



PROYECTO | Fortalecimiento en la ATENCIÓN  
Integral del CÁNCER en la Red - CCSS

Boletín N° 11

EL GRAN TEMA

# EL CÁNCER DE PROSTATA

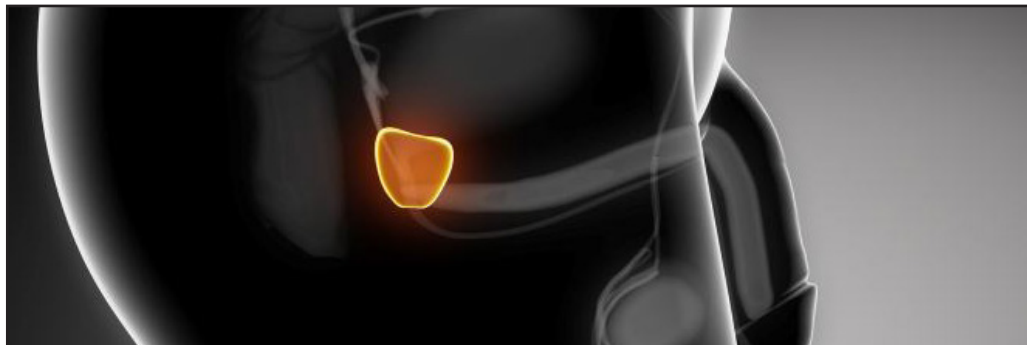




### En esta edición:

Situación epidemiológica COSTA RICA: IMPACTO DEL CÁNCER EN HOMBRES	3
El gran tema EL CÁNCER DE PRÓSTATA	6
Prevalencia del cáncer de próstata	7
Historia natural	7
Factores de riesgo	8
Síntomas y signos	9
Estudios diagnósticos	10
Estadaje	19
Tratamiento	23
Abordaje en atención primaria	27
Opinión del experto EL NUEVO ENFOQUE DEL CÁNCER PROSTÁTICO	31
Avances del proyecto LA NUEVA FRONTERA: VER EL CÁNCER DESDE EL GENOMA HUMANO	35
NOTICIAS	36

Haz clic para ir a la página.



Cuando se aborda el tema del impacto del cáncer en hombres, el de próstata y el de estómago atrapan la máxima atención durante el análisis de la mortalidad, en vista de que la suma de estos dos tipos de tumor, suman el 50% de los fallecimientos por cáncer en hombres.

De manera general, se puede decir que ambos tipos son enfermedades de lento desarrollo; sin embargo, tienen grandes diferencias en las posibilidades de detección temprana, lo que los convierte en un desafío para el sistema de salud

Mientras que la detección del cáncer de próstata se basan en el tacto rectal y el antígeno prostático en sangre, el de estómago, como se abordó en boletines anteriores, tiene aspectos mucho más complejos en el proceso de detección para poder establecer la alerta en el periodo asintomático.

Eso sí, ambos comparten barreras culturales que afectan el autocuidado y la detección temprana y, por eso, es necesario mayor impulso en la educación pública para que los hombres sepan reconocer el nivel de riesgo que tienen y puedan actuar en consecuencia.

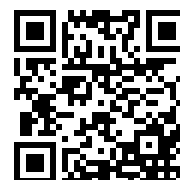
El gran tema de este boletín está dedicado al cáncer de próstata y, además de la descripción del abordaje clínico de la enfermedad, encontrarán una amplia entrevista en la cual se revela cómo es necesario difundir nuevos conocimientos entre el personal de salud y la población general, para poner en marcha el nuevo enfoque propuesto por el comité técnico del cáncer.

Además, en la sección de noticias encontrará información acerca de la visita al país del Dr. Xavier Soberón, un reconocido científico con el cual la CCSS comenzará la reflexión sobre las posibilidades para la detección temprana y la curación del cáncer a partir de los estudios del ADN.

Este boletín es parte del proyecto de divulgación del Proyecto de Fortalecimiento y promueve, de manera abierta, el refrescamiento, la anotación de la actualidad y la definición de las tendencias.

Dr. Luis Bernardo Sáenz  
Director Ejecutivo

Consulte los datos epidemiológicos más  
recientes sobre el cáncer  
(incidencia 2010 y mortalidad 2012)



Visitenos también en:

[www.ccss.sa.cr/cancer](http://www.ccss.sa.cr/cancer)



## Situación epidemiológica COSTA RICA: IMPACTO DEL CÁNCER EN HOMBRES

Cada año, más de 4.800 hombres reciben el diagnóstico de cáncer y ese impacto es tan grande en la salud masculina que llega a ser la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares.

