EL JARDÍN DEL CÁNCER DE ELLOS

**© *FEFOC 2021***

**Directores: Profesor Jordi Estapé y Doctora Tania Estapé.**

### EDITORIAL

Durante este mes, dedicado al cáncer de mama, en las noticias de FEFOC ([www.fefoc.org](http://www.fefoc.org/)) hemos dedicado una noticia diaria respecto al más frecuente cáncer en la mujer, que, por supuesto, deseamos que hayan seguido o puedan ver ahora.

Ciertamente produce una sana envidia observar, con el mayor de los respetos y admiración, lo que se ha conseguido en cáncer de mama en información pública. Y, no lo duden, a través de la información se ha conseguido la presión sobre las autoridades sanitarias e investigadores, de tal modo que el progreso en cáncer de mama ha sido excelente.

¿O es que alguien se atreve ignorar a las

¿Cuándo los hombres con cáncer de próstata saldrán a la calle exigiendo mejores y menos agresivos tratamientos? Es por lo que en este número dedicamos dos artículos a la vigilancia activa, paso enorme en la conservación de la calidad de vida de los pacientes, pero aún sujeta a la necesaria educación continuada de los que la aplican y a la información y soporte de quienes la reciben.

Atención también al aumento desorbitado de los precios de los medicamentos, que se comerán nuestro sistema sanitario. Recuerden que en USA cada enfermo, por lo general, se paga sus medicamentos y atención sanitaria, con lo que muchos se arruinan. Aquí, afortunadamente,

mujeres suecas de los 70 manifestándose en

socializamos hace años el gasto sanitario que **a**

sus calles con pancartas en las que se leía “Nos cortáis el pecho porqué sois hombres”. ¿Saben cómo ello estimuló a Fisher y a Veronessi hasta que descubrieron que tumorectomía más radioterapia equivalía a mastectomía?

pagamos entre todos. Lo que es una bendición para cada paciente particular, pero, no lo olviden, lo pagamos entre todos (extraordinario) pero nos arruina a nivel de Estado. La sociedad capitalista es insostenible.

(sigue en la pag 2) **1**

(viene de la pag.1)

Nietzsche, el más grande de los filósofos, nos llama la atención hacia el hecho de que el enfermo no se sienta enfermo y a la necesidad de que los enfermos no pidan demasiado tiempo la compasión de los demás.

En cuanto al ejercicio físico en pacientes con cáncer de próstata, se empieza a medir objetivamente. Verán el rol de las mioquinas al respecto.

## ASPECTOS DE LA VIGILANCIA ACTIVA

Jinping Xu y colaboradores, la mayoría de la Wayne State University, en Detroit, Michigan, USA, publican en Urology, un interesante estudio financiado por la American Cancer Society y realizado con el objetivo de evaluar las actitudes de los urólogos acerca del tratamiento del cáncer de próstata (CP) de bajo riesgo, con especial atención a la vigilancia activa (VA). Recordemos brevemente que VA es una opción en los CP de bajo riesgo, consistente en no tratar sino controlar la evolución de la enfermedad y, en todo caso, pasar a tratamiento activo (prostatectomía, radioterapia, hormonoterapia) si el CP progresa. Estudios comparativos muestran que la supervivencia a los 10 años del tratamiento es semejante entre VA y los tratamientos activos, cuando se aplican de inicio. La VA ofrece la ventaja adicional de carecer de efectos secundarios (por ejemplo, impotencia sexual o incontinencia de orina o feminización). No obstante, muchos pacientes, que eligieron de principio VA, la abandonan, a nuestro entender por insuficiente información y falta de soporte adecuado, esencialmente psicológico.

En dicho trabajo se encuestaron a 225 urólogos. ¿Ofrecían VA como estrategia inicial a sus pacientes con CP de bajo riesgo? El 65% de urólogos lo hacían.

**E**l 87% creían que era un medio efectivo, poco utilizado, mientras que el 80% opinaban que, en USA, se utilizaba en exceso la prostatectomía y la radioterapia radical.

