



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, USTOO Y MALE CARE

Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.

EDITORIAL

Debemos volver una y otra vez a las ventajas para la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata, localizado y de bajo riesgo, en ser informados objetivamente de las ventajas del no tratamiento, es decir, de la vigilancia activa como primera opción, antes que la prostatectomía o la radioterapia radical.

La vigilancia activa (VA) se va imponiendo en la mayoría de los países. Probablemente sus pioneros fueron los urólogos suecos. Hoy en día, quizás es USA la que reúne mayor aceptación hacia la misma. Sea como sea, nos felicitamos y con el mayor de los respetos, felicitamos a todos los profesionales sanitarios que han contribuido a tan increíble progreso.

No sea como un médico explicó hace unos días, en una TV de Barcelona, que el no tratamiento venía a ser una artimaña de la Administración

para ahorrar dinero. Hay de todo en la viña del señor, se dice con razón.

Hoy ofrecemos varios artículos al respecto del éxito y la demanda creciente de la VA. Pero alarma observar como su indicación varía enormemente según el medio en que se desenvuelve el paciente. Por ejemplo, en el cantón de Zúrich, la diferencia de aceptación de la VA, comparando los pacientes tratados en el hospital de Zúrich o fuera del mismo, por otros medios en dicho cantón, es alarmante.

También llamamos la atención hacia la efectividad del ejercicio físico a domicilio con control virtual y a la conveniencia de disminuir en lo posible los controles por imagen que puedan causar irradiación a pacientes con cáncer de testículo en estadio I.

El 4 de julio la doctora Tania Estapé participó en “El día del paciente”, dentro del Congreso de la EAU (European Urology Association).

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ELECCIÓN DE TRATAMIENTO EN CÁNCER DE PRÓSTATA Y LA DIVERSIDAD SEXUAL.

1. La vigilancia activa (VA) aparece como una gran opción en casos de cáncer de próstata (CP), localizados de baja agresividad. Es esencial que esos pacientes reciban soporte psicológico, especializado y continuado.

2. Sea como sea, los pacientes deben disponer de toda la información fidedigna necesaria para que elijan en libertad, según sus roles, preferencias y estilos de vida, el tratamiento que consideren más adecuado. Para los afectados por CP, que reúnan las condiciones para ser candidatos a la VA, esta es una opción para considerar en profundidad.

3. La actividad sexual es un aspecto muy importante en la identidad de todos los hombres, por lo que la impotencia sexual, puede llevar muchos de ellos a una seria crisis personal. Así muchos se sienten en inferioridad sexual, ven disminuida su autoconfianza, se abstienen del sexo y llegan a sentirse aislados social y en su relación sexual.

4. En cuanto a la erección, muchos pacientes opinan que la utilización de inyecciones en el pene y aparatos diversos para facilitar la relación sexual hacen el acto poco natural y disminuye la espontaneidad del sexo. Hay que hacer un pacto y buscar un equilibrio entre la curación y mantener en lo posible la función sexual. La VA, cuando esté indicada, puede ser la respuesta.

5. Se ha evaluado poco la repercusión de los tratamientos, en la que se compare entre heterosexuales (HT) y gays o bisexuales (GB). Pero se detectan claras diferencias. Se precisa una erección más firme para la penetración anal que para la vaginal, por lo que es posible que tratamientos efectivos para la disfunción eréctil lo sean en HS y no en BG.

6. En algún estudio se ha sugerido que solo una cuarta parte de GB, después del tratamiento clásico por PC tenían una erección con suficiente firmeza para el sexo anal. Y en otros, que solo el 40% de GB que tenían el rol penetrativo antes del tratamiento, se podían mantener como penetrativos. En otro estudio, solo el 8% de BG tratados, seguían siendo penetrativos, comparados con el 42% que lo eran de antes del tratamiento.

7. Cambio de rol. Para muchos GB, cambiar el rol sexual después del tratamiento no es siempre una solución para superar los efectos secundarios sobre el sexo. Porque el rol sexual puede significar una parte importante de la identificación e identidad de cada uno. Algún estudio señala la dificultad para cambiar el rol penetrativo por el receptivo, en especial si la pareja era receptiva.

8. Muchos HS y GB se adaptan a la nueva situación e inician actividades sin penetración vaginal o anal según el caso. Destaca aquí la necesidad de una gran comunicación y sinceridad entre ambos miembros de la pareja, al mismo tiempo que aprenden otras técnicas no sexuales en sentido estricto de relacionarse. Así descubren otras áreas sensitivas del cuerpo.

9. Insistimos en el problema del dolor anal tras radioterapia y el de la ausencia de la próstata tras la prostatectomía. Su estimulación durante la penetración produce mucho placer, que entonces disminuye de un modo significativo.

10. Efectos de los tratamientos sobre la conducta sexual. Debemos realizar un examen profundo para identificar los efectos de los tratamientos sobre la conducta y funcionamiento sexual, de modo que se pueda avanzar en la comprensión sexológica de la experiencia del CP en hombres de todas las condiciones sexuales.

AUMENTA LA ACEPTACIÓN DE LA VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, DE BAJO RIESGO

El doctor Matt Cooperberg y colaboradores de la Universidad de California, San Francisco (UCSF), presentaron en la reunión anual de la American Urology Association, New Orleans, Louisiana, USA, del 13 al 16 de mayo de 2022, dentro del programa CaPSURE (Cancer of Prostate Strategic Urologic Research Endeavor), con datos procedentes de 240 grupos urológicos USA, un estudio acerca de la aceptación de la vigilancia activa como opción no terapéutica en cáncer de próstata de bajo riesgo.

Por diversas razones, a partir del diagnóstico de CP localizado y de bajo riesgo (CPLBR), no siempre hay que optar por un tratamiento inmediato clásico, como son prostatectomía o radioterapia. Cabe la posibilidad de diferir, aplazar el tratamiento e incluso no hacerlo nunca, si el CP no crece y no causa síntomas. El tratamiento diferido tiene dos modalidades, “esperar y ver” (en personas de edad generalmente avanzada y/o con enfermedades asociadas y/o con esperanza de vida limitada) y “vigilancia activa” (en pacientes por otra parte sanos y con buena esperanza de vida, que no desean tratarse por los efectos secundarios de prostatectomía y/o radioterapia radical, y que solo se tratarán si su cáncer empieza a crecer y desarrollarse). Retomando el estudio de Cooperberg y cols, hace unos diez años la mayoría de los hombres diagnosticados con CPLBR, recibían tratamiento inmediato con cirugía o radioterapia., ambos con gran potencial curativo pero con serios efectos secundarios, que generalmente alteraban profundamente la calidad de vida de los pacientes.

Pero estudios recientes señalan que los afectados optan cada vez más por la vigilancia activa. Los datos de Cooperberg y Cols, procedentes de 240 grupos urológicos muestran que el 60% de pacientes norteamericanos con CPLBR prefieren el no tratamiento. Desde el año 2014, cuando comenzó el estudio, se ha más que doblado este porcentaje, pasando del 26,5% al 59,6% en 2021.

Para Matt Cooperberg, estos resultados muestran que el uso de la vigilancia activa va en la buena dirección, pero que aún debe progresarse. En efecto, en países de larga tradición en vigilancia activa, como Suecia, el porcentaje de aceptación de la misma se ha establecido en el 80% de casos. Pero Cooperberg explica que, en su hospital, se ha alcanzado el 95% de casos que optan por la vigilancia activa.

Hace unos pocos días pudimos avergonzarnos oyendo un programa televisivo dedicado a temas sanitarios. Entrevistaron a un radioterapeuta de un centro privado de Barcelona que vino a decirnos que la Administración, promovía el no tratamiento y que él recomendaba la braquiterapia (radioterapia interna) y que, según él, producía un 0% de defectos secundarios.

Comparar a ciertas personas con auténticos científicos como Matt Cooperberg produce vergüenza ajena.

Según el doctor Howard Parnes, Jefe del grupo Prostate and Urologic Cancer Research Group in NCI's Division of Cancer Prevention, que no participó en el estudio de Cooperberg, “si un paciente reúne los criterios para estar diagnosticado de un CPLBR, la vigilancia activa debe ser una parte central de la conversación con su urólogo”.

VIGILANCIA ACTIVA EN ZURICH

Los doctores C. Poyet y colaboradores, del hospital Universitario de Zurich publican (European Urology, February 2022) un análisis sobre el uso de la vigilancia activa en cáncer de próstata localizado de bajo riesgo (CPLBR), según los pacientes sean atendidos en dicho hospital (donde todos los pacientes son evaluados en un Comité interdisciplinario) o fuera del mismo.

Señalan Poyet y colaboradores que la vigilancia activa (VA), se ha introducido precisamente para evitar el tratamiento excesivo en pacientes con CPLBR). Ya se dispone de amplia bibliografía que muestra que la VA es segura, con lo que se recomienda como primera opción terapéutica para estos pacientes.

Pero, señalan, pese a estas recomendaciones, la utilización de la VA varía mucho de unos hospitales a otros.

Para investigar esta cuestión recogieron datos del registro de tumores del cantón de Zurich, entre 2009 y 2018. Registraron 3393 hombres con CPLBR, 3131 del cantón (Suiza consta de 26 cantones o antiguos estados) de Zurich y 262 del Hospital Universitario, de la misma ciudad.

En el cantón, 502 pacientes recibieron VA (16%) mientras que en el hospital se les indicó a 146 pacientes (55,7%). A lo largo de los años, el porcentaje de VA en el cantón aumentó muy poco, pasando del 12% de 2009 al 16,2% en 2018, mientras que en el hospital se pasó del 35,4% en 2009 a 88,2% en 2018.

En conclusión comentan que la VA, en el cantón de Zurich, presenta un bajo porcentaje y no ha aumentado en los años sucesivos estudiados, en contra de las recomendaciones en favor de la VA. Por el contrario, cerca del 90% de pacientes con CPLBR atendidos en el hospital de Zurich siguieron VA.

Los autores creen que hace falta al respecto una educación continuada en la comunidad urológica y aconsejan a los pacientes con CPLBR que soliciten una segunda opinión para acceder a hospitales con comités de tumores multidisciplinares.

IDENTIFICANDO MEDIOS SEGUROS PARA DETECTAR LA RECIDIVA TRAS LA CIRUGÍA POR CÁNCER DE TESTÍCULO

J.K. Joffe y colaboradores publican los resultados del ensayo denominado TRISST, en abril de 2022, en el Journal of Clinical Oncology, Mar 17, 2022 (Identifying Safer Ways to Look for Recurrence after Testicular Cancer Surgery originalmente publicado por el National Cancer Institute). TRISST significa “Trial of Imaging and Surveillance in Seminoma Testis.

El seminoma se origina en las células del testículo denominadas células germinales, que producen los espermatozoides. Es un tumor de muy buen pronóstico. En su estadio I, la curación se aproxima al 100% de casos. Para el control evolutivo de los pacientes se suelen realizar TACs. Pero preocupa que, suele tratarse de pacientes jóvenes, que, de recibir muchos TACs se produzca en ellos un exceso de irradiación.

El estudio TRISST, del National Cancer Institute investigó si se podría sustituir la TAC por la resonancia nuclear magnética (RNM), que evita la irradiación o bien un protocolo de vigilancia con TAC pero con menor frecuencia de la habitual. El punto clave, aparte de disminuir la irradiación, era observar si las nuevas estrategias también son útiles para detectar la recidiva si se produce.

(Sigue en la pág. 5)

(viene de la pag.4)

Un estudio liderado por Cafferty y cols sugieren (Journal of Clinical, Marzo 2022) Oncology, que la RNM tiene una eficacia equiparable al TAC, Mediante el uso de la primera, se suprime el riesgo de irradiación sin que, y esto es lo más importante, disminuya su eficacia en la detección de recidivas de la enfermedad.

Por otra parte también demostraron que se puede disminuir la frecuencia de TACs y RNMs.

En el ensayo que denominaron TRISST incluyeron a 669 hombres tratados mediante cirugía por padecer un seminoma en estadio inicial. Para objetivar la periodicidad de TACs o RNMs siguieron cuatro estrategias:

- *Siete TACs repartidos en 5 años.
- *Siete RNMs en tres años.
- *Tres TACs en tres años
- *Tres RNMs en tres años.

Con un seguimiento mediano de 6 años, los resultados en los pacientes seguidos mediante RNMs o menor frecuencia de TACs, no fueron peores que los observados con siete TACs en 5 años, reduciendo además la exposición indeseable a la irradiación y con un número muy bajo de recidivas.

No obstante, los autores avisan acerca del hecho de que los pacientes incluidos en TRISST eran de bajo riesgo, por lo que estos datos no pueden aplicarse, sin más, a pacientes con cáncer de testículo de mayor riesgo.

También llaman la atención hacia que la RNM es más cara que la TAC y que hay más expertos hábiles para interpretar una TAC que una RNM.

EJERCICIO FÍSICO EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER

La Prostate Cancer Foundation recuerda y recomienda (Julio 2022), los beneficios del ejercicio físico en los supervivientes de cáncer. Está demostrado, expresan, que dicha actividad mejora la calidad de vida y el funcionamiento físico de los pacientes. Pero, según sus datos, solo entre el 10 y el 30% de supervivientes realizan ejercicios físicos adecuados.

En cáncer de próstata los ejercicios aeróbicos después del diagnóstico, siguiendo con dicha Fundación, disminuyen el riesgo de recidiva tumoral o de muerte, hasta en un 60% de pacientes.

Es cierto que el estilo sedentario de vida ha aumentado con la pandemia por Coronavirus pero ha posibilitado a la doctora Christina Dieli-Conwright, y colaboradores del Dana Farber Institute revisar los programas de ejercicio físico en los domicilios de los pacientes. Para ello, estudiaron 12 sistemas de ejercicios efectuados en los domicilios de los pacientes y adaptados por las restricciones impuestas por la pandemia.

Los distintos ejercicios fueron:

- *Auto dirigidos, sin supervisión externa, o,
- *Auto dirigidos, pero con información virtual externa (mediante videos online, mensajes de expertos y llamadas periódicas de control informativo).

En esta revisión los autores no pretendían estudiar comparativamente ambos métodos a domicilio. Pero el estudio les permitió obtener una información preliminar sobre los ejercicios físicos a domicilio e identificar áreas para investigar.

(Sigue en la pág.6)

(viene de la pag.5)

Por ejemplo, se observó una mucha mayor adherencia a los ejercicios cuando estaban ayudados virtualmente. Incluso en pacientes con cáncer de mama o de próstata, se observó una mayor adherencia, en estos casos seguidos virtualmente, que en casos semejantes seguidos personalmente antes de la pandemia.

Los investigadores concluyen que el ejercicio físico supervisado virtualmente es posible, es seguro y puede mejorar problemas de los supervivientes como fatiga y ansiedad. Hace falta más investigación para saber si también pueden mejorar el funcionalismo físico y la supervivencia.

Consideran que un parámetro muy importante es la seguridad de los participantes. Por ejemplo, la necesidad de que los pacientes controlados virtualmente, si utilizan aparatos para el ejercicio físico, aprendan bien su uso para maximizar la efectividad y minimizar el riesgo de lesiones.

Los pacientes con cáncer pueden tender diversos síntomas y otras condiciones sanitarias que pueden afectar su habilidad para practicar determinados ejercicios.

El ejercicio a domicilio elimina algunos problemas (desplazamientos, contaminación por gérmenes potenciales), pero presentan otros problemas (falta de espacio en caso y acceso tecnológico).

PARTICIPACIÓN EN EL CONGRESO EUROPEO DE UROLOGÍA FEFOC



Durante los días 1-4 de julio ha tenido lugar el congreso de la European Association of Urology (Asociación Europea de Urología) en Amsterdam. Este congreso es médico, y reunió a diversos profesionales de la Urología para compartir sus trabajos e investigaciones. Como es habitual se dedicó un día a los pacientes. En este congreso se da un espacio para que los pacientes puedan presentar posters y comunicaciones sobre diversos temas. En este sentido estuvieron programadas sesiones sobre cáncer de riñón, vejiga, próstata, así como una dedicada a la fatiga, a la incontinencia urinaria y a la vida después del cáncer. La sesión sobre cáncer de próstata estuvo organizada por Europa Uomo, la federación europea de asociaciones de pacientes con cáncer de próstata de la que FEFOC es representante y forma parte de la Junta Directiva (con la psicooncóloga Tania Estapé como miembro de la misma). La mesa estuvo moderada por el Dr. Eamonn Rogers, urólogo Irlandés. En la misma se habló de calidad de vida en los pacientes con cáncer de próstata, de detección precoz y de la opción vigilancia activa como propuesta para pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.



(Sigue en la pág. 7)

(viene de la pag.6)

En este sentido, la Dra. Tania Estapé ofreció una comunicación titulada “¿Es esta la verdadera revolución? ¡Una comprensión entre los pacientes de próstata de bajo riesgo y sus médicos de que el mejor tratamiento puede ser ningún "tratamiento" en absoluto! Cómo este enfoque se está convirtiendo en el tratamiento líder en estos pacientes de bajo riesgo”.

En esta charla de 10 minutos la Dra. Estapé resumió las problemáticas psicológicas de la vigilancia activa. Esta opción es para pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo y consiste en un seguimiento periódico con pruebas y visitas de control. La ventaja es que se evitan las consecuencias de la prostatectomía y/o la radioterapia. Así pues el paciente no sufre problemas de erección e incontinencia urinaria, problemas que interfieren la calidad de vida. No obstante hay otras desventajas, sobre todo de tipo psicológico. El paciente puede sentirse confuso por la sensación de no estar haciendo nada y dejar el tumor dentro de su cuerpo. Todos hemos aprendido que cuando hay un tumor lo mejor es erradicarlo cuanto antes del cuerpo para impedir que se extienda. Así pues la vigilancia activa puede inducir a altos niveles de ansiedad e incertidumbre. Se supone que el paciente está en mejores condiciones de disfrutar de la vida, pero no siempre es posible por la duda sobre si han elegido de forma correcta. A veces se desarrollan conductas hipervigilantes, es decir, estar alerta de forma permanente a cambios y molestias corporales con el miedo de que sea indicio de que el tumor está progresando. La familia del paciente tiene un papel también en todo esto. Muchas veces presiona al afectado para que opte por tratamientos activos.

De nuevo pesa el esquema que ante el cáncer hay que luchar activamente y hacer “algo” contra él. Hay diversas alternativas para intentar no ser víctima de la ansiedad y el miedo y aprender a convivir con la vigilancia activa, como intentar tomar las riendas de la situación mediante búsqueda de información veraz (siempre limitada en el tiempo para no entrar en un bucle de ansiedad creciente). Es necesario intentar llevar una vida lo más normal posible y, si es necesario buscar un grupo de soporte o tratamiento psicológico. Los grupos no siempre son adecuados si los demás participantes han recibido tratamientos activos, pues esto hará que el hombre con vigilancia activa dude más de si ha hecho lo correcto.

Los tratamientos cada vez son menos agresivos y es necesario apostar por ello para evitar consecuencias demasiado aversivas en la calidad de vida. Esto puede conllevar retos de tipo psicológico para aprender a convivir con la incertidumbre que se genera.



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

Para adquirir el libro clique [aquí](#)

<https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos>

Colección de vídeos sobre cáncer de próstata

INICI	VÍDEOS	LLISTES DE REPRODUCCIÓ	CANALS	COMENTARIS	INFORMACIÓ
FEFOC 01 GENERALIDADES DEL CÁNCER DE PRÓSTATA... 118 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 02 PROSTATECTOMIA, Antoni... 51 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 03 RADIOTERAPIA RADICAL. Albert Biete 41 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 04 VIGILANCIA ACTIVA, Jordi Estapé y... 37 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 05 TEST GENETICOS. Cristina Sans 21 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 06 RESONANCIA NUCLEAR... 20 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 07 REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN CÁNCER... 45 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 08 LA FAMILIA DEL PACIENTE. Tania Estapé 13 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 09 SEXUALIDAD DESPUÉS DEL... 35 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 10 DISFUNCIÓN ERECTIL. Isidre Bonet 22 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 11 NUTRICIÓN. Montserrat Folch 29 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 12 INCONTINENCIA URINARIA. Herminia García 17 visualitzacions • fa 1 mes
FEFOC 13 GRUPOS DE SOPORTE. 19 visualitzacions • fa 1 mes	FEFOC 14 CANCER DE PROSTATA. Libro. Jordi... 11 visualitzacions • fa 1 mes				



FEFOC

Directores: J.Estapé, T.Estapé

Secretaria: M.Soler

Marc Aureli, 14.

08006 - Barcelona

Telf. 93 217 21 82

Email: fefoc@fefoc.org

www.fefoc.org

Agradecemos la colaboración de:



FEFOF pertenece a EUROPA UOMO desde 2004



The Voice of Men with Prostate Cancer in Europe