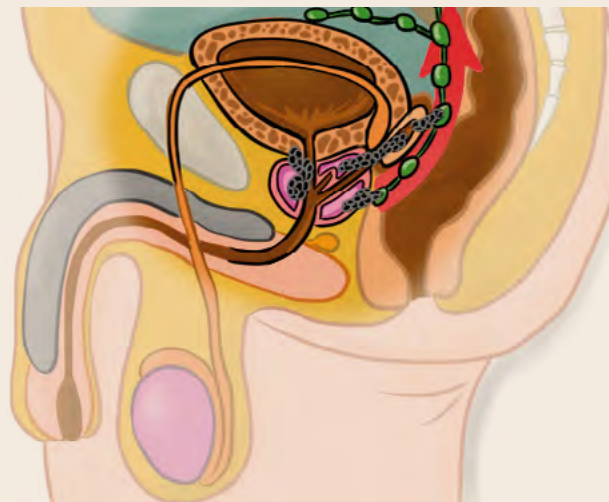
En los pacientes que presentan cáncer de próstata metastático

y que no han sido tratados previamente, **el tratamiento de elección es la hormonoterapia**, ya comentada en el apartado anterior. La deprivación androgénica y su aplicación en el cáncer de próstata han sido uno de los hitos más relevantes en la historia de la uro-oncología, que le valió un Premio Nobel a su descubridor, Charles B. Huggins, en los años 60. En algunos casos y circunstancias excepcionales, también se emplean la cirugía o la radioterapia, pero la base del tratamiento en esta etapa de la enfermedad continúa siendo la hormonoterapia.

El tratamiento de deprivación androgénica puede acompañarse de quimioterapia (docetaxel) o de la inhibición de la biosíntesis completa de los andrógenos (abiraterona) en pacientes que debutan con enfermedad metastásica y presentan determinadas características de alto volumen o riesgo.

Además de la deprivación androgénica, durante los últimos años se han ido comunicando resultados de ensayos clínicos que demuestran que, en pacientes hormonosensibles, con tumores biológicamente agresivos o un alto número de metástasis o afectación visceral, la adición de quimioterapia clásica o de agentes hormonales de nueva generación mejora claramente los resultados del tratamiento hormonal.

Cabe resaltar que, aun en la etapa avanzada, y debido a que el cáncer de próstata responde a la supresión de testosterona, **la progresión de la enfermedad, en muchas ocasiones, sigue siendo lenta.**



· Cáncer de próstata avanzado ·

d. Cáncer de próstata resistente a la castración

En ocasiones llega un momento en la progresión del cáncer de próstata en que, a pesar de que la hormonoterapia siga funcionando y el paciente tenga los niveles de testosterona muy bajos, la enfermedad progresa. A veces se detecta incluso un empeoramiento porque o bien el PSA aumenta o aparecen nuevas lesiones en los huesos o en los ganglios. Cuando esto ocurre, entramos en la fase de resistencia a la castración (CPRC).

La mayoría de los pacientes que se encuentran en esta etapa están asintomáticos o mínimamente sintomáticos.

Es decir, la enfermedad todavía no produce dolor o este puede controlarse con analgésicos menores.

En esta situación se abre un **amplio abanico de opciones de tratamiento**, entre las que se encuentra el uso de los nuevos compuestos hormonales, quimioterapia o radiofármacos. Asimismo algunos agentes remodeladores del hueso, como el ácido zoledrónico o el denosumab, pueden ser muy útiles en pacientes con afectación ósea, ya que mejoran el control analgésico y previenen la aparición de fracturas.

La administración y uso de cada fármaco dependerá de la situación clínica del paciente, de la localización de las metástasis, de los efectos secundarios previstos, de su disponibilidad y de sus preferencias personales, y serán el urólogo y/o el oncólogo médico o radioterápico los especialistas que propondrán la estrategia terapéutica.

AGENTES HORMONALES DE SEGUNDA GENERACIÓN

La **abiraterona** es un agente hormonal de segunda generación capaz de evitar la producción de andrógenos fuera de los testículos, tanto a nivel de las glándulas suprarrenales como del propio tumor. Ha demostrado un claro beneficio en supervivencia y calidad de vida, tanto en pacientes que acaban de experimentar resistencia a la castración, con enfermedad poco sintomática, como

en los que ya han sido tratados con quimioterapia y con enfermedad de más larga evolución.

Lo mismo se ha observado para la **enzalutamida**, otro agente hormonal de segunda generación capaz de bloquear el receptor para andrógenos de las células tumorales de forma muy eficaz e irreversible, de manera que las aísla por completo de cualquier mínima cantidad de andrógenos, independientemente del lugar de producción de estos.

QUIMIOTERAPIA

También, a lo largo de los años, se ha recurrido a diversos tipos de quimioterapia para tratar el cáncer de próstata avanzado. Aunque en el momento actual podemos decir que los más relevantes son el docetaxel y el cabazitaxel.

Desde 2004 se conoce el impacto del **docetaxel** en la supervivencia de los pacientes con CPRC. Por consiguiente, este es, posiblemente, el agente quimioterápico de primera elección en pacientes sintomáticos o con alta carga tumoral y afectación metastática múltiple. Desde 2010, el **cabazitaxel** está aprobado en el CPRC para aquellos pacientes que han sido tratados con docetaxel y posteriormente han vuelto a empeorar. También puede usarse como agente de primera línea en aquellos que no han podido recibir docetaxel debido a reacciones de hipersensibilidad,

o en personas diabéticas que presentan neuropatías periféricas graves, entre otros casos.



La terapia de segunda línea es el tratamiento que se administra cuando el inicial (terapia de primera línea) no es eficaz o deja de serlo

Además de los agentes quimioterápicos citados existen otros, como el paclitaxel, el carboplatino, la ciclofosfamida o la vinblastina. En el momento actual prácticamente han caído en desuso por no haber demostrado beneficio en la supervivencia global, aunque podrían emplearse en casos muy concretos de pacientes que han recibido múltiples tratamientos o que son resistentes a otros medicamentos. Al igual que la mitoxantrona, su uso ha quedado relegado a aquellos casos que no se consideran aptos para recibir docetaxel y cabazitaxel. Los pacientes con rasgos “neuroendocrinos” en el tejido de la biopsia prostática serán muy sensibles a los tratamientos quimioterápicos con sales de platino, y para ellos se ha mostrado muy prometedora la combinación de carboplatino con cabazitaxel.

RADIOFÁRMACOS

El Radio-223 es un isótopo del radio que mimetiza al calcio que se encuentra en los huesos. Cuando se inyecta al paciente, el radio-223 (^{223}Ra) alcanza el hueso donde el cáncer se ha diseminado y emite radiación de corto alcance (partículas alfa), que destruye las células tumorales circundantes reduciendo al mínimo los daños en el tejido normal circundante.

El tratamiento con Radio-223 cambia la evolución natural de la enfermedad aumentando la supervivencia pudiendo mejorar el dolor de las metástasis óseas.

2. Efectos secundarios

Los efectos secundarios son uno de los aspectos que quizá más te preocupen, por el impacto que pueden ocasionar en tu vida. Aunque es cierto que todos los tratamientos para el cáncer de próstata tienen estos riesgos, hay que destacar que los avances en la investigación han traído consigo terapias que los pacientes cada vez toleran mejor.

Los efectos secundarios dependerán del tipo de tratamiento que recibas. Es importante saber que no todas las personas presentan las mismas complicaciones.

Por tanto, no des por hecho que experimentarás los que a continuación explicamos. Habla con tu médico para conocer más de cerca los más probables. Conocerlos te ayudará a prevenirlos y a estar preparado en caso de que aparezcan.

EFFECTOS SECUNDARIOS GENERALES

Las **alteraciones de tipo digestivo o nutricional**, náuseas, vómitos, diarrea o pérdida de peso pueden ser consecuencia de determinados tratamientos. Existen fármacos que te ayudarán a eliminarlas o reducirlas. Además, contar con información y asesoramiento por parte de endocrinos o dietistas-nutricionistas te permitirá adaptar tu alimentación para hacerla frente. En el CAPÍTULO 5 de esta guía encontrarás recomendaciones generales para ello.

El **cansancio o fatiga** es común entre muchas personas con cáncer de próstata, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad y/o también debido a los tratamientos recibidos. Todavía no se conocen bien sus causas, pero se empiezan a valorar posibles mecanismos biológicos, como la pérdida de músculo esquelético, el descenso de los glóbulos rojos o la desincronización del ritmo circadiano. Esta fatiga causa falta de energía y dificulta seguir con la vida habitual, por lo que puede afectar al estado de ánimo. Lo habitual es que sea

temporal y es importante saber que no significa que la enfermedad esté avanzando. Aun así, es conveniente que trates de reducir el cansancio para mejorar tu bienestar. Anotar en qué momentos estás más cansado te ayudará a identificar las posibles causas y a programar tus planes en función de los momentos en que te sientas con más fuerza. En el CAPÍTULO 5 encontrarás un apartado sobre recomendaciones prácticas para el descanso que te invitamos a leer.

Una de las repercusiones asociadas a los tratamientos (hormonoterapia y quimioterapia) es la **pérdida de memoria o déficit cognitivo**. Estas dificultades también pueden estar relacionadas con aspectos psicológicos,

.....
“He perdido memoria y agilidad mental. Me quedo a veces bloqueado, cosa que antes no me pasaba nunca”

pero cada vez hay más evidencia de que tienen que ver con las toxicidades de los tratamientos y sus efectos en la esfera cognitiva. Como consecuencia, pueden aparecer problemas de concentración y de memoria, o una leve disminución del rendimiento intelectual. A veces pueden

pasar desapercibidos, pero si sientes que te están afectando compártelo con tu médico. Existen ejercicios mentales y de memoria que pueden ayudarte, así como realizar algún tipo de actividad física.

Tras la cirugía del tumor o la extirpación de los ganglios, o bien a consecuencia de la radioterapia, puede aparecer **linfedema** en la/s pierna/s, los genitales o la pelvis. El linfedema es una acumulación de líquido, restos celulares y macromoléculas en el espacio que hay entre las células que provoca un aumento del volumen y consistencia en la extremidad afectada. Es la respuesta a la agresión que sufre el sistema linfático, que es el encargado de transportar dichas sustancias. Lo notarás como una hinchazón en los pies o en las piernas, principalmente, que causa sensación de pesadez, tirantez, cansancio o molestia. Al comienzo, la elevación de las extremidades alivia y hace que el volumen se reduzca, pero a medida que el linfedema evoluciona deja de ser efectiva. Si tienes estos síntomas acude a tu urólogo para que pueda diagnosticarlo y derivarte al fisioterapeuta.

El linfedema se trata con fisioterapia, principalmente con drenaje linfático manual, ejercicios de movilidad y fuerza, terapia linfática mecánica, vendajes compresivos y medias, y cuidados de la piel. Es recomendable que el profesional al que acudas esté especializado en fisioterapia oncológica y linfedemas.

El **daño rectal** puede ocurrir como consecuencia de una cirugía de próstata o de la radioterapia. El diagnóstico y la reparación precoces son fundamentales para prevenir las secuelas. La reparación suele ser quirúrgica.

EFFECTOS SECUNDARIOS ESPECÍFICOS SEGÚN LOS TRATAMIENTOS

CIRUGÍA

El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva laparoscópica y robótica, y la experiencia adquirida por parte de los urólogos, han permitido que las complicaciones tras la cirugía sean cada vez menores. Sin embargo, es probable que tengas algunas dificultades tras la intervención, como por ejemplo, con la **sonda vesical** que deberás llevar durante unos días tras la intervención. Puede ocasionarte algún inconveniente, aunque normalmente es bien tolerada. Antes de recibir el alta, tu médico y las enfermeras resolverán todas tus dudas sobre cómo manejarla.

*“Al final te conoces tanto que te haces experto.
Sé que debo caminar lento para que haya menor
pérdida y que debo ir a orinar a menudo”*

La **incontinencia urinaria y las alteraciones sexuales** son dos de las principales consecuencias de la cirugía. Encontrarás en esta guía dos capítulos específicos (CAPÍTULOS 3 y 4) dedicados a dichas complicaciones, si bien queremos ofrecerte a continuación una primera explicación para que puedas conocerlas mejor.

- La incontinencia urinaria se debe a que la extirpación de la próstata durante la cirugía puede alterar el sistema de esfínteres urinarios, que necesitarán un periodo de readaptación. Por ello, lo más habitual es que aparezca cuando estás recién operado y se solucione en unos meses (la incontinencia definitiva es muy infrecuente). Suele ser leve o moderada y se nota fundamentalmente cuando se realizan esfuerzos como toser o levantarse.
- La disfunción eréctil es debida a lesiones que se producen durante la cirugía en los nervios que facilitan la erección, porque, en muchas ocasiones, es inevitable dañarlos. Factores como la edad y el estado de potencia sexual previo influyen en el resultado final. Las alteraciones sexuales pueden ocasionar un impacto importante en tu vida. Por tanto, no dudes en hablar con tu urólogo para trabajar juntos en la búsqueda de soluciones.

Una de las posibles secuelas del tratamiento del cáncer de

próstata es el **dolor**, principalmente como efecto secundario del tratamiento quirúrgico (adherencias de la cicatriz o adherencias entre la pared vesical y el pubis, etc.). Suele remitir en unos meses, sin que haya complicaciones tras desaparecer las adherencias. La fisioterapia puede ayudar a prevenir las adherencias y/o disminuir las existentes. En caso de que no desaparezcan o de que se encuentren entre la pared vesical y el pubis, te recomendamos acudir a tu urólogo. En ocasiones, el dolor se produce al orinar, cuando la orina pasa por la uretra produciendo molestias. En este caso, deberás consultar a tu médico, para que valore si estás reteniendo orina.

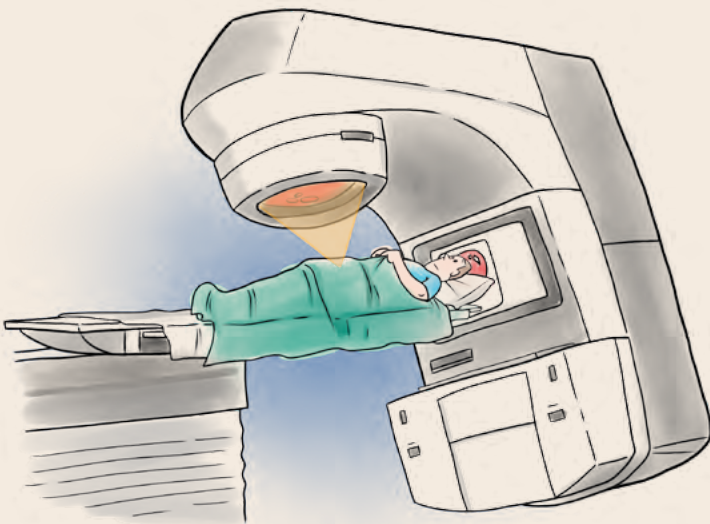
Otra de las secuelas de la cirugía podría ser la **neuroapraxia**. A menudo se produce por el hecho de mantener la misma posición durante el tiempo que dura la cirugía, lo cual provoca que los nervios se irriten por estiramiento o por compresión. Puedes sentir hormigueos, acorchamiento o adormecimiento de la zona inervada por el nervio lesionado. En algunos casos, poco frecuentes, la neuroapraxia es más severa y persiste una sensación de quemazón en la planta de los pies.

En pocas ocasiones aparece una **hiperestesia escrotal**, esto es, un aumento de la sensibilidad en la piel escrotal y la zona anterior del periné debido a la incisión, que puede tocar nervios cutáneos que inervan esas zonas. Esta molestia

puede prolongarse durante unas semanas, pero remite poco después, cuando esos nervios se regeneran.

RADIOTERAPIA

La radioterapia también tiene sus posibles efectos secundarios, derivados de la irradiación de la próstata y órganos vecinos como la vejiga y el recto. Estas alteraciones pueden aparecer durante o tras finalizar el tratamiento, o bien meses o años más tarde. Los efectos adversos agudos se deben a **la inflamación del tejido sano** (cistitis o



· Radioterapia ·

inflamación de la vejiga, proctitis o inflamación del recto), mientras que los crónicos se relacionan **con fenómenos de fibrosis y atrofia** (sangrado rectal o vesical). Con la braquiterapia existe menos riesgo de toxicidad rectal, ya que se protege muy bien esa zona. La radioterapia también puede afectar a la función eréctil y a la incontinencia urinaria, sobre todo en pacientes tratados con una combinación de radioterapia externa y hormonoterapia.

HORMONOTERAPIA

El efecto secundario más frecuente de este tratamiento es la **descalcificación de los huesos**. Por esa razón, tu médico te recetará suplementos de calcio y vitamina D si vas a recibir hormonoterapia. Menos habituales son los sofocos (parecidos a los que experimenta la mujer durante la menopausia) y el **dolor en los pechos**, que ahora están más sensibles. Para minimizar estos efectos existen tratamientos, si bien no siempre son efectivos.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia puede provocar una sensación de hormigueo, pérdida de sensibilidad o ardor en las manos y en los pies (síndrome mano-pie). Se deben al impacto que determinados fármacos quimioterápicos ejercen sobre los nervios y se conoce como **neuropatía periférica**. Existen algunos tratamientos farmacológicos para este

tipo de efectos secundarios. En caso de que aparezcan, se recomienda utilizar ropa ancha y calzado cómodo, evitar agua muy caliente o muy fría y proteger las manos y los pies con guantes y calcetines cuando las temperaturas son extremas.

Si vas a recibir **docetaxel**, tu médico prescribirá antes un tratamiento con corticoides para evitar que aparezcan reacciones de hipersensibilidad y retención de líquidos. Este fármaco induce neutropenia (descenso del número de glóbulos blancos en la sangre) en el 80% de los casos entre siete y diez días después de su administración, aunque los pacientes se recuperan bien en una semana. También provoca alopecia completa. También es responsable de la aparición de mialgias (dolores musculares). Además, cerca del 50% de los pacientes experimentan reacciones cutáneas y alteraciones en las uñas. Y el 15% lo que se denomina el síndrome de mano-pie, que consiste en una inflamación con descamación y alteraciones de la sensibilidad en las palmas de las manos y las plantas de los pies. En el 60% de los casos provoca retención de líquidos. Y en otro 60%, cansancio y aumento de las transaminasas hepáticas.

El tratamiento con **cabazitaxel** requiere también premedicación con esteroides para evitar toxicidad alérgica aguda. Induce una mayor neutropenia que el docetaxel: en el 90% de los casos, por lo que un elevado porcentaje de pacientes deben recibir una inyección añadida de factores de crecimiento de las células madre de la médula ósea como

medida de prevención. Provoca alopecia, como el docetaxel, aunque en menor porcentaje. El resto de toxicidades son similares a las que causa este último fármaco: parestesias (hormigueos), síndrome de mano-pie, retención de líquidos, etc.

AGENTES HORMONALES DE SEGUNDA GENERACIÓN

En general pueden convertirse en tratamientos crónicos de muy larga duración sin mayor problema. En el caso de la **enzalutamida**, cabe vigilar especialmente la aparición de toxicidad neurológica, que se manifiesta como falta de concentración, pequeños trastornos de memoria o del sueño y, en casos más aislados, convulsiones. Por su parte, la **abiraterona** puede generar problemas de secreción de algunas hormonas en la glándula suprarrenal, por lo que debe ser administrada en combinación con prednisona. También puede inducir hipertensión arterial o trastornos cardiovasculares.

.....

“Los grupos de ayuda y las asociaciones de pacientes serían ideales para abordar estos efectos secundarios cruciales. Luego cada uno lo puede sublimar de la forma que considere”

.....

¿CÓMO ACTUAR ANTE LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

- **Informa a tu médico.** Quizá pienses que sentirte mal es normal cuando se está en tratamiento oncológico, pero debes saber que existen recursos y soluciones que ayudan a reducir los efectos secundarios. No ocultes aquellos cambios que estés experimentando y sigue las indicaciones de tu médico.
- **Anímate a hacer cambios en tu vida.** Tal vez debas modificar algunos de tus hábitos de vida para evitar o disminuir algunos efectos secundarios. A veces pensamos que solo el médico puede ayudarnos a sentirnos mejor, cuando lo cierto es que determinadas variaciones en la dieta, en los hábitos deportivos, en las rutinas o en la forma en que planificamos el día pueden mejorar tu calidad de vida.
- **Consulta a especialistas.** La búsqueda de respuestas puede llevarte a personas que venden soluciones milagro. Nuestra recomendación es que te asesores solo con profesionales cualificados. Fisioterapeutas, dietistas-nutricionistas, médicos... todos ellos pueden ayudarte a encontrar soluciones realistas.

RADIO-223

Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales y hematológicos y son consecuencia de la radiación que recibe la médula ósea situada en el interior de nuestros huesos.

3. Estudios en desarrollo

¿QUÉ SON LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

Las opciones terapéuticas para las personas con cáncer de próstata cada vez están proporcionando mejores resultados, y son fruto de los avances en el campo de la investigación. Los ensayos clínicos son una parte fundamental de la investigación ya que, gracias a ellos, conseguimos averiguar la idoneidad de incorporar un nuevo tratamiento (o una combinación de varios).

Conocer los que están en marcha te ayudará a predecir cuáles serán los próximos pasos en el tratamiento futuro de esta enfermedad y, además, tendrás la posibilidad de valorar tu participación en uno de ellos. Pero ¿qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es el estudio experimental de un tratamiento en seres humanos con el fin de evaluar su eficacia (efectos que proporciona en circunstancias

ideales de uso) y seguridad (riesgos que puede ocasionar).

Existen cuatro fases de ensayos clínicos según sus objetivos y características:

- **Fase I:** el propósito es corroborar que el medicamento es seguro para el ser humano, por lo que se utilizan dosis bajas. Además, se analizan la farmacocinética (se estudia lo que el organismo le hace al fármaco: cómo lo absorbe, distribuye, metaboliza y elimina) y la farmacodinámica (su efecto en el organismo).
- **Fase II:** el objetivo es evaluar el efecto del tratamiento sobre el cáncer de próstata, obtener más información sobre toxicidades o riesgos y determinar la dosis óptima.
- **Fase III:** se trata de confirmar, en un grupo más amplio y diverso de personas, que el tratamiento es eficaz y seguro.
- **Fase IV:** es el proceso posterior a la autorización y comercialización del fármaco, y el propósito es evaluar cómo de efectivo y seguro es en la práctica clínica.

Existen diferentes tipos de ensayos clínicos, con una serie de criterios de inclusión y exclusión para participar en ellos. Habla con tu médico si estás interesado en saber más sobre los que están en marcha. Además, existe un recurso útil en el que podrás informarte con fiabilidad: se trata del **Registro**

de Ensayos Clínicos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), al que podrás acceder a través de la página web: <https://reec.aemps.es/reec/public/web.html>.

Como hemos comentado, cada vez disponemos de tratamientos más eficaces para el cáncer de próstata y todos ellos han sido previamente evaluados a través de su correspondiente ensayo clínico. Pero, además, la investigación no se detiene, y en la actualidad se desarrollan nuevos ensayos clínicos que darán sus frutos en los próximos años.

Pero ***¿por dónde va la investigación en cáncer de próstata en la actualidad?***

A continuación te ofrecemos un resumen, teniendo en cuenta las diferentes etapas del cáncer de próstata que hemos visto al inicio de este capítulo.

CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

En esta etapa, los esfuerzos de la investigación se centran en **mejorar el diagnóstico** mediante el desarrollo de pruebas de imagen y técnicas de biopsia que permitan incrementar la fiabilidad. Se trata, básicamente, de hacer todo lo posible para identificar aquellas lesiones dentro de la próstata que sean sospechosas de cáncer y poder

biopsiarlas con certeza.