Teniendo en cuenta que la VA se indica en los casos poco agresivos, se dio la respuesta, aparentemente algo contradictoria, de que el 89% estaban de acuerdo en recomendarla a los pacientes afroamericanos, pese a conocer que estos suelen desarrollar formas más agresivas del CP. No obstante, es cierto que en el momento de la recomendación estos pacientes tenían CP de baja agresividad.

También observaron que muchos pacientes, con independencia de la etnia, no estaban muy interesados en la .VA, probablemente por miedo a la progresión del CP y/o a la recidiva. En cambio, otros, por el temor a los efectos secundarios de los tratamientos activos, preferían VA.

Se detectaba pues una cierta contradicción entre lo que mayoritariamente expresaban los urólogos en favor de VA y el temor a la misma y preferencia por los tratamientos activos que observaban en muchos pacientes. Nos han educado y persiste en nuestro inconsciente colectivo que, ante el cáncer, en general, lo mejor es eliminarlo cuanto "antes". Lo cual es cierto, siempre que sepamos darle sentido adecuado al término antes. El antes debe ser racional, basado en datos. Aquello de “venga el lunes que el martes tengo un Congreso” no es un antes, es otra cosa. Antes, sí, pero razonado, objetivado, validado con calma. Antes no significa ni horas ni días.

(sigue en la pág.3)

**2**

(Viene de la pag.2)

Los investigadores concluyen que en USA hace falta una educación dirigida a explicar bien la VA, sus beneficios y ausencia de efectos secundarios.

# MÁS SOBRE VIGILANCIA ACTIVA

El doctor A. Finelli y colaboradores, de la Universidad de Toronto, publican en la revista oficial de The American Urologists Association (AUA), Urology, un importante estudio en 8541 pacientes con cáncer de próstata (CP) de bajo riesgo, con una edad media de 64 años, y que eligieron vigilancia activa (VA), como primera opción.

Nos dice Finelli que cerca del 50% de pacientes que prefirieron VA se pasan a tratamiento activo (cirugía o radioterapia,) en el período que va desde su elección inicial, VA, y 5 años después. Mientras que últimamente ha aumentado significativamente el porcentaje de los pacientes que eligen VA, en un espacio de tiempo de 5 años, muchos la dejan.

El objetivo fundamental de la VA es doble: 1. Evitar los efectos secundarios de cirugía o radioterapia y 2) Obtener iguales resultados. Como es lógico, los pacientes deben someterse a más exploraciones periódicas que los que eligen tratamiento activo.

Durante el primer año de la elección, el 15% de pacientes abandonaron la VA (o sea que el 85 permanecieron en la misma). Pero solo el 52% continuaron en VA a los 5 años.

Los que cambiaron fueron en general los más jóvenes o aquellos con signos de sospecha (aumento de PSA o hallazgo de células cancerosas en alguna biopsia).

Es muy interesante que Finelli, aparte de la necesidad de mejores y menos agresivos medios para seguir a estos pacientes, haga también un llamamiento a la educación continuada de los médicos que controlan a estos enfermos, que, añadimos, necesitan un soporte muy específico. También Finelli opina que hay que educar e informar más a los pacientes que eligen VA.

## MEDICAMENTOS CADA VEZ MÁS CAROS

En Annals of Oncology (la revista de ESMO, Sociedad Europea de Oncología Médica), de octubre del 2021. Van Ommen-Nijhof, del The Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, y colaboradores (entre los que destacamos a

V.P. Retél, investigador psicosocial del mismo instituto), presentan dos interesantes estudios, respecto a una investigación dirigida a estudiar el uso eficiente, y por tanto más sostenible, de medicamentos muy caros.

Los autores establecen ante todo que los nuevos medicamentos en el terreno del cáncer han mejorado mucho las perspectivas de muchos pacientes. Pero el coste que acompaña a estos medicamentos es enorme. En general, los nuevos medicamentos se llevan una parte importante del presupuesto farmacéutico, proporción que aumentará en los próximos diez años. Coste progresivo que amenaza la supervivencia de los sistemas de salud. Los intentos que se han hecho para limitar dicho coste no han dado grandes frutos.

