

Desafíos en las terapias domiciliarias en pacientes con cáncer de próstata

Challenges in home therapies in patients with prostate cancer

Isaac Florido Pérez^{1*}

1. Hospital Infanta Elena, Huelva

Resumen

Transcripción de la ponencia (speech) realizada en el Congreso de la EAU2023 en Milán sobre el papel de la enfermería en el tratamiento del paciente con terapia de deprivación androgénica.

Palabras clave: TDA. Cáncer. Próstata. Hormonal. Análogos.

Abstract

Transcription of the presentation given at the EAU2023 Congress in Milan on the role of nursing in the treatment of patients undergoing androgen deprivation therapy.

Keywords: ADD. Cancer. Prostate. Hormonal. Analogues.

Introducción

Queridos compañeros, hoy quiero compartir con vosotros una pequeña formación sobre el cáncer de próstata y, desde mi experiencia profesional y siempre bajo el punto de vista de mi humilde opinión, el papel tan importante que tenemos los profesionales de enfermería en este particular y con más énfasis, los profesionales que compartimos la vocación por la enfermería urológica.

Muchos de los conocimientos que podréis leer aquí, puede que no sean muy vanguardistas o novedosos, pero puede que despierten el interés en compañeros que no tengan tanta experiencia en el seguimiento de pacientes con cáncer de próstata y muy especialmente en aquellos bajo terapia de deprivación androgénica. También me gustaría que compañeros de otras especialidades, como puede ser la atención primaria puedan tener una aproximación sobre este tema y quien sabe, darles un estímulo para adentrarse en esta especialidad nuestra que tanto nos apasiona.

Epidemiología:

Para comenzar, vamos a hacer un pequeño resumen sobre la epidemiología del cáncer de próstata.

El cáncer, en general, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2022 se diagnosticaron 18,1 millones de casos de cáncer en todo el mundo según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer. En los próximos 20 años se diagnosticarán 27 millones.

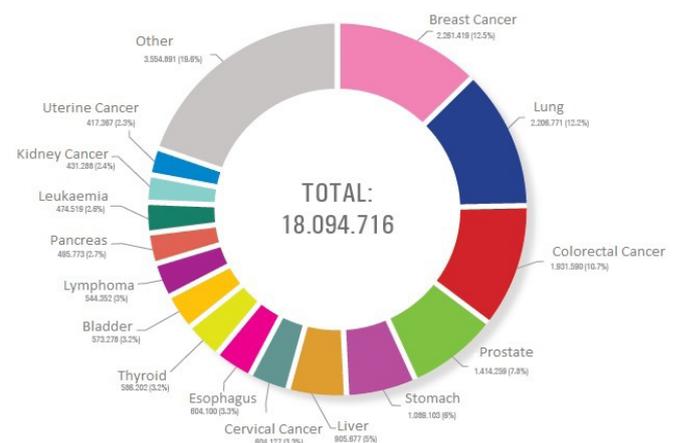


Figura 1. Porcentaje de diferentes tipos de cáncer a nivel mundial. (Fuente: International Agency of Research on Cancer)

*Correspondencia
Isaac Florido Pérez
rotting@hotmail.es

Fecha de recepción: 22/01/2024
Fecha de aceptación: 22/01/2024
Fecha de publicación: 30/04/2024

Rev. Enfuro 2024; 143:40-45
www.revistaenfuro.com

Como podemos ver en el gráfico anterior (Figura 1), el cáncer de próstata en el mundo tiene una incidencia total del 7,8%, y aquí podemos ver que es el 4º cáncer más frecuente a nivel mundial, y como curiosidad, en este gráfico están incluidos ambos sexos.

Como podemos apreciar en el siguiente gráfico (Figura 2), el cáncer de próstata es el tumor más diagnosticado en hombres en España en 2022. Se diagnosticaron casi 31.000 casos. Como vemos, el cáncer de próstata es un importante problema de salud.