En el ámbito del tratamiento, se está trabajando en diferentes avances. Por un lado, la investigación clínica va por el camino de **desarrollar los tratamientos focales**, es decir, dirigidos única y exclusivamente a la lesión tumoral y no a toda la próstata, como hacen en la actualidad la mayoría de los tratamientos quirúrgicos y radioterápicos. En cuanto a **las técnicas quirúrgicas, se trabaja para hacerlas más precisas y con menos efectos secundarios**. Así, se está desarrollando la robótica y perfeccionando la cirugía laparoscópica. Y, por último, **el tratamiento radioterápico es cada vez más preciso y emplea tecnología más avanzada**. Se investiga en minimizar los riesgos, sustituyendo el principio clásico en radioterapia de aplicar la dosis máxima en el tumor y la dosis mínima en los tejidos sanos por un nuevo principio, el de la dosis necesaria, en la localización exacta, en el momento correcto y en el paciente adecuado. De especial interés es **la terapia con partículas de protones**, una técnica muy compleja desde el punto de vista físico que permite administrar dosis muy altas en los tumores prostáticos con una disminución muy significativa de la irradiación que reciben los tejidos normales.

CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

En esta fase los tratamientos disponibles han

experimentado un gran cambio. Hasta hace pocos años, cuando un cáncer de próstata se hacía metastásico, es decir, se extendía más allá de la próstata, el único tratamiento que se planteaba era la deprivación androgénica, de la que hablamos al principio de este capítulo.

El escenario del que te estamos hablando se conoce como **cáncer de próstata oligometastásico u oligorrecurrente**. En la actualidad se está investigando el papel de la cirugía o la radioterapia en estos casos, e incluso en el tratamiento de las metástasis con un tipo muy especial, preciso y potente de radioterapia que se denomina SBRT. Para explicarlo más sencillamente, sería como quitar la metástasis pero, en vez de con cirugía, con radioterapia.

Es cierto que cuando las metástasis son muchas y agresivas estas técnicas quirúrgicas y radioterápicas no pueden aplicarse.

CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO

Para esta etapa, en los últimos años **se han incorporado cinco agentes terapéuticos nuevos** que han demostrado, por sí mismos y administrados como primer tratamiento, aumentar la supervivencia de los pacientes. Pertenecen

a tres familias diferentes: docetaxel y cabazitaxel son quimioterápicos; abiraterona y enzalutamida son hormonas de última generación, y Radio-223 es un radiofármaco que actúa selectivamente en las metástasis óseas. Cada uno tiene su indicación, fundamentalmente dependiendo de los síntomas que presente el paciente.

Los investigadores tratan de averiguar qué combinación de estos fármacos es más eficaz, así como la secuencia en que han de administrarse. Así pues, se están estudiando combinaciones de agentes hormonales –abiraterona y enzalutamida– con Radio-223 en pacientes con metástasis óseas como única localización de la enfermedad. De especial interés son los estudios sobre la **combinación de agentes hormonales con inmunoterapia** (anticuerpos monoclonales como nivolumab, pembrolizumab, etc.), o de Radio-223 también con esta moderna inmunoterapia cuyo objetivo final es potenciar las capacidades innatas del sistema inmune del paciente para atacar a las células tumorales.

También de interés son los ensayos clínicos en los que se combinan agentes hormonales, como la abiraterona, con nuevos fármacos que actúan evitando la reparación natural de las células del cáncer de próstata: al impedir que se reparen, las células malignas mueren. Estos fármacos se denominan **inhibidores de PARP**.

CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN SIN METÁSTASIS

En esta fase, conocida también como CPRC M0 se han publicado los resultados de dos ensayos clínicos muy esperanzadores, pues se ha observado un retraso, de años, en la aparición de metástasis con los fármacos apalutamida y enzalutamida. La investigación, en este sentido, va encaminada a verificar si estos resultados podrían obtenerse también en la práctica clínica diaria.

Si tienes más interés en conocer los ensayos clínicos en los que podrías participar, pregunta a tu médico. Él te asesorará si eres un posible candidato. Recuerda que tú también puedes formar parte del progreso de la investigación en cáncer de próstata.



03

ALTERACIONES URINARIAS

Aunque no ocurre en todos los casos, algunas personas con cáncer de próstata experimentan cambios en la forma de micción. Suelen ser de carácter temporal, pero pueden tener repercusiones en la vida cotidiana y afectar al estado de ánimo. Saber cómo hacerles frente te ayudará a convivir con ellos y a reducir su impacto en tu bienestar.

En este capítulo encontrarás información muy útil sobre las alteraciones urinarias: sus causas, los diferentes tipos y algunas soluciones o pautas para afrontarlas en caso de que aparezcan.

1. ¿Qué alteraciones urinarias son las más frecuentes?

Las alteraciones urinarias son numerosas y variadas. Podrás experimentar una sola de ellas o bien varias a la vez. Las más importantes, por su frecuencia, son las siguientes:

- **Urgencia miccional.** Es la aparición súbita de un deseo de orinar intenso difícil de controlar. En muchas ocasiones se acompaña de una pérdida involuntaria de orina, lo que se conoce como **incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**.



- **Polaquiuria y/o nocturia.** La polaquiuria es el aumento del número de micciones durante el día; es decir, el tiempo que pasa entre una micción y otra se acorta. Si esta situación tiene lugar durante la noche toma el nombre de nocturia.
- **Disuria.** Es una sensación de malestar e incomodidad al orinar. El escozor y la dificultad para expulsar la orina hacen que la micción sea dolorosa.
- **Retardo y/o micción entrecortada.** Junto al retardo en el inicio de la micción puede observarse una disminución de la fuerza y del grosor del chorro, o bien intermitencia (micción entrecortada). Se acompaña de sensación de vaciado incompleto o residuo posmiccional, goteo terminal y/o micción en dos tiempos.
- **Retención aguda de orina (RAO).** La dificultad para orinar es completa debido a causas obstructivas. Ocurre de forma repentina e inesperada y es necesario acudir a un centro médico para resolverla cuanto antes de la manera más adecuada.
- **Hematuria.** Es la presencia de sangre en la orina.
- **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).** Suele ocurrir durante los primeros días tras la operación y consiste

en la pérdida de orina cuando aumenta la presión en el abdomen al toser o reír, por ejemplo.

- **Incontinencia urinaria mixta (IUM).** Sucede cuando se combinan los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria de urgencia.

2. ¿Por que se producen?

Las causas suelen ser múltiples y diversas y es necesario que el diagnóstico sea muy preciso.

En el cáncer de próstata, los síntomas urinarios son consecuencia del crecimiento de la glándula prostática alrededor de la uretra y el cuello vesical. Esto provoca desajustes en la dinámica de la micción en las fases de llenado y vaciado de la orina. La anatomía y la función de la vejiga y de la uretra se alteran y el mecanismo de la micción se modifica. Tales síntomas son similares a los que puede producir un proceso prostático benigno, como la hiperplasia benigna de próstata (HBP).

Además, ciertas terapias que se realizan con intención curativa o paliativa como, por ejemplo, la cirugía, la radioterapia o los tratamientos ablativos de la próstata (explicadas en profundidad en el CAPÍTULO 2), entre otras, también pueden ser causa de alteraciones

urinarias. Por tanto, estas **no se deben específicamente al cáncer de próstata, sino al crecimiento prostático o a los tratamientos realizados.**

3. Alteraciones urinarias inducidas por la cirugía

Como te explicamos en el CAPÍTULO 2, la prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que se indica con intención curativa cuando el cáncer de próstata está contenido en la glándula prostática (es un cáncer localizado). Consiste en extirpar la glándula, y aunque la técnica quirúrgica es muy precisa y minuciosa con las estructuras vasculares y nerviosas que la rodean, puede ocasionar ciertos daños colaterales, como la incontinencia urinaria y la impotencia sexual (disfunción eréctil).

La incontinencia urinaria posquirúrgica es una pérdida de orina involuntaria muy característica. Se denomina **incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)** y sucede cuando la presión en el abdomen aumenta al realizar actos tan comunes como toser, estornudar, reír, ponerse de pie, caminar, correr, hacer ejercicio físico, etc. Suele ocurrir durante los primeros días tras la operación, muchas veces inmediatamente después de esta, se prolonga durante varias semanas y va desapareciendo con el transcurso de los días.

Si bien la presencia de algunos episodios menores de

incontinencia pasa desapercibida, cuando estos son más graves pueden tener un impacto importante en la calidad de vida. En muy pocos pacientes la pérdida de orina se mantiene al cabo del primer año. De hecho, **se aconseja esperar al menos un año tras la cirugía** para plantearse la colocación de algún dispositivo anti-incontinencia.

Con menor frecuencia aparecen síntomas de vejiga hiperactiva (urgencia miccional e incontinencia urinaria de urgencia) después de una prostatectomía radical, e incluso síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo junto a otros de incontinencia urinaria de urgencia. Esta combinación de síntomas se conoce como **incontinencia urinaria mixta (IUM)**.

4. Alteraciones urinarias inducidas por radioterapia

Algunos hombres también experimentan incontinencia urinaria tras el tratamiento de radioterapia; para más información sobre este tratamiento consulta el CAPÍTULO 2. No son capaces de controlar la orina o presentan goteo miccional involuntario. Este tipo de incontinencia es menos frecuente con la radioterapia que con la cirugía, aunque el riesgo de que ocurra aumenta cada año después del tratamiento radioterapéutico.

La radiación puede provocar **inflamación de la vejiga** y causar una afección denominada *cistitis rádica* que a veces produce hematuria y síntomas de vejiga hiperactiva (contracción involuntaria del músculo vesical-detrusor). Tal vez experimentes deseos frecuentes de orinar (urgencia miccional), sensación de ardor mientras orinas (disuria) y/o tengas sangre en la orina (hematuria). Si bien estos síntomas irritativos suelen disminuir o desaparecer con el paso del tiempo, en algunos pacientes permanecen, lo que determina la necesidad de tratamiento sintomático.

5. ¿Qué soluciones existen para paliar o solucionar las alteraciones urinarias?

Para intentar solucionar y/o mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a una prostatectomía radical, y durante el primer año después de la cirugía, hay que trabajar la re-educación o entrenamiento vesical, modificar y/o mejorar hábitos de vida y esperar la recuperación natural mientras se realizan programas de rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.

A continuación te ofrecemos **información sobre las diferentes soluciones:**

5.1 Intervención sobre los hábitos de vida

Antes de cualquier actuación, **se recomienda modificar ciertos hábitos en el estilo de vida**. Esta recomendación es importante en todos los casos para lograr una mejoría. La recuperación de la continencia se basa en actuaciones sencillas, muy beneficiosas, de bajo coste y con pocos efectos secundarios: perder peso, llevar una dieta mediterránea, reducir el consumo de cafeína o alcohol, ajustar la ingesta de líquidos al horario diurno y reducirla al final de la tarde, evitar el estreñimiento y el esfuerzo al defecar, dejar de fumar y aumentar la actividad física (aunque limitando la excesivamente intensa). Para más información al respecto, consulta el CAPÍTULO 5 de esta guía.

5.2. Tratamiento farmacológico

Apenas existen estudios en varones que demuestren la acción beneficiosa de los fármacos en los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo tras una prostatectomía radical. Por ello, en esta primera fase es muy importante centrarse en ejercicios de **entrenamiento vesical** (micciones pautadas y periódicas con intervalos de tiempo establecidos), en la **adopción de un estilo de vida más sano** (consulta el CAPÍTULO 5) y en la **rehabilitación del suelo pélvico**.

Los **fármacos anticolinérgicos o los agonistas adrenérgicos β_3** son los más adecuados para paliar los síntomas relacionados con la vejiga hiperactiva secundaria a los tratamientos de radioterapia y, en algunos casos, de prostatectomía radical asociada a incontinencia urinaria de urgencia. Pueden reducir la urgencia miccional y la incontinencia urinaria. Sin embargo, su consumo eleva el riesgo de que aparezcan efectos secundarios no deseados (sequedad de boca, estreñimiento, arritmias cardíacas, hipertensión arterial...), por lo cual son numerosos los casos de discontinuidad o suspensión del tratamiento.

5.3. Tratamiento quirúrgico

Antes de decidirse por la cirugía, el urólogo realizará una **evaluación de la función residual de la vejiga y del esfínter urinario**, que puede estar afectada a consecuencia de la enfermedad y el tratamiento oncológico. Tras el primer año después de la cirugía, valorará contigo la recuperación de dicha función, así como el tipo y grado de incontinencia urinaria residual.

El **esfínter artificial urinario** constituye el tratamiento de referencia para la incontinencia urinaria grave tras una prostatectomía radical. Consiste en un dispositivo inflable (manguito) que se coloca alrededor de la uretra (como

un anillo) y la comprime para evitar que la orina escape. Cuando se tienen ganas de orinar, el manguito se desinfla mediante una pequeña bomba alojada en el escroto, al lado del testículo. Tu médico te enseñará a manejar el dispositivo e irás adquiriendo destreza a medida que lo uses. Hoy en día existen distintos modelos de esfínteres ajustables que se adaptan a las necesidades de cada paciente en cada momento.

Las **bandas o cintas suburetrales** son dispositivos más recientes en cuanto a su aparición en el arsenal terapéutico. Es una cirugía poco invasiva para el paciente y consiste en unas cintas de tejido mallado que se ponen debajo de la uretra y la van recolocando hasta situarla en su posición anatómica inicial, o bien ejercen cierta presión que logra que la uretra permanezca cerrada mientras no se está orinando. Una vez colocada el paciente no tiene que realizar ninguna maniobra sobre ellas para conseguir vaciar la vejiga durante la micción. Resultan muy beneficiosas en casos de incontinencia urinaria leve a moderada. Los muchos modelos existentes en el mercado se pueden clasificar en dos grandes grupos: los no ajustables y los ajustables. Estos últimos permiten regular la tensión de la banda una vez colocada, siempre que el paciente lo precise; de este modo se consigue la presión necesaria en cada momento o etapa de la vida para que la uretra se cierre (coaptación) y no haya escape de orina.

La posibilidad de reajustar estos dispositivos, ya sean en un esfínter urinario artificial o en una banda suburetral, puede ser un valor añadido a la hora de elegir uno u otro.

5.4. Rehabilitación: fisioterapia del suelo pélvico

Con la fisioterapia se consigue controlar la musculatura del suelo pélvico. Por eso es tan importante conocer esta y saber identificarla en nuestro cuerpo. ***El objetivo de la fisioterapia pelvipereineal es tanto evaluar como tratar las disfunciones relacionadas con la pelvis y el periné.***

Gran parte de la rehabilitación tras una prostatectomía radical se basa en entrenar esta musculatura. Los ejercicios más conocidos son los de **Kegel**; consisten en realizar **contracciones controladas por el paciente y guiadas por el fisioterapeuta**, en el CAPÍTULO 4 se comentan con mayor profundidad.

“Pasé por rehabilitación de suelo pélvico y en un mes y medio empecé a controlar la incontinencia gracias a los ejercicios”

Se ha demostrado que el entrenamiento preoperatorio de la musculatura del suelo pélvico acelera el tiempo de recuperación y el restablecimiento de la continencia. Tras la cirugía, podrás comenzar a practicar los ejercicios después de la retirada de la sonda vesical. Continúa realizándolos hasta que controles totalmente los escapes de orina.

Para hacerlos correctamente, sigue las indicaciones de tu fisioterapeuta hasta completar tu recuperación funcional y el control muscular. Después podrás entrenar solo o con otros profesionales.

Otras formas de trabajo se basan en **la electroestimulación y el biofeedback**.

El *biofeedback* es un tipo de dispositivo que nos permite ver cómo se está realizando la contracción. Así se ayuda al paciente a entender cómo debe contraer la musculatura, tanto en intensidad como en resistencia. Consiguiendo el control de la contracción podemos ajustar la fisioterapia para conseguir los objetivos marcados.

Finalmente, la electroestimulación o TENS consiste en la aplicación de corriente capaz de producir una contracción muscular. Permite al paciente ser consciente de su musculatura para poder contraerla de manera eficaz; además, mejora la cicatrización y la vascularización de la zona.

Tampoco hay que olvidar la importancia de la postura en el control de la musculatura de esta zona. O los beneficios de los ejercicios de **estabilización del core** (músculos del abdomen, la zona lumbar y el suelo pélvico) mediante la **técnica de Pilates**.

5.5. Dispositivos externos

Para ayudar a disminuir la incontinencia urinaria existen **dispositivos externos** que controlan la pérdida de orina y evitan que te sientas mojado. Se trata de pinzas oclusivas de pene, sondas uretrales, colectores de orina, etc. En ocasiones son soluciones temporales hasta que se toman decisiones más definitivas, o están indicados para aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía.

“Recuerdo mi primer paseo con el pañal puesto. Al principio me daba miedo salir a la calle y sientes que la gente te va mirando. Piensas que eres objeto de las miradas”

En general la satisfacción de las personas que los utilizan es pobre, por lo que es recomendable optar por soluciones con mayores garantías de éxito, basados en dispositivos internos.

6. Repercusiones en la calidad de vida

El término *calidad de vida* es complejo y amplio y hace referencia a la percepción de la realidad de cada persona en función de su cultura, valores, objetivos, expectativas, etc. Por tanto, abarca diferentes factores, desde los relacionados con la salud hasta aquellos que tienen que ver con el entorno en que vivimos. Centrándonos en el cáncer de próstata y las alteraciones urinarias, debemos referirnos a continuación tanto a los problemas físicos como a los de otra índole:

- **Psicológicos:** malestar emocional, baja autoestima, ansiedad y/o depresión, así como dificultades en la comunicación con familiares y amigos que pueden conducir a problemas de ajuste familiar y de pareja (consulta el CAPÍTULO 6 de esta guía).
- **Sociales:** alteraciones en las relaciones familiares, cambios a nivel ocupacional y laboral (pérdida o reajuste del empleo, dificultad para realizar determinadas tareas...), problemas de relación interpersonal centrados

en la pérdida de relaciones sociales y reducción de actividades de ocio (consulta el CAPÍTULO 5 de esta guía).

- **Sexualidad:** disminución o pérdida del deseo sexual, problemas en la excitación, etc. (consulta el CAPÍTULO 4 de esta guía).

.....

*“No fui a trabajar hasta que no logré
controlar mejor mi incontinencia”*

.....

Las repercusiones de estas alteraciones y su tratamiento pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida. Por ello, resulta fundamental prestar atención a todas las áreas que son importantes para ti, de modo que consigas un bienestar completo.



¿QUÉ TE PODEMOS RECOMENDAR PARA MEJORAR TU SALUD UROLÓGICA?

- **Anímate a consultar cualquier problema** o situación que te preocupe con tu urólogo y con el resto de especialistas implicados en el seguimiento de tu enfermedad. Ellos te podrán entender, diagnosticar, atender y tratar con las mejores soluciones.
 - Aunque es normal que en algunos momentos sientas pudor o vergüenza al hablar de tus necesidades más íntimas, **es importante que confíes en los profesionales** que te atienden y consultes con ellos todas tus dudas.
 - **Sigue las recomendaciones** que te ofrezcan para mejorar.
 - **Participa compartiendo tus necesidades y expectativas** sobre tu calidad de vida.
 - Participa también en la toma de decisiones
- cuando se te ofrezcan soluciones para el tratamiento de la incontinencia urinaria. La satisfacción que obtendrás será mucho más elevada si participas en estas decisiones.
- La comunicación y el apoyo emocional resultan fundamentales para afrontar las dificultades asociadas a las alteraciones urinarias. **Expresa a tu entorno más cercano cómo te sientes** y en qué te pueden ayudar.
 - Si es necesario, **busca alternativas** que te den seguridad a la hora de realizar tus ocupaciones diarias o tu trabajo; por ejemplo, tener localizados baños a los que puedas acceder en caso de urgencia.
 - **No te aísles**, reúnete con tus familiares y amigos, realiza tus actividades de ocio en la medida de lo posible.



04

LA SEXUALIDAD
TRAS EL
DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER DE
PRÓSTATA

La mayor parte de los tratamientos del cáncer de próstata producen efectos secundarios o secuelas en la salud sexual. Se trata de una de las complicaciones que más preocupa a los pacientes. Además, existe cierto complejo masculino a abordar temas íntimos, y eso hace que muchas veces los hombres vivan estas dificultades en soledad. En este capítulo queremos ofrecerte información sobre estos efectos secundarios, así como herramientas y recomendaciones para mejorar tu vida sexual tras los tratamientos.

1. Alteraciones sexuales: ¿por qué se producen y cómo afectan?

Las alteraciones en la sexualidad se producen por causas diferentes **según los tratamientos oncológicos aplicados**, los más comunes son los siguientes:

- **Prostatectomía radical.** Alrededor de la próstata y pegada a la misma se encuentran unas estructuras llamadas bandeletas neurovasculares, que transmiten al pene la señal nerviosa de la erección. Al extraer la próstata durante la cirugía, estos nervios pueden resultar dañados. En ocasiones, si el tumor se ha extendido cerca de ellas o cuando se encuentran muy adheridas a la próstata, hay que quitarlas para asegurar una buena curación de la enfermedad. Al hacerlo, pueden producirse alteraciones en la señal nerviosa que lleva a la erección. Además, la

cicatrización causa a veces fibrosis en el interior del pene (cicatrización microscópica).

- **Radioterapia.** Cuando se aplica radioterapia sobre la próstata, se aplica también sobre estas bandeletas neurovasculares, ya que están muy próximas a ella. Los mecanismos que producen la disfunción eréctil posradioterapia son menos conocidos, pero posiblemente sean similares a los que ocurren tras la prostatectomía radical.
- **Hormonoterapia.** Este tratamiento consiste en la supresión de la producción de la testosterona. Esta hormona está implicada en numerosos procesos en nuestro organismo, entre ellos la dilatación de los vasos sanguíneos del pene durante la erección y el deseo sexual. Al suprimirla disminuyen la rigidez en la erección y el deseo sexual.

Consulta el CAPÍTULO 2 para más información sobre la prostatectomía radical, la radioterapia y la hormonoterapia.

Si has recibido alguno de los tratamientos anteriores, podrías percibir los **siguientes efectos secundarios** en tu salud sexual:

- **Disminución de la rigidez de la erección o disfunción eréctil.** Es la secuela más conocida y aparece en la mayor parte de los hombres que han sido tratados. Un

71% de los pacientes refieren disfunción eréctil a los cinco años de la prostatectomía radical y un 87% a los doce años. El grado de disfunción depende de varios factores: es menor si se tenía una buena erección antes de la cirugía, en los menores de 60 años o si han podido preservarse las bandeletas neurovasculares. En el caso de la prostatectomía radical, la disfunción eréctil se produce inmediatamente tras la cirugía, y luego, en los dos primeros años, hay una recuperación. En la radioterapia, el deterioro es progresivo desde el inicio del tratamiento.

- **Alteraciones en la eyaculación.** El semen está compuesto por una mezcla de líquidos que se produce en la próstata y en las vesículas seminales. En la prostatectomía radical, además de la próstata, se extirpan también las vesículas seminales, por lo que tras la cirugía no se vuelve a eyacular. Sin embargo no hay razón para que el orgasmo desaparezca produciéndose entonces un "orgasmo seco".
- **Disminución de la libido o el deseo sexual.** El deseo sexual es un mecanismo muy complejo en el que están implicados mecanismos psicológicos, ambientales y hormonales (por la acción de la testosterona). Con el tratamiento de hormonoterapia se suprime la producción de testosterona, reduciéndose así el deseo sexual. También influyen muchos otros factores psicológicos, como la preocupación por la enfermedad, el ambiente o cómo sea la relación con la pareja.