Según la incidencia de la última década en nuestro país, el cáncer más diagnosticado entre los hombres fue el de próstata, seguido por el de piel, de estómago, de colon y pulmón (Gráfico 1). Sin embargo, el cáncer de próstata es superado por el cáncer de piel a partir del 2010. Ese año, la incidencia de cáncer de próstata fue de 50,17/100 000 hombres mientras que el cáncer de piel tuvo tasa de incidencia de 55,76 por cada 100 000 hombres.

**Incidencia de tumores malignos más frecuentes en hombres según año,  
Costa Rica 2000-2010**  
(tasa ajustadas por 100.000 varones)

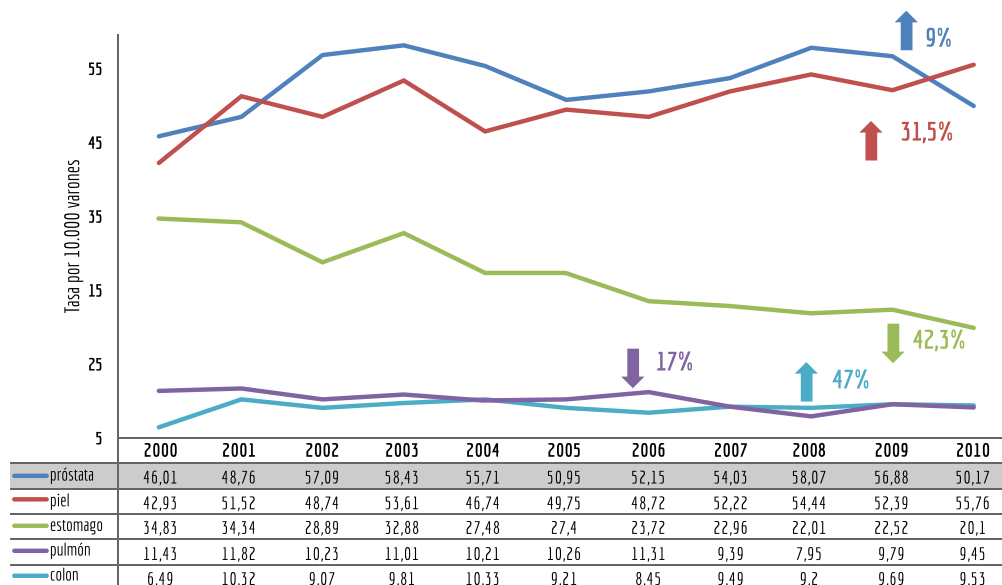


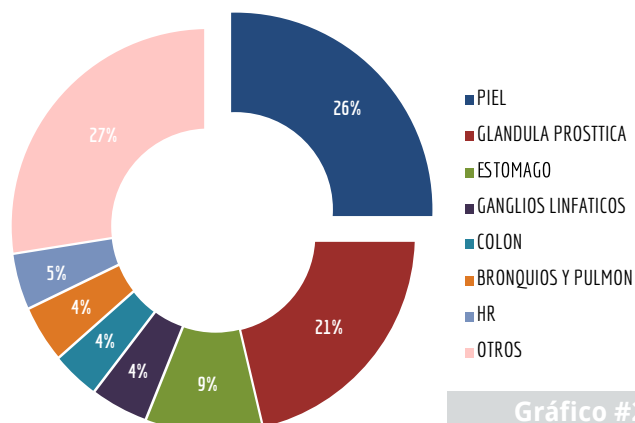
Gráfico #1

Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2013

Piel y próstata han intercambiado posiciones en el ranking de los más frecuentes. El de piel ha aumentado un 31,5% en 10 años, probablemente por una mejora en el diagnóstico, mientras que el de próstata aumentó en 26,2% entre el año 2000 y el 2008, pero registró leve disminución del 2008 al 2010 para un crecimiento total del 9% en el periodo 2000 - 2010, es importante notar que el cáncer de piel y próstata suman cerca del 50% de casos de cáncer diagnosticados en hombres, con la diferencia de que el cáncer de piel tiene un bajo impacto en relación con la mortalidad total por cáncer. (Gráfico 2).