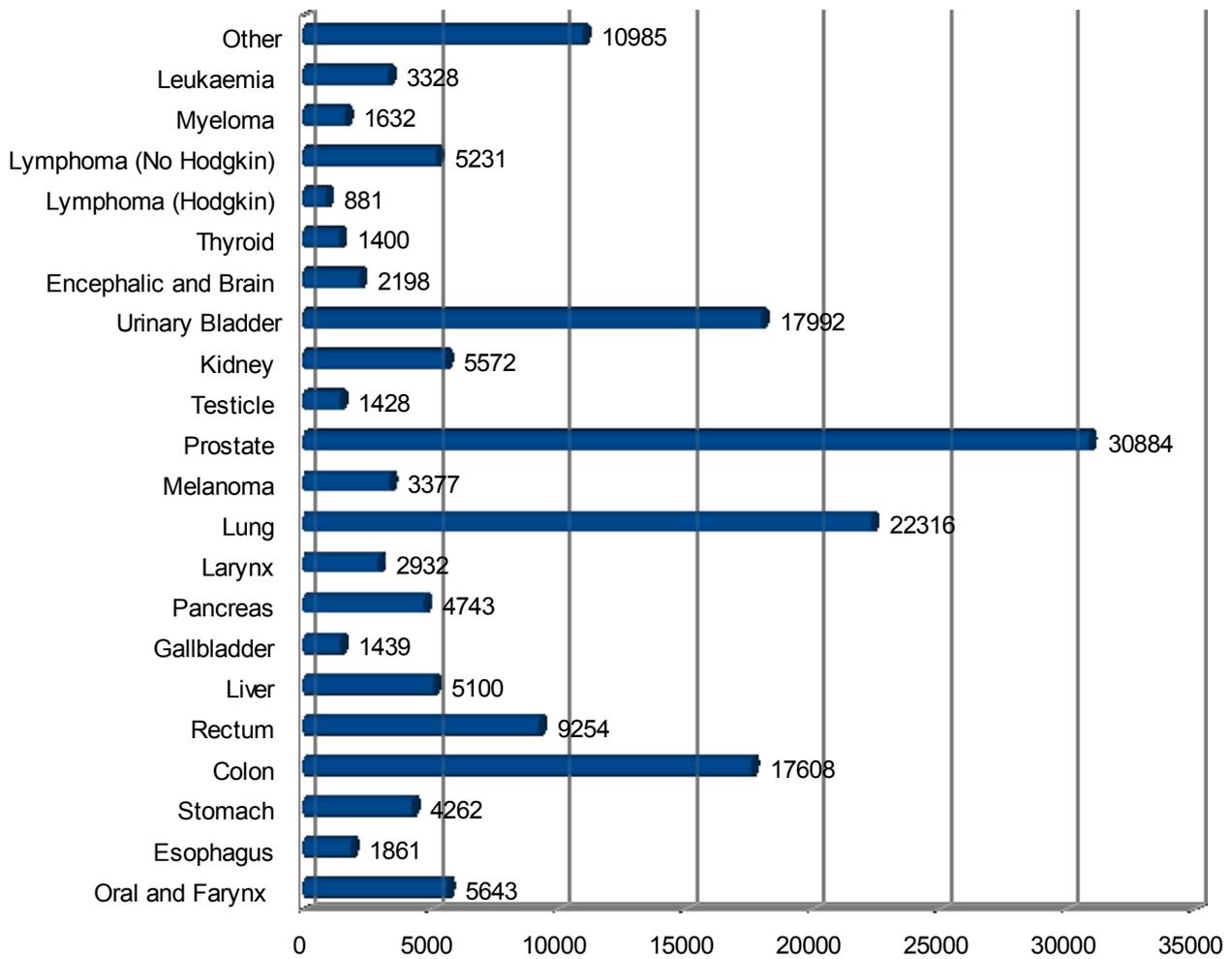


Figura 2. Porcentaje de diferentes tipos de cáncer en España en 2022. (Fuente: REDECAN)

Los pacientes:

Centrémonos ahora en los pacientes. Yo siempre he defendido, en mi humilde opinión, que deberíamos centrarnos un poco más en las personas y menos en la enfermedad, y dentro de un momento, con un ejemplo, os mostraré por qué.