- **Alteraciones en la forma del pene:**

- » *Acortamiento del pene.* Tras la prostatectomía radical puede observarse un pequeño acortamiento del pene (habitualmente de 1 o 2 cm) debido a la retracción tras la retirada de la próstata y al proceso de fibrosis que tiene lugar en los meses siguientes.
- » *Curvatura del pene.* En los años siguientes tras la prostatectomía radical a veces tiene lugar, de forma espontánea, un proceso de cicatrización anómala y excesiva en el pene. El paciente nota una placa en su interior que en pocos meses ocasiona su curvatura. Este trastorno, conocido como enfermedad de Peyronie, puede ocurrirle a cualquier varón, aunque su incidencia es mayor en aquellos que se han sometido a una prostatectomía radical. La experimentan a lo largo de la vida uno de cada seis pacientes intervenidos. Se trata de un proceso benigno, pero es importante conocerlo e informar al médico para que lo trate.

- **Alteraciones en el orgasmo:**

- » *Alteración en la percepción del orgasmo.* Un 30-40% de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical refieren que tienen orgasmos menos placenteros y un 20-30% no consiguen llegar al

orgasmo después de la cirugía. Por otra parte, un 8% de los pacientes refieren tener orgasmos más placenteros tras la cirugía.

» *Dolor asociado al orgasmo.* En ocasiones se puede sentir un dolor leve, que suele desaparecer con el tiempo. Le ocurre a aproximadamente un 10% de los pacientes intervenidos.

- **Incontinencia urinaria durante el orgasmo y durante la relación sexual.** Les sucede a aproximadamente la mitad de los pacientes. Se suele corregir cuando mejora la continencia de orina.
- **Infertilidad.** La imposibilidad de eyacular es una causa de infertilidad. Si todavía se desea tener hijos, es importante comunicárselo al médico antes de iniciar los tratamientos, pues él podrá ofrecer alternativas para preservar el semen (congelación).

2. ¿Cómo podemos abordar la disfunción eréctil?

Aun con las alteraciones sexuales que hemos visto, **es posible tener una vida sexual satisfactoria y normal**. Para ello es importante hacer un abordaje médico y psicológico conjunto desde el diagnóstico del tumor, para tratar todos los aspectos

relacionados con la salud sexual.

Existen tratamientos eficaces para tratar la disfunción eréctil tras una intervención de próstata. Salvo casos excepcionales,

se puede recuperar completamente la erección. La sensibilidad al tacto del pene no suele verse afectada, y es posible volver a experimentar el mismo placer (orgasmo) de antes de la cirugía.

La única complicación que no es posible revertir tras la prostatectomía radical es la eyaculación o expulsión de semen, debido a que las vesículas seminales habrán sido extirpadas. No obstante, esta situación no tiene por qué limitar el alcance del placer, aunque se tendrá un “orgasmo seco”.

1. TRATAMIENTO MÉDICO

Existen diversos tratamientos para tratar la disfunción eréctil:

a. Tratamiento farmacológico

Hay dos tipos de medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil: **orales y locales**. Los tratamientos orales consisten en la toma de una pastilla un tiempo antes de mantener la relación sexual. Los fármacos locales se administran directamente en el pene; algunos son pomadas que se utilizan sobre el glande, otras a través de un aplicador que se introduce en el orificio de la uretra (por donde se orina), y en otros casos se administran mediante

una pequeña inyección en el pene. Estos fármacos son muy seguros bajo supervisión médica y fáciles de administrar. **Constituyen la primera opción de tratamiento tras la prostatectomía radical o la radioterapia y tienen una eficacia del 90%.** Habitualmente los prescribe el propio urólogo, requieren receta médica y se compran en farmacias. En algunos casos es preciso realizar unas pruebas iniciales en la consulta del urólogo para ajustar la dosis.

b. Tratamiento quirúrgico

En caso de que no funcionen o no se toleren los tratamientos farmacológicos, existen distintos tipos de dispositivos que se colocan en el interior del pene para dotarle de la rigidez necesaria. Son muy discretos y están respaldados por la alta satisfacción que refieren los pacientes que los han utilizado. El tratamiento quirúrgico más frecuente es la **prótesis de pene hidráulica**, que consiste en dos vástagos alargados e hinchables que se colocan en el interior del cuerpo del pene. Al presionar un pequeño dispositivo alojado en el escroto y delante de los testículos (bomba) se hinchan estos vástagos y se consigue la rigidez peneana (erección). Una acción similar consigue desinflar la prótesis lo que hace concluir la erección.

c. Tratamiento mecánico

Las **bombas de vacío** son dispositivos sencillos.

El pene se coloca en el interior de un tubo, que al producir vacío crea una erección. Estos dispositivos apenas producen complicaciones y han mostrado una alta eficacia.

d. Rehabilitación peneana

Se ha demostrado que determinados pacientes pueden beneficiarse de una **rehabilitación del pene** para recuperarse antes e incluso mejor. Consiste en el uso de una medicación para la erección o una bomba de vacío que se lleva de forma continua durante unos meses.

2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Es necesario ofrecer un soporte psicológico integral que incluya de forma específica la dimensión sexual, con la finalidad de reducir el malestar emocional de los pacientes y proporcionarles herramientas válidas que les permitan recuperar y normalizar su vida sexual y afectiva.

Es cierto que a muchos hombres les cuesta pedir ayuda y, cuando lo hacen, en un alto porcentaje de casos el desgaste emocional y relacional ya es muy acusado. Esto implica que la intervención psicológica pueda ser más compleja, pues habrá que priorizar

la atención a alguna otra alteración emocional (por ejemplo, la depresión) fruto de esta circunstancia.

En definitiva, la dificultad para pedir ayuda o compartir con otras personas un aspecto tan personal e íntimo hace que muchos lo viváis en soledad y que la magnitud de la disfunción eréctil, inicialmente orgánica, aumente por factores de tipo psicológico.

Por tanto, si tu urólogo o tu oncólogo no te proponen hablar sobre tu sexualidad, plantéaselo tú, y solicita que te deriven a un profesional especializado si lo consideras necesario. La sexualidad es una dimensión humana y por tanto hemos de hablar de ella con naturalidad, de lo contrario podemos estar renunciando a un aspecto muy importante de nuestra vida. Por otro

“Aunque lo llevo bien y no me limita, puntualmente sí que tienes alguna pérdida de autoestima ligada a aspectos relacionados con la masculinidad”

lado, no olvidemos que la comunicación en la relación médico-paciente no es un hecho puntual, sino un proceso bidireccional que juega un papel fundamental.

La ayuda psicológica en el ámbito de la sexualidad parte de la base de que la salud sexual es una condición necesaria para el bienestar del individuo. La intervención se diseñará a tu medida. Es imprescindible conocer tu circunstancia clínica (con relación al cáncer, a la disfunción eréctil, a la incontinencia urinaria...), pero también es básico obtener información psicosocial sobre ti (cultura, espiritualidad, educación, identidad de género, orientación sexual, familia, roles, experiencia subjetiva del amor...) y explorar tu historia sexual antes y después del cáncer (relaciones de pareja, duración y calidad de las prácticas sexuales...), dado que la combinación de todas estas variables es lo que conforma tu manera de entender y vivir la sexualidad.

El soporte psicológico puede ser de carácter individual, pero también puedes plantearte la posibilidad de participar en una terapia grupal que te ayude a expresar tus emociones. Además, podrás compartir tu experiencia y tus problemas con otros hombres que viven una situación similar a la tuya.

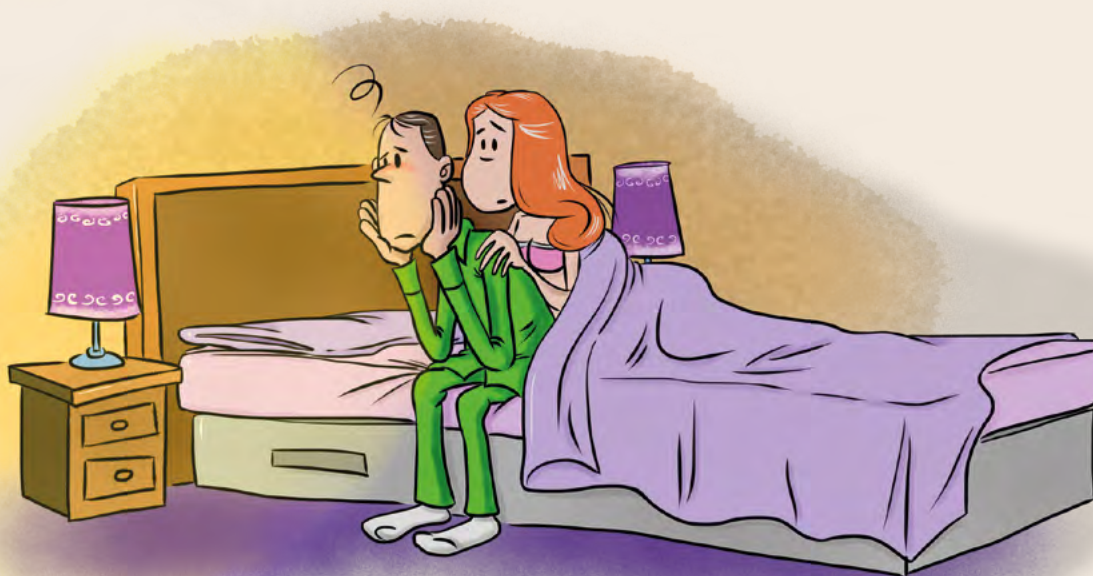
El objetivo es que vayas identificando cuál es tu actitud (limitante o posibilitadora) hacia la sexualidad, si te

influyen algunos mitos relativos a la virilidad ("si no puedo penetrar ya no soy un hombre"), qué mecanismos utilizas en el momento de tener una relación (ansiedad anticipatoria, autoobservación, obligación de resultados, entre otros) y, poco a poco, ir aprendiendo nuevas prácticas y técnicas concretas.

Los genitales no son la única opción para mantener relaciones sexuales. *La sexualidad también son los besos, la mirada, las caricias, los olores, los abrazos,*

los silencios, etc., y se vive y se expresa a través de los pensamientos, los deseos, las fantasías, las conductas. Es una actividad que dinamiza la comunicación y las relaciones humanas.

Así pues, es imprescindible que trabajes para adaptarte a tu nueva circunstancia, aprender a conocer tus limitaciones físicas, pero también tus potencialidades, y a fortalecer tus estímulos, buscando nuevas fórmulas y fomentando una actitud abierta y versátil con relación



a la sexualidad. Asimismo es importante que te des permiso para cambiar, para reinventarte sexualmente. Es un momento para aprender –si es necesario, con la ayuda de un profesional– una sexualidad diferente, flexible, adaptada a tus particularidades, que te permita volver a disfrutar y tener placer sexual. Todo ello implica

.....

“He encajado la historia de otra manera. Entiendo que hay otra forma de hacer sexo de la que hemos estado haciendo toda la vida”

.....

habilidad, creatividad, proactividad, constancia y capacidad de cambio. Que no te presione la obligación de penetrar. **La erección no define tu virilidad. Y la sexualidad, insistimos, no es únicamente practicar el coito**, aunque de inicio te pueda parecer extraño.

Piensa que el placer del contacto físico, por ejemplo, no se pierde antes ni después de la enfermedad, pero si cuando inicias un encuentro sexoafectivo te centras únicamente en tus carencias, tu cerebro ignorará las señales placenteras que le llegan de otras partes del

cuerpo. Y estas pueden ser muchas e intensas.

¿Cómo abordar estas dificultades con nuestra pareja?

Posiblemente prefieras intentar resolver de forma íntima con tu pareja las dificultades expuestas y no compartirlas con otras personas. **Es importante que tengas en cuenta que probablemente ella también viva esta situación con estrés y no sepa cómo ayudarte**, es imprescindible que la tengas muy en cuenta y le hagas partícipe de tus vivencias. Compartiendo tus emociones y tus preocupaciones le darás la oportunidad de ayudar de forma efectiva a todos los niveles. Centrándonos en lo que concierne a la sexualidad, su complicidad es importante para que podáis experimentar conjuntamente nuevas formas de relacionaros y neutralizar, por ejemplo, el sentimiento de culpa que surge con frecuencia al creer que “no podemos hacer feliz a la otra persona”. Verás que existen muchas maneras –sexo oral, caricias...– de lograr satisfacción sexual. Así pues, **es clave que la comunicación entre vosotros sea fluida, transparente y sincera**. En este sentido, debéis tener en cuenta que en el campo de la sexualidad lo “normal” es aquello que vosotros mismos acordáis, aquellas prácticas que a ambos os resultan placenteras. No hay estándares: ni en forma, ni en frecuencia, ni en duración. No os pongáis los límites vosotros mismos.

Habrà ocasiones, no obstante, en que no sea posible resolver las dificultades sin ayuda externa, que no sepáis cómo afrontar ciertas situaciones que os resultan desconocidas. Si es vuestro caso, te sugerimos que, **aunque no te resulte fácil dar el paso, solicites la ayuda de un psicooncólogo especializado en sexología oncológica y, en la medida que sea posible, vivas este proceso junto a tu pareja**, que ella también participe en la intervención psicoterapéutica para ajustar expectativas. En muchas ocasiones la disfunción eréctil no implica un gran cambio ni en la calidad ni en la cantidad de las relaciones sexuales.

Lo que se persigue con estas recomendaciones es que consigas un crecimiento erótico que potencie la intimidad y la seducción, que optimices tu respuesta sexual más allá de los genitales (masajes sensuales, caricias placenteras....), que desarrolles tu consciencia sensorial a través de los cinco sentidos (gusto, tacto, vista, oído y olfato), que disfrutes con tu pareja en un entorno de confianza y tranquilidad, y que te comuniques con ella expresando libremente cuáles son vuestras preocupaciones, vuestras preferencias y vuestros temores.

Ahora bien, esto no quiere decir que renuncies a buscar soluciones –fármacos, prótesis–, si ese es tu deseo, para lograr de nuevo la erección. Pero es importante que tanto tú como tu pareja integréis esta nueva manera de

entender la sexualidad, dado que ello ampliará vuestras posibilidades de satisfacción sexual. Se trata de ser capaz de identificar, reconocer y estimular conductas y cogniciones que se ajusten a tu situación para fomentar la percepción de control, aliviar tu malestar psicológico y mejorar tu calidad de vida sexual y la de tu pareja.

El CAPÍTULO 6 de este manual aborda las emociones de la pareja y ofrece recomendaciones para apoyar al paciente y gestionar las propias emociones.

3. REHABILITACIÓN: FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO

La musculatura del suelo pélvico (MSP), en especial el esfínter externo uretral, el esfínter anal y los puboperineales son fundamentales en la funcionalidad sexual. **Estos músculos cumplen una función importante en la continencia urinaria, fecal y de gases, la estabilización pélvica y la sexualidad.**

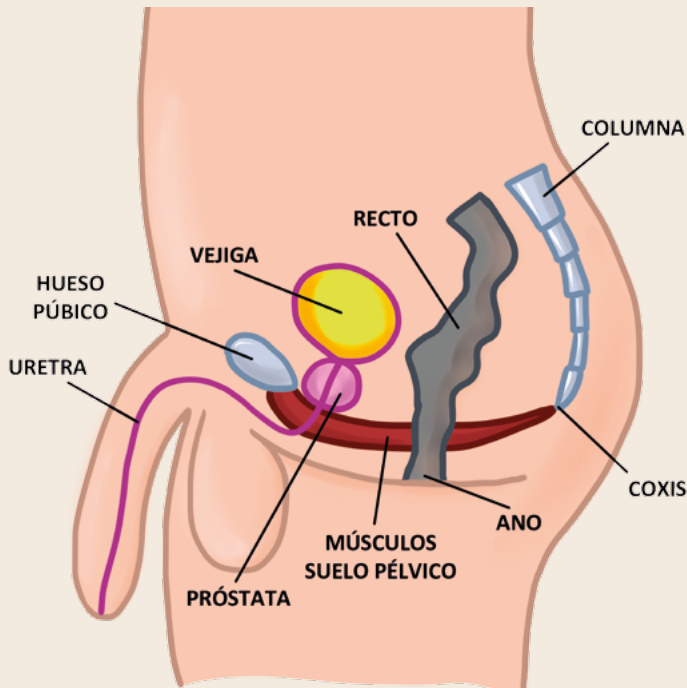
La fisioterapia pélvica busca el control de estos músculos. Para ello, es imprescindible conocer la anatomía pélvica y saber identificar la zona para ser capaces de realizar una contracción eficiente y controlada.

Se ha demostrado que el entrenamiento de la fuerza, la potencia y la resistencia de estos músculos mediante ejercicios guiados de Kegel, *biofeedback* y electroestimulación mejoran la función eréctil, la intensidad del orgasmo, la sensibilidad del

pene y, con todo ello, la satisfacción sexual.

Los ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico son más conocidos como **ejercicios de Kegel**.

Consisten en realizar contracciones controladas por el paciente y guiadas por el fisioterapeuta. A continuación te mostraremos algunos ejemplos para que puedas comprender mejor en qué



· Musculatura del suelo pélvico (MSP) ·

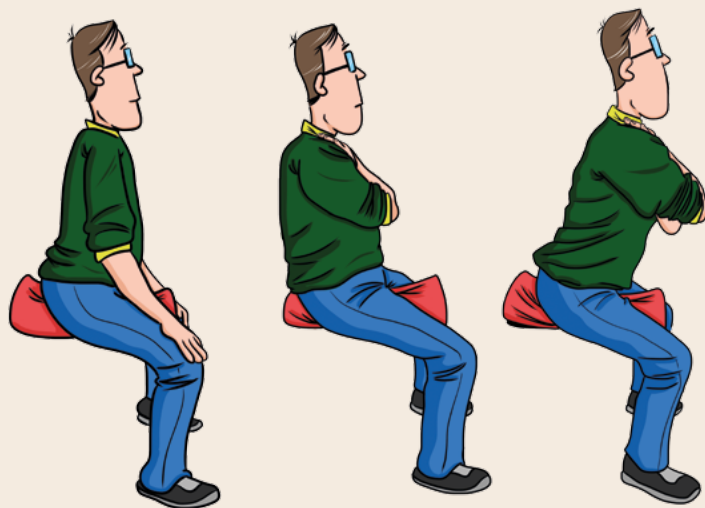
consisten, pero te recomendamos que acudas a un especialista para aprender a realizarlos correctamente de manera individual.

Antes de explicarte los ejemplos y para asegurarte de que contraes correctamente el suelo pélvico, te animamos a que realices un ejercicio que consiste en contraer esta musculatura como si quisieras cortar la micción (es importante que no lo hagas mientras miccionas). Para comprobar que haces correctamente el ejercicio, puedes ayudarte de un espejo. Debes visualizar la contracción (el cierre) del ano, si no es así te animamos a que lo sigas intentando, pero esta vez a través del control de las flatulencias.

Cuando lo consigas correctamente podrás comenzar con los **ejercicios que te proponemos a continuación**:

1. EJERCICIO 1:

Sentado en una almohada o toalla enrollada, sobre una superficie dura, desplázate hacia delante dejando que tu peso se apoye sobre la parte anterior del periné (o suelo pélvico, que es la región anatómica correspondiente al suelo de la pelvis). Según notes tensión en la zona anterior, contrae el suelo pélvico. Lo importante es que sientas cómo esa tensión aumenta. Después de realizar esta contracción tres veces, desplázate hacia atrás dejando caer el peso en la toalla y sintiendo esa presión. Vuelve a contraer en tres ocasiones.



· Ilustración ejercicio 1 ·



· Ilustración ejercicio 2 ·

2. EJERCICIO 2:

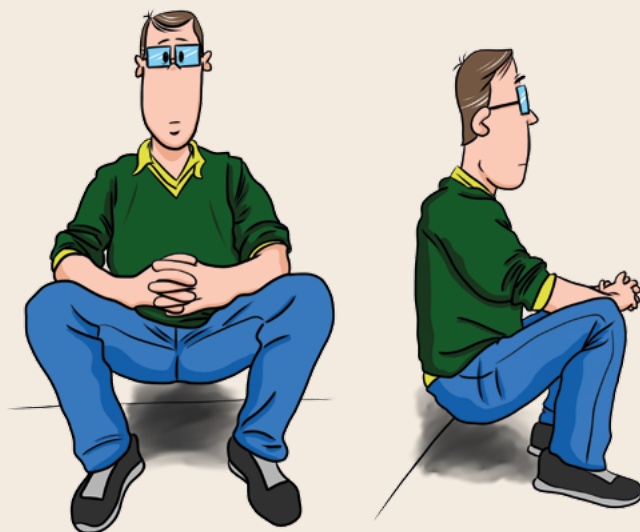
Sentado en una superficie dura y con las piernas cruzadas al estilo indio, intenta realizar la contracción de la misma manera que en el ejercicio anterior. Yendo hacia delante, realiza tres contracciones. Y, por último, repítelas, esta vez yendo hacia atrás.

3. EJERCICIO 3:

En posición de cuclillas, intenta contraer el suelo pélvico, en

esta ocasión como si quisieras “aguantar una ventosidad”. Este es un ejercicio que precisa bastante control de la musculatura, por lo que en un inicio puede ser difícil conseguir una contracción eficaz.

El número de repeticiones de cada ejercicio será de tres a cinco contracciones en cada ocasión. Es recomendable realizarlo varias veces al día, al menos en tres ocasiones. No hay un límite establecido, pero ten en cuenta que para no fatigar el músculo debes dejar pasar al menos dos horas entre serie y serie.



· Ilustración ejercicio 3 ·

El tratamiento del suelo pélvico no consiste únicamente en la práctica de ejercicios que mejoren la musculatura; es importante entender que la pelvis forma parte de un sistema mucho más amplio que se encarga de repartir las tensiones musculares tanto durante la respiración como en la carga de pesos.

Por lo tanto, es igual de importante mejorar tanto la calidad del tejido (con técnicas como los ejercicios, el biofeedback, el masaje, la punción seca, la diatermia) como la mecánica. De ahí que **en la rehabilitación nos**

*Cuando realices la contracción del suelo pélvico, cuenta los segundos que eres capaz de contraer sin perder fuerza. El objetivo es alcanzar los diez segundos de contracción. Poco a poco, y gracias al entrenamiento, irás aumentando esa resistencia.

**Ante cualquier duda, dificultad o dolor en la realización de los ejercicios ponte en contacto con un fisioterapeuta especializado.

centremos en dos aspectos: por un lado, normalizar la respiración reeducando el patrón respiratorio y mejorar la distribución de cargas con el entrenamiento de la musculatura abdominal.

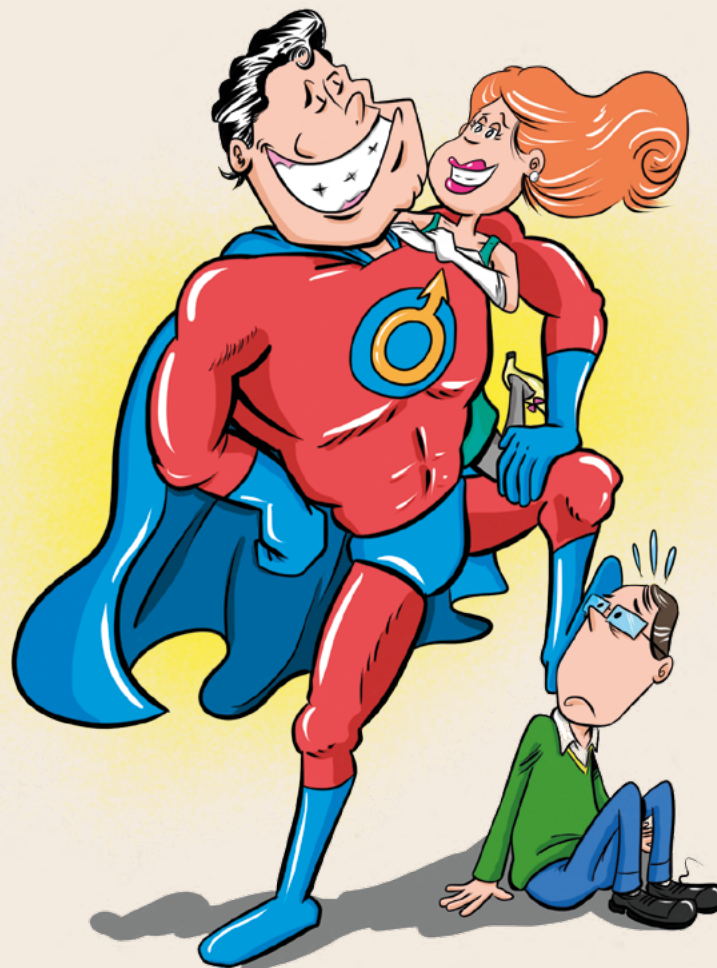
La **diatermia** es otro tipo de aplicación de electroterapia (consulta el CAPÍTULO 3), en esta ocasión de alta frecuencia. Con ella se logra favorecer la nutrición de los tejidos, disminuir las adherencias de las cicatrices internas y externas y mejorar la vascularización aumentando la calidad y la respuesta de los músculos pélvicos. La **punción**

seca, igual que el masaje perineal y la terapia manual, es un tratamiento basado en el uso de las manos del fisioterapeuta para tratar las estructuras óseas y musculares, así como el dolor causado por el espasmo o las contracturas musculares de la pelvis. El tejido se recupera y el dolor disminuye.

3. Aspectos emocionales de las alteraciones sexuales

Si entendemos la disfunción eréctil como la “incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez en el pene de forma que permita una relación sexual satisfactoria”, se podría concluir que las únicas relaciones sexuales válidas son aquellas que tienen como finalidad la ejecución correcta de la penetración. Pero una erección completa que permita la penetración no implica obligatoriamente que la relación sexual sea satisfactoria. Y, de igual forma, la falta de erección tampoco es sinónimo de relación insatisfactoria.

Si además añadimos que nuestra educación y cultura acostumbra a relacionar la virilidad con la potencia sexual del hombre en sus encuentros sexuales o sexoafectivos, posiblemente tengamos que abordar la disfunción eréctil



contemplando también aspectos de tipo psicológico, ya que el paciente no solo tendrá comprometida su función sexual sino que también estará en juego su “masculinidad”.

Por todo ello, posiblemente asocies la pérdida de la función eréctil con la pérdida de otros atributos o competencias, y tal vez sientas rabia, tristeza, sensación de vulnerabilidad, de pérdida de la autoconfianza... lo cual afectará no solo a tu vida sexual sino también a tu vida en pareja y a tu vida social. Incluso puedes experimentar cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual.

.....

“Nos han enseñado que el sexo solo funciona si hay penetración. Para mí fue muy duro y me costó dos años aceptarlo”

.....

Hemos de considerar que las personas, a medida que evolucionamos, experimentamos diversos tipos de cambios. Por lo general, el proceso de adaptación a ellos es sencillo, porque se producen poco a poco, a nuestro ritmo y, a veces, ni tan siquiera los percibimos. Ahora bien, tras un diagnóstico de cáncer de próstata, cuyo tratamiento de elección es la prostatectomía, el cambio es radical. El escenario, sin duda, no es fácil, porque además todo sucede de forma muy rápida: entras al quirófano con apenas síntomas y sales con secuelas importantes – pérdida del control de la sexualidad y, en ocasiones, de la corriente urinaria– que, aunque inicialmente se relativizan –“lo importante es curarme del cáncer”– al poco tiempo acostumbran a adquirir un importante protagonismo.

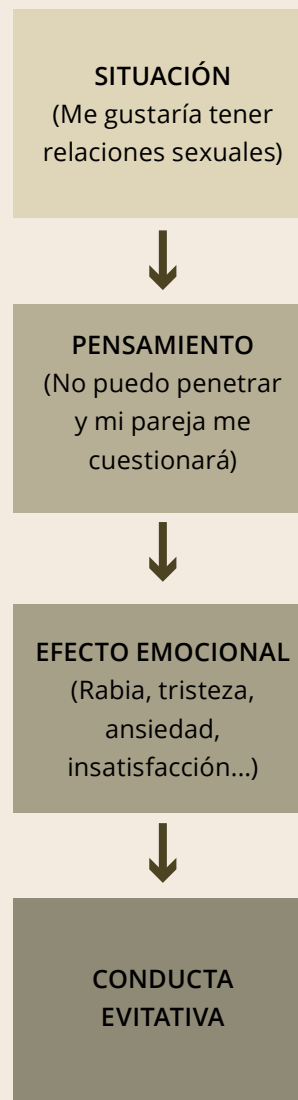
Es normal que un cambio tan brusco te afecte a nivel emocional, y que necesites un tiempo para entender qué ha pasado y cómo vas a adaptarte a ello, teniendo en cuenta, además, que has de afrontar el diagnóstico de un cáncer con todos los miedos y la incertidumbre que una noticia de este tipo implican.

Si nos centramos en el ámbito de la sexualidad, la disfunción eréctil suele causar, junto con la incontinencia urinaria y la pérdida del deseo, un importante impacto psicológico, sobre todo para aquellas personas que han

tenido una vida sexual muy activa. Estas preocupaciones se suman a las habituales del diagnóstico del cáncer. Y cuando hablamos de personas, estamos utilizando a propósito el plural, pues en muchas ocasiones se viven en pareja, tal como hemos comentado anteriormente.

Ante una circunstancia de estas características es natural que sientas malestar emocional (ansiedad, rabia, alteración del concepto de ti mismo como hombre, pensamientos autodestructivos, depresión...) que, con frecuencia, se retroalimenta con los mensajes reduccionistas –por la vinculación de la sexualidad al coito como única fuente de satisfacción– que nuestra sociedad genera. Es decir, como nuestra cultura considera, erróneamente, que una relación sexual debe culminar siempre con la penetración, sentirás una gran frustración al no poder ejecutarla y eso te hará sentir peor.

En este sentido, **el diálogo interno que establezcas contigo mismo es muy importante**, dado que si lo basas únicamente en la imposibilidad de copular –por la falta de función eréctil– tu pensamiento te situará en el ámbito del fracaso y, posiblemente, tenderás a evitarlo, es decir, no te ayudará en absoluto al acercamiento sexual con tu pareja habitual o en una nueva relación, porque no querrás sentirte decepcionado o tener miedo de decepcionar.



Las emociones no surgen solas, siempre van ligadas a un pensamiento –el que tú escoges en cada momento– y este es clave para el desarrollo de cada situación que vives. Si cuando deseas mantener una relación sexual te distraes y centras tu atención en el “no funcionará, no seré capaz”, es muy probable que lo único que consigas sea que tu ansiedad aumente y, por consiguiente, también lo haga la falta de percepción de control. Ello se traducirá en alguna emoción que te impedirá disfrutar del momento, incluso habrá veces que evites mantener relaciones sexuales.

A continuación, lo ilustramos con un ejemplo que te puede ayudar a entender mejor lo que comentamos:

Si consigues centrarte en las sensaciones eróticas que estás viviendo, olvidando si puedes penetrar o no, entonces quizá, al dejarte ir y no perder espontaneidad, consigas que aumente el erotismo y se produzca un

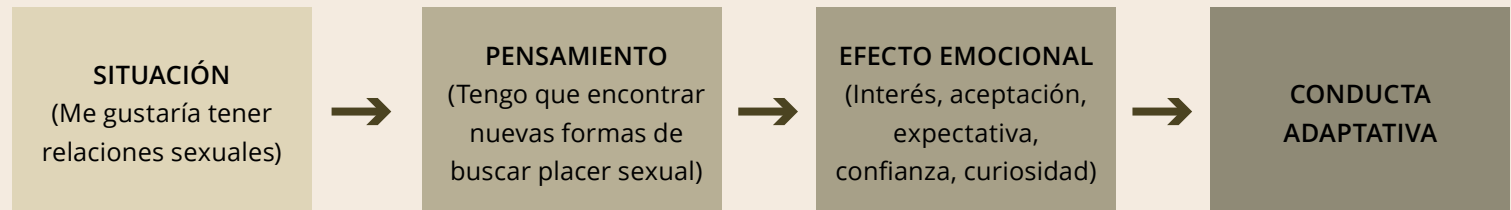
acercamiento sexual placentero.

Lo que no podemos es obviar la realidad, hemos de adaptarnos a ella. No es fácil, pero sí imprescindible porque, de no hacerlo, estaremos renunciando a nuestra sexualidad en toda su dimensión. Hay sucesos que no se pueden cambiar, porque no dependen de nosotros, no están en nuestras manos, pero sí podemos decidir

.....

“He encajado la historia de otra manera. Entiendo que hay otra forma de hacer sexo de la que hemos estado haciendo toda la vida”

.....



cómo queremos vivirlos, cómo deseamos aproximarnos a ellos. La clave es entender y aceptar que en la vida pasan cosas que escapan a nuestro control –es un camino con alegrías, pero también con vivencias adversas–, de este modo nuestros pensamientos no serán impostados, sino reales.

Fíjate en cómo puede variar una misma situación en función de la actitud que adoptes:

El miedo al fracaso genera ansiedad anticipatoria y expectativas negativas que, junto a los pensamientos limitantes (“mi pareja me dejará”, “ninguna otra persona se interesará por mí”, “ya no soy un hombre”), son factores desencadenantes que impiden disfrutar de la sexualidad.

No olvides que existen muchos mitos y falsas creencias relativas a la masculinidad, a la sexualidad e incluso a la propia enfermedad de los que es conveniente que te vayas desprendiendo.

En otro orden, también es importante destacar que **quizá tengas la sensación de no haber recibido información suficiente** –o suficientemente clara– o de que no se te haya dado la posibilidad de participar en las decisiones relativas al tratamiento, lo cual puede agravar tu estado de ánimo negativo. Posiblemente consideres, una vez

superada la enfermedad o si tu escenario clínico es de buen pronóstico, que la cuota que has tenido que pagar (pérdida de la función eréctil) es muy alta y quizá te preguntes si los médicos han actuado de la manera más adecuada, si no habría sido posible algún otro tratamiento. Esta pregunta, para la que difícilmente encontrarás respuesta y que en cualquier caso no cambiará tu situación actual, puede generarte otro pensamiento limitante que incremente tu malestar; **gastar energía dándole vueltas a lo que podrías haber hecho y no hiciste no te ayudará a encontrar nuevas vías para obtener una sexualidad placentera.**

En este sentido es importante que, si aún no has empezado el tratamiento, hables con tu médico y le comuniques todas tus preocupaciones e inquietudes. Aún se da con frecuencia la confusión terminológica entre “impotencia” (entendida como imposibilidad para realizar el coito) e “infertilidad” (incapacidad para fecundar) y esto ocasiona sorpresas tras la cirugía, sobre todo en hombres que ya han sido padres: cuando se les informa de la posibilidad de quedar “impotentes” interpretan que no podrán tener hijos, en vez de entender que quizá pierdan la capacidad de experimentar erecciones y, por extensión, practicar el coito. Por otro lado, el término “impotente” debería evitarse en estas circunstancias, dado que, además de poseer connotaciones peyorativas y prestarse a confusión, no se ajusta a la realidad en estos

casos: tú no eres impotente, tienes una disfunción sexual determinada, lo que no significa que hayas perdido otras potencialidades, incluso a nivel sexual.

Por tanto, cuando vayas al médico, solicita que te expliquen cuáles son las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios y/o secuelas, para que puedas sopesar cuidadosamente –junto con el facultativo y, si es el caso, con tu pareja– las ventajas e inconvenientes de cada una y decidir en consecuencia.

No dudes en preguntar lo que no te ha quedado claro.

A veces los equipos sanitarios utilizan terminología muy técnica que no estás obligado a conocer. Un buen ejercicio práctico es que, cuando el médico haya acabado de hablar, le repitas lo que tú has entendido, para asegurarte de que los dos estáis hablando de lo mismo.



05

HÁBITOS
SALUDABLES

No existe la receta mágica para que la calidad de vida mejore después de un diagnóstico de cáncer de próstata, pero sí podemos integrar en nuestro día a día ciertos hábitos que nos ayudarán a vivir mejor y más saludablemente en esta etapa. Por eso, en el capítulo que vas a leer te ofrecemos recomendaciones que podrás poner en práctica para mejorar tu estado nutricional, incorporar el ejercicio físico a tu vida, desarrollar actividades lúdicas y sociales y disfrutar de un buen descanso.

1. Recomendaciones prácticas para la alimentación

A. EFECTOS SECUNDARIOS QUE AFECTAN AL ESTADO NUTRICIONAL

La enfermedad oncológica tiene una influencia importante sobre el estado nutricional. En el caso especial del cáncer de próstata y su tratamiento, a veces se producen ciertas complicaciones nutricionales que es preciso detectar de manera temprana y manejar adecuadamente, ya que pueden influir en el pronóstico de la enfermedad y en la calidad de vida del paciente.

¿Qué aspectos pueden afectar el estado nutricional?

- **Influencia de la enfermedad oncológica**

El paciente con patología oncológica de cualquier tipo presenta un mayor riesgo de desnutrición. Se ha observado que entre el 15 y el 40% experimentan algún grado de desnutrición en el momento del diagnóstico.

Ello puede dar lugar a complicaciones como la tolerancia reducida al tratamiento (quirúrgico, hormonal, quimioterápico o radioterápico). Por ello, resulta esencial intentar prevenirlo y, si no ha sido posible, detectarlo a tiempo y tratarlo adecuadamente. Los síntomas de alerta pueden detectarlos el paciente o su entorno: pérdida de peso injustificada, falta de apetito y/o disminución de la ingesta de alimentos. La identificación de los pacientes en riesgo y el inicio de un soporte nutricional óptimo pueden reducir la tasa de complicaciones.

- **Influencia del tratamiento radioterápico**

La radioterapia también puede causar complicaciones gastrointestinales. Las más comunes son la **proctitis** (inflamación del recto) y la **enteritis** (inflamación del



Figura 1: Relación entre la hormonoterapia y la alteración de la composición corporal y el aumento del riesgo cardiovascular

intestino y deterioro de la mucosa que lo recubre). Los principales síntomas son la diarrea, el tenesmo (sensación de irritación anal o necesidad de defecar), el dolor y/o urgencia rectal y la incontinencia. Pueden ocurrir desde el inicio del tratamiento y suelen ir remitiendo, pero a veces repercuten en el estado nutricional del paciente, que reduce la ingesta de alimentos para intentar evitarlos o aliviarlos.

Para calmar estos síntomas el médico de atención primaria, o el oncólogo médico o radioterápico, puede prescribir antidiarreicos orales o bien tratamientos tópicos o cremas, que se pueden adquirir en las farmacias. Además, la **adopción de unas determinadas pautas dietéticas puede ayudar a controlarlos y a prevenir la pérdida de peso que conllevan.**

- **Influencia de la hormonoterapia**

Este tratamiento bloquea la producción de testosterona, una hormona que desempeña una función básica en el metabolismo corporal, pues influye tanto en la composición corporal como en el mantenimiento de la masa ósea.

Al inhibir la testosterona durante el tratamiento, se produce un cambio en la composición corporal: **la masa magra desciende y la masa grasa aumenta.**

El descenso de la masa magra hace que la fuerza muscular disminuya, lo que se percibe como una mayor propensión al cansancio. Y el aumento de la masa grasa reduce la sensibilidad a la insulina.

Estas dos situaciones, aumento de masa grasa y disminución de masa magra, pueden provocar una ganancia de peso y elevar el riesgo de sufrir síndrome metabólico asociado a la diabetes mellitus, hipertensión arterial y alteraciones en el metabolismo de las grasas. Todas estas situaciones se relacionan con un mayor riesgo cardiovascular (figura 1).

El descenso de la testosterona también hace que la masa ósea disminuya, pues provoca que la resorción

(es decir, la destrucción de hueso) predomine sobre la formación. Por ello, **el riesgo de osteoporosis es mayor con este tratamiento, y en consecuencia, también el de fracturas**. La osteoporosis suele detectarse entre seis y nueve meses tras comenzar la hormonoterapia. Otros factores que pueden influir en su aparición son un bajo consumo de calcio y vitamina D, el abuso de alcohol y el tabaquismo (figura 2).

Dada la frecuencia e importancia de estas complicaciones, es fundamental buscar opciones para prevenirlas. **La base de la prevención y el tratamiento son unos hábitos saludables, basados en una combinación de alimentación sana y equilibrada en combinación con ejercicio físico.**



Figura 2: Génesis y prevención del deterioro de la masa ósea en el cáncer de próstata

B. HÁBITOS SALUDABLES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

En general, **los pacientes con cáncer deben seguir las mismas recomendaciones dietéticas que la población general**. Estas se centran en una dieta suficiente, variada y equilibrada, con un aporte de entre cinco a seis raciones de frutas y verduras al día, consumo diario de cereales integrales, semanal de legumbres (en torno a cuatro raciones a la semana) y un bajo consumo de alimentos procesados.

Una forma gráfica de entender este patrón es *el plato para comer saludable* (figura 3). Incluye distintos grupos de alimentos: verduras, frutas, cereales integrales, aceites saludables y agua, y limita el consumo de aquellos otros elaborados a partir de cereales refinados, carnes rojas y procesadas y mantequilla. Además, han de evitarse los embutidos, los alimentos con grasas trans (un tipo de grasa alimentaria que nuestro organismo no necesita y que eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular) y las bebidas azucaradas.

.....

Usa aceites saludables (como aceite de oliva) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limita la margarina (mantequilla). Evita las grasas trans.

.....

Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

.....

Come muchas frutas y de todos los colores.

¡MANTÉNTE ACTIVO!



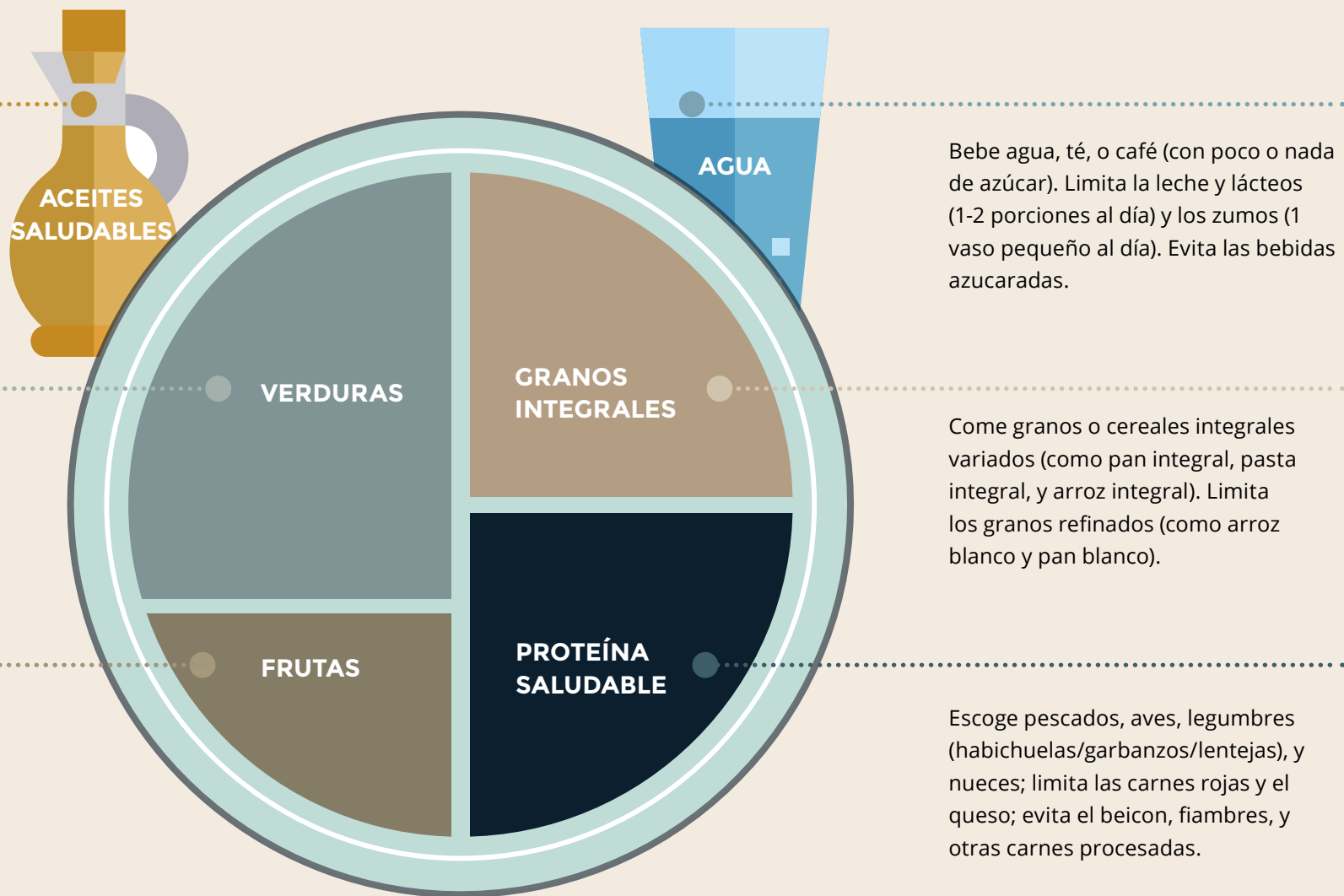


Figura 3: Plato de comida saludable propuesto por Harvard University

- Dietoterapia en el paciente oncológico

Como hemos dicho, tanto la enfermedad como los tratamientos pueden influir en la forma de alimentarse y provocar cambios en el estado nutricional de los pacientes con cáncer de próstata.

Por tanto, el **consejo dietético** debe realizarse siempre de forma precoz y adaptado a la evolución de la enfermedad y a los efectos secundarios de las terapias oncológicas. Las diferentes medidas de soporte nutricional han de individualizarse en cada paciente, en función de sus necesidades en cada momento.

Una situación nutricional óptima se asocia a una mejor tolerancia a los diferentes tratamientos, a una menor incidencia de complicaciones y a una mejor calidad de vida.

Las medidas y/o recomendaciones nutricionales que deben adoptarse para controlar los síntomas se describen en la siguiente tabla:

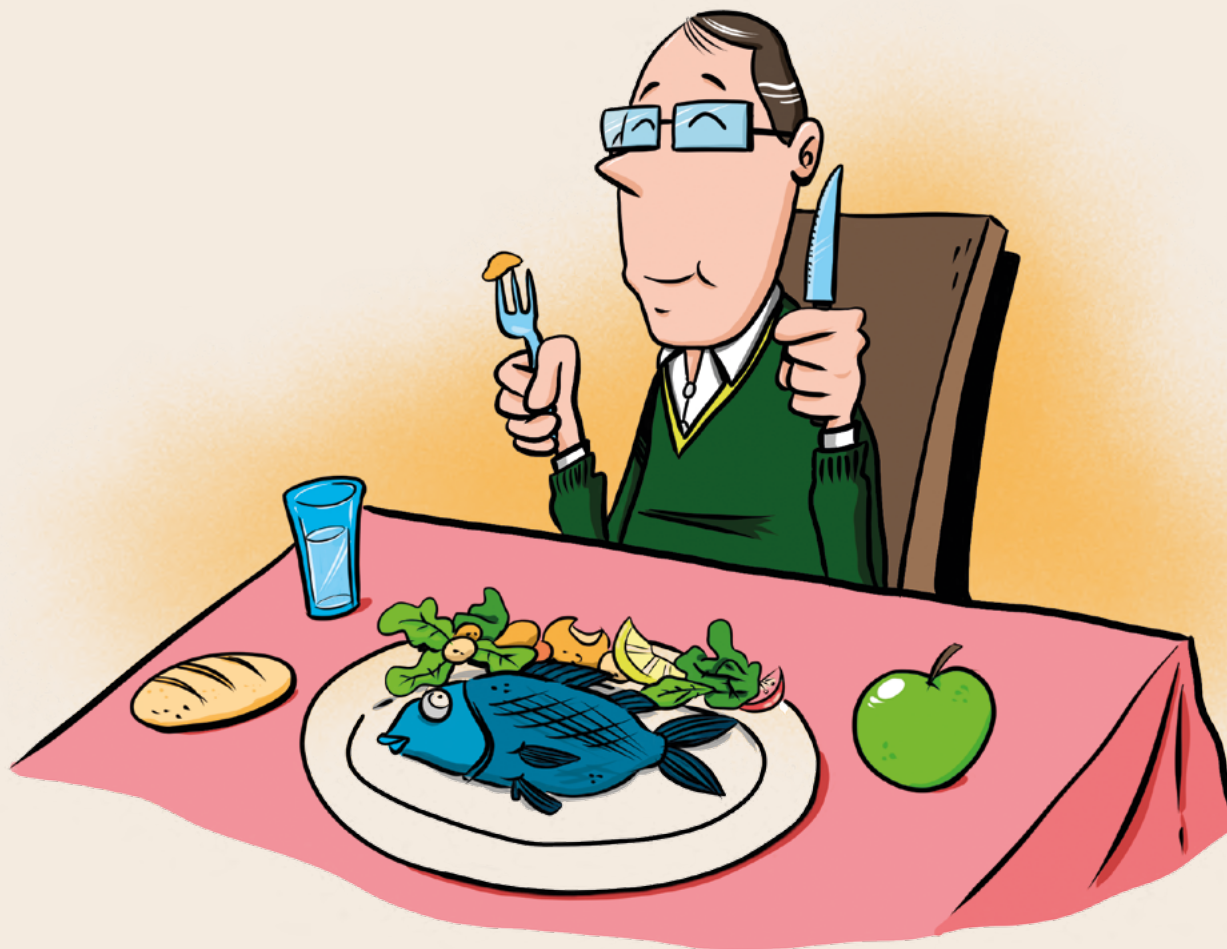
ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ANOREXIA	FALTA DE APETITO	• Ingerir varias comidas a lo largo del día, en pequeñas tomas o raciones y servidas de manera atractiva. • Aprovechar los momentos del día en que se tenga más apetito para consumir los alimentos con mayor contenido de energía y proteínas. • Beber fuera de las comidas principales, para evitar saciarse demasiado en estas y poder así tomar más cantidad de alimentos. • Cocinar conforme a las preferencias alimentarias, pero dando prioridad a frutas, verduras y hortalizas. • Utilizar alimentos de alta densidad energética: frutos secos, lácteos enteros, pasta, arroz, etc. Es conveniente, además, enriquecer nutricionalmente los platos y bebidas con huevo duro, frutos secos, queso, leche en polvo, por ejemplo. • Comer en un ambiente tranquilo, limpio y sin olores desagradables. • Preparar los alimentos de manera atractiva, con variedad de texturas, olores, sabores y colores. Es preferible que no sea el paciente el que cocine, y tratar de evitar olores que disminuyan su apetito. • Adecuar las texturas o consistencias de los alimentos a las posibilidades de tu alimentación. • Evitar alimentos con un alto aporte calórico y pobre calidad nutricional, tales como refrescos, caldos, productos precocinados o alimentos ultraprocesados. • Adoptar un horario de comidas flexible y adaptado a las condiciones de cada uno. • Si la falta de apetito es intensa, persiste y no consigues comer cantidades suficientes de alimentos, es conveniente la consulta con un dietista-nutricionista o un médico especialista en endocrinología y nutrición que valore tu situación.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ANOREXIA	ALTERACIÓN DEL GUSTO Y EL OLFATO	• Es normal experimentar cambios y alteraciones tanto en el gusto como en el olfato. Resulta fundamental adaptarse a esta circunstancia e intentar modificar, en la medida de lo posible, la alimentación. • Utilizar especias o hierbas aromáticas para condimentar los platos y mejorar sus características organolépticas. • Evitar, a la hora de comer, olores muy intensos y ambientes demasiados cargados. • Si aparece sensación de sabor metálico al consumir alimentos proteicos, utilizar cubiertos de plástico para evitar que el sabor permanezca en la boca. • Preparar platos templados o fríos o recurrir a técnicas de cocinado con las que se desprenda poco olor (microondas, vapor, papillote). • Procurar que sean otras personas las que preparen la comida.
DISFAGIA	DISMINUCIÓN DE LA SALIVA	• Optar por preparaciones de consistencia blanda y jugosa, evitar alimentos muy secos (galletas, patatas fritas, frutos secos, etc.). • Consumir zumos naturales, salsas caseras, purés, yogures naturales y cremas. • Realizar enjuagues frecuentes con agua, limón o preparados comerciales que se pueden adquirir en las farmacias. • Preparar alimentos caldosos o con salsas caseras para facilitar su deglución. • Limpiar la lengua con un cepillo de dientes antes de las comidas, para facilitar el contacto de los alimentos con las papilas gustativas y aumentar la producción de saliva.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
DISFAGIA	DOLOR (ODINOFAGIA) O DIFICULTAD PARA TRAGAR (DISFAGIA)	• Tomar los alimentos a temperatura ambiente, realizar comidas pequeñas y frecuentes. • Preferir los alimentos cocidos, suaves y de consistencia adaptada a la tolerancia: blandos, con salsas caseras, purés o líquidos. • Es conveniente que los purés tengan una textura homogénea y adaptada al grado de dificultad a la hora de deglutir. • Si el médico ha diagnosticado disfagia, es fundamental adaptar las texturas según el tipo de disfagia. Puede ser de utilidad usar productos de alimentación básica adaptada (ABA): » Disfagia a líquidos: usar aguas gelificadas o espesantes para conseguir la textura necesaria. » Disfagia a sólidos: uso de dietas muy blandas o trituradas. • Evitar varias texturas en el mismo plato, así como alimentos pegajosos o que se deshacen en la boca. • Asegurarse una postura correcta a la hora de comer. Debes estar incorporado para ingerir los alimentos.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	PLENITUD GÁSTRICA	• Si experimentas sensación de plenitud gástrica o de “estar lleno”, es aconsejable realizar comidas poco abundantes y frecuentes y tomar el plato principal del día en el momento de mayor apetito (independientemente de la hora que sea). • Evitar alimentos con mucho volumen y poca energía y sustituirlos por platos únicos de poco volumen y de gran contenido calórico. • Toma alimentos de fácil digestión con poca fibra y ligeros de grasa • Asegurarse una postura correcta a la hora de comer. Debes estar incorporado para ingerir los alimentos.
	ESTREÑIMIENTO	• Aumentar el consumo de líquidos (preferentemente agua) a lo largo del día. • Tomar alimentos con alto contenido en fibra: frutas con piel, cereales integrales, verduras, hortalizas y legumbres, frutos secos. • Evitar los alimentos más astringentes (con un contenido bajo o nulo en fibra). • Realizar ejercicio físico en la medida de lo posible.

ALTERACIÓN	SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
ALTERACIONES DIGESTIVAS	NÁUSEAS Y VÓMITOS	• Además de comer en un ambiente tranquilo, es recomendable permanecer sentado después de las comidas. No te acuestes ni realices ninguna actividad física tras una comida. • Evitar aquellos alimentos más ácidos, grasos y fritos. • Tratar de no cocinar la comida cuando se sufren estos síntomas, y procurar no oler los alimentos que se están preparando. • Si los vómitos son recurrentes, tomar los líquidos a pequeños sorbos: agua, zumos no ácidos, infusiones y consomés. A medida que se vayan tolerando, aumentar las cantidades e introducir leche, batidos, purés de patata o verduras y, posteriormente, carnes, aves o pescado.
	DIARREA	• Evitar los alimentos con fibra insoluble (legumbres enteras, cereales y pan integral, frutas con piel) y los muy grasos. • Sustituir la leche y los productos lácteos procesados por leche sin lactosa y yogures desnatados. • Hacer una dieta astringente con predominio de arroz, puré de patata casero y zanahoria, papillas de arroz y manzana, huevos cocidos o en tortilla, pescado hervido, pollo. También se podría incluir yogur natural con manzana o pera pelada y rallada, frutas asadas o cocidas y plátano maduro. • Optar por preparaciones sencillas y bajas en grasa. • Evitar bebidas y alimentos irritantes (café, té, especias, picantes, chocolate), así como tomarlos muy calientes.



- **Dietoterapia para prevenir la osteoporosis**

La mejor estrategia para el tratamiento de la osteoporosis es la prevención. Para ello son necesarios **una alimentación adecuada** que aporte los nutrientes imprescindibles para el hueso, realizar **ejercicio físico**, siempre adaptado a cada paciente, y hacer con frecuencia **actividades al aire libre**, para exponernos a la luz solar.

Tanto el calcio como el fósforo y la vitamina D son esenciales para el desarrollo estructural y funcional del hueso, aunque otros nutrientes como el magnesio, la vitamina K y el zinc también desempeñan funciones indispensables en su formación. La vitamina D interviene en la absorción y el metabolismo del calcio; su deficiencia puede ser un factor decisivo para el desarrollo de osteoporosis.

Nuestro organismo no aprovecha por igual el calcio de los alimentos. Algunos de ellos contienen calcio más biodisponible, es decir, más fácil de absorber y utilizar, que otros. Por eso es necesario realizar una valoración dietética del consumo en cada paciente. Por otro lado, ciertas sustancias, como los folatos y oxalatos presentes en las espinacas o la remolacha, entre otras verduras y hortalizas, o las fibras insolubles, podrían dificultar o impedir la absorción de este mineral. Por contra, las leguminosas, por ejemplo, favorecen la fijación del calcio gracias a la

presencia de isoflavonas.

A continuación se resumen las **recomendaciones para la prevención y tratamiento de la osteoporosis**:

- **Llevar a cabo una alimentación variada y equilibrada**, y en caso de sobrepeso/obesidad, establecer una dieta individualizada con un dietista-nutricionista.
- **Realizar actividades al aire libre** para exponernos a la luz solar (unos 15 minutos diarios, como mínimo).
- **Realizar ejercicio físico**, siempre adaptado a cada paciente.
- **Evitar el consumo de alcohol, tabaco, y café** y moderar el consumo de sal.
- Algunos **alimentos con buen contenido en calcio** son los quesos, frutos secos como almendras, avellanas y nueces, soja, garbanzos, judías blancas, acelgas, cardos, espinacas, puerros, además de la leche y los productos lácteos, en menor medida.
- Entre los **alimentos con mayor contenido en vitamina D** destacan los pescados azules, los pescados de pequeño tamaño, pescados en conservas, aceites de hígado de bacalao, huevos de gallina y alimentos enriquecidos con esta vitamina.

2. Recomendaciones para la práctica de ejercicio físico

A. EFECTOS SECUNDARIOS QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE (CANSANCIO, PÉRDIDA DE MEMORIA O DÉFICIT COGNITIVO)

Existen diferentes efectos secundarios que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata y también a su capacidad física y su actividad diaria. La mayoría de ellos son consecuencia de los tratamientos. En la siguiente tabla se resumen los más habituales y los tratamientos que pueden provocarlos:

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
PROBLEMAS FUNCIONALES			
LIMITACIÓN FUNCIONAL	Son limitaciones físicas que dificultan las actividades diarias. Por ejemplo: molestias abdominales derivadas de adherencias de los tejidos o reducción de la amplitud articular en la cadera.	Principalmente, la intervención quirúrgica y la radioterapia.	Afecta a la movilidad, la calidad de vida y el normal desempeño de las actividades diarias.
LINFEDEMA	Inflamación de una extremidad debido a la acumulación de linfa en los tejidos. Afecta a las extremidades inferiores.	La extracción de los nódulos linfáticos que pueden estar afectados por el cáncer, cuya función es favorecer el drenaje de la zona. La radioterapia también puede aumentar el riesgo de linfedema.	Afecta a la movilidad, a la calidad de vida y al normal desarrollo de las actividades diarias.

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
EFFECTOS SECUNDARIOS EN LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO			
CAPACIDAD FÍSICA	Capacidad de realizar ejercicio dinámico a nivel muscular de intensidad ascendente, desde moderada a alta, durante largos periodos de tiempo. Depende del estado funcional de los aparatos respiratorio y cardiovascular y de la capacidad del músculo para producir energía. Habitualmente se ve reducida durante el proceso oncológico.	La inactividad durante la estancia intrahospitalaria, la quimioterapia y la radioterapia son los tratamientos que afectan especialmente a la reducción de la capacidad física.	Afecta en gran medida a la capacidad funcional del paciente y al desarrollo de sus actividades diarias, causa fatiga desmesurada incluso en el desempeño de actividades ligeras.
CARDIO-TOXICIDAD	Toxicidad cardiaca producida por algunos tratamientos que reduce la capacidad funcional del corazón. Puede derivar en problemas cardiacos más importantes, como pericarditis o infarto.	Algunos tratamientos quimioterápicos son especialmente cardiotóxicos. El tratamiento hormonal también afecta a largo plazo la capacidad del corazón debido al descenso de los niveles de hormonas, que tienen un efecto regenerador sobre los tejidos del corazón.	A largo plazo, limita la calidad de vida y las actividades diarias, y puede derivar en problemas cardiacos.

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
COMPOSICIÓN CORPORAL			
CAQUEXIA Y ALTERACIONES MUSCULARES	Pérdida de masa muscular y debilidad física. Es mayor la pérdida de músculo que la de masa grasa, y se caracteriza especialmente por los altos niveles de biomarcadores inflamatorios en la sangre.	Sobre todo, la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento hormonal, ya que las dos primeras requieren un gasto muscular mayor y el último reduce la capacidad de recuperación del músculo.	Limita las actividades físicas diarias, se manifiesta como debilidad, problemas osteoarticulares y fatiga.
AUMENTO DE PESO	En los pacientes con cáncer de próstata se produce un tipo de obesidad denominada "sarcopénica": aumenta el porcentaje de masa grasa debido a una reducción de la masa muscular y a una alteración hormonal a causa de los tratamientos.	El tratamiento hormonal es el principal precursor de este efecto secundario.	Afecta a la calidad de vida y limita a nivel físico a los pacientes; puede causar lesiones osteoarticulares y mayor fatiga.

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
COMPOSICIÓN CORPORAL			
OSTEOPOROSIS	Pérdida de masa ósea y densidad mineral en el hueso, que se vuelve más frágil.	Sobre todo, el tratamiento hormonal, que reduce la absorción de calcio en el hueso.	Afecta a la calidad de vida, aumenta el riesgo de fracturas y dolor articular.
EFFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS			
NEUROPATÍA PERIFÉRICA	Trastorno nervioso que causa dolor, hormigueo y reducción de la motricidad fina en los dedos y los pies, debilidad muscular o inflamación en diferentes partes del cuerpo. Se percibe especialmente en las manos y los pies, y afecta a la capacidad de caminar y a otras actividades diarias.	Algunos quimioterápicos.	Afecta a la calidad de vida y a la actividad diaria, reduce la movilidad y dificulta la independencia.
PÉDIDA DE MEMORIA O DÉFICIT COGNITIVO	Representa un nuevo diagnóstico clínico asociado con las terapias oncológicas. Se observa una reducción de la capacidad cognitiva que impide a los pacientes realizar algunas tareas diarias debido a problemas de atención y de memoria.	Algunos quimioterápicos, y actualmente se apunta también a la acción de la hormonoterapia.	Afecta al desarrollo diario de las actividades, relaciones sociales y profesionales, y en consecuencia a la calidad de vida.

EFFECTOS SECUNDARIOS	DEFINICIÓN	TRATAMIENTOS QUE LO CAUSAN	LIMITACIONES EN EL DÍA A DÍA
EFFECTOS SECUNDARIOS GLOBALES			
FATIGA	Desorden caracterizado por un estado general de debilidad. El paciente se siente sin energía para realizar sus actividades diarias. Se caracteriza especialmente por la pérdida de masa muscular, la ganancia de peso, el aumento de los biomarcadores inflamatorios y la reducción de actividad del sistema inmune. Este tipo de fatiga no desaparece descansando, sino que se agrava con el reposo.	Es un efecto secundario muy multifactorial producido por la suma de los tratamientos recibidos, así como por otros factores de carácter psicológico.	Afecta al desarrollo diario de las actividades, a la calidad de vida y a las actividades sociales y profesionales de los pacientes.
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Los pacientes lo describen como dificultad para dormir, se despiertan durante la noche y no pueden volver a dormirse, o bien el sueño no es reparador, por lo que no es fácil mantenerse despierto durante todo el día. Se combina con otros efectos secundarios, como la fatiga, y continúa tras dejar los tratamientos.	No se conocen los motivos, aunque parece un problema multifactorial relacionado no solo con los tratamientos sino también con el estado anímico del paciente.	Afecta al desarrollo diario de las actividades así como al desempeño de las labores profesionales y a la calidad de vida.

En realidad los efectos secundarios que afectan a los pacientes con cáncer de próstata se deben, en muchos casos, a la combinación de los diferentes tratamientos que reciben, su estado anímico y la dificultad que supone convivir con un proceso oncológico. En muchas ocasiones causan un gran impacto en su capacidad para realizar las actividades diarias, lo que también redundará en su vida social, su trabajo y, por ende, reducen su calidad de vida. Al final, muchos pacientes acaban teniendo una vida menos activa y más sedentaria, lo que a su vez agrava muchos de esos efectos secundarios. Comienza así una espiral en la que la desmotivación se transforma en un agravante más del estado anímico, el sedentarismo y el aislamiento.

“Todas las mañanas me levanto a primera hora y marchó a andar varios kilómetros. Y me encuentro de maravilla. Lo peor que hay es tener miedo a la muerte. Hay que vivir la vida”



Figura 4: La desmotivación de los pacientes con cáncer de próstata se ve agravada por la disminución de las capacidades físicas y las limitaciones sociales que producen algunos efectos secundarios.

B. HÁBITOS SALUDABLES RELACIONADOS CON EL EJERCICIO FÍSICO PARA MANEJAR EL BIENESTAR Y HACER FRENTE A EFECTOS SECUNDARIOS Y SECUELAS

Algunos efectos secundarios no pueden controlarse adecuadamente con un tratamiento farmacológico. Pero en muchos casos la práctica de ejercicio adecuado y adaptado a las necesidades de cada paciente ayuda a reducirlos o prevenir su aparición.

El ejercicio físico oncológico es un tipo de ejercicio físico pautado y controlado por un profesional cuyo objetivo es reducir o prevenir los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos de forma individualizada.

Posee efectos globales en el organismo: mejora la salud, la calidad de vida y la supervivencia. Además, se basa en la evidencia científica y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para comenzar a realizarlos es recomendable acudir a un profesional que los supervise. No obstante, no siempre es posible contar con un especialista cercano al lugar de residencia. Por ello ofreceremos a continuación algunas recomendaciones generales sobre el tipo de ejercicio más recomendable para reducir específicamente algunos efectos secundarios e incidir en los biomarcadores más importantes en el cáncer de próstata.

En la siguiente tabla encontrarás el programa de ejercicio físico más adecuado en cada caso y los beneficios que se han observado en los pacientes que lo practican.

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
PROBLEMAS FUNCIONALES			
LIMITACIONES FÍSICAS	Comenzar con movimientos suaves de las articulaciones y la musculatura limitada. Estiramientos de cadera y abdomen. Tonificación progresiva de la musculatura de la cadera, tronco y espalda.	En primer lugar, busquemos relajar los músculos y reducir las adherencias entre tejidos. Aumentaremos progresivamente el rango de movilidad de la articulación. La tonificación mejorará la protección y movimiento de las articulaciones.	Evitar ejercicios que nos generen dolor.
LINFEDEMA	Estiramientos del tren inferior. Actividad cardiovascular intensa combinada con natación. Tonificación general de la zona en posición tumbada o con piernas elevadas.	Los estiramientos mejorarán la movilidad de los tejidos. Activación de los vasos linfáticos profundos con la tonificación. Los ejercicios en el agua ayudan al retorno venoso y linfático.	Siempre bajo supervisión de un fisioterapeuta.

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS SISTEMAS DEL ORGANISMO			
CAPACIDAD FÍSICA	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo.	Los cambios de intensidad y el trabajo de tonificación mejoran la capacidad muscular de producir energía y su eficiencia a la hora de generar movimiento, reduciendo la fatiga.	Respetar los límites en la intensidad. Precaución en el trabajo de fuerza para evitar lesiones.
CARDIO-TOXICIDAD	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo.	Reducen la inflamación global del cuerpo. Mejoran la capacidad cardiaca y la fuerza del músculo cardiaco. Aumentan los vasos sanguíneos periféricos, lo que deriva en una reducción de la tensión arterial.	Respetar los límites en la intensidad. Precaución en el trabajo de fuerza para evitar lesiones.

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
COMPOSICIÓN CORPORAL			
PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Trabajo de fuerza de grandes músculos del cuerpo.	Reduce la inflamación global. Ayuda a la regeneración muscular.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
AUMENTO DE PESO	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Tonificación global del cuerpo.	Aumenta el gasto calórico y el uso de grasa durante el ejercicio, ayudando al equilibrio entre las calorías ingeridas y las gastadas.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
OSTEO-POROSIS	Trabajo de fuerza de tren superior y espalda. Actividades de impacto, como caminar.	El trabajo de fuerza y de impacto ayudan al organismo a absorber calcio y regenerar los huesos.	En osteoporosis aguda, tener cuidado al cargar peso.

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
EFFECTOS SECUNDARIOS NEUROLÓGICOS			
NEUROPATÍA PERIFÉRICA	Ejercicios de fuerza isométrica y propiocepción. Tonificación global.	El movimiento de los músculos y la tonificación ayudan a la regeneración del sistema nervioso, especialmente los ejercicios de propiocepción.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
PÉRDIDA DE MEMORIA O DÉFICIT COGNITIVO	Ejercicio cardiovascular.	Ayuda a mejorar la plasticidad cerebral, así como la irrigación de las células nerviosas.	Proceso paulatino para evitar lesiones.

EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERVENCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO	MECANISMOS DEL EJERCICIO	PRECAUCIONES
EFFECTOS SECUNDARIOS GLOBALES			
FATIGA	Actividad cardiovascular con cambios de intensidad. Trabajo de fuerza de grandes músculos del cuerpo.	Las actividades de media-alta intensidad han resultado ser la mejor opción en la reducción de la fatiga crónica, pues disminuyen la inflamación global y aumentan la capacidad cardiovascular.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
PROBLEMAS DE SUEÑO	Actividades aeróbicas.	Reduce la inflamación global del organismo y aumenta la fatiga aguda, lo que mejora las necesidades de descanso.	Proceso paulatino para evitar lesiones.
EFFECTOS PSICOLÓGICOS	Entrenamiento grupal y guiado.	Entrenar con personas en la misma situación puede tener un efecto beneficioso a nivel psicológico y motivacional.	

Precauciones generales sobre ejercicio físico en pacientes oncológicos

Algunos efectos secundarios pueden suponer una limitación para la práctica de ejercicio físico. Es muy importante que los pacientes conozcan cómo adaptar cada ejercicio y tomar las precauciones correspondientes si experimentan alguno de ellos:

Riesgo de caída. La neuropatía periférica, la afectación del sistema nervioso central o los mareos pueden causar inestabilidad y aumentar el riesgo de caídas. Estos pacientes deben realizar el ejercicio acompañados y en entornos estables y controlados, para evitar dañarse si se caen.

Riesgo de fractura. Los pacientes con afectación ósea u osteoporosis deben prevenir posibles fracturas. Han de evitar las actividades de alto impacto hasta que el problema esté controlado, así como los ejercicios de tonificación con mucho peso en las zonas afectadas y cargar el propio peso en dichas zonas (por ejemplo, no se deben hacer flexiones si se tiene el húmero afectado).

Dolor. Siempre que exista dolor se debe interrumpir el ejercicio y acudir a un profesional para evitar lesiones.

Cicatrices. Antes de realizar cualquier tipo de ejercicio

debe esperarse a que el cirujano dé su aprobación. Se evitarán especialmente las actividades en el agua o las de alta intensidad, ya sean cardiovasculares o de fuerza. La cicatriz ha de estar cerrada antes de comenzar un entrenamiento.

Tratamiento hormonal. Este tratamiento dificulta la recuperación de los tejidos. Por tanto, es muy importante realizar descansos entre sesiones intensas si queremos prevenir lesiones o problemas articulares.

Disminución de la capacidad respiratoria. Algunos pacientes experimentan una sensación de ahogo debido a la afectación pulmonar. En este caso es muy importante reducir la intensidad del ejercicio a niveles que nos sintamos cómodos.

Cardiopatías o disfunción cardíaca. Algunos pacientes presentan cardiotoxicidad debida a los tratamientos. En estos casos es muy importante el control cardiológico antes de comenzar un programa de ejercicios y en el transcurso del mismo, mediante un pulsómetro.

Beneficios del ejercicio físico en los biomarcadores del cáncer

Diferentes biomarcadores pueden afectar el desarrollo y pronóstico del cáncer. En algunos casos, el ejercicio puede ayudar a reducir o controlar estos efectos.

BIO-MARCADORES	IMPORTANCIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA	BENEFICIOS DEL EJERCICIO
INSULINA	La insulina puede estimular el crecimiento de las células normales y epiteliales y, altos niveles de insulina en sangre pueden derivar en un peor pronóstico.	El ejercicio combinado (cardiovascular y tonificación) previene la resistencia de los tejidos a la insulina haciendo que sean necesarios menores niveles de esta hormona, lo que mejora el pronóstico del cáncer.
FUNCIÓN INMUNE	El sistema immune juega un papel fundamental a la hora de reducir la progresión del cáncer y aumentar la supervivencia.	El ejercicio aeróbico aumenta la funcionalidad del sistema inmune, en especial de las células <i>natural killer</i> , que tienen un papel relevante en la detección y destrucción de las células tóxicas.
CITOQUINAS PRO-INFLAMATORIAS	Los biomarcadores de inflamación están relacionados con un peor pronóstico de la enfermedad.	El ejercicio aeróbico ayuda a reducir la inflamación global del organismo.
HORMONAS SEXUALES	En el cáncer de próstata las hormonas sexuales juegan un papel fundamental en el crecimiento tumoral.	El ejercicio cardiovascular ayuda a regular la acción de las diferentes hormonas sexuales que intervienen en el crecimiento del tumor mejorando el pronóstico. Estas alteraciones están íntimamente ligadas a la reducción de la cantidad de masa grasa.

Cantidad de ejercicio por semana y tiempos de descanso

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) establecen un mínimo de ejercicio físico que debe realizar un paciente oncológico con el fin de mantener su salud. Estos mínimos se aumentan de forma progresiva con el fin de mejorar la capacidad física de los pacientes.

En la siguiente tabla se recogen estas recomendaciones: el tiempo total y por sesión recomendados para cada tipo de actividad, la intensidad y el tiempo de descanso necesario en cada caso.

INTENSIDAD	TIEMPO POR SEMANA	TIEMPO POR SESIÓN	TIPO DE EJERCICIO	DESCANSO
Media (55%-85% frecuencia cardiaca máxima)	150 min	5 días a la semana/30 minutos	3 días de ejercicio cardiovascular 2 días de ejercicio de tonificación	24 h entre entrenamientos cardiovasculares 48 h entre sesiones de tonificación o sesiones intensas
Alta (>85% frecuencia cardiaca máxima)	75 min	3 días a la semana/25 minutos	2 días de ejercicio cardiovascular 1 día de ejercicio de tonificación	48 h entre sesiones
Baja	20 min	Todos los días	Estiramientos	No es necesario descansar Se puede estirar varias veces al día

3. Recomendaciones prácticas en actividades lúdicas y sociales

Tener cáncer se ha vinculado tradicional y socialmente con una etapa de reposo y cuidado, durante la cual las personas han vivido la enfermedad de una forma privada e íntima. Esto suponía, en ocasiones, mantener cierta distancia con los círculos sociales y las actividades habituales.

El estigma y los intensos efectos secundarios de los tratamientos no propiciaban que los pacientes pudieran llevar una vida normal. Pero el aumento de la supervivencia y la mayor tolerabilidad de las terapias actuales, unido a que el cáncer está cada vez más normalizado en la sociedad, han permitido que el diagnóstico de esta enfermedad no suponga hoy una ruptura con la vida cotidiana.

Somos conscientes de que seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física o abandonar el consumo de tabaco y alcohol son prácticas saludables, pero **¿reconocemos como hábito saludable tener cierta actividad social que permita el disfrute y la interacción con otras personas?**

Disfrutar de las aficiones, participar en la vida social y estar en contacto con otras personas posee claros beneficios, aumenta nuestro bienestar y, por tanto, es recomendable integrar estas actividades en nuestra vida, en la medida que cada uno considere oportuno. **Conservar espacios de ocio**

nos ayudará a relajarnos y a desconectar del cáncer y, además, conseguiremos en nuestro día a día espacios en los que la enfermedad no será la protagonista.

Te proponemos conservar tus aficiones y tiempo de ocio y dedicar tiempo a tus seres queridos y a las actividades que más te gusten. No siempre resultará fácil, por lo que a continuación te ofrecemos cinco pautas para tener en cuenta:

**PLANIFICACIÓN + IMPROVISACIÓN + PREPARACIÓN
+ NORMALIZACIÓN + APOYO**

Planificación

Poco a poco te harás un experto en tu propia enfermedad e irás conociendo mejor las rutinas médicas, la periodicidad de las consultas o el tiempo de recuperación aproximado que tu cuerpo necesita tras un determinado tratamiento. Todo esto **te ayudará a organizar tu vida y buscar espacios para ti mismo.**

Piensa en aquellas cosas que te gusta hacer y búscalas hueco en tu agenda en aquellos días en los que previsiblemente te vayas a sentir bien y no tengas compromisos médicos. Por ejemplo, si eres aficionado al senderismo planifica tus escapadas para cuando, según

tu experiencia, no vayas a tener efectos secundarios que puedan afectarte.

.....

“Mi ilusión era viajar cuando mi mujer se jubilara. Y pensé que eso se había acabado”

.....

La planificación no debe entenderse solo como una vía para adaptar nuestra vida a la enfermedad, sino también como una manera de adaptar la enfermedad a nuestra vida. Si quieres hacer un viaje en determinadas fechas o asistir a un importante evento deportivo, habla con tu médico para valorar si el tratamiento podrá adecuarse a tus deseos.

Improvisación

A pesar de que puedan parecer contrarias, **la improvisación y la planificación son compatibles**. ¿A qué nos referimos con improvisar? A dejarnos llevar también por el presente, por el día de hoy. Habrá algunos en que te levantes más cansado, con peor estado de ánimo o con molestias debido a los efectos secundarios del tratamiento y no tendrás ganas de salir de casa. Por el contrario, habrá otros en los que te sentirás mejor y con más energía. Incluso cuando hayas

planificado el día para dedicarlo a ciertas responsabilidades, aprovecha que te encuentras bien y regálale tiempo para disfrutar.

Preparación

Algunos factores pueden dificultar tu participación en actividades de índole social. Las alteraciones urinarias, por ejemplo, quizá te hagan sentir inseguro y decidas permanecer más tiempo en casa.

Todo esto es normal y forma parte del proceso de adaptación. El uso de pañal puede resultar traumático al principio, pero poco a poco, irás adquiriendo confianza y seguridad, especialmente con una preparación adecuada y la puesta en práctica de trucos y hábitos concretos.

.....

“Al final te conoces tanto que te haces experto. Llevo años llevando pañales y sé que debo caminar lento para que haya menor pérdida y que debo ir a orinar a menudo”

.....

De igual forma, es conveniente que te prepares antes de realizar algún viaje o escapada. Infórmate para saber a dónde acudir en caso de algún imprevisto en tu salud y lleva contigo los informes médicos.

Normalización

Normalizar el cáncer de próstata no significa trivializarlo o infravalorar su gravedad. Es un proceso complejo y difícil. Sin embargo, es recomendable, en la medida de lo posible, procurar que la vida no gire en torno a la enfermedad. No siempre lo conseguiremos, ya que habrá momentos de especial dificultad tanto física como emocional y social. **Te proponemos que trates de integrar la enfermedad en tu vida para conseguir normalizarla lo más posible.**

¿Cómo conseguirlo? Es muy importante evitar autolimitarse y pensar que no podemos ni debemos hacer determinadas cosas por tener cáncer. Quizá debido a la presión social hayas dejado de hacer algo que socialmente se considera que no es idóneo para una persona con cáncer (por ejemplo: continuar trabajando o realizar determinada práctica deportiva). O, tal vez, por ideas preconcebidas con respecto a la enfermedad y el tratamiento, creas que ciertas actividades son contraproducentes (por ejemplo: pensar que el ejercicio físico es incompatible con la enfermedad, cuando lo cierto es que puede ejercer efectos muy positivos y contribuir a enlentecer la progresión del cáncer de

próstata y mejorar la calidad de vida).

Además, hablar de la enfermedad con naturalidad puede ayudar a normalizarla e integrarla en tu vida. No significa que tengas que conversar de todo con todos. Solo tú eliges qué decir y a quién decirlo. Hablar permite desahogarse y ayuda a que otras personas comprendan mejor lo que sientes y lo que necesitas, aspectos clave para que puedas vivir esta etapa de la mejor forma posible.

Apoyo

El diagnóstico, tratamiento, cuidado y recuperación de un cáncer de próstata es un proceso complejo en el que se producen altibajos. Las inquietudes, necesidades y preocupaciones van cambiando a lo largo del tiempo y

.....

“No tenemos ayudas porque somos discretos a la hora de exponer nuestras limitaciones y preocupaciones. Los hombres con cáncer de próstata estamos un poco escondidos”

.....

es recomendable ser consciente de las dificultades para buscar apoyo y soluciones y reducir lo máximo posible el impacto de la enfermedad en tu vida. Sin embargo, el de próstata tiene dos particularidades con respecto a otros tipos de cáncer que influyen en la manera de buscar apoyo.

En primer lugar, es una enfermedad que afecta a áreas de especial intimidad para la persona debido a las alteraciones sexuales o urinarias, y por tanto resultan más difíciles de hablar en la consulta. Y, en segundo lugar, el cáncer de próstata afecta únicamente a hombres, que acusan un cierto **“silencio masculino”**: muchos de ellos no comparten abiertamente sus sentimientos y dificultades debido a un aprendizaje cultural que proviene de la infancia. Esto ocasiona que vivan estas dificultades en soledad y no pidan ayuda.



Solicitar apoyo y acompañarnos de otras personas es, sin duda, una estrategia idónea para que podamos vivir mejor y más arropados.

TE PROPONEMOS UN EJERCICIO DE REFLEXIÓN.

Piensa en aquellas aficiones o actividades sociales que te gustan y te producen satisfacción. Quizá hacer senderismo, visitar un museo, ver fútbol, estar con los amigos en un bar o viajar. Y plantéate:

- ¿Por qué te gustan? ¿Qué sensaciones te producen?
- ¿Has dejado de hacerlas tras el diagnóstico o ahora las haces menos?
- Si has conseguido continuar con todo aquello que te gusta hacer, ¿qué otras cosas te gustaría realizar en esta etapa de tu vida?
- Si ahora no haces todas aquellas cosas que te gustan, ¿cuál es el motivo?
- ¿Crees que habría alguna forma de volver a recuperar aquellos hábitos que más te gustan?
- Si no lo crees posible, ¿hay otras alternativas que, aun siendo diferentes, pueden proporcionarte sensaciones parecidas?

Este ejercicio busca que cada persona reflexione acerca de aquellas actividades o relaciones que ha podido dejar de lado tras el diagnóstico. Tomar conciencia de ello y de la causa (que puede ser externa o interna) te ayudará a buscar opciones para seguir disfrutando de tus hábitos preferidos.

4. Recomendaciones prácticas para el descanso

El cansancio es una de las preocupaciones más habituales que manifiestan las personas con cáncer de próstata. Suelen decir que es un tipo de cansancio distinto al habitual, ya que no siempre disminuye con el descanso, sino que se mantiene constante y limita la realización de actividades cotidianas.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, es conveniente que aproveches los días en los que te sientes menos cansado para hacer aquellas cosas que tengas pendientes o te apetezcan. Y, por el contrario, hacer vida más tranquila cuando estás más agotado.



¿QUÉ RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PUEDEN SERVIRTE PARA MEJORAR TU DESCANSO?

Incorpora hábitos de vida saludables. La dieta equilibrada y el ejercicio físico favorecen el descanso. Quizá te encuentres sin fuerzas ni ánimo para hacer ejercicio o realizar cambios en tu alimentación, pero ten por seguro que mantenerse activo ayuda a combatir la fatiga. Ponte unos objetivos, te sentirás mejor y más centrado en otros temas ajenos al cáncer de próstata.

Es recomendable cenar, al menos, dos horas antes de ir a la cama y evitar las comidas copiosas, el alcohol, las bebidas estimulantes y el tabaco por la noche. Si vas a hacer algún tipo de actividad física en este momento del día, procura dejar un margen mínimo de tres horas. Un paseo antes de cenar es muy saludable y te ayudará a relajarte. Sigue las recomendaciones de los apartados anteriores y verás cómo te sientes mejor y más activo.

Mantén cierta regularidad en tu vida. Tener cáncer de próstata altera las rutinas, pero es posible lograr una regularidad que permita conciliar las diferentes esferas de tu vida con las exigencias de la enfermedad. Procura levantarte y acostarte a la misma hora todos los días y trata de dormir, al menos, seis o siete horas.

Actividades antes de dormir. Antes de acostarte, realiza actividades que te gusten y sean agradables, evitando las más estimulantes o que puedan generarte tensión o preocupación. Leer o escuchar música pueden ser buenas opciones.

Cuida el ambiente de tu dormitorio. El lugar donde duermes influye mucho en el descanso. Si tienes problemas para dormir, prueba a hacer algunos cambios. Una habitación que facilita el descanso es aquella con luz tenue, temperatura apropiada, ordenada, aireada y aislada de ruidos y elementos distractores como la televisión, el móvil o la radio. Comprueba qué puede funcionar en tu caso.

Ocúpate por el día y despreocúpate por la noche. La enfermedad nos preocupa y tiene la capacidad de invadir nuestros pensamientos en diferentes momentos del día. Sin embargo, a lo largo de la jornada tendemos a evitarlos y ocupar nuestra atención con otras actividades cotidianas o pensamientos menos dolorosos. Y es en la noche, en compañía de nuestra almohada, cuando emergen y afloran todas estas inquietudes. Comenzamos a encadenar pensamientos a los que suceden emociones de angustia, ansiedad o miedo. Sin lugar a dudas, esta situación no ayuda a conciliar el sueño. Por ello, te proponemos ocuparte durante el día de estos temores que suelen surgir por la noche. Escríbelos y reflexiona por qué te preocupan. Plántate si tienen alguna solución y, si es así, ponte en marcha. Si crees que no la tienen, ¿por qué no lo hablas con otra persona? Quizá te aporte una perspectiva con la que no contabas o te ayude a aceptar aquello que

no puedes cambiar. Si consigues verbalizar todo lo que te preocupa y te muestras activo en la búsqueda de soluciones, llegarás a la noche más despreocupado y con menos posibilidades de comenzar esa cadena de pensamientos que tanto abruman.

El descanso diurno es compatible con el nocturno. A veces pensamos que solo es posible descansar por la noche, cuando el día nos brinda también oportunidades que podemos aprovechar. La siesta puede ayudarte, si bien no conviene que supere los veinte o treinta minutos. De igual forma, las técnicas de relajación son una buena herramienta, especialmente en aquellos momentos de mayor nerviosismo o tensión emocional, como cuando esperamos los resultados de las pruebas. En Internet podrás encontrar diferentes técnicas de respiración y visualización. Encuentra aquella que mejor resultado te proporcione y continúa practicándola para aumentar sus beneficios.



06

LAS
EMOCIONES
DEL PACIENTE Y
DEL FAMILIAR



Es difícil digerir la noticia de que se tiene cáncer de próstata. El diagnóstico supone el inicio de una serie de vivencias que probablemente influirán en tu estado emocional. El miedo, la tristeza o la incertidumbre van a acompañarte en algún momento del proceso, ya seas paciente o familiar. En este capítulo queremos verbalizar y poner nombre a las emociones más habituales. Pretendemos normalizarlas y darte una serie de pautas para que puedas adaptarlas a tu vida y mejorar tu día a día.

1. Reacciones emocionales y gestión de las emociones del paciente

Como ya ha quedado reflejado en capítulos anteriores, aceptar un diagnóstico de cáncer no es nada fácil. Nos enfrentamos a una situación inesperada que supone un fuerte impacto emocional y un cambio importante en nuestra vida. Pasamos de ser personas más o menos sanas, con nuestras ocupaciones y problemas cotidianos, a vivir con una enfermedad grave, que en muchas ocasiones nos obligará a abandonar temporalmente nuestras responsabilidades familiares y laborales.

Cada persona tiene una forma de ser, un modo de enfrentarse a los problemas, un conjunto de creencias y valores y una manera propia de ver el mundo. Por tanto, también será **única la forma con que cada uno afronte la enfermedad. Hay**

“Lo que peor llevé fue la ruptura con mi vida habitual. De tener una vida activa pasé a tener que quedarme en casa. Es el mayor shock, el cambio más radical, lo cual puede afectar a la gente de tu alrededor”

tantas reacciones como personas.

Aunque estas reacciones sean diferentes en cada uno de nosotros, las emociones que sentimos ante una situación como esta suelen ser comunes.

¿Es normal sentirse mal cuando te acaban de decir que tienes cáncer de próstata? Sí. Lo más probable es que afloren emociones negativas. Son sentimientos naturales y normales que, poco a poco, irán disminuyendo.

- **Shock o fase de crisis.** Se caracteriza por sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad, confusión, inseguridad, que pueden durar desde unos días a unas pocas semanas. Puedes tener la sensación de que tu existencia está en peligro o de pérdida del marco de referencia. Nadie está

preparado para recibir esta noticia, necesitas tiempo para asimilar lo que está pasando.

- **Negación, incredulidad.** Tal vez no creas lo que te está ocurriendo y pienses: “No es posible, tienen que haberse equivocado”.
- **Tristeza e impotencia** ante los cambios producidos, tanto en el presente como en la expectativa de futuro.
- **Aceptación.** Suele coincidir con el tratamiento y el alivio que supone estar haciendo algo.

Puedes sentirte muy nervioso, agitado, irascible, o triste, o encerrarte en ti mismo...

La **incertidumbre** y la **inseguridad** con respecto a lo que pueda ocurrir son las sensaciones que probablemente caractericen mejor la experiencia del cáncer.

Recuerda: **TODAS estas reacciones son NORMALES, forman parte del proceso de adaptación.**

¿QUÉ PUEDES HACER ANTES ESTAS REACCIONES Y EMOCIONES?

En primer lugar, ten presente que **el hecho de que no mantengas una actitud positiva no afectará a la evolución**

de tu enfermedad. No te sientas culpable por ello. Pero tampoco te abandones a la tristeza y al abatimiento. El modo en que te enfrentes al cáncer influirá en tu calidad de vida.

Los siguientes consejos pueden ser útiles:

- **Acepta lo que sientes,** sé tolerante contigo mismo y demuéststrate aceptación y respeto, incluso en los momentos en los que sientas mayor debilidad.
- **Tómate tu tiempo** para pensar en lo que está pasando y adaptarte a la enfermedad.
- **Comparte tus sentimientos.** No significa que debas hacerlo con todo el mundo: busca a aquellas personas que sean de tu confianza y con las que te sientas cómodo.
- **No intentes pasar por esto tú solo.** Hablar y apoyarte en tu familia y amigos te ayudará a darte cuenta de lo que realmente te preocupa y te permitirá tomar la distancia suficiente para buscar una solución.
- Es posible que te apetezca hablar con alguien que haya pasado por tu misma situación; si es así, **contacta con alguna asociación de pacientes** que tenga voluntarios testimoniales y solicita su servicio. Aunque siempre

“Mi círculo de amigos cercanos conoce todo el proceso. El resto sabe algunas cosas pero yo no hablo de todo porque no siempre preguntan y si hay mujeres hablo menos todavía”

debes tener presente que no hay dos casos idénticos.

- **Intenta controlar tus pensamientos;** por ejemplo, no anticipes problemas que no tienes la certeza de que vayan a ocurrir.
- **Mantén la mente ocupada** con actividades que te resulten agradables. La inactividad favorece la aparición de pensamientos negativos.
- **Si tienes hijos,** habla con ellos, pregúntales qué tal les va... Aunque tal vez te están cuidando en estos momentos, tu rol como padre/madre no ha cambiado, sigues siendo igual de importante para ellos.
- **Cuídate,** realiza ejercicio físico moderado siempre que tu médico lo considere oportuno. Descansa lo necesario

y aliméntate adecuadamente. En el CAPÍTULO 5 te ofrecemos recomendaciones prácticas para mantener una buena alimentación y para realizar ejercicio físico.

- **Si te preocupa tu sexualidad,** consulta el CAPÍTULO 4 de esta guía, donde encontrarás información.

Si consideras que el malestar emocional se prolonga demasiado en el tiempo o te sientes desbordado por la situación, no dudes en consultar con un psicólogo especializado cualquier asunto que te preocupe.



2. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de la pareja

El cáncer no afecta solo al paciente, sino también a su

entorno. Familiares y amigos han de hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vida. Son momentos difíciles para todos.

Si tu pareja tiene cáncer de próstata, tal vez hayas sentido, o a veces sientas incertidumbre, ira, soledad, miedo o preocupación. También puede ocurrir que no sepas qué hacer, experimentes alteraciones del sueño o tengas dificultades en el trabajo. Todas estas reacciones son normales, y más intensas al principio, tras conocer el diagnóstico, pero luego, poco a poco, van disminuyendo.

Las parejas de personas con cáncer ocultan con frecuencia su malestar emocional o lo minimizan, lo que no siempre es la mejor opción para afrontar esta situación. Saber qué puedes hacer para ayudar a tu pareja y sentirte tú mejor es de vital importancia para vivir este proceso de la mejor manera posible.

¿QUÉ PUEDES HACER PARA APOYAR A TU PAREJA CON CÁNCER?

- **Conoce cómo lo está viviendo.** Puedes preguntarle

cómo se siente y qué le preocupa.

- **Trata de comportarte con naturalidad**, sin dramatismos, intenta transmitirle apoyo y energía.
- **Aprende a escuchar a tu pareja.** Permite que se exprese y no interrumpas su llanto si aparece.
- **Intenta normalizar la situación**, no niegues lo que está ocurriendo. Procura hablar de la enfermedad sin tabúes.
- **Utiliza el sentido del humor**, es un buen recurso para desdramatizar, siempre que lo uses adecuadamente y con tacto.
- Es normal que surjan problemas, tratad de **resolverlos juntos**.
- A veces no hará falta que hagas grandes cosas, simplemente bastará con **hacerle saber que estás ahí**.
- **Crear un clima de confianza** es fundamental. Para ello, procura no imponerle lo que debe hacer, intenta no culpabilizarle ni dar consejos del tipo “hay que ser fuerte”, “esto no es nada, hay personas que están peor”.



LECTURA RECOMENDADA:

“En el amor y en el cáncer. El libro para las parejas de los pacientes con cáncer” es un libro editado por la Fundación MÁS QUE IDEAS. Es el único libro específico que existe para las parejas de los pacientes con cáncer y nace con el deseo de mejorar su vida durante la enfermedad de sus parejas.

Puedes descargarlo en PDF en la web www.fundacionmasqueideas.org o solicitar un ejemplar en amorycancer@fundacionmasqueideas.org

¿QUÉ PUEDES HACER PARA SENTIRTE MEJOR?

- **Expresa cómo te sientes**, habla con sinceridad con tu pareja, ello facilitará vuestra comunicación. Hablar es beneficioso, aunque te cueste.
- Es importante que **duermas bien y descanses**.
- Sigue una **alimentación sana y equilibrada**.
- **Realizar ejercicio físico** puede ayudarte a descargar las tensiones acumuladas.
- Intenta **buscar tiempo para ti** y dedicarlo a realizar actividades que te gusten.
- Si ves que la situación te sobrepasa o tu malestar se prolonga demasiado en el tiempo, no dudes en **consultar con un psicólogo** especializado para que te ayude a llevar este proceso.

“Aunque seas positivo, hay que estar atento a la salud emocional y acudir, si es posible, al psicooncólogo porque es quien sabe cómo ayudarte”

3. Reacciones emocionales y gestión de las emociones de los hijos adultos

Si tu padre tiene cáncer de próstata, es normal que la enfermedad te esté afectando y que experimentes muchas de las reacciones emocionales que hemos descrito anteriormente. El diagnóstico de un cáncer es un jarro de agua fría para el que no estamos preparados.

Aunque no podemos revertir la situación, sí te ofrecemos algunas ideas que puedes poner en práctica para convivir con la enfermedad de tu padre:

- **Habla con él con naturalidad.** No dejes que el cáncer se convierta en un tabú.
- Busca algún amigo o persona de tu confianza con la que **poder desahogarte.**
- **Trata de sentirte útil,** pregúntale si hay algo en lo que le puedas ayudar.
- **Ten paciencia.** Todos en la familia necesitáis un tiempo para adaptaros a los cambios que trae consigo la enfermedad.
- **Muéstrale afecto:** las caricias, besos y abrazos son importantes para que se sienta querido y acompañado.

- **Mantenle al tanto de tu día a día,** cuéntale cómo te va, pídele opinión..., ayúdale a que siga sintiéndose útil como padre.
- Busca **momentos para compartir** con él: salir a dar un paseo, ver alguna película, practicar alguna afición común, etc.
- **Cuida vuestra relación.** El cáncer de próstata puede suponer muchos cambios, sin embargo, el rol de padre no se pierde.
- Si ves que no puedes afrontar esta situación solo, **pide ayuda a un psicólogo** especializado.



4. Relaciones y dinámicas familiares

Por lo general, pacientes y familiares tienen buenas intenciones a la hora de ayudar a sobrellevar el cáncer, pero no siempre saben cómo actuar o cometen errores involuntariamente.

A continuación aportamos algunas sugerencias para que puedas prestar apoyo práctico y emocional a tu familiar con cáncer y conseguir, entre todos, una dinámica familiar adecuada y positiva:

- **Demuéstrale que estás ahí** y que puede contar contigo.
- Avísale antes de hacer una visita **y sé comprensivo** si no puede atenderte.
- **No descuides el contacto físico.** Salúdale y despídete con una caricia o un beso.
- A veces son preferibles **visitas y llamadas** breves y frecuentes, en lugar de largas y esporádicas.
- **Hazle participe** de las conversaciones e intenta hablar de otros temas que sean de su interés, no siempre de la enfermedad.
- Ayúdale a **mantener un papel activo** en la familia

“Acepté enseguida el diagnóstico pero hay algo que no depende tanto de ti, como son las reacciones de tu mujer e hijos. A eso le daba más importancia, y me daba más miedo el miedo de otros que el mío propio”

pidiéndole consejo y haciéndole participe de la toma de decisiones.

- **No le mientas.**
- **Dale permiso para sentirse triste**, negativo o para estar en silencio si lo desea. También para llorar.
- No le presiones para que “luche” contra la enfermedad si no se siente con fuerzas. **El cáncer no es una guerra ni una batalla que haya que ganar.**
- **Ofrécete para ayudarle** con recados o resolviendo cuestiones prácticas



07

EQUIPO
ASISTENCIAL,
RECURSOS Y
DERECHOS

En los capítulos anteriores has podido conocer más de cerca el cáncer de próstata, y ya tendrás información sobre cómo hacer frente a las dificultades que hayan surgido tras el diagnóstico. Nuestro propósito en este capítulo es ofrecerte orientación para que a partir de ahora te sientas más seguro. Por eso, hemos creído conveniente informarte sobre los recursos que tienes a tu disposición. Tras la lectura del capítulo sabrás mejor quién es quién en el hospital, a qué información puedes acceder como paciente y a qué derechos podrás acogerte para lograr una mayor autonomía durante la enfermedad.

1. El equipo asistencial: ¿quién es quién?

Las primeras visitas al hospital pueden ser un poco caóticas si no entiendes qué pruebas van a hacerte, si no consigues saber cuáles serán los próximos pasos o incluso si no conoces a las personas que te están atendiendo. A veces tendrás cierto temor a preguntar aquello que desconoces. Pero es importante dar el paso, ya que la información, sobre todo en este proceso, te ayudará a sentirte más seguro y con una mayor sensación de control. Es normal que en el momento del diagnóstico no sepas mucho sobre la enfermedad o cómo



funcionan los procesos en el hospital, así que lo lógico es preguntar. No obstante, recuerda que **aunque la información es importante, siempre serás tú quien decida qué quieres saber y cómo deseas saberlo.**

Si tienes esta guía en tus manos es porque has decidido averiguar más sobre el cáncer de próstata y asumir un papel activo. A lo largo de estas páginas encontrarás información rigurosa y comprensible que te ayudará a conocerlo y manejarlo de forma idónea. Pero debes entender que se trata de un material de apoyo y orientación complementario al que te suministre tu equipo sanitario. Cada persona y cada enfermedad son diferentes y solo tu médico, enfermera, psicólogo o trabajador social pueden ofrecerte información adaptada a tu situación concreta.

¿Sabrías decir cuáles son los profesionales que están a tu disposición en tu hospital? Conocer los recursos y servicios que existen y quién es quién durante el itinerario asistencial te ayudará a hacerte una idea de lo que debes esperar de cada uno de ellos, qué tipo de apoyo van a ofrecerte y qué dudas te resolverán. Por ello, te animamos a preguntar en tu hospital (a los profesionales sanitarios o al servicio de Atención al Paciente) qué servicios están a tu disposición y a qué profesionales puedes recurrir.

Son muchos los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital: médicos de diferentes especialidades (como,

por ejemplo, urología, oncología médica y radioterápica, endocrinología...), enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales... **Todos ellos son tus aliados frente a la enfermedad y trabajan conjuntamente para ofrecerte una atención sanitaria coordinada e integral, que contemple las variables físicas, psicológicas y sociales.** Quizá haya algunos profesionales que no intervengan en tu caso concreto. Eso es debido a que participarán más activamente unos u otros en función de diferentes criterios clínicos (fase de la enfermedad, tratamiento, secuelas o efectos secundarios, etc.), emocionales o sociales.

Cada área tiene una especialidad concreta y la suma de todas ellas permite dar respuesta a todas las necesidades que vayan surgiendo. Por ello, es muy importante que compartas con ellos cualquier cambio o dificultad que tengas durante este proceso.

Y... ¿alguna vez te ha pasado que no sabes qué perfil profesional tiene la persona con la que estás hablando en el hospital? Vemos a tantas personas y es tanta la diversidad de especialidades que es normal que a veces tengas dudas. Si es así, pregunta para estar seguro de si se trata de un urólogo o un oncólogo, o un enfermero o un auxiliar.

Muchos de los perfiles profesionales a tu disposición en el hospital están representados en la guía que tienes en tus manos. Te invitamos a conocer al equipo multidisciplinar de

profesionales que han participado en su elaboración. Acude a la página 4 y verás el nombre de las personas que han redactado estas páginas.

2. La información y la comunicación con el equipo asistencial

Como habrás visto, existe una amplia diversidad de profesionales que pueden ayudarte a partir del diagnóstico del cáncer de próstata. Cada uno de ellos pertenece a un área profesional de especialización y lo idóneo es que todos trabajen juntos para ofrecerte una atención integral y coordinada, centrada en las necesidades que vayan apareciendo en tu vida.

Ellos pueden darte apoyo adaptado y especializado, pero **tú tienes un papel protagonista en el proceso de recuperación y de mejora de tu calidad de vida**. La comunicación con el equipo asistencial es fundamental para lograr estos propósitos. Recuerda que es tu aliado, y la información que va a proporcionarte es la vía a través de la cual aprenderás a realizar cambios en tu vida para adaptarte a la nueva situación y saber cómo hacer frente a las dificultades.

A continuación compartimos contigo datos, pautas y recomendaciones para que las tengas en cuenta en la

relación que mantienes con el personal sanitario de tu hospital:

- **El paciente tiene derecho a conocer la información relativa a su proceso de enfermedad**, y el profesional sanitario el deber de suministrarla. Como titular de esa información, el paciente podrá incluso indicar qué desea que se comunique (y qué no) a sus familiares.
- **El rol del familiar y los allegados es muy importante en la comunicación con el equipo sanitario**. Lo idóneo es que haya una persona que acompañe al paciente a las visitas hospitalarias, no solo para ofrecerle soporte emocional sino también para intercambiar con él percepciones sobre la información recibida, darle a conocer su opinión cuando deba tomar decisiones y servirle de apoyo en la comunicación que mantiene con el profesional sanitario. No obstante, es fundamental que el familiar sepa que la facultad de tomar decisiones corresponde únicamente al paciente, salvo algunas excepciones contempladas en la ley.
- **La ley no solo contempla la obligatoriedad de dar información al paciente, sino también la forma en que debe suministrarse**. Por ejemplo, establece que ha de ser comprensible. La jerga médica o la falta de tiempo no ayudan, por lo que es importante que, si no has entendido algo, se lo hagas saber al médico. De igual forma, conviene

.....

“Ves el informe y empiezas a leer una serie de palabras, signos y porcentajes que no entiendes. Si con eso vas a Internet a resolver dudas, es posible que te dé más miedo todavía”

.....

que consultes fuentes de información rigurosas, como la guía que tienes en tus manos.

- **El paciente tiene derecho a acceder a la documentación de su historial clínico.** Si lo deseas, puedes obtener una copia de los informes. Los informes deben ser entregados en un plazo inferior a treinta días desde que se solicitan.
- **La información es un derecho, pero no una imposición para el paciente.** Si hay algún aspecto del proceso que no quieras conocer (pronóstico, evolución de la enfermedad, posibles complicaciones...), díselo a tu médico para que lo tenga en cuenta. Incluirá este dato en la historia clínica para que el resto del equipo lo conozca y cumpla con tus deseos. En estos casos, designa a una persona de confianza para que sea ella la que reciba la información. Lo más recomendable es

que elijas a la que habitualmente te acompaña a las consultas.

- **Debemos evitar la “conspiración del silencio”.** Este concepto hace referencia al pacto entre los familiares del paciente y los profesionales sanitarios para ocultarle su situación o distorsionar la información al respecto, con el propósito de evitarle un sufrimiento adicional o porque creen que no va a comprenderla. Tal decisión interfiere con el derecho del paciente a la información. Además, la comunicación es fundamental para garantizar la confianza entre el equipo sanitario, el paciente y la familia. Ocultar o falsear puede colocarlo, en algunos casos, en una situación de indefensión y aislamiento. Ante el temor de que determinada información pueda afectar al paciente, es mejor preguntarle con anterioridad qué es lo que preferiría no saber y adecuarse a sus deseos.
- **La comunicación va más allá de la transmisión de información del médico al paciente.** No dudes en preguntar todo lo que te preocupe o quieras saber y comparte con tu médico aquellos síntomas o dificultades que hayas experimentado desde la última visita. Aprovecha cuanto puedas tu tiempo en la consulta planteando, en primer lugar, las cuestiones más prioritarias para ti. No te vayas con dudas. Si la visita no pudiera prolongarse, dile que hay más preguntas o comentarios que te gustaría hacerle, para que valore si es preferible hablar un rato más,

“No tuve miedo. El médico me ayudó mucho y me resolvió las dudas. A partir de ahí, me fue todo muy bien”

darle cita en otro momento o derivarte a otro profesional. Y por último, no le ocultes información relevante o le mientas por temor a su reacción. Es importante que tu médico reciba la información más completa y veraz posible por tu parte.

- **Acompáñate del equipo de enfermería.** Son personas expertas en apoyo, cuidado y educación sanitaria. Pueden resolverte dudas relacionadas con tu bienestar y darte consejos prácticos para que tu calidad de vida mejore.
- **Los profesionales sanitarios son tus aliados,** evita las confrontaciones. Quizá hubo momentos en los que no te sentiste cómodo al recibir ciertas informaciones, por preguntas que te hicieron o por la forma en que te atendieron. El respeto es un pilar básico que deben cumplir tanto el profesional como el paciente. Con esta premisa, habrá veces en que se establezca una relación cercana y de confianza y otras en que esta no se logre. Ello dependerá tanto del paciente como del profesional. Cada persona es

diferente y posee habilidades o preferencias distintas en materia de comunicación. Además, el escaso tiempo de consulta, la carga asistencial del profesional o la situación de estrés o ansiedad del paciente pueden no ayudar en este proceso. Así pues, procura no interpretar posibles discordancias en esta relación como algo personal. Crear una relación de respeto y confianza es responsabilidad de ambos. Si no te encuentras a gusto, si el médico no se ha ganado tu confianza o si ha habido alguna situación por la que hayas decidido que no quieres continuar con él, recuerda que tienes derecho a cambiar de profesional.



3. Derechos del paciente

La noticia del diagnóstico llega como un jarro de agua fría. De un día para otro, te habrás visto inmerso en un itinerario asistencial de pruebas médicas, consultas, tratamientos y trámites administrativos varios. Como se explica en el CAPÍTULO 6, cada persona vive este proceso de forma diferente; al fin y al cabo, todos somos distintos, y también lo son nuestras circunstancias. El itinerario es individualizado, y la forma de recorrerlo depende de cada persona y de su situación clínica.

Para conseguir que este complejo itinerario asistencial sea lo más fácil posible, es importante que conozcas tus derechos. Por ello, te proponemos leer el marco normativo que te ampara y que te permitirá conocer tus opciones y derechos como paciente. A continuación compartimos contigo tres recursos principales que tienes a tu disposición y que es importante que tengas en cuenta en el transcurso de tu enfermedad:

Consentimiento informado. Cualquier actuación sanitaria que recibas requiere de tu consentimiento, el cual debes otorgar de forma libre y voluntaria. Es decir, sin presiones ni coacciones. Tendemos a pensar que el consentimiento informado está ligado a un documento escrito que debemos firmar, pero este derecho es mucho más amplio y conviene aclarar dos mitos que suelen asociarse a él:

1. En primer lugar, **no debe considerarse un acto aislado, sino un proceso de información y diálogo** en el cual el paciente es consciente y comprende la información que recibe y otorga su consentimiento de forma reflexionada. Así lo recoge la ley, que relaciona el consentimiento con el derecho a la información que permita al paciente valorar las opciones que tenga a su disposición.

2. Por otro lado, **esta conformidad no siempre se da por escrito.** Es más, lo habitual es que el paciente consienta verbalmente, en las conversaciones que mantiene con los profesionales sanitarios que lo atienden. De ahí la importancia de la comunicación con el equipo asistencial de la que hemos hablado en el apartado anterior. El consentimiento escrito será necesario en caso de intervención quirúrgica, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en cualquier otra actuación que comporte riesgos negativos para tu salud. Revisar el contenido del documento de consentimiento informado es muy importante para valorar la idoneidad de cada uno de ellos. Aunque creas que no tienes conocimiento suficiente para valorarlo, es conveniente que lo leas y resuelvas las dudas que tengas. Llévatelo a casa si quieres tomarte tu tiempo para ello.

Segunda opinión médica. La segunda opinión médica

es un derecho que te corresponde y que te permitirá conocer cómo valora otro médico especialista el diagnóstico o el tratamiento del cáncer de próstata. En otro tiempo hubo cierta resistencia a solicitarla, por el temor a ocasionar malestar al profesional que atendía al paciente y que eso pudiera afectar a la relación entre ambos. Sin embargo, hoy en día es un procedimiento habitual que **permite contrastar una información que es prioritaria para nuestra salud** y afrontar con mayor control y seguridad al proceso asistencial. Así que, si estás interesado, te animamos a que comentes esta posibilidad con tu médico. Él conoce bien este recurso e incluso puede sugerirte otro profesional para que solicites esta segunda opinión.

En el sistema público, la segunda opinión médica es un derecho que solo puede ejercerse una vez durante el proceso asistencial. Además, para ello han de reunirse ciertos requisitos clínicos que pueden ser diferentes en cada comunidad autónoma. Por ello, es recomendable que acudas al Servicio de Atención al Paciente o Usuario de tu centro hospitalario para obtener más información al respecto.

Voluntades anticipadas / Instrucciones previas.

Este derecho permite manifestar, por escrito y de forma anticipada, **tu voluntad en relación con los**

cuidados y el tratamiento, para que se cumplan en caso de que no puedas expresarlos personalmente (si te encuentras inconsciente o incapacitado para ello). Puedes incluir en el documento el nombre de un representante, que será tu interlocutor en esas circunstancias y se asegurará de que tus deseos se cumplan. De igual forma, tienes la oportunidad de reflejar tus preferencias sobre el destino que deseas que se dé a tu cuerpo o tus órganos en caso de fallecimiento; si así lo quieres, podrás dejar escrito tu deseo de donarlos.

Existen modelos de documento de instrucciones previas que puedes utilizar. Consúltalo en el en la Unidad de Atención al Paciente o Usuario de tu hospital o a través de las páginas web de las diferentes consejerías de sanidad autonómicas. Infórmate en estos lugares, ya que existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Cuando lo hayas hecho, te recomendamos que compartas el documento con tu médico, para asegurarte de que se incluya en la historia clínica, y también con tu familia, especialmente con la persona designada como representante, para que conozcan tus preferencias y puedas resolver cualquier duda que les surja.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y GUÍAS

Castañó, F. y Villalón, D. (2017). La fatiga durante la enfermedad: permítete un descanso. La Vida en Rosa, 9.

Feliu, J., López-Santiago, S., Martínez, V. y Cruzado, J. A. (2012). Deterioro cognitivo inducido por el tratamiento antineoplásico. Monográfico SEOM de largos supervivientes de cáncer. Disponible en www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf

Fundación MÁS QUE IDEAS. (2017). Cáncer de próstata en primera persona. Disponible en www.fundacionmasqueideas.org/portfolio/cancer_de_prostata

Fundación MÁS QUE IDEAS. (2016). En el amor y en el cáncer. El libro para las parejas de los pacientes. Disponible en fundacionmasqueideas.org/portfolio/amorycancer2/

Grupo Español de Pacientes con Cáncer. (2012). Recomendaciones básicas para pacientes en relación a la toxicidad por quimioterapia. Disponible en www.gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/GU%C3%8DA_TOXICIDAD_QUIMIOTERAPIA.pdf

Jardin, A., Wagner, G., Khoury, S., Giuliano, F., Padma-Nathan, H. y Rosen, R. (1999). Recommendations of the International Scientific Committee on the: Evaluation and Treatment of Erectile Dysfunction. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction, Paris.

Maroto, J. P. y Peña, J. A. (2011). Hablemos del cáncer de próstata. Colección “Hablemos de...”. Barcelona: ACV ediciones.

Puigvert, A., Pomerol, J. M. y Martin, A. (2013). Documento de Consenso sobre disfunción eréctil. Disponible en www.asesa.org/attach/admin/pro_documentos/Documento_de_Consenso_sobre_DE.pdf

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS / ACADÉMICOS

Bellizzi, K. M., Latini, D. M., Cowan, J. E., et al. (2008). Fear of recurrence, symptom burden, and health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urol*, 72, 1269-77. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18342930

Blasco, A., Caballero, C. y Camps, C. (2013). Deterioro cognitivo asociado al tratamiento oncológico. *CM de Psicobioquímica*, 2, 26-36. Disponible en www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/03.pdf

Box, R., Reul-Hirche, H., Bullock-Saxton, J. y Furnival, C. (2002). Physiotherapy after breast cancer surgery: Results of a

randomised controlled study to minimise lymphoedema. *Breast Cancer Research and Treatment*; 75(1), 51-64. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12500934

Carlsson, S., Drevin, L., Loeb, S., Widmark, A., Lissbrant, I. F., Robinson, D., et al. (2016). *BJU international*, 117(6b), E36-45. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25959859

Chen, R. C., Clark, J. A. y Talcott, J. A. (2009). Individualizing quality-of-life outcomes reporting: How localized prostate cancer treatments affect patients with different levels of baseline urinary, bowel, and sexual function. *J Clin Oncol*, 27, 3916-22. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19620493

Ferlay, J., Parkin, D. M. y Steliarova-Foucher, E. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*, 46, 765-81. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116997

Frey, A. U., Sonksen, J. y Fode, M. (2014). Neglected side effects after radical prostatectomy: a systematic review. *The journal of sexual medicine*, 11(2), 374-85. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267516

Godoy, M., Pereira, M., Oliani, A. y de Godoy, J. M. (2012). Synergic effect of compression therapy and controlled active exercises using a facilitating device in the treatment of arm lymphedema. *International Journal of Medical Sciences*, 9(4), 280-284.

Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372933/

Gomella, L. G., Johannes, J. y Trabulsi, E. J. (2009). Current prostate cancer treatments: Effect on quality of life. *Urology*, 73, S28-S35. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19375624

Hackshaw-McGeagh, L. E., Perry, R. E., Leach, V. A., Qandil, S., Jeffreys, M. y Martin, R. M. (2015). A Systematic review of dietary, nutritional, and physical activity interventions for the prevention of prostate cancer progression and mortality. *Cancer causes Control*, 26, 1521-50. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26354897

Hatzimouratidis, K., Giuliano, F., Moncada, I., Muneer, A., Salonia, A. y Verze, P. (2016). EAU Guidelines on erectile dysfunction, premature ejaculation, penile curvature and priapism. *European Association of Urology*. Disponible en: uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Male-Sexual-Dysfunction-2016-3.pdf

Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J. y Thun, M. J. (2009). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 59, 225-49. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19474385>

Kimura, M., Banez, L. L., Schroeck, F. R., Gerber, L., Qi, J., Satoh, T., et al. (2011). Factors predicting early and late phase decline of sexual health-related quality of life following radical prostatectomy. *The journal of sexual medicine*, 8(10), 2935-43. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771284

Kwan, M., Darbinian, J., Schmitz, K., Citron, R., Partee, P., Kutner, S. y Kushi, L. (2010). Risk factors for lymphedema in a prospective breast cancer survivorship study: The pathways study. *Archives of Surgery*, 145(11), 1055-1063. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21079093

Martin, N. E. y D'Amico, A. V. (2017). Progress and controversies: Radiation therapy for prostate cancer. *Urol Oncol*, 35(2), 59-68. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25234700

Martín Ruiz, M. J. y Escrivá de Romaní Vereterra, A. (2014). Tratamiento en consulta de Enfermería de Urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical. *Enfuro*, 126, 30-37. Disponible en dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5015927

McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A. y Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 88-99. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7848055

Mohamad, H., McNeill, G., Haseen, F., N'Dow, J., Craig, L. C. y Heys, S. D. (2015). The effect of dietary and exercise interventions on body weight in prostate cancer patients: a systematic review. *Nutrition and Cancer*, 674(1), 3-60. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25425328

Moon, D. H., Efstathiou, J. A. y Chen, R. C. (2017). What is the best

way to radiate the prostate in 2016? *Urol Oncol* 35(2), 59-68. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27395453

Mottet, N., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., Fossati, N., et al. (2018). EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. *Urol.*, 10. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27568654

Moyad, M. A., Newton, R. U., Tunn, U. W. y Gruca, D. (2016). Integrating diet and exercise into care of prostate cancer patients on androgen deprivation therapy. *Research and Reports in Urology*, 8, 133-143. Disponible en www.dovepress.com/integrating-diet-and-exercise-into-care-of-prostate-cancer-patients-o-peer-reviewed-article-RRU

Owen, P. J., Daly, R. M., Livingston, P. M. y Fraser, S. F. (2017). Lifestyle guidelines for managing adverse effects on bone health and body composition in men treated with androgen deprivation therapy for prostate cancer: an update. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 20(2), 137-145. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28117386

Penson, D. F., McLerran, D., Feng, Z., Li, L., Albertsen, P. C., Gilliland, F. D., et al. (2005). 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *The Journal of urology*, 173(5), 1701-5. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15821561

Plata, A., Bello, T. y Masip, C. (2014). Epidemiología del cáncer de próstata. Archivos españoles de urología, 67(5), 373-382. Disponible en dialnet.unirioja.es/ejemplar/367559

Sanda, M. G., Cadeddu, J. A., Kirkby, E., Chen, R. C., Crispino, T., Fontanarosa, J., Freedland, S. J., et al. (2014). Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part II: Recommended Approaches and Details of Specific Care Options. CA Cancer J Clin, 64(6), 389-407. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29331546

Steginga, S. K., Occhipinti, J. D., Gardiner, R. A., et al. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer. Psycho-Oncology, 10, 66-75. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11180578

PÁGINAS WEB

Página web Cancer.net
www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer

Página web del Instituto Nacional del Cáncer (NCI)
www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata

Página web de National Alliance of State Prostate Cancer Coalitions (NASPCC)
naspcc.org

Página web de Prostate Cancer Foundation
www.prostatecancerfoundation.org

Página web Radiation Therapy Answers
www.rtanswers.org

Página web de la Seguridad Social
Trámites y gestiones:
www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/index.htm

Página web de la Sociedad Americana del Cáncer
www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata.html

Página web de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica
www.astro.org

Página web de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/prostata

Página web Us Too! (¡Nosotros también!). Red internacional de información y apoyo para el cáncer de próstata
www.ustoo.org

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Ablativo (tratamiento ablativo):** relativo a la ablación. En medicina, ablación es la destrucción completa de un órgano o de un tejido, ya sea mediante una intervención quirúrgica o usando medios físicos o compuestos químicos.
- **Actividad aeróbica:** ejercicio físico que necesita oxígeno para su realización (aeróbico significa “con oxígeno”). Ejemplo: andar, pedalear...
- **Adenocarcinoma:** adeno es un prefijo que significa “glándula”. El adenocarcinoma es un tumor que aparece en las células glandulares que revisten algunos órganos.
- **Adherencia:** en medicina se refiere a la unión que se produce de modo accidental en algunas partes del cuerpo que deben estar separadas; es una unión anormal entre órganos o tejidos contiguos.
- **Adrenérgico:** adjetivo usado en medicina y farmacología para referirse a la adrenalina, llamada de forma generalizada epinefrina. Se dice de lo que es activado o transmitido por la adrenalina o noradrenalina y de la terminación nerviosa en la que el impulso nervioso se transmite mediante la liberación de adrenalina y noradrenalina.
- **Anticolinérgico:** los anticolinérgicos son sustancias, naturales o sintetizadas, que actúan inhibiendo la actividad de la acetilcolina en el sistema nervioso central y periférico. El más conocido de todos estos fármacos es la atropina. Actúan bloqueando alguno de los receptores de la acetilcolina y son de dos tipos: muscarínicos y nicotínicos. Se utilizan fundamentalmente por su acción sobre el sistema nervioso periférico.
- **Antígeno:** sustancia que, introducida en un organismo animal, es capaz de estimular la formación de anticuerpos y reaccionar específicamente con ellos.
- **Astenia:** situación de debilidad general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente, debido a causas de diferente índole: físicas, emocionales y/o sociales, por ejemplo.
- **Biofeedback:** técnica que permite aprender a controlar las funciones fisiológicas del paciente para mejorar su salud, tanto física como psíquica, y su calidad de vida. Mediante estimulación electroterapéutica, el paciente es entrenado para mejorar su salud usando señales de su propio cuerpo. Se utiliza a menudo como una técnica de relajación.

- **Biomarcadores:** indicadores biológicos para medir una respuesta o estado biológico.
- **Carcinoma:** denominación genérica de todos aquellos tumores que se inician en la piel o en las células superficiales de los órganos internos (pulmón, mama, colon, útero, etc.).
- **Castración química:** uso de medicamentos destinados a suprimir el funcionamiento de los testículos o los ovarios.
- **Células natural killer:** son un tipo de linfocitos que eliminan de forma espontánea células tumorales y células infectadas por diferentes patógenos.
- **Circadiano:** se llama ciclo circadiano al reloj biológico que posee el organismo humano y que le permite adaptarse a los diversos cambios ambientales y horarios, así como regular, entre otros, el ciclo noche-vigilia. Es un ritmo que se repite cada 24 horas e influye notablemente en nuestros hábitos de sueño y descanso. El reloj circadiano es el responsable de generar las oscilaciones de los procesos biológicos de forma coordinada con el ciclo día-noche y los cambios de luz y temperatura asociados a él. El ciclo celular, por su parte, se encarga de la división y el crecimiento de las células. Si el ciclo celular no funciona

correctamente, los efectos en los organismos son dramáticos: el caso más conocido es el desarrollo de cáncer.

- **Cistitis:** irritación de la vejiga.
- **Deglución:** paso de cualquier sustancia, sólida o líquida, desde la boca al estómago.
- **Deprivación androgénica:** tratamiento para suprimir o bloquear la producción o la acción de las hormonas masculinas.
- **Diabetes mellitus (DM):** conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica.
- **Disfagia:** síntoma digestivo que significa dificultad para alimentarse. Las personas que lo padecen necesitan más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago.
- **Fuerza isométrica:** tiene lugar cuando la fuerza que se ejerce sobre un cuerpo no produce el movimiento de este, es decir, la resistencia a dicha fuerza no implica movimiento alguno y el cuerpo permanece estático, sin movimiento. Ejemplo: empujar una pared.

- **Ejercicios de propiocepción:** la propiocepción es la capacidad de sentir la posición relativa de las partes de nuestro cuerpo. La función de estos ejercicios es lograr el control del equilibrio, la coordinación de ambos lados del cuerpo y el mantenimiento del nivel de alerta del sistema nervioso.
- **Entrenamiento vesical:** entrenamiento de la vejiga.
- **Esfera cognitiva:** el estudio de la personalidad abarca las esferas cognitiva, afectiva, física y social, todas ellas interrelacionadas. En la esfera cognitiva existe una estrecha interrelación entre los términos: inteligencia, conocimientos, aptitudes, hábitos y habilidades.
- **Esfínter:** músculo en forma de anillo que abre y cierra el orificio de una cavidad del cuerpo por donde se expulsa o retiene alguna secreción.
- **Fibrosis:** formación patológica del tejido fibroso de un órgano del cuerpo.
- **Fosfatasa alcalina o de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH):** son un grupo de enzimas que segrega nuestro organismo. Conocer su variación es útil para detectar enfermedades.
- **Grasas trans:** son el resultado de la transformación de un aceite líquido en una grasa sólida mediante la adición de hidrógenos. Este proceso se llama hidrogenación y sirve para incrementar el tiempo de vida útil de los alimentos. Investigaciones recientes han indicado que las grasas trans pueden ser nocivas para la salud, fundamentalmente debido a que elevan el colesterol “malo” (LDL) y los triglicéridos.
- **Hiperestesia:** aumento anormal de la sensibilidad, como la sensación de cosquilleo o embotamiento.
- **Hiperplasia:** excesiva multiplicación de células normales en un órgano o en un tejido.
- **Isótopo:** en química, cada una de las variedades de un átomo de cierto elemento químico, cada una de las cuales posee un núcleo atómico diferente. El isótopo radiactivo recibe diferentes nombres: radioisótopo, radionúclido o nucleido radiactivo.
- **Linfedema:** inflamación que se produce en las extremidades debido a una acumulación de la linfa en los tejidos blandos.
- **Metástasis:** propagación del cáncer a un órgano distinto de aquel en que se inició.

- **Neuroendocrino:** hace relación a las interacciones que se producen entre el sistema nervioso y el sistema endocrino. Neuroendocrino se refiere a ciertas células que envían hormonas a la sangre en respuesta a la estimulación del sistema nervioso.
- **Neuropatía:** enfermedad del sistema nervioso que produce dolor, adormecimiento, cosquilleo, hinchazón y debilidad muscular en distintas partes del cuerpo.
- **Neuropraxia:** lesión de un nervio que causa parcialmente entumecimiento, cosquilleo o dolor quemante en una o varias extremidades.
- **Neutrófilos:** son el tipo más común de glóbulos blancos. Constituyen aproximadamente entre el 45 y 70% de todos los glóbulos blancos de la sangre. Defienden al organismo de infecciones bacterianas y micóticas y son el primer tipo de célula inmune que responde y llega al sitio de la infección.
- **Osteoporosis:** fragilidad de los huesos producida por su descalcificación, con formación de poros y disminución de la densidad ósea.
- **Periné o suelo pélvico:** también conocido como perineo; corresponde a la región anatómica existente entre el orificio anal y la zona genital.
- **Prevalencia:** en epidemiología, proporción de personas que tienen una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.
- **Prostatitis:** inflamación de la próstata.
- **Prostatectomía:** cirugía para extirpar total o parcialmente la próstata y parte del tejido que la rodea.
- **PSA:** antígeno prostático específico, proteína elaborada por la próstata que se encuentra en la sangre.
- **Puntuación Gleason:** el sistema de puntuación Gleason es posiblemente el sistema de determinación de los grados del cáncer de próstata empleado con mayor frecuencia. El patólogo observa cómo se disponen las células cancerosas en la próstata y asigna una puntuación en una escala de 1 a 5. Las células cancerosas que tienen aspecto similar a las células sanas reciben una puntuación baja, mientras que aquellas que se parecen menos a las células sanas o cuyo aspecto es más agresivo reciben una puntuación alta.

- **Radiación ionizante:** cualquiera de los varios tipos de partículas y rayos emitidos por material radiactivo, equipos de alto voltaje, reacciones nucleares y también por las estrellas. Los más importantes para la salud son las partículas alfa y beta, los rayos X y los rayos gama. Los rayos X y los gama son tipos de radiación electromagnéticas.
- **Recidiva:** reaparición del cáncer.
- **Sarcomas:** tipo de cáncer que empieza en el hueso o en los tejidos blandos del cuerpo, como el cartílago, la grasa, los músculos, los vasos sanguíneos, el tejido fibroso u otro tejido conjuntivo o de sostén. Los diferentes tipos de sarcoma dependen del lugar donde se forma el cáncer. Por ejemplo, el osteosarcoma se inicia en los huesos, el liposarcoma en la grasa y el rabdomiosarcoma en el músculo.
- **Sepsis:** infección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas.
- **Sonda vesical:** tubo muy fino que se utiliza para ayudar en la expulsión de la orina.
- **Suelo pélvico:** es un conjunto de músculos y

ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina, y recto) en la posición adecuada, porque de ello depende su normal funcionamiento.

- **Tonificación:** la tonificación muscular está relacionada, como su propio nombre indica, con el tono de un músculo, es decir, la dureza de dicho músculo cuando está en reposo. Un músculo siempre se tonifica con el ejercicio, pero cada persona posee su propio tono muscular y, además, existe un tono máximo para cada músculo, por lo que una vez alcanzado ese límite estará plenamente tonificado. En definitiva, tonificar un músculo es ejercitarlo para fortalecerlo y que esté lo más duro posible en posición relajada, sin hacer esfuerzo.
- **Vascularización:** forma en que los vasos se distribuyen en un determinado órgano. Frecuentemente se usa la expresión “mejorar la vascularización” para referirse a la mejora del riego sanguíneo.
- **Vástago:** pieza en forma de varilla que sirve para articular o sostener otras piezas.

LA PARTICIPACIÓN DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES Y DE LOS AUTORES COMO REPRESENTANTES DE LAS MISMAS, HA PERMITIDO REUNIR EN ESTA GUÍA INFORMACIÓN DE CALIDAD DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS PROFESIONALES



Asociación Española Contra
el Cáncer (AECC)
www.aecc.es



Asociación Española de
Linfedema (AEL)
www.aelinfedema.org

Organización no lucrativa, privada y declarada de utilidad pública que lleva 65 años trabajando contra esta enfermedad y que atiende anualmente a más de 400.000 personas. La AECC integra a pacientes, familiares, personas voluntarias y profesionales que trabajan unidos para prevenir, sensibilizar, acompañar a las personas afectadas y financiar proyectos de investigación oncológica que permitirán un mejor diagnóstico y tratamiento del cáncer. A día de hoy, es la entidad social y privada que más fondos destina a investigar el cáncer en España.

Pone a disposición de pacientes y familiares: servicios de asesoramiento, atención psicológica y apoyo social a través de 52 delegaciones provinciales y del teléfono gratuito INFOCÁNCER: 900 100 036 (24 horas x 7 días), y contribuye al análisis de la realidad del cáncer en España a través de su Observatorio del Cáncer.

Asociación de profesionales especializados en linfedema en España, de la que pueden formar parte sanitarios (médicos, fisioterapeutas, enfermeros, podólogos, psicólogos, nutricionistas...) profesionales de la actividad física y el deporte y personas voluntarias (pacientes, familiares, estudiantes...). Su principal objetivo es que el paciente tenga acceso a tratamientos de máxima calidad y a información científica contrastada y veraz. Realizan formación a profesionales. Buscan sensibilizar sobre la existencia del linfedema, para ayudar a prevenirlo o tratarlo si ya existe, fomentar la investigación, poner en conocimiento de todos las últimas novedades relacionadas con linfedema, lipedema y patología veno-linfática.



Academia Española de Nutrición y Dietética (AEND)
www.academianutricionydietetica.org

La Academia Española de Nutrición y Dietética es una institución que representa los intereses científicos de la nutrición humana y dietética de los profesionales de la nutrición y la salud de este país, otorgándole el máximo reconocimiento científico y público en España.

La Academia promueve una nutrición y dietética basada en la evidencia y la revisión, estudio y posicionamiento científico de la Nutrición Humana, Dietética y Alimentación en ausencia de conflicto de intereses económicos.

La Academia tiene entre sus fines la divulgación de las ciencias de la Nutrición Humana, Dietética y Alimentación velando por los intereses generales de la población.



Asociación Española de Urología (AEU)
www.aeu.es

Sociedad científica nacida con el propósito de fomentar la investigación y el estudio de las afecciones, tanto médicas como quirúrgicas, del aparato urinario secretor y excretor de ambos sexos y del aparato genital masculino, suprarrenales, etc., y de todas las alteraciones derivadas de la patología de los mismos; así como promover y defender los derechos y el rango que a la Urología corresponden, así como el ejercicio profesional de sus miembros.

La AEU, para el desarrollo de su labor científica celebra actividades científicas, Grupos de Trabajo y Congresos Nacionales, que refleja en su revista Actas Urológicas Españolas.



**Grupo Español de Oncología
Genitourinaria (SOGUG)**

www.sogug.es

Asociación sin ánimo de lucro, que tiene como principales objetivos promover la investigación clínica y traslacional en este ámbito de la oncología, apoyar la formación de calidad de sus miembros, así como informar y sensibilizar a la población acerca de los tumores genitourinarios.

El grupo ha liderado ensayos multicéntricos en todas sus etapas, desde fase I a fase IV, en tumores prostáticos, de riñón y vejiga entre otros. Asimismo ha trabajado intensamente en el terreno de la investigación traslacional favoreciendo la interacción entre investigadores clínicos y básicos, como pilar para el progreso hacia la individualización de los tratamientos.



**Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición (SEEN)**

www.seen.es

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) es una sociedad científica compuesta por endocrinólogos, bioquímicos, biólogos y otros especialistas que trabajan en el campo de la endocrinología, nutrición y metabolismo, para profundizar en su conocimiento y difundirlo.

En la actualidad, la SEEN está formada por 1.700 miembros, todos ellos implicados en el estudio de las hormonas, el metabolismo y la nutrición. Está reconocida como una sociedad científica de referencia en estas áreas temáticas entre cuyos objetivos se encuentra la generación de nuevos conocimientos y su traslado a la atención clínica que conlleve mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de aquellos pacientes con enfermedades endocrinológicas y/o nutricionales.



Sociedad Española de Oncología
Radioterápica (SEOR)

www.seor.es

Es una asociación de derecho privado, de carácter científico, sin ánimo de lucro que agrupa a más de 1.000 facultativos especialistas españoles o extranjeros (incluyendo médicos en formación) cuyo trabajo se desarrolla fundamentalmente en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades no neoplásicas, mediante el uso de las radiaciones ionizantes exclusivamente o asociada a otras modalidades terapéuticas (cirugía, quimioterapia, bio-fármacos).

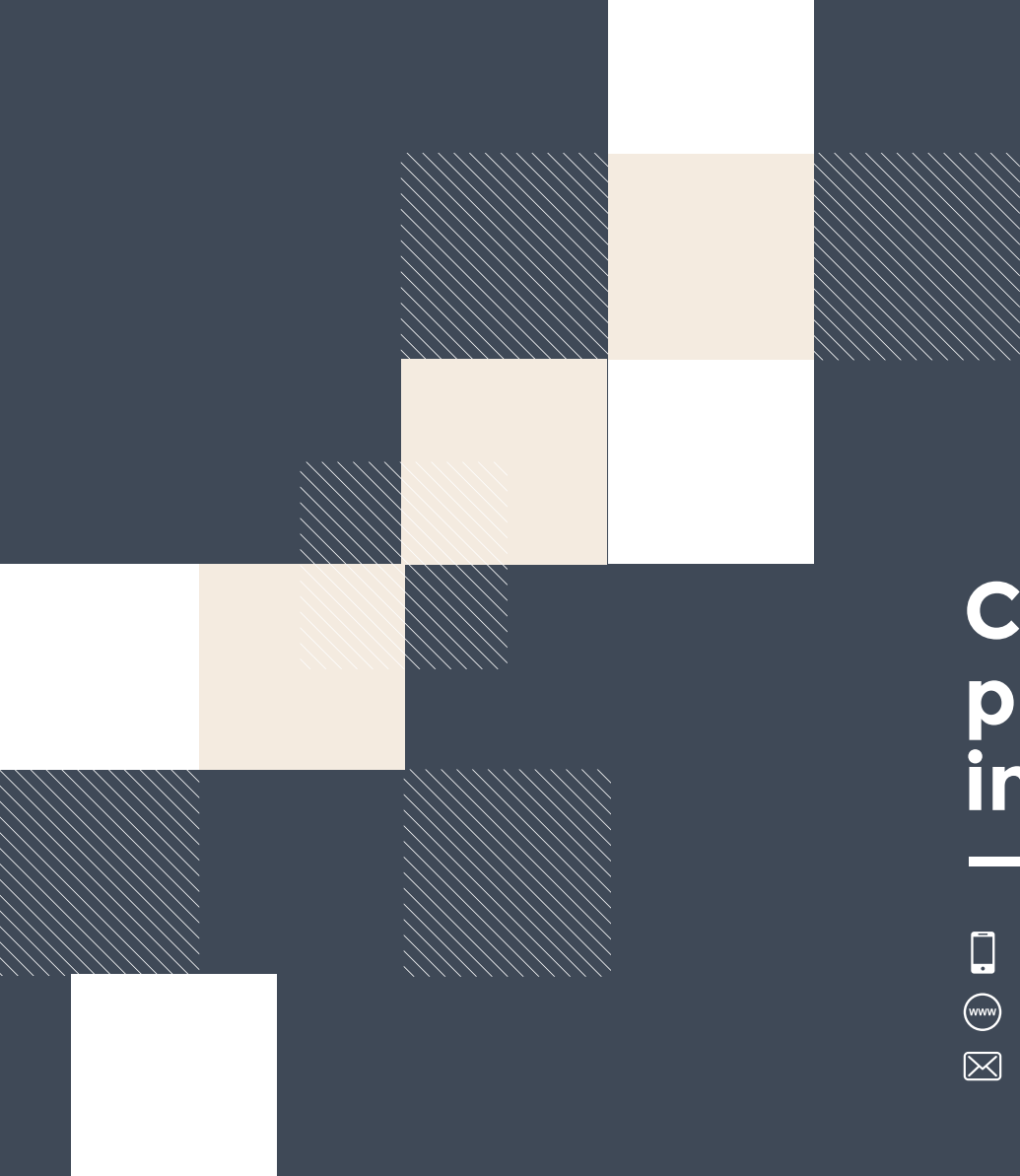
Sus especialistas realizan su actividad clínica en el campo de la epidemiología, prevención, patogenia, clínica, diagnóstico, tratamiento y valoración pronóstica de las neoplasias, sobre todo del tratamiento basado en las radiaciones ionizantes.

Actualmente está estructurada en una Junta Directiva y Grupos de Trabajo especializados en las diferentes áreas

tumorales. En el área formativa con la creación de una Escuela llamada Campus Oncología, además de jornadas y cursos específicos.

El campo de investigación se desarrolla específicamente a través de los grupos de trabajo que participan en los diferentes protocolos de investigación y en colaboración estrecha con otros grupos nacionales. Por otro lado, otorga becas de formación y expresa los últimos avances a través de su congreso nacional y tiene acuerdos específicos de colaboración con las principales sociedades y asociaciones oncológicas nacionales y europeas.

NOTAS



Contacta para más información



674 265 211



www.fundacionmasqueideas.org



lasideasde@fundacionmasqueideas.org

#SumandoenSalud

