



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2021

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, US TOO Y MALE CARE

Directores: Professor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

¿Y EL CÁNCER?

Seguimos bajo la ventana de Overton, aquél prestigioso economista que observó que la sociedad solo puede ocuparse en un tema al mismo tiempo. Ahora es el Covid19, terrible pandemia que ha desbordado todas las previsiones, sociales, políticas, sanitarias, económicas...Cierto es y lógico que se le dedique la mayor atención, como ventana de Overton que indudablemente es.

Pero nadie nos hará olvidar la gravedad de otras enfermedades. El cáncer es un paradigma de ello. En efecto, solo en España tenemos cada año unos 270.000 casos nuevos con 100.000 muertes también al año. Cerca de nuevos casos cada mes, cerca de mil diarios; cerca de 9.000 muertos mensuales.

Y hay muchas quejas acerca de la suspensión de programas de detección precoz, de prevención, soporte, retrasos en los tratamientos. Pasada la epidemia (¡ya!) sabremos la realidad e impacto de estos problemas en la atención de enfermedades no-Covid.

Y hay muchas quejas acerca de la suspensión de programas de detección precoz, de prevención, soporte, retrasos en los tratamientos. Pasada la epidemia (¡ya!) sabremos la realidad e impacto de estos problemas en la atención de enfermedades no-Covid.

Y tendremos que convenir en que la ventana de Overton es fatal, que nuestro sistema público de salud debe estar ampliamente recolocados para que puedan atender la ventana de Overton principal en un momento determinado, sin que decaiga la propia de las otras ventanas.

Debemos incrementar al máximo posible los recursos de la Sanidad pública para que pueda ser más elástica, adaptable a las posibles y distintas ventanas de Overton. El esfuerzo que viene realizando nuestro sistema sanitario público es extraordinario. Merece todo nuestro aliento y felicitación, lo cual se expresa, desde un tiempo inmemorial, proporcionando los recursos adecuados. La fatal política de los recortes en Sanidad está cobrando un indebido peaje.

(viene de la pag.1)

Y hay muchas quejas acerca de la suspensión de programas de detección precoz, de prevención, soporte, retrasos en los tratamientos. Pasada la epidemia (¡ya!) sabremos la realidad e impacto de estos problemas en la atención de enfermedades no-Covid.

Y tendremos que convenir en que la ventana de Overton es fatal, que nuestro sistema público de salud debe estar ampliamente recolocado para que puedan atender la ventana de Overton principal en un momento determinado, sin que decaiga la propia de las otras ventanas.

Debemos incrementar al máximo posible los recursos de la Sanidad pública para que pueda ser más elástica, adaptable a las posibles y distintas ventanas de Overton. El esfuerzo que viene realizando nuestro sistema sanitario público es extraordinario. Merece todo nuestro aliento y felicitación, lo cual se expresa, desde un tiempo inmemorial, proporcionando los recursos adecuados. La fatal política de los recortes en Sanidad está cobrando un indebido peaje.

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL COMO COMPLICACIÓN TRANSITORIA DE LA BIOPSIA DE PRÓSTATA.

Fainberg J, Gaffney CD, Pierce H, Aboukhshaba A, Chughtai B, Christos P, and Kashanian JA en el Journal of Urology (205: 664-670, 2021) publican una amplia revisión de la literatura médica acerca de las consecuencias sobre la función eréctil en los 6 meses de la realización de la biopsia de próstata.

Para intentar objetivar la situación practicaron una revisión en 4 bases de datos, entre ellas MEDLINE y Cochrane. Incluyeron hombres de cualquier edad a los que se hubiera realizado una biopsia de próstata, sea vía transrectal o perineal, por sospecha de cáncer en dicha glándula.

En el estudio se utilizaron las puntuaciones del International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) (véase más abajo), antes de la biopsia y después de la misma. Las puntuaciones se realizaron al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de practicada la biopsia.

En su amplia revisión bibliográfica (metaanálisis) encontraron 9 publicaciones que reunían sus requerimientos.

Los resultados globales fueron los siguientes: 1) Al mes de la biopsia la mediana de puntuaciones disminuyó alrededor de 2,2 puntos. 2) Pero a los 3 y 6 meses no hubo diferencias al comparar con los datos de entrada, de antes de la biopsia.

La conclusión de los autores es que la biopsia de la próstata causa una disminución transitoria de la función sexual al mes de realizada, que se resuelve a partir del tercer mes.

En cuanto a la descripción del Índice Internacional de la Función Eréctil, recogemos la propuesta de Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al. "Desarrollo y evaluación de una versión abreviada de 5 ítems del Índice Internacional de Función Eréctil".

Revise cada pregunta y seleccione la respuesta que mejor describa su propia situación DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

1). ¿Cómo califica su confianza en que puede lograr y mantener una erección?

- Muy bajo
- Bajo
- Moderado
- Alto
- Muy alto

(sigue en la pag.3)

(viene de la pag.2)

2). Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para la penetración?

- Casi nunca / nunca
- Unas cuantas veces (mucho menos de la mitad)
- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- La mayoría de las veces (mucho más de la mitad)
- Casi siempre / siempre

3). Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

- Casi nunca / nunca
- Unas cuantas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Casi siempre / siempre

4). Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil fue mantener la erección hasta completar el coito?

- Extremadamente difícil
- Muy difícil
- Difícil
- Un poco difícil
- No es difícil

5). Cuando intentó tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

- Casi nunca / nunca
- Unas cuantas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
- A veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- Casi siempre / siempre

VALORACIÓN. Cada uno de los 5 ítems se evalúa en una escala cuyo máximo es 5, cuanto más bajo sea la puntuación, más pobre la función sexual. El resultado final oscila entre 5 y 25. La disfunción eréctil se puede clasificar en cinco categorías: severa (puntuación de 5-7), moderada (de 8-11), media a moderada (de 12-16), media (de 17-21), y no disfunción eréctil de 22-25).

LA PRUEBA GENOMICA ONCOTYPE DX® GPS DEMUESTRA SER VENTAJOSA DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA

La prueba genómica Oncotype DX® GPS ya es una realidad en algunos hospitales públicos y privados de nuestro país y en otros países de la Unión Europea. No obstante, desde la sanidad de algunos países, entre ellos el nuestro, se reclamaba la ausencia de estudios de coste-efectividad que avalaran la prueba. Esta situación ha cambiado desde hace poco.

El reciente estudio de impacto económico que ha llevado a cabo la Dra. Tilky desde Martini-Klinik de Hamburgo (Alemania) demuestra que la prueba genómica permite ahorrar al sistema sanitario hasta 2.690 euros por paciente. La razón que explica esta disminución del coste global se basa en que la prueba genómica permite obtener una estratificación más precisa del cáncer de próstata localizado, es decir un diagnóstico personalizado. Por esta razón, aumenta la confianza en la toma de decisiones y los hospitales que utilizan la prueba ven incrementada su tasa de vigilancia activa, evitando así algunas prostatectomías radicales y sus efectos secundarios derivados. Por lo tanto, el hecho de obtener un diagnóstico individualizado permite también un tratamiento personalizado, con el consiguiente incremento de la calidad de vida del paciente.

(Sigue en la pag.4)

(viene de la pag.3)

A modo de resumen, podemos decir que la prueba genómica Oncotype DX® GPS, que hasta ahora se consideraba una buena herramienta para el urólogo y el paciente, se convierte en una solución coste-efectiva para el sistema sanitario, ya que permite saber qué pacientes pueden beneficiarse de una vigilancia activa, a diferencia de aquellos que necesitan un tratamiento inmediato (cirugía o radioterapia). Si ya sabíamos que la prueba genómica podía evitar sobre tratar a nuestros pacientes, ahora sabemos que también es sostenible para el sistema sanitario, algo especialmente interesante durante el contexto actual de pandemia que estamos viviendo.

DEAMBULACIÓN Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

La doctora Elisabeth Salerno y colaboradores, de la Washington University School of Medicine y del National Cancer Institute de los Estados Unidos de América publican en Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, revista de la American Association for Cancer Research (número de marzo), un interesante estudio en el que se establece la posible relación entre una deambulación lenta y un aumento del riesgo de muerte entre supervivientes del cáncer.

El estudio no establece que el andar lentamente es la causa del aumento del riesgo de muerte, pero la posible asociación la encuentran hasta en nueve tipos de tumores (mama, colon, melanoma, linfoma no Hodgkin, cavidad oral, próstata, recto, pulmón y cánceres urinarios). Por ello, los investigadores están ampliando este estudio y, además, valorando si programas para aumentar la actividad física pueden mejorar la marcha de los afectados para intentar aumentar su supervivencia después del tratamiento.

Los investigadores estudiaron a más de 233,000 participantes (que fueron seguidos durante años), en edades entre 50 y 71 años. Rellenaron cuestionarios sobre su salud en general y la velocidad de marcha y si padecían algún problema respecto a esta (por ejemplo, andando muy despacio o ser incapaces de pasear).

Cuando se compararon con controles sanos, se observó que el 42% de los pacientes con cáncer andaban muy lentamente, con un 24% de ellos expresando discapacidad. Entre los que andaban más lentamente se observó un riesgo dos veces superior de muerte por cualquier causa, comparados con los que andaban rápido. La asociación entre discapacidad para la marcha (no solo paso lento) y muerte fue aún mayor, incluyendo en este aspecto, además, aparte de las 9 modalidades de cáncer mencionadas más arriba, cáncer de endometrio, cáncer endocrino, ovario y estómago.

La doctora Salerno reconoce una muy buena noticia: que los pacientes con cáncer viven cada vez más. Pero también considera que puede ser importante mejorar nuestro conocimiento de cómo el diagnóstico y el tratamiento de muchos cánceres pueden afectar la velocidad de la marcha durante la supervivencia. Con la ventaja que este problema secundario puede modificarse con estrategias de rehabilitación que mejorarán la salud de estos pacientes.

Los autores también señalan que supervivientes de cáncer comunicaban dificultades para la marcha incluso más de 5 años después de diagnóstico y tratamiento, sugiriendo que estos problemas afectan ampliamente y por muchos años a los supervivientes, lo que crea oportunidades para intervenir positivamente para intentar mejorar estos problemas.

LA ORIENTACIÓN SEXUAL PUEDE INFLUENCIAR LA PRÁCTICA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN DETERMINADOS CÁNCERES

El doctor Herriges y colaboradores presentaron, (febrero 11-13) los resultados de un estudio sobre la relación entre orientación sexual y actitud ante el diagnóstico precoz.

Se incluyeron, en dos años (2017-2019), más de 10.000 adultos entre ambos sexos, incluidos en la base de datos del Health Information National Trends Survey (HINTS (20172019)). Entre los hombres se identificaron 225 homosexuales o bisexuales (HHB) y 213 mujeres homosexuales o bisexuales (MHB).

Entre los HHB se observó que realizaron menos el screening por cáncer de próstata que los heterosexuales (34,7% vs 41,3%; $P = 0.013$). De un modo similar, las MHB se realizaron menos screening por cáncer de mama (54,5% vs 80,7%; $P < 0.001$) que las heterosexuales y también menos en cuanto al cáncer de cuello de útero (88,3 vs 95,4%; $P < 0,001$).

Los autores señalan que el diagnóstico precoz debe ser mejorado en estos colectivos.

NOTA DE LOS EDITORES: En el número de febrero de El jardín del cáncer de ellos comentamos la presentación del libro “Cáncer de próstata en heteros, gays y bisexuales” que va esencialmente en esta línea, abordando dicho cáncer para todos los hombres, con gran respeto por las distintas peculiaridades que pueden perjudicar a muchos de no ser conocidas y tenidas en cuenta.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA, NECESIDADES PSICOSOCIALES Y RETOS FUTUROS

MTRO. PSIC. MARCOS ESPINOZA BELLO

Posgrado en Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.

Residente Servicio de Psicooncología Instituto Nacional de Cancerología INCan.

La incidencia estimada para el cáncer de próstata (CaP) a nivel mundial es de 1 414 259 casos, con una mortalidad de 3.8 por cada 100 000 habitantes, y una prevalencia a 5 años de 4 956 901 casos, que representan 126.13 por cada 100 000 habitantes (Sung et al., 2021) aproximadamente el 81% de los pacientes con CaP tienen más de 65 años, mientras que en el grupo de edad de 45 a 54 la incidencia se ha informado de 6 por cada 100 000 habitantes al año (Bracarda et al., 2005). El CaP es a menudo un tumor de crecimiento lento que se caracteriza por una mortalidad específica por cáncer a 10 años del 24% (Bostwick et al., 2004). Se estima que la incidencia de esta enfermedad aumentará en las siguientes décadas (Sakr & Lucia, 2004).

En México, hasta el año 2020, se registraron 26 742 casos de CaP, 13.7 por 100 000 habitantes, ubicándose hasta ese año en el primer tipo de neoplasia más frecuente en la población masculina, cuando la cifra de muertes por dicho cáncer fue de 7 457 (8.3 por 100 000 habitantes) lo cual representa la segunda causa de muerte por cáncer en México y una prevalencia a 5 años de 90 670 personas (143.76 por cada 100 000 habitantes) (Sung et al., 2021), es importante mencionar que al momento del diagnóstico 40% de los pacientes son metastásicos (Scabuzzo et al., 2014).

(sigue en la pag.6)

(viene de la pag.5)

Los pacientes con CaP presentan diversas afectaciones físicas, psicológicas y sociales han identificado entre las alteraciones físicas: 25 % con fatiga (Monga et al., 2005); 10% a 15% presenta flujo de orina débil o flujo interrumpido, problemas urinarios (flujo de orina débil, incontinencia, nocturia) entre 50% a 60%, disfunción eréctil 15% y 70% dolor debido a metástasis (Chen et al., 2014).

Diversas investigaciones reportan que 17% presenta depresión en pretratamiento y 18% en el pos tratamiento, ansiedad 27% en el pretratamiento y 18% en postratamiento (Watts et al., 2014), la sintomatología de ansiedad es de 14.4% y de depresión en 13.4% con datos recabados de pacientes mexicanos (Espinoza Bello et al., 2020). Por otro lado, análisis realizados con factores predictores en 201 pacientes con CaP, señalanque aquellos con baja Calidad de Vida (49.2%) presentaron síntomas de ansiedad O.R: 6.4 (2.14-20.62) y depresión O.R: 18.94 (4.98-71.97) (Espinoza et al., 2020) por lo que se observa la necesidad de desarrollar programas de tamizaje psicosocial oportuna y de atención psicológica para este grupo pacientes y de sus familiares.

En otra investigación realizada en pacientes mexicanos, se validó la Escala de Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer versión próstata (FACT-P), se identificó un alfa de Cronbach de .79 con dos factores (dolor y función urinaria) y dos indicadores (función sexual y funcionalidad) que en su conjunto explicaron el 65.7% de la varianza, además el análisis factorial confirmatorio, mostró índices de ajuste adecuados, en general, la escala mostró discriminar entre pacientes metastásicos y no metastásicos (Espinoza-Bello et al., 2020).

Con la validación de esta escala ahora el personal de salud de atención clínica y de investigación son capaces de identificar el grado de afectación en la Calidad de Vida (CV) de forma válida y confiable asociados a los tratamientos médicos y al avance de la enfermedad, e incorporar tratamientos psicooncológicos dirigidos a atender la CV.

Según lo anteriormente señalado, se propone poner especial atención en la salud mental de este grupo de pacientes como parte de la atención hospitalaria que reciben, entre otras cosas, realizar valoración en el primer contacto con instrumentos ya validados en la población como el termómetro de distrés (Almanza et al., 2008), síntomas de ansiedad y depresión en la escala HADS (Galindo Vázquez et al., 2015), complementar con Calidad de Vida (Espinoza-Bello et al., 2020) y realizar seguimiento mediante entrevista cada semestre dependiendo de las visitas del paciente al hospital en las diversas fases (detección, diagnóstico, tratamiento, supervivencia o cuidados paliativos); por otro lado, hacer mayor énfasis en las campañas de difusión considerando aspectos psicológicos y psicoeducativos por ejemplo: el miedo, los mitos, la desinformación y las dudas para realizar pruebas de tamizaje como el antígeno prostático o el tacto rectal e informar las diversas herramientas con que cuentan los médicos con el objetivo de que se detecte en estadios iniciales el cáncer de próstata y disminuir el porcentaje de pacientes detectados de forma tardía.