En la práctica totalidad de los casos, los pacientes son remitidos desde los centros de atención primaria. Se les ha realizado un cribado de cáncer de próstata por medio de los diferentes programas que cada servicio autonómico de salud tiene dispo-

nible. Desde atención primaria son derivados al área de urología de su hospital de referencia.

Y ahora una pequeña reflexión, ¿Cuál creéis que es el mayor temor que tienen los pacientes con sospecha de cáncer de próstata?, ¿Cuál pensáis que es el sumun de todos sus miedos? ¿Qué es aquello que les preocupa?

Para mí la respuesta es muy sencilla y he llegado a esa conclusión después de “algunos” años de experiencia.

En mi muy modesta y humilde opinión, lo que más temen los pacientes es el:



Figura 3. PSA (Antígeno prostático específico)

El PSA es el enemigo a batir. Solamente tenéis que ver la cara de los pacientes cuando llegan a la consulta para recoger los resultados de la analítica. Pero si vamos un poco más allá, todo se centra en el temor a la incertidumbre y al desconocimiento. “El no conocer, el no saber, el no controlar la situación” puede ser un grave foco de estrés en los pacientes y por extensión, a sus familiares. Esto es fácil de ver con un ejemplo gráfico:

Un hombre normal, un paciente, una persona que está en su pueblo, tranquilo, desayunando en su cafetería favorita, etc. Una mañana va a su médico de familia y este le dice que le va a “sacar” una analítica de rutina, por si acaso. Pero cuando ese hombre, acude a la consulta de su médico, esa persona en quien ha depositado su confianza, su “amigo” en algunos casos, sentado en frente de él, serio, con toda la cara de circunstancia le dice “Antonio (por ejemplo), en la última analítica que te has hecho ha aparecido un PSA alto, y te tengo que derivar al hospital, al urólogo, porque puedes tener cáncer”.

Ahora poneos en la piel de esa persona. Hace solo un instante ¡estaba bien!, no tenía nada. A lo mejor no podía orinar muy bien, pero ahora, tiene la posibilidad de tener cáncer. Es terrible. Pero lo peor no es la certeza, porque pensad: Ese paciente tiene que esperar la cita con su urólogo. Después, puede que ese especialista le pida otra determinación de PSA. Luego, tiene que esperar la cita de resultados. Si se le recomienda una biopsia de próstata tiene que esperar su cita y de nuevo, la cita de resultados de anatomía patológica. ¿Y cuál pensáis que es el fantasma que ronda las noches y desvela a esos pacientes? La incertidumbre, el no saber.

Y ahora, queridos compañeros ¿Cuál creéis que la solución a este problema? Para mí es muy simple también. El conocimiento. Realmente, en mi muy modesta opinión, es la solución a casi todos los problemas de la humanidad. Una persona que posee conocimientos puede gestionar mejor su situación y tener sus propias conclusiones. Posee mejores armas con las cuales hacer frente a los problemas, aquí no solo estoy hablando de los pacientes, si no de los todos los profesionales implicados en el manejo del mismo.

¿Qué podemos hacer nosotros como profesionales de la especialidad de urología para mejorar esta situación? Proveer de información y dar formación.

Para nuestros compañeros de atención primaria:

Tabla 1. Valores de PSA y la probabilidad de padecer cáncer de próstata.

PSA level (ng/mL)	Risk of PCa (%)
0.0–0.5	6.6
0.6–1.0	10.1
1.1–2.0	17.0
2.1–3.0	23.9
3.1–4.0	26.9

Este gráfico (Tabla 1) muestra la relación entre los valores de PSA y la probabilidad de padecer cáncer de próstata. ¿No creéis, compañeros, que, si ofrecemos esta información a los pacientes, les damos un poco de tranquilidad?, porque a los mejor nuestros colegas de atención de primaria no lo saben, pero el tener unas cifras elevadas de PSA no da la absoluta certeza de padecer cáncer de próstata. Además, existen otras causas que pueden elevar el PSA como una simple infección de orina, ciertos procedimientos urológicos, la prostatitis, etc.

Para los pacientes algo muy complicado, ofrecerles nuestro tiempo. Es nuestro recurso más escaso en muchas ocasiones,

pero tened la seguridad de que un paciente bien informado y que se sienta bien atendido y seguro, necesitará a la larga menos recursos y menos esfuerzo. Además, hay que comunicarles lo que hemos comentado anteriormente: el tener unas cifras elevadas de PSA no quiere decir 100% que padezca cáncer. Asimismo, hay que comunicarles que, en el caso de la que las pruebas indiquen que padezcan la enfermedad, esta normalmente progresa de forma muy lenta y existen muchas líneas de tratamiento. Con un poquito de nuestro tiempo y esfuerzo, podemos conseguir algo de gran valor. Resolver las dudas y dar tranquilidad es algo vital.

El cáncer de próstata:

Después de tener un diagnóstico definitivo mediante biopsia o incluso, mediante un estudio de extensión, el cáncer de próstata es clasificado. Podemos encontrar esta clasificación en las guías de las principales asociaciones urológicas, y dependiendo de esta clasificación, se abre un abanico de líneas de tratamiento.

LOW RISK PSA < 10 ng/dl And Gleason <7 (ISUP Grade I) And cT1 - cT2a	INTERMEDIATE RISK PSA 10 -20 ng/dl Or Gleason 7 (ISUP Grade I-II) Or cT2b
HIGH RISK LOCALLY PSA > 20 ng/dl Or Gleason > 7 (ISUP Grade IV-V) Or cT2c	HIGH RISK LOCALLY ADVANCED ANY PSA ANY Gleason (ANY ISUP) CT4-4 cN+

METASTATIC PCa

Figura 4.

Pero aquí, quiero poner el foco directamente en la terapia de privación androgénica (TDA). Y ¿por qué?, porque aquí es donde los profesionales de enfermería tenemos una enorme responsabilidad. Podemos ayudar o asistir en otras líneas de tratamiento, como puede ser la radioterapia, la vigilancia activa, el seguimiento del paciente que se va a tratar con cirugía, etc. Pero en la TDA somos los responsables de la administración y de velar por el cumplimiento terapéutico. ¿Quién administra el tratamiento?, ¿Quién lo prepara?, ¿Quién hace el seguimiento del paciente por si padece algún signo o síntoma de complicación y/o alarma?. Nosotros.

Breve resumen sobre la terapia de privación androgénica:

La testosterona es la hormona clave para el normal crecimiento de la próstata, pero también del desarrollo de las células cancerosas.

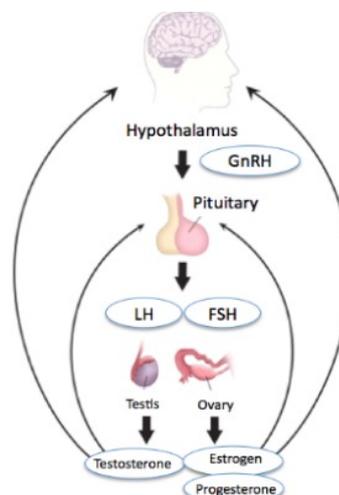


Figura 5. Espermatogénesis

La producción de testosterona está regulada por el eje hipotálamo-pituitario-gonadal. La mayoría de los tratamientos para combatir el cáncer de próstata tienen como objetivo actuar sobre este eje, reduciendo los niveles de testosterona y previniendo la estimulación de las células cancerosas. Esta estrategia tiene como resultado la disminución del tumor o el retraso en el crecimiento del mismo.

En las actuales guías terapéuticas se recomienda que los niveles de testosterona en sangre estén por debajo de 20 ng/dl, que es considerado nivel de castración.

La terapia hormonal, también denominada terapia de privación androgénica (TPA), reduce los niveles de testosterona circulante a niveles de castración y bloquea la estimulación androgénica de las células cancerosas de próstata.

Existen 4 grupos farmacológicos de privación androgénica:

- Agonistas de la LHRH.
- Antagonistas de la LHRH.
- Antiandrógenos o bloqueantes de los receptores T.
- Inhibidores enzimáticos.

Los análogos de la LHRH se administran en formulaciones de larga duración: disponibles en inyecciones mensuales, trimestrales o semestrales.