Los autores proponen otra manera de limitarlo: usar estos medicamentos de un modo más eficiente, pero, por supuesto, manteniendo la eficacia. **3**

(viene de la pag.3)

O C T U B R E , 2 0 2 1 F E F O C N E W S L E T T E R V O L . 2 9

Los ensayos clínicos de nuevos medicamentos son, en general, dirigidos por la propia industria farmacéutica, que tiende a proponer dosis altas y aplicadas durante mucho tiempo.

¿Se puede mantener la eficacia utilizando dosis más bajas y durante menos tiempo? Si se mantiene la eficacia, ello conllevaría menos efectos secundarios y mejor calidad de vida de los pacientes.

El interés por la investigación eficiente de los nuevos medicamentos crece mucho entre pacientes, clínicos e investigadores.

Para proseguir y perfeccionar la investigación eficiente se necesitan ensayos que incluyan a muchos pacientes. Pero, pese a la importancia sanitaria, social y económica, es muy difícil encontrar financiación para los mismos, que suele rebasar los recursos del sistema púbico. Al mismo tiempo, la industria farmacéutica no se demuestra muy inclinada a financiarlos, ya que el objetivo fundamental de la investigación eficiente entra en conflicto con sus intereses comerciales.

Van Ommen-Nijhof y colaboradores han conseguido poner en marcha el estudio al que denominan SONIA, que se basa en un nuevo medicamento, , y que someten a los criterios de la investigación eficiente, lo que se denomina intentar evitar la toxicidad financiera de los medicamentos.

Los autores destacan que los estudios sobre eficiencia terapéutica han recibido el soporte de asociaciones de pacientes. El intento de disminuir la dosis de los medicamentos conllevaría la reducción del gasto farmacéutico, lo que posibilitará más fondos para la investigación o el retorno de estos al sistema sanitario o a las fundaciones que ayudan a financiarla.

## NIETZSCHE Y LA ENFERMEDAD

El más grande de los filósofos y, a la vez, extraordinario psicólogo Friedrich Nietzsche (1844, en Rocken, Prusia-1900, también en Rocken), es considerado acertadamente por Fernández Arias (Nietzsche, el desafío a dos mil años de filosofía clásica Historia, National Geographic) como “el filósofo del siglo XX y en camino de convertirse en el filósofo del siglo XXI”. El propio Nietzsche se autoproclamó a ”filósofo del porvenir, que cobraría vida después de muerto”.

Pretendía educarnos para que pensáramos por nosotros mismos, como seres responsables de nuestros actos. Pensar por uno mismo, esta es una de las claves, añadimos, para el equilibrio y la calidad de vida de los pacientes.

En el libro “Aforismos” del filósofo alemán, editado por Andrés Sánchez Pascual, se explica en el prólogo que Nietzsche fue el máximo creador de aforismos, que el propio filosofo define del modo siguiente: “Es mi ambición decir en diez frases lo que todos los demás dicen en un libro, lo que todos los demás-no dicen en un libro”.

Si antes hemos aludido a la importancia de pensar por sí mismo, analicemos ahora algunos aforismos de Nietzsche respecto al enfermo y a la enfermedad.

“HASTA QUE NO NOS HEMOS OLVIDADO DEL MÉDICO Y DE LA ENFERMEDAD NO

HEMOS SANADO” En efecto, la enfermedad debe ser superada y es por ello por lo que estamos investigando el miedo a la recaída, la mayor fuente de infelicidad de muchos pacientes con cáncer.

(sigue en la pág.5)

O C T U B R E , 2 0 2 1 F E F O C N E W S L E T T E R V O L . 2 9

(viene de la pág 4)

Es un tema que afecta a todos y para el que debemos encontrar una metodología para su superación. Precisamente el lema de FEFOC es “CURACIÓN CON CALIDAD DE VIDA”. No se

trata de ser positivos sino de pensar por nosotros mismos y llegar a establecer el equilibrio con la enfermedad, para anularla como fuente de angustia y depresión.