El aumento del registro de la incidencia del cáncer de próstata se relaciona con la incorporación del antígeno prostático específico como estudio de detección, que comenzó a utilizarse a partir de los años noventa en el

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE INCIDENCIA DE CÁNCER  
EN HOMBRES DE COSTA RICA DURANTE EL 2010**



Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2013

Gráfico #2





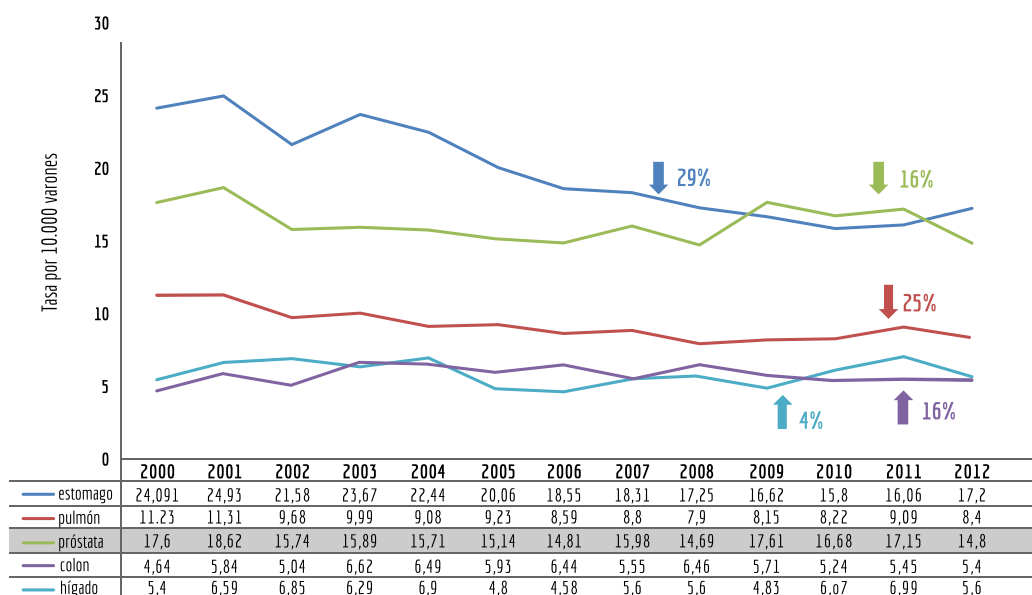
país, así como el impacto de las campañas educativas enfocadas al control periódico del hombre con mayor riesgo.

Los otros tipos de cáncer han tenido incidencia variable entre el año 2000 y 2010. El cáncer gástrico disminuyó un 42,3% en tasa ajustada (de 34,83 a 20,1 por cada 100 mil hombres). El cáncer de pulmón disminuyó un 17% (11,43 a 9,45 por cada 100 mil hombres). El cáncer de colon aumentó un 47%, con tasa ajustada que pasó de 6,49 a 9,53 por cada 100 mil hombres, aunque sigue siendo la cuarta causa de incidencia dentro de los tipos de cáncer.

Al analizar la tendencia de la mortalidad en el periodo 2000-2012 (ver el gráfico 3), se nota la disminución del 29% del cáncer gástrico. Ocupó el primer lugar de mortalidad hasta el año 2008, luego bajó al segundo lugar donde se mantuvo hasta el año 2010 y volvió al primer lugar en 2012.

Gráfico #3

**Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres según año  
Costa Rica 2000-2012**  
(tasa ajustadas por 100.000 varones)



Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2013

Así, si bien el cáncer de próstata disminuyó 16% en el rango analizado (2000-2012), superó al cáncer gástrico como la primera causa de muerte por cáncer por tres años, entre el 2009 y el 2011, y regresó al segundo lugar por el descenso en las defunciones para el 2012.

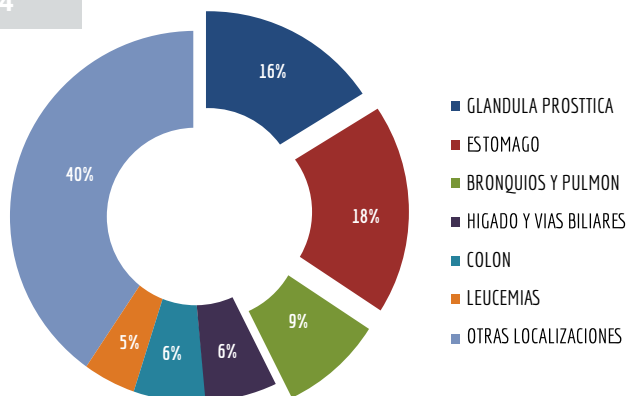
En el año 2012 se produjeron 2263 muertes por cáncer en la población masculina. El cáncer de estómago registró 403 muertes, el 17,8% del total de defunciones, y el cáncer de próstata registró 373 muertes, (16,5 % del total de defunciones).

Del total de fallecimientos, los hombres mayores de 50 años fueron el grupo de edad más afectado, con un 85,9% del total de las defunciones por cáncer. Por separado, hay cambios notables: el grupo de más impacto en cáncer de próstata fue el de 75 o más años, con el registro de 262 muertes, lo que representa un 70% del total de muertes por esta causa; mientras que el cáncer gástrico presentó el 54% de las muertes en hombres



DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE MORTALIDAD POR CÁNCER  
EN HOMBRES DE COSTA RICA DURANTE EL 2012

Gráfico #4



Fuente: Registro Nacional de Tumores, MINSA, 2013

entre los 50 y 74 años, y un 39% en hombres de 75 o más años.

Es oportuno notar que se han registrado cada vez más casos de cáncer de próstata en los últimos años, pero no se observa disminución significativa en la mortalidad, razón por la cual se deben investigar los factores que inciden en este comportamiento.

La causa de este fenómeno no está clara, ya que, mundialmente, se acepta que las dos terceras partes de los hombres con cáncer de próstata mueren por otra causa diferente a la del cáncer que había sido diagnosticado.

Entre otros factores, cabe destacar que se hace necesaria la capacitación del personal médico para el correcto llenado del certificado de defunción, lo cual es considerado uno de los factores que podrían afectar este problema de registro de datos; no es lo mismo morir por causa de un cáncer, que fallecer siendo portador de un cáncer.



#### En resumen:

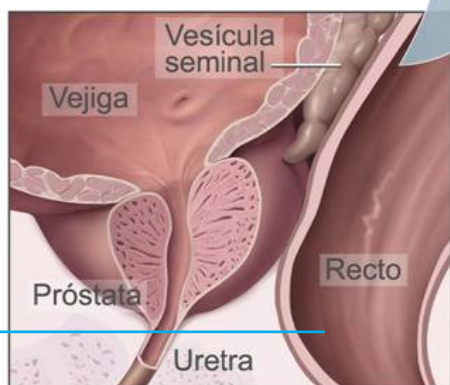
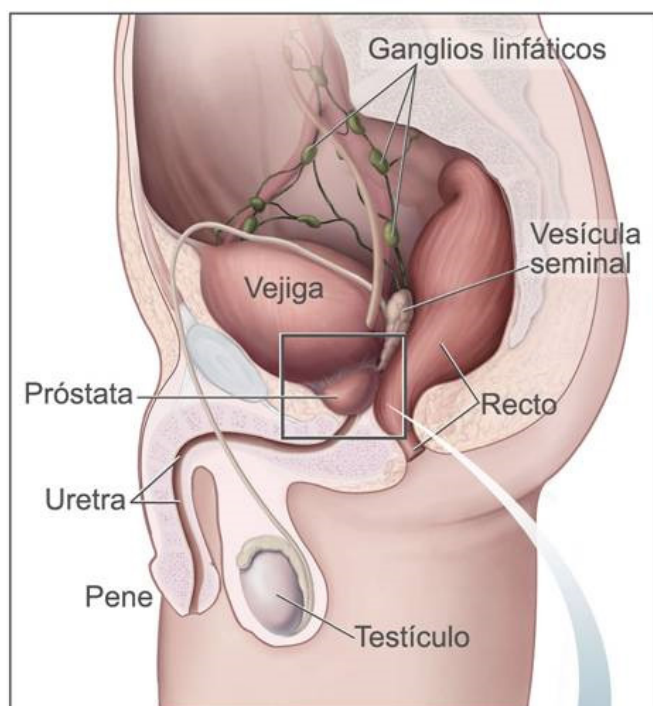
1. El cáncer es la segunda causa de muerte en hombres.
2. El 86% de hombres que fallecen por cáncer tenían 50 o más años.
3. El cáncer de piel y de próstata suman cerca del 50% de todos los diagnosticados de cáncer en los hombres.
4. El 35% de las defunciones por cáncer en hombres son producidos por cáncer gástrico o de próstata.
5. El cáncer gástrico es el que más muertes produce en la población masculina.
6. El 70% de las muertes por cáncer de próstata se produce en hombres mayores de 74 años.



## El gran tema EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Colaboración del Dr. Gonzalo Azúa Córdoba  
Médico especialista en Urología

La próstata es parte del sistema reproductor masculino, contiene células que producen parte del líquido seminal, que ayudan a transportar los espermatozoides fuera del cuerpo del hombre.