La importancia del papel de enfermería en la terapia de privación androgénica:

En mayo de 2020 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) envió una nota de seguridad sobre la administración de análogos de la LHRH. En ella podemos leer que:

“Se recomienda que la reconstitución y administración de los medicamentos que contienen Leuprorelina de liberación prolongada se realice exclusivamente por profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de estos productos y siguiendo estrictamente las instrucciones de preparación.”

Se puede producir una pérdida de eficacia del medicamento por un incorrecto manejo y los niveles de testosterona deben

monitorizarse si hay dudas en la correcta preparación y/o administración del análogo de la LHRH.

Podemos llegar a la conclusión de que los profesionales de enfermería somos los responsables de la correcta preparación, administración y seguimiento de los pacientes en tratamiento con TDA.

En el éxito terapéutico de los análogos y, por tanto, en la evolución del cáncer de próstata, influye mucho la formación y preparación del equipo de enfermería, que debe estar bien entrenado tanto en la reconstitución como en la administración de estos fármacos.

Manejo de los pacientes en el tratamiento con terapia de privación androgénica:

Como comentamos muy al principio: “El conocimiento es poder”. La incertidumbre y el “no saber” son un gran problema potencial para los pacientes y sus familiares.

Explicar siempre al paciente en qué consiste el tratamiento, cómo se llevará a cabo, cuántas citas serán necesarias, etc.

Instruir al paciente y a sus familiares para que reconozcan los signos y síntomas de los posibles efectos secundarios que pueden aparecer durante el tratamiento con TDA porque muchos de estos posibles efectos secundarios pueden controlarse o solucionarse (Figura 7).

Nunca olvidarnos de:

- Hacer un seguimiento de las visitas de revisión de los pacientes.
- Registrar cada acto clínico.
- Asegurar el cumplimiento terapéutico.
- Monitorizar y registrar los posibles signos y síntomas de complicación y/o alarma que puedan producirse durante el tratamiento.

Nuevas ideas y retos para los profesionales de enfermería:

Ahora quisiera compartir con todos vosotros ciertas ideas y retos que, en mi humilde opinión, deberíamos enfatizar y, desde mi experiencia profesional, podemos mejorar algo más. Muchas de estas ideas pueden resultar bastante obvias y simples, pero llegareis a la conclusión de que muchas de ellas deberías tenerlas siempre en mente y no siempre es así.

1. Tomar plena conciencia de la importancia de la enfermedad, el tratamiento y el seguimiento:

Como he comentado, parece obvio, pero veréis en breve que no siempre ocurre. Un ejemplo gráfico:

Soy una enfermera que acaba de terminar la carrera, o un enfermero de atención primaria o simplemente un profesional de enfermería que no tiene suficientes conocimientos en urología en general y en TDA en particular, y me puedo preguntar:

- ¿Una simple inyección puede curar o mitigar el cáncer?
- Cómo es posible, que una simple inyección en la barriga, como puede ser la insulina o la heparina (de bajo peso molecular), puede ser tan importante.
- Cómo es posible que, cuando estoy preparando la medicación, el perder un poco al cargar o purgar, se algo tan crítico. ¿Cómo puede ser?
- ¡Oh, vaya! Al paciente se le ha olvidado/no ha acudido a la cita para administrarse su medicación. No pasa nada, ya vendrá. En la siguiente cita médica se lo comentamos.

NOTA DE SEGURIDAD

Errores en la reconstitución y administración de los medicamentos con leuprorelina de liberación prolongada en el tratamiento del cáncer de próstata

Fecha de publicación: 18 de mayo de 2020
Categoría: medicamentos de uso humano, farmacovigilancia
Referencia: MUH (FV) 9/2020

- o Se han notificado casos de errores durante el proceso de reconstitución y administración de los medicamentos que contienen leuprorelina de liberación prolongada en el tratamiento del cáncer de próstata
- o La probabilidad de que estos errores se produzcan aumenta con la complejidad de la reconstitución y administración del medicamento, siendo más frecuentes para Eligard
- o Dichos errores pueden provocar la administración de una dosis menor del medicamento
- o Se recomienda que la reconstitución y administración de los medicamentos que contienen leuprorelina de liberación prolongada se realice exclusivamente por profesionales sanitarios con experiencia en el manejo de estos productos y siguiendo estrictamente las instrucciones para su preparación
- o Ante la confirmación o sospecha de un error en la preparación del medicamento, se realizará un seguimiento del paciente para descartar la posible falta de eficacia del tratamiento

Figura 6. Nota de seguridad. MUH (FV) 9/2020

Posible Side Effects:

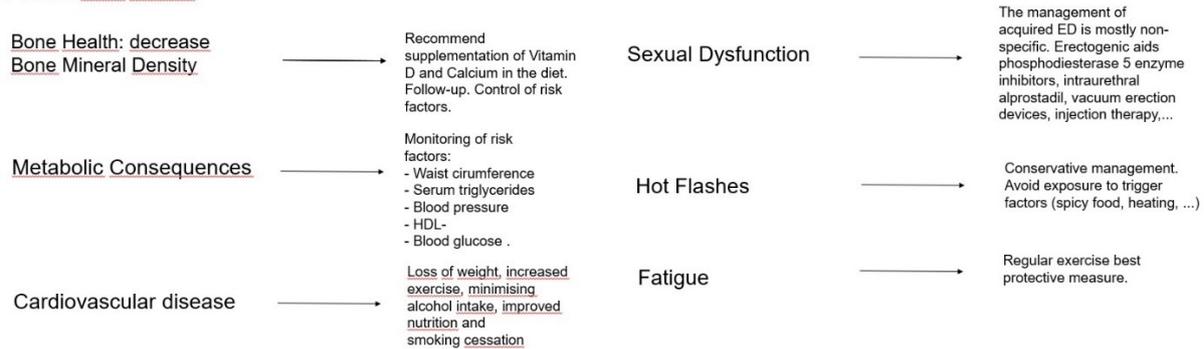


Figura 7.

- Perdone caballero ... ¿Cuándo retiró la medicación de la farmacia? Y cuando lo hizo ¿La mantuvo usted en el frigorífico?

Estoy seguro de que, en alguna ocasión, algunos de vosotros habéis escuchado algún caso parecido o incluso lo habéis presenciado. Yo tengo además una anécdota que es muy gráfica para explicar todo esto:

Una mañana, un paciente me comenta en la consulta: Tengo que ponerme la semana que viene “la vacuna” para lo de la próstata. ¿Por qué pensáis, compañeros, que llamó vacuna al medicamento? Por la primera vez que se lo pusieron en su centro de salud, se lo administraron en el brazo de forma intramuscular, como “la vacuna de la gripe”.

De nuevo, el conocimiento y la formación es muy importante. Yo pienso, además, en mi muy humilde opinión, pero sin riesgo a equivocarme, que quedan algunos compañeros y montones de pacientes que piensa que, es imposible, de largo, que una “simple inyección en la barriga” cada seis meses es la responsable de mantener controlado un cáncer localmente avanzado o metastásico.

2. Tener un seguimiento real y correcto de los pacientes con TDA:

Muy simple también, pero pensad en la importancia de cada uno de los puntos:

- Protocolos. (¿Tenemos todos nosotros protocolos de seguimiento para los pacientes en tratamiento con TDA?)
- Registro de cada acto médico o enfermero (No hacerlo es como dejar ciegos al resto de compañeros)
- Poseer herramientas específicas para el seguimiento y monitorización del paciente con TDA.
- Importancia de la salud mental del paciente y control de los signos y síntomas de ansiedad y/o depresión que puedan producirse.

Para resolverlo, algo tan sencillo como un registro informático propio, una simple tabla tipo excel donde tener los datos del paciente, medicación a administrar, cita próxima y un espacio para anotaciones nos puede ser de gran ayuda. Yo personalmente administro la medicación a mis pacientes en tratamiento con TDA, les damos una cita telefónica en 48h, una semana y un mes después de la administración. Les instruimos sobre los posibles signos y síntomas de complicación y/o alarma y es damos un teléfono de contacto por si tienen alguna duda, problema o necesitan reportar algunos de esos efectos secundarios. Sencillo y económico.

Y no podemos olvidarnos de la salud mental del paciente. Algo que a veces pasamos por alto, pero que puede causar gran desasosiego tanto al paciente como a sus familiares cercanos.

3. Involucrar a todos los profesionales sanitarios en el seguimiento del paciente con cáncer de próstata:

Recordad el punto donde comentamos el cómo ayudar a los compañeros de atención primaria. Realmente son ellos los que pasan más tiempo con los pacientes. Todos los profesionales que forman parte de la captación, diagnóstico y tratamiento o seguimiento del paciente con cáncer de próstata deben de estar en continua formación y comunicación.

No pasemos por alto la importancia de los profesionales que hacen de puente entre la atención primaria y la especializada, como pueden ser las enfermeras gestoras de casos. Su ayuda puede ser fundamental para un seguimiento correcto de los pacientes y maximizar tanto el cumplimiento terapéutico como la comunicación entre servicios.

No desdeñar la función de vigilancia y seguimiento que pueden tener otros profesionales, como los cuidadores o profesionales de las residencias sanitarias.

Todos tenemos que trabajar al unísono y tener una comunicación fluida y eficaz, lo mismo que una oferta formativa constante.

4. Empoderar al paciente para hacer frente a su enfermedad:

El compromiso del paciente es fundamental para un buen seguimiento y un correcto cumplimiento terapéutico. Como comenté sobre la importancia sobre el conocimiento, una persona que conoce su enfermedad, su tratamiento, las pautas de su seguimiento, etc. Tiene mejores herramientas para manejar su enfermedad, tomar sus propias conclusiones y, por ende, tener un mejor control de su vida. El paciente es el primer responsable en mantener un correcto seguimiento y velar por el cumplimiento terapéutico. Un paciente comprometido tendrá un mejor seguimiento, podrá reportarnos posibles efectos adversos y acudirá a sus citas previstas. Hace tiempo que está muy de moda la palabra “autocuidado” pero aquí, cobra vital importancia. Nosotros siempre podemos estar ahí, haciendo un seguimiento activo del paciente, comprobado sus citas, etc. Pero su compromiso es clave.

5. Importancia de la familia y el entorno:

La familiar es el pilar fundamental de la persona, y si esa persona padece cáncer, más aún. Aquí no voy a comentar otra vez la importancia de involucrar a la familiar en el seguimiento del paciente o el de ayudar en el correcto cumplimiento terapéutico. Quiero hacer énfasis algo que es muy importante pero que en muchas ocasiones pasa desapercibido. Debemos evitar la conspiración de silencio.

Este fenómeno suele ocurrir más en las zonas rurales y puede ser algo que nos dificulte mucho la atención al paciente y puede provocar grandes trastornos tanto a ellos como a sus familias. Cuántas veces hemos escuchado eso de "no le cuente nada a mi padre de lo que tiene, no sabe nada y no queremos que sufra". Es un problema muy difícil de afrontar y con compleja solución, pero hay que intentarlo. Afecta al máximo al punto anterior y además ser muy perjudicial para el estado mental del paciente. Simplemente reflexionad. Una persona, un paciente, un hombre que se siente cada vez más deteriorado, más enfermo y/o más débil y no sabe ni entiende por qué. Esto puede generar un gran desasosiego y desazón hasta el punto de hacer mella en su salud. Esa persona no tiene herramientas para poder enfrentar la situación. Y podemos imaginar un escenario peor: el paciente que no puede solucionar o poner en orden sus

asuntos, o peor aún, la persona que no puede despedirse de sus seres queridos. De nuevo, el conocimiento es poder.

Conclusión

Los profesionales de enfermería somos clave en el tratamiento y seguimiento del paciente en tratamiento con TDA. Participamos prácticamente en todos los actos clínicos en los cuales el paciente está implicado. La conclusión es muy sencilla, queridos compañeros. Las decisiones que tomemos, las acciones que hagamos, en definitiva, nuestros actos pueden ser lo que determine la salud de un paciente en tratamiento con TDA, su pronóstico o incluso, su vida.

Milán 2023.