“NO ESTAR ENFERMOS DEMASIADO TIEMPO PUES PRONTO SE IMPACIENTAN LOS MIRONES, POR LA USUAL OBLIGACIÓN DE MANIFESTAR COMPASIÓN, YA QUE LES CUESTA MUCHO MANTENER POR LARGO TIEMPO EN SI MISMOS ESE ESTADO. Y ENTONCES PASAN DIRECTAMENTE A SOSPECHAR DE NUESTRO CARÁCTER, CON ESTE RAZONAMIENTO: “VOSOTROS MERECÉIS ESTAR ENFERMOS Y NOSOTROS NO MERECEMOS YA CANSARNOS CON LA COMPASIÓN”

El enfermo debe evitar ser objeto de compasión, debe recibir la ayuda justa que precise por el menor tiempo posible. Sea cual sea la situación, debe realizarse como ser único, pensante y decisivo. Pero nada de positividad sino de responsabilidad, de respeto a uno mismo y a los demás.

Para terminar, la fórmula de la felicidad para el filósofo alemán:

“FÓRMULA DE MI FELICIDAD: UN SÍ, UN NO, UNA LÍNEA RECTA, UNA META.

Les rogamos que, en lo posible, la apliquen. Por lo general, en lo posible, no se queden en el camino de en medio.

### EL EJERCICIO FÍSICO PRODUCE PROTEÍNAS CONTRA EL CÁNCER

Una investigación dirigida por el profesor Newton de la Edith Cowan University, publicada en la revista Medicine & Science in Sports & Exercise, en octubre de este año nos avisa objetivamente que cama y descanso pueden no ser lo mejor para las personas con cáncer.

La Edith Cowan University (ECU), que se inició en 1991, está situada en Perth y Bunbury, en el oeste de Australia. Sus objetivos principales son extender el conocimiento y mejorar la calidad de vida de los australianos. Su investigación se centra en la solución de problemas mundiales reales a través de los aspectos sociales, económicos, físicos y ambientales.

El principal investigador fu el doctor Jin Soo-Kim, del equipo del profesor Newton- Se han centrado en una proteínas, denominadas mioquinas, que nuestro organismo produce cuando se ejercita físicamente. Y han descubierto que estas proteínas pueden suprimir el crecimiento de un tumor.

Para ello tomaron muestras de sangre de pacientes obesos con cáncer de próstata, todos ellos recibiendo tratamiento hormonal.

(Sigue en la pag 6)

(viene de la pág 5)

A dichos pacientes los sometieron a ejercicio físico controlado y continuado durante 12 semanas. Luego tomaron nuevas muestras de sangre. En ambas muestras, las previas al ejercicio y las posteriores determinaron el nivel de mioquinas. El nivel de mioquinas aumentó en los pacientes después del entrenamiento físico.

Sangre extraída después del ejercicio físico fue aplicada directamente en el laboratorio sobre células vivas de cáncer de próstata. Y se comprobó su efecto supresor sobre el crecimiento tumoral. Para Newton esto apunta bastante a que el ejercicio crónico crea un ambiente supresor del cáncer en el organismo.

Para los autores el ejercicio físico puede también complementar algunos tratamientos para el cáncer de próstata, como la deprivación de testosterona, que es efectiva y muy prescrita pero que contribuye a la disminución de la masa muscular y al aumento del tejido graso. El resultado es lo que conocemos como obesidad sarcopénica (obeso, pero con poca masa muscular), lo que complica la salud en general y el crecimiento del cáncer.

Durante el entrenamiento físico, los participantes perdieron tejido graso y aumentaron el muscular. A pesar de que el estudio se centró en cáncer de próstata (por su incidencia y la serie de problemas que afectan la calidad de vida de los afectados), creen que sus hallazgos son válidos en general, siempre con el debido control médico.

En la actualidad, ECU valora un estudio en que pacientes con cáncer de próstata avanzado se incorporan a un programa controlado de ejercicio físico de 6 meses. No se dispone de resultados definitivos, pero, hasta la fecha se observan algunos buenos presagios. Pese a que se trata de pacientes con mucha enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos, para Newton, aún son capaces de producir “medicina” anti cáncer en su interior.

## TOXICIDAD FINANCIERA Y CÁNCER DE PRÓSTATA EN OTRAS CULTURAS: Un

**objetivo de atención de la paciente, familia y del equipo de salud.**



### Dr. Oscar Galindo Vázquez Servicio de Psicooncología

**Instituto Nacional de Cancerología INCan, México.**

La “toxicidad financiera” se ha convertido en las últimas décadas en un término familiar utilizado en la discusión de los tratamientos contra el cáncer de próstata conforme avanzan los procedimientos en oncología que ha ganado terreno en la literatura médica, en los planes de seguros médicos y en las conversaciones médico-paciente.

(sigue en la pag 7)

(viene de la pág 6)

Sin embargo, como fenómeno en el tratamiento actual, la toxicidad financiera no se comprende completamente en sus conceptos, en sus efectos económicos y psicológicos ni por el profesional de la salud, por el paciente y su familia, siendo los programas disponibles principalmente a nivel del sistema de salud.

La toxicidad financiera se compone por dos elementos: Dominio objetivo que corresponde el gasto monetario de atención médica (diagnóstico, tratamiento y programas de apoyo), el cual de acuerdo al Banco Mundial se puede denominar catastrófico como un gasto que excede el 40% de los ingresos acumulados posteriores a la subsistencia de una familia, que es el ingreso después de contabilizar el gasto relacionado con alimentos y necesidades básicas.

Dominio subjetivo, la información reportada por los propios pacientes (preocupaciones, ansiedad y malestar emocional), que proporcionan una perspectiva más allá de los gastos monetarios pagados, el cual es un elemento fundamental para comprender la vivencia del paciente con cáncer de próstata y sus familiares.

Esta información permite una evaluación más completa de cómo los pacientes y sus familias afrontan los desafíos financieros, el malestar emocional que ello conlleva y como modifican la atención y la búsqueda de programas de atención.

Expresiones como: "Me preocupan los problemas económicos que tendré en el futuro como consecuencia de mi enfermedad" o tratamiento y "Mi enfermedad ha representado una dificultad económica para mí y para mi familia" son comunes en los pacientes con cáncer de próstata y sus familias.

Preguntas como ¿Cuánto tendré que pagar por este tratamiento? O Si no puedo pagar este tratamiento, ¿hay otros que puedan costar menos que funcionen de la misma manera? Son comunes en aquellos pacientes y sus familias que tienen el reto de enfrentar el cáncer de próstata que genera amplio malestar emocional.

Pero el efecto de la toxicidad financiera también se ve en el equipo de salud durante la consulta médica, siendo una labor compleja cuando los oncólogos pueden no sentirse cómodos o no están preparados para hablar sobre los costos con sus pacientes.

Esto da lugar a una relación constante entre la toxicidad financiera con aspectos psicológicos y laborales expresados como malestar emocional, estigma, ansiedad, depresión, estrés, pérdida de productividad, salarios más bajos y una menor calidad de vida.

Por lo que las recomendaciones que hacen énfasis en la reducción de la toxicidad financiera en múltiples niveles (proveedor, clínica, hospital y seguro privado y gubernamental), implementación de estándares de tratamiento institucional reflexivos parecen todavía no asociar estrechamente el elemento psicológico.

Por lo tanto, incorporar aspectos psicológicos puede ayudar a todos: al paciente, a la familia y al equipo de salud a transitar con una mayor empatía, una mejor calidad de vida y conocimiento de cómo viven y transitan cada uno en la misma dirección como un equipo que afronta y vive cada día el cáncer de próstata.

[**https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FL cbVOCshefrj6mkQ/videos**](https://www.youtube.com/channel/UCMOFY1FLcbVOCshefrj6mkQ/videos)

Para adquirir el libro clique [aquí](https://www.amazon.es/C%C3%81NCER-PR%C3%93STATA-HETEROS-GAYS-BISEXUALES/dp/B08QRB3H35/ref%3Dsr_1_1?__mk_es_ES=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&dchild=1&keywords=cancer%2Bde%2Bprostata&qid=1622136980&sr=8-1).

# Para más información

**sobre los donativos clique** [**aquí**](https://www.fefoc.org/donaciones/)**.**

**Imagen de la colección de vídeos sobre cáncer de próstata**





**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**](http://www.fefoc.org/)

Agradecemos la colaboración de:



