



We Are Victors

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

© FEFOC 2022

FEFOC: MIEMBRO DE EUROPA UOMO, USTOO Y MALE CARE

EDITORIAL

Hace unos pocos días oímos en el programa RAC radiofónico del señor Jordi Basté el impresionante testimonio de una profesora cuyo nombre no retuvimos y cuyo primer apellido es García. Es profesora de catalán y trabaja en un centro educativo público cerca del barrio de la Mina. La mayoría de sus alumnos son de origen marroquí. En su clase hablan en catalán pero, según explicó la profesora, el lenguaje vehicular del 100% de alumnos es el castellano.

Al comenzar los mundiales futbolísticos en Qatar, los alumnos le rogaron a la citada profesora que les permitiera usar sus tabletas para seguir los partidos. Al parecer, este tema había llegado a algunas autoridades docentes. Propusieron una serie de recursos: cortar el wifi en las horas de retransmisión de los partidos; prohibir mientras durara el mundial las tabletas o los móviles. Todo negativo como diría el peculiar entrenador de fútbol, el holandés Van Gaal.

Pero había un gigante de la innovación, la profesora García. ¿Qué se le ocurrió a este genio de la integración y la innovación? No permitió la visión de los partidos durante el tiempo lectivo pero a cambio promete a sus alumnos que filmaría un resumen de estos, pero se los proyectaría en silencio. ¿Quiénes debían sustituir a los locutores?, los propios alumnos, comentado las jugadas pero eso sí, que estamos en clase de catalán: "En este idioma".

Genial. Nuestra admiración por la profesora García a la que deseamos saludar. Porque es un modelo de innovación e integración. Precisamente lo que pretendemos con el "Cáncer de ellos". Ofrecer las innovaciones que se producen y ayudar a integrarlas para el bien de los pacientes del cáncer de próstata, del de testículo y del de pene.

En este número ofrecemos noticias sobre la vigilancia activa, las minorías, la consulta telemática y el insomnio.

EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO YA NO ES EL MÁS DIAGNOSTICADO

El doctor Leonardo Borregales y cols. del, Urologic Oncology, Weill Cornell Medical Center (unidad de investigación y escuela de medicina de la universidad privada neoyorkina Cornell. Iniciada en 1898, a lo largo de su fecunda tarea han contado con 3 premios Nobel), publicaron en el Journal of The National Cancer Institute, una revisión de 438.000 pacientes diagnosticados entre los años 2010 y 2018 con cáncer de próstata (CP). Como puntos básicos del estudio utilizaron el grado de Gleason de los pacientes, el nivel del PSA y la presencia o ausencia de metástasis a distancia.

Observaron, entre otros muchos datos, que el porcentaje de casos de CP de más bajo riesgo (Gleason grupo 1) en los pacientes que habían sido tratados con prostatectomía radical, había descendido del 32% al 10%. Según los autores este el primer trabajo a nivel USA que muestra que el CP Gleason 1 (repetimos, el menos agresivo) ya no es el tipo de CP más frecuentemente diagnosticado.

Para los autores este bajo porcentaje del 10% de CP Gleason 1 muestra que estos cánceres de bajo riesgo, aunque sean diagnosticados, son tratados con menor frecuencia, corroborando la creciente aceptación de la vigilancia activa, tanto por parte de los médicos como de los pacientes.

Para el doctor Leonardo Borregales, es estimulante observar cómo los urólogos en USA pasan de la excesiva utilización de tratamientos radicales hacia la vigilancia activa.

Como dato negativo reflejar que, en el mismo estudio, se observó un aumento del porcentaje de CP de alto grado y metastásicos, del 2% al 5%, seguramente debido a la problemática en el diagnóstico precoz del CP, desde que se ha puesto en duda la eficacia del PSA para dicho diagnóstico.

Es evidente que precisamos otras estrategias u otros medios para conseguir un diagnóstico precoz del CP que no lleve a excesivos tratamientos, como antes, pero sin dejar de tener en cuenta que tienden a aumentar los CP de alto grado y metastásicos. Este representa un decisivo dilema a resolver.

INSOMNIO

Uno de los problemas más frecuentes en pacientes con CP es el insomnio. De hecho, muchas personas, aun sin cáncer, lo padecen de forma transitoria o permanente. Cuando estamos preocupados o con miedo o tristeza, una de las primeras cosas que se afecta es el sueño. El estado de alerta hace difícil pasar de vigilia a sueño, y es habitual mantenerse en el estado de vigilia. El insomnio puede ser de tres tipos que no son excluyentes:

1) Insomnio de primera fase o de conciliación: consiste en tener dificultades para poder conciliar el sueño. Es el insomnio más frecuente, uno va dando vueltas en la cama con nerviosismo y tensión y tarda más de lo habitual en dormirse.

2) Insomnio de segunda fase o despertares recurrentes: puede ser que el paciente se haya dormido sin problema o no, pero este tipo de insomnio hace que se despierte durante la noche una o más veces y esté un rato sin poderse volver a dormir.

(Viene de la pág 2)

3) Insomnio de tercera fase o despertar precoz: también puede coincidir con uno o los dos tipos de insomnio anteriores, pero en este caso lo que ocurre es que uno se despierta antes de lo previsto, y ya no puede volverse a dormir. Para que se de esto, el individuo debe tener sensación de malestar o de que “es demasiado pronto”. Así pues, si son 10 minutos o algo así no lo consideraremos insomnio de tercera fase, pero si es una hora o más sí.

Como reza el refrán “de noche todos los gatos son pardos”, esto quiere decir que, en cualquiera de estos tres casos, es altamente probable que el paciente (o su familiar) empiecen a pensar en el cáncer, con consecuencias imaginarias desastrosa. Lo que a su vez hace que le sea menos fácil dormirse y se entra en un círculo cerrado.

La organización de la sanidad es extremadamente heteronormativa. Los pacientes gay y bisexuales con CP se encuentran "borrados" como dice un paciente gay estadounidense, el escritor Perry Brass. Los efectos psicológicos del cáncer, en general, y del de próstata en particular, son similares en cualquier persona, pero es cierto que los contextos y circunstancias vitales del paciente marcan mucho sus consecuencias ante el diagnóstico.



Para adquirir el libro clique [aquí](#).

Debemos pues añadir en los pacientes gay o bisexuales, un factor de riesgo más. En diversos estudios se ha demostrado que se sienten "invisibles" y que el médico les aconseja "venga con su mujer", por lo que está claro que la condición sexual es algo que se obvia como aspecto importante al valorar al paciente como un todo. Sin embargo, algunos trabajos muestran que los hombres BG con CP tienen más problemáticas psicológicas, y más miedo a la recaída. También se ha hallado menos satisfacción con la atención del médico. Es lógico que un factor importante, como es la comunicación con el médico, tenga influencia en el perfil psicológico y afrontamiento del paciente.

Ya venimos de una época de tabú de la sexualidad, en la que muchos pacientes encontraron poco o ningún espacio para poder explicar sus temores o dudas respecto a su vida sexual. Si añadimos la falta de inclusión respecto a la condición sexual, es normal que el paciente se sienta aislado y solo. Como hemos visto, esto contribuye a agravar un posible grado de depresión. El temor a las repercusiones a nivel sexual y de pareja, más detectar que no se encaja en los estándares del cuidado y atención médicas, puede agravar a su mismo tiempo la ansiedad y temor.

*Tomado del libro “Cáncer de próstata en heteros, gay y bisexuales”. De J. Estapé y T. Estapé.

¿PUEDE LA CONSULTA ONCOLÓGICA TELEMÁTICA SUSTITUIR O COMPLEMENTAR LA PRESENCIAL?

En el reciente congreso de la ESMO (European Society of Medical Oncology), la doctora Deborah Schrag, del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA, presentó unas importantes reflexiones al respecto.

*Antes de la pandemia Covid-19, la medicina telemática se reservaba para pacientes residentes en áreas alejadas. Pero, con la pandemia, se estableció un modelo híbrido, para disminuir en lo posible el riesgo de contagio. Es por ello, señala Schrag, que ahora disponemos de muchos datos para comenzar a evaluar la nueva situación.

*Una clara ventaja de la telemedicina es la geográfica. Pacientes dispersos geográficamente reciben más fácilmente información y soporte.

*Los pacientes se han beneficiado al tener acceso a sus historias electrónicas, incluyendo los comentarios de los médicos, resultados de los estudios mediante las imágenes y los hallazgos patológicos.

*Un problema surge cuando se trata de comunicar malas noticias. Muchos pacientes prefieren esperar a recibirlas presencialmente, puesto que es entonces cuando el médico puede explicar mejor tanto los resultados como las nuevas opciones y proporcionar un mejor soporte. Muchos médicos consideran que el paciente, que ha recibido las malas noticias telemáticamente puede sentirse muy ansioso, insoportablemente ansioso mientras espera hablar directamente con un médico. Otro riesgo es que aproveche el intervalo para entrar en internet con la posibilidad de recibir informaciones inadecuadas.

*Una ventaja de la medicina digital es que permite un control en tiempo real de los síntomas, en lugar de esperar semanas para la consulta presencial. El cáncer es una enfermedad crónica y todo lo que permita mejorar la comunicación médico-paciente, es positivo.

*El médico puede tener un control día a día, con lo que puede ajustar los tratamientos, deteniéndolos o modificándolos.

La doctora Schrag considera que la medicina telemática es un gran beneficio. La mayoría de sus pacientes se han adaptado a la misma. El problema, señala, es como se integra la medicina telemática con el actual sistema sanitario, como responder a la multitud de preguntas surgidas día a día.

El tema que propone la doctora Schrag es de gran actualidad e importancia. La medicina telemática ha venido para quedarse. No añoremos los tiempos pasados, centrados casi exclusivamente en lo presencial, que también determinadas críticas levantaban. Y no nos opongamos al progreso. Creemos que estudiar cómo se integra la medicina telemática en el sistema sanitario y encontrar soluciones, es luchar por el progreso. Sean bien venidos, en todo momento, los Galileo Galilei de turno.

Los equipos sanitarios deberán adquirir otras habilidades para hacer frente a los nuevos desafíos

EN LA VIGILANCIA ACTIVA, ¿LA RESONANCIA NUCLEAR MULTIPARAMÉTRICA PUEDE SUSTITUIR A LA BIOPSIA AL FINAL DEL PRIMER AÑO?

Este es un tema de enorme actualidad e importancia, conforme aumenta la indicación de vigilancia activa en cáncer de próstata de muy bajo riesgo, o sea el grupo Gleason 1(CP G1) y algunos Gleason 2 .

Recordemos que la vigilancia activa (VA) consiste en no tratar de entrada al paciente con CP G1 y solo hacerlo si la enfermedad evoluciona de un modo negativo, es decir, progresa con el tiempo. Como sabemos por el estudio de Hamdy y cols (del que hemos hablado varias veces en esta revista), alrededor del 50% que escogen VA nunca precisaron tratamiento.

(Sigue en la pág 5)

(Viene de la pág 4)

Por tanto, el enfermo debe someterse a unas revisiones periódicas que nos digan si el CP G1 sigue inactivo, y por tanto el paciente, si así lo desea, puede continuar sin tratamiento, o, si, por lo contrario, la enfermedad ha progresado y el paciente debe tratarse.

Tema pues crucial, fundamental en el seguimiento de los pacientes CP G1. Para ello, debemos dotarnos de medios muy eficientes.

¿Cómo se suele vigilarles? Del modo siguiente, con adaptaciones según la experiencia de los diversos hospitales: Se establece una estrategia año tras año:

Primer año: Determinación de PSA cada tres meses; tacto rectal una o dos veces al año. Al fin de este primer año se repite la biopsia, para valorar si el CP crece o no. Después, las biopsias dependerán del criterio del médico y de los posibles síntomas.

Del segundo al cuarto año: Determinación de PSA cada 3 o 6 meses; tacto rectal cada 6-12 meses.

Del quinto en adelante: Determinación de PSA cada 6 meses; tacto rectal cada 12 meses.

Las repetidas biopsias son una molestia notable para los pacientes, fuente de ansiedad y un pequeño riesgo de posibles infecciones.

En todo este proceso es fundamental la práctica periódica de la resonancia nuclear multiparamétrica (RNM), que evita muchas biopsias innecesarias y diagnósticos erróneos.

Doan y Cols. De la Universidad de Sídney, Australia, publicaron, en el Journal of Urology, un estudio en el que examinaron la efectividad de la RNM en la detección del fallo de la vigilancia activa.

Para ello estudiaron a 172 pacientes con CP G1 y algunos G2 a los que practicaron una RNM seguida de biopsia de próstata. Luego siguieron el siguiente protocolo: PSA cada 6 meses; tacto rectal anual y una RNM al final del primer y segundo año de seguimiento. Si en algún momento del estudio aumentaba significativamente el PSA o la RNM mostraba signos de que el tumor había progresado, se practicaba biopsia. En ausencia de problemas, se practicaba una biopsia al finalizar el tercer año del ensayo.

La eficacia en la detección de que no había progresión de la enfermedad mediante la RNM fue bastante elevada, cerca del 86% de casos. Resultados que han levantado una polémica entre quienes opinan que este elevado porcentaje de efectividad permite omitir la biopsia al final del primer año, mientras otros opinan que de esta manera se pueden dejar de diagnosticar un porcentaje sensible casos de progresión.

El avance de la Medicina se obtiene mediante las polémicas y las contradicciones. La Medicina no es una ciencia exacta. Doan y cols anuncian que proseguirán con el seguimiento de sus pacientes, para ofrecer resultados más taxativos.

Una vez más, los pacientes, bien informados por supuesto, tienen la palabra.



Resonancia nuclear

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMOSEXUALES

Para referirse a la problemática en cáncer de próstata de los hombres de otra condición sexual es obligatoria definir lo que entendemos por minorías. Caracterizan a las minorías dos aspectos fundamentales, uno cuantitativo (las minorías son siempre menos en cantidad que las mayorías) y otro cualitativo (como dicha mayoría influye en la minoría). Este segundo aspecto es el fundamental. Si la relación entre mayorías y minorías solo fuera cuantitativa, no habría problema. Pero toda mayoría influye decisivamente en el acontecer de la minoría correspondiente. Las mayorías tienden a destruir, a despreciar, a atormentar, a la minoría que les corresponde.

¿Significa ello que el ser humano es malo por naturaleza? Muchos autores coinciden en sentido afirmativo. Maquiavelo aludía a la dualidad de la condición humana, quizás buena en origen pero mala en su contacto social. El ser humano puede ser bueno a nivel individual pero terrible cuando forma parte de una mayoría. Las violaciones en grupo, los dramas que se viven en los patios de los colegios, las matanzas de miles de inocentes a manos de la correspondiente minoría, incluso la sistemática eliminación de los judíos por parte del mayoritario régimen nazi, son muestras de ello.

Para Rousseau, el hombre es bueno por naturaleza, pero la sociedad lo corrompe. Nietzsche lo resume con su famosa frase, "El hombre, este error de la naturaleza".

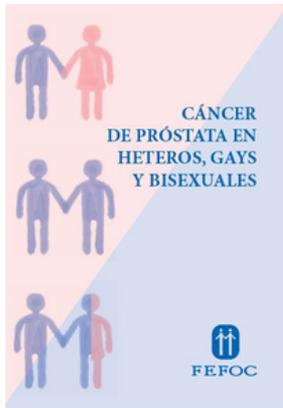
Un ejemplo de la mayoría sobre la minoría lo tenemos en el caso de Oscar Wilde, el genial escritor irlandés. Casado tuvo dos hijos con su esposa. Pero un día conoció al hijo del marqués de Queensberry, Douglas, al que él denominaba Bossie. Era tal la belleza de Douglas que Wilde se enamoró profundamente del muchacho. Creo que Wilde descubrió allí su verdadera condición sexual. Fue amante de Douglas y de otros muchachos y prácticamente abandonó a su mujer. No era un bisexual. Su relación con Douglas irritó profundamente al marqués de Queensberry que lo amenazó en un famoso escrito en que lo denominaba, por error, a Wilde, "sodomite".

Wilde, aconsejado por sus amigos, decidió denunciar al marqués. Pero, en el juicio, el abogado del marqués dio la vuelta a la demanda diciendo que Wilde cometía indecencias con muchachos jóvenes. Entonces, el presidente del tribunal pidió a Wilde que se retractara, a lo que, con una extraordinaria valentía, se negó y fue condenado a dos años de trabajos forzados en la horrible cárcel de Reading.

La mayoría no podía aceptar los llamados actos indecentes de Wilde que tan solo eran la expresión de su auténtica sexualidad.

Era el año 1895 pero hoy en día, año 2022, se suceden situaciones tan brutales como las vividas por Wilde. Palizas, homicidios, muchachos de 18-20 años apalizados por sus padres al revelar su condición sexual y expulsados de sus casas. Incluso hay una Fundación que se dedica a acoger a estos muchachos. Si Wilde levantara la cabeza, "ojalá", se sorprendería al observar que las cosas respecto a los homosexuales no han cambiado en lo esencial.

Aquí declaramos que lo ético es ser o estar con las minorías, en sus múltiples facetas.



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

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



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