Aún queda mucho por hacer en el país, se están trabajando líneas de investigación como percepción de la enfermedad, sexualidad, entre otros y por otro lado aspectos clínicos en psicooncología basada en la evidencia, con los objetivos de fortalecer por un lado la prevención y por otro tratar de manera oportuna a aquellos que ya tienen la enfermedad.

(sigue en la pag.7)

(viene de la pag.6)



Mtro. Psic. Marcos Espinoza Bello

Referencias:

Almanza, J. de J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209–217.

Bostwick, D. G., Burke, H. B., Djakiew, D., Euling, S., Ho, S. M., Landolph, J., Morrison, H., Sonawane, B., Shifflett, T., Waters, D. J., & Timms, B. (2004). Human prostate cancer risk factors. In *Cancer* (Vol. 101, Issue 10 SUPPL., pp. 2371–2490). *Cancer*. <https://doi.org/10.1002/cncr.20408>

Bracarda, S., De Cobelli, O., Greco, C., Prayer-Galetti, T., Valdagni, R., Gatta, G., De Braud, F., & Bartsch, G. (2005). Cancer of the prostate. In *Critical Reviews in Oncology/Hematology* (Vol. 56, Issue 3, pp. 379–396). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2005.03.010>

Chen, R. C., Chang, P., Vetter, R. J., Lukka, H., Stokes, W. A., Sanda, M. G., Watkins-Bruner, D., Reeve, B. B., & Sandler, H. M. (2014).

Recommended Patient-Reported Core Set of Symptoms to Measure in Prostate Cancer Treatment Trials. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 106(7), 1–7.

<https://doi.org/10.1093/jnci/dju132>

Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Ríos, M. A., Lerma, A., Acosta-Santos, N. A., Meneses-García, A. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2020). Psychometric properties of the functional assessment of cancer therapy, prostate version (FACT-P), in Mexican patients. *Cirugía y Cirujanos*, 88(6), 745–752.

<https://doi.org/10.24875/CIRU.19001755>

Espinoza Bello, M., Galindo Vázquez, O., Ángel Jiménez Ríos, M., Lerma Talamantes, A., Ariadna Acosta Santos, N., & Ángel Álvarez Avitia Ángel Herrera Gómez, M. (2020). Predictive factors for quality of life, anxious, and depressive symptoms in Mexican patients with prostate cancer. *Psicología y Salud*, 30(2), 141–152.

<https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2649>.

Galindo Vázquez, O., Benjet, C., García, F. J., Castillo, E. R., Rosas, A. R., Luis, J., Ponce, A., Ángel, M., Avitia, Á., & Aguilar, S. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Artículo Original Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>

Monga, U., Kerrigan, A. J., Thornby, J., Monga, T. N., & Zimmermann, K. P. (2005). Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 391–399.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16187251>

Sakr, W. A., & Lucia, M. S. (2004). Potential pathologic markers for prostate chemoprevention studies. In *Urologic Clinics of North America* (Vol. 31, Issue 2, pp. 227–235). Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/j.ucl.2004.03.001>

(sigue en la pag.8)

(viene de la pag.7)

Scabuzzo, A., Reynoso Noverón, N., Santana Rios, Z. A., & Jimenez Rios, M. A. (2014). P088 Prostate cancer in area without screening. European Urology Supplements, 13(5), 142-143.

[https://doi.org/10.1016/S1569-9056\(14\)61311-7](https://doi.org/10.1016/S1569-9056(14)61311-7)

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021).

Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians.

<https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. BMJ Open, 4(3), e003901. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003901>.

Para más información sobre los donativos clique [aquí](#).



FEFOC

Directores: J.Estapé, T.Estapé
Secretaria: M.Soler Vaqué

Marc Aureli, 14.
08006 - Barcelona
Telf. 93 217 21 82

Email: fefoc@fefoc.org
www.fefoc.org

Agradecemos la colaboración de:

