

La vida después del cáncer de próstata

Información para la nueva vida

Esperanza. Recuperación. Apoyo.

Todos los años más de 1.1 millón de hombres son diagnosticados con cáncer de próstata en el mundo. Es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado en hombres a nivel mundial.¹

Si se detecta en forma temprana, el cáncer de próstata generalmente es curable.

Muchos hombres han sido operados para tratar su cáncer de próstata. Los avances en las técnicas quirúrgicas han permitido que los cirujanos operen con éxito a un creciente número de pacientes, y la cirugía ofrece la mayor probabilidad de curación del cáncer de próstata localizado.²

En las siguientes páginas se encontrará información importante acerca de qué esperar después de la cirugía. Se puede consultar estas herramientas para seguir el progreso e informar sobre los recursos de apoyo a medida que avanza en la recuperación.

Recuperación del control de la vejiga y las erecciones

En los procedimientos para eliminar el cáncer, se pueden dañar los nervios o los músculos que ayudan a controlar el flujo de la orina y le permiten tener una erección. Comprensiblemente, a la mayoría de los hombres les preocupa su capacidad de recuperar el control de la vejiga y las erecciones después de la cirugía de próstata.

Si bien los pacientes con frecuencia presentan pérdidas de orina (sufren incontinencia) inmediatamente después de la cirugía, estas pérdidas normalmente disminuyen en el transcurso de varias semanas o meses.³ Si la incontinencia persiste después de seis a doce meses, se necesita tener contacto con el paciente.

Y lo mismo es cierto con respecto a la disfunción eréctil. La disfunción eréctil es una complicación potencial conocida del tratamiento del cáncer de próstata. Con la aparición de procedimientos que conservan los nervios, algunos hombres pueden recuperar su función eréctil. Cada hombre tiene una experiencia diferente y es posible que algunos no recuperen su habilidad de tener una erección natural. La buena noticia es que las opciones para el tratamiento de la disfunción eréctil y la incontinencia son numerosas.



El cáncer de próstata es un viaje.
Ahora es el momento de planear la recuperación.



Recuperación de la continencia

La cirugía de cáncer de próstata puede provocar debilidad en los músculos del piso pélvico y el esfínter urinario que normalmente controla el flujo de orina. Una vez que se extrae el catéter después de la cirugía, se puede experimentar síntomas que van desde una ligera pérdida de orina (unas gotitas cuando se hace ejercicio, toser o estornudar) hasta una total incapacidad de controlar la micción.

La continencia tiende a mejorar con el tiempo. Aunque la situación de cada paciente es diferente, muchos encuentran que recuperan la continencia en el transcurso de seis a doce meses después de la cirugía. La recuperación se puede ver impactada por factores como la edad, su estado físico general y el grado de control de la vejiga que tuviera antes de la cirugía. Si después de seis a doce meses los síntomas persisten, es necesario tener contacto con el paciente.⁴

A photograph of a man and a young boy fishing together outdoors. The man is on the right, smiling, and the boy is on the left, also smiling. They are standing near a body of water with trees in the background. A teal text box is overlaid on the bottom left of the image.

Ningún hombre tiene que resignarse a vivir con incontinencia urinaria.

Soluciones a corto plazo

Hasta que se recupere el control urinario, el uso de paños absorbentes o ropa interior especial absorbente puede ser de ayuda.

Es recomendable que se haga ejercicios del piso pélvico/de Kegel de manera regular. Estos ejercicios aíslan y fortalecen los músculos del piso pélvico y pueden ayudar a muchos hombres a recuperar el control de la vejiga después de la cirugía de próstata.⁵ Es importante que los ejercicios se hagan correctamente y con regularidad. Se deben de practicar los ejercicios con una enfermera o fisioterapeuta para asegurarse de que se harán de forma correcta y con la frecuencia suficiente. Algunos pacientes usan una serie de dispositivos como catéteres externos o tipo condón, o bolsas colectoras de orina para evitar pérdidas accidentales. En las semanas y meses después de la cirugía, la comunicación médico-paciente es importante para conocer sobre opciones de tratamiento y progreso con respecto a la continencia.



Soluciones a largo plazo

Para los hombres que sufren de incontinencia a largo plazo, es importante recordar que hay soluciones eficaces que pueden devolver la confianza, el control y la calidad de vida.

Inyecciones – Inyectar agentes productores de masa, como colágeno, en el cuello de la vejiga, puede ayudar a mantener la abertura de la uretra y la vejiga cerradas y puede corregir pequeñas pérdidas. Pero incluso si se tiene éxito, es posible que se necesite repetir las inyecciones con el paso del tiempo para mantener la continencia.⁶

Cinta masculina – El sistema de cinta masculina es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo ⁷ para corregir la incontinencia urinaria por esfuerzo. Se coloca una pequeña “cinta” fabricada con una malla sintética en el interior del cuerpo a través de tres pequeñas incisiones. La banda sostiene la uretra, con lo que se recupera el control normal de la vejiga.⁸ La mayoría de los pacientes logran la continencia a continuación del procedimiento.⁹

Esfínter urinario artificial – El sistema de control urinario es el tratamiento de referencia para la incontinencia.^{10,11} Este dispositivo implantable imita la función de un esfínter urinario sano, cerrando la uretra para detener el flujo de la orina.¹² El procedimiento implica la implantación de un manguito inflable alrededor de la uretra, que se infla por medio de un balón lleno de líquido que se coloca detrás del hueso coxal.¹³ Dentro del escroto se coloca una bomba que permite desinflar el manguito cuando se necesita orinar. Se volverá a inflar automáticamente cerrando firmemente la uretra, con lo que impide las pérdidas.¹³

Restablecimiento de la salud sexual

A muchos hombres les lleva meses o más de un año recuperar la capacidad de tener una erección, y algunos no logran recuperarla.¹⁷ En el caso de que la disfunción eréctil persista, hay soluciones a corto y a largo plazo que se pueden considerar.

Rehabilitación peniana¹⁸

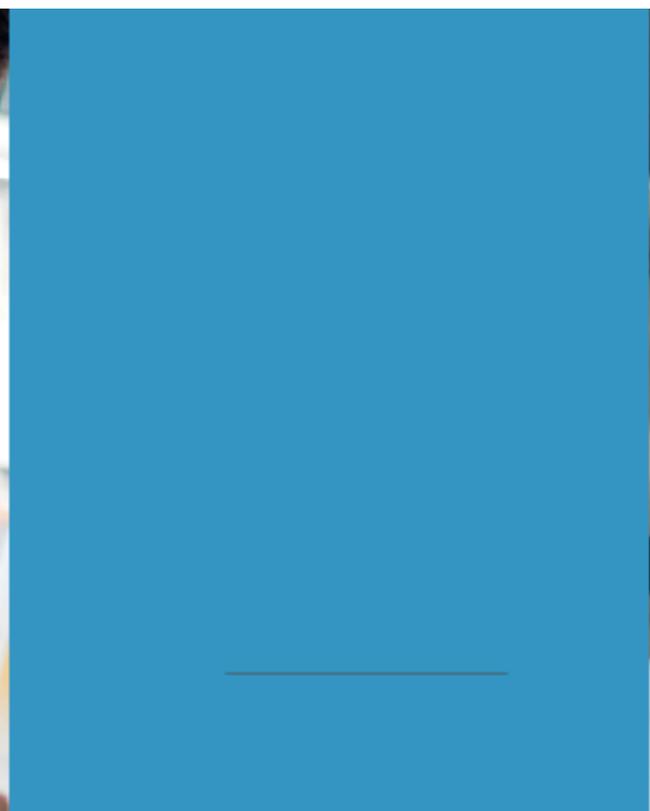
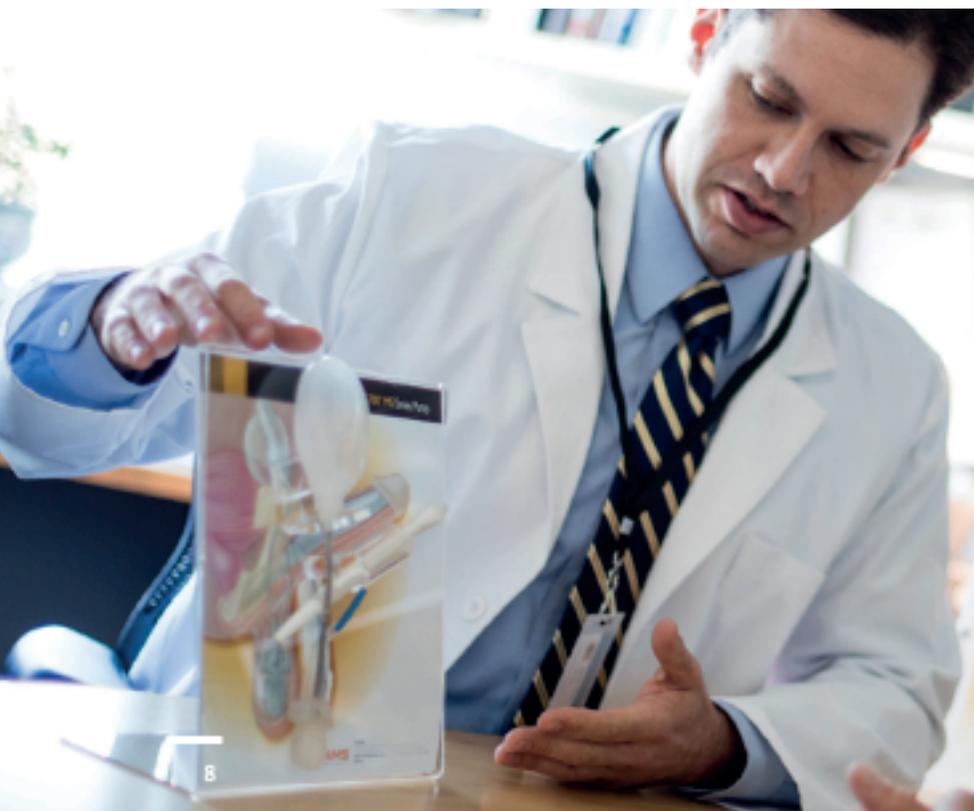
Un programa de rehabilitación peniana se refiere a un curso de acción diseñado a ayudar que los nervios responsables de las erecciones se recuperen después de la cirugía, al mismo tiempo que se mantiene la salud del tejido peniano.

Hay varios factores que juegan un papel en los problemas de erección después de la cirugía de próstata. En primer lugar, los daños a los nervios pueden desembocar en disfunción eréctil. Incluso aunque se haya realizado una operación con conservación de los nervios, las técnicas empleadas para proteger los nervios eréctiles pueden dañar temporalmente los nervios y puede pasar más de un año antes de que se recuperen.

La rehabilitación funciona por tres razones:

1. Le lleva más oxígeno al pene,
2. Mantiene saludables los vasos sanguíneos y
3. Mantiene sanos los músculos.

De 301 médicos de 41 países, el 84% realizó o indicó alguna forma de rehabilitación peniana.



Opciones terapéuticas

Existen varias opciones de tratamiento para la disfunción eréctil. En algunos hombres, los medicamentos orales no funcionan¹⁹⁻²¹.

Medicamentos orales: existen diversos medicamentos que pueden mejorar el flujo sanguíneo que llega al pene. Al combinarlos con la estimulación sexual, pueden producir una erección. La farmacoterapia es normalmente la opción de tratamiento de primera línea para la mayoría de los hombres que sufren disfunción eréctil y puede usarse junto con otros métodos.²²

Inyecciones y supositorios uretrales: en la terapia de inyección se usa una pequeña aguja para inyectar medicación directamente en la base del pene.²² La medicación permite que la sangre fluya hacia el pene y así se produce la erección. Para muchos pacientes este método resulta eficaz, pero la idea de inyecciones regulares puede ser difícil de aceptar. Otra opción, es el mismo fármaco disponible en forma de pequeña bolita (supositorio) que se inserta en la abertura del pene.²²

Bombas de vacío: las bombas aumentan mecánicamente el flujo de sangre al pene. Se coloca un cilindro de plástico sobre el pene y una bomba (manual o a pilas) crea succión dentro del cilindro, atrayendo sangre al pene para crear una erección. Una banda de tensión elástica colocada en la base del pene puede ayudar a mantener la erección.²²

Implantes penianos: Cuando la farmacoterapia, las inyecciones y otros tratamientos no quirúrgicos no tienen éxito o no resuelven la disfunción eréctil satisfactoriamente, un implante peniano puede ser una solución a largo plazo y satisfactoria. El implante inflable usa una bomba colocada quirúrgicamente en el escroto para inflar y desinflar el implante peniano. Todos los componentes quedan completamente escondidos y el implante brinda la capacidad de tener una erección adecuada para que el paciente pueda mantener relaciones sexuales en cualquier momento. Otro tipo de implante peniano es el implante maleable. Ofrece facilidad de colocación, disimulo cosmético y rigidez para el coito.²²

Una erección obtenida con un implante peniano puede mantenerse de manera segura durante todo el tiempo que se desee, lo que muchos hombres y sus parejas descubren que mejora la calidad de su vida sexual.



Referencias bibliográficas

1. 1. World Cancer Research Fund International. www.wcrf.org/. Accessed February 4, 2015.
2. 2. Adolfsson J, Steineck G, Whitmore WF Jr. Recent results of management of palpable clinically localized prostate cancer. *Cancer*. 1993 Jul 15;72(2):310-22.
1. 3. American Cancer Society. Surgery for Prostate Cancer. www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailed-guide/prostate-cancer-treating-surgery. Accessed December 17, 2014.
2. 4. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA*. 2000 Jan 19;283(3):354-60.
3. 5. Pedriali FR, Gomes CS, Soares L, et al. Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2016 Jun;35(5):615-21.
4. 6. Smith DN, Appell RA, Rackley RR, et al. Collagen injection therapy for post-prostatectomy incontinence. *J Urol*. 1998 Aug;160(2):364-7.
5. 7. Bauer RM, Mayer ME, May F, et al. Complications of the AdVance Transobturator Male Sling in the treatment of male stress urinary incontinence. *Urology*. 2010 Jun;75(6):1494-8.
1. 8. DeRidder D, Webster G. Clinical overview of the AdVance Male Sling in post-prostatectomy incontinence. *Eur Urol Supplements*. 2011 Jul;10(4):401-6.
1. 9. Welk BK, Herschorn S. The male sling for post-prostatectomy urinary incontinence: a review of contemporary sling designs and outcomes. *BJU Int*. 2012 Feb;109(3):328-44.
2. 10. James MH, McCammon KA. Artificial urinary sphincter for post-prostatectomy incontinence: a review. *Int J Urol*. 2014 Jun;21(6):536-43.
3. 11. Biardeau X, Aharony S; AUS Consensus Group, et al. Artificial Urinary Sphincter: Executive Summary of the 2015 Consensus Conference. *Neurourol Urodyn*. 2016 Apr;35 Suppl 2:S5-7.
4. 12. Catalona WJ, Ramos CG, Carvalhal GF. Contemporary results of anatomic radical prostatectomy. *CA Cancer J Clin*. 1999 Sep-Oct;49(5):282-96.
5. 13. Burgio K, Goode P, Urban DA, et al. Preoperative biofeedback-assisted behavioral training to reduce postprostatectomy incontinence: a randomized, controlled trial. *J Urol*. 2006 Jan;175(1):196-201.
6. 14. Post-treatment issues. www.ustoo.org/post_treatment_issues.asp. Us TOO Prostate Cancer Education & Support Network Web site. Accessed June 29, 2011.
7. 15. Catalona WJ. Sexual potency after a radical prostatectomy. www.drcatalona.com/qa/faq_rp-potency.asp. Urological Research Foundation. Accessed December 22, 2014.
8. 16. Mulhall JP, Bivalacqua TJ, Becher EF. Standard operating procedure for the preservation of erectile function outcomes after radical prostatectomy. *J Sex Med*. 2013 Jan;10(1):195-203.
1. 17. Erectile dysfunction (ED). www.auanet.org/content/education-and-meetings/med-stu-curriculum/ed.pdf. American Urological Association. Accessed January 21, 2013.
2. 18. Cappelleri JC, Rosen RC. The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): a 5-year review of research and clinical experience. *Int J Impot Res*. 2005 Jul-Aug;17(4):307-19.
1. 19. Catalona WJ. Conditions after a radical prostatectomy. www.drcatalona.com/qa/faq_rp-conditions.asp. Accessed November 3, 2014.
2. 20. SEER Stat Fact Sheets: Prostate Cancer. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>. National Cancer Institute. Accessed December 17, 2014.
3. 21. Familial prostate cancer: meta-analysis of risk and survey of screening behavior. *CA Cancer J Clin*. 2003;53:261-2.
4. 22. Prostate cancer FAQs. www.pcf.org/site/c.leJRIRORepH/b.5800851/k.645A/Prostate_Cancer_FAQs.htm. Prostate Cancer Foundation. Accessed October 26, 2014.
5. 23. Montorsi F, Rigatti P, Carmignani G, et al. AMS three-piece inflatable implants for erectile dysfunction: a long-term multi-institution study in 200 consecutive patients. *Eur Urol*. 2000 Jan;37(1):50-5.
6. 24. Levine LA, Estrada CR, Morgentaler A. Mechanical reliability and safety of, and patient satisfaction with the Ambicor inflatable penile prosthesis: results of a 2 center study. *J Urol*. 2001 Sep;166(3):932-

"CAUTION: The law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings and instructions for use can be found in the product labelling supplied with each device. Products shown for INFORMATION purposes only and may not be approved or for sale in certain countries. This material not intended for use in France. 20xx Copyright © Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved."

URO-715002-AA MOH:203300202C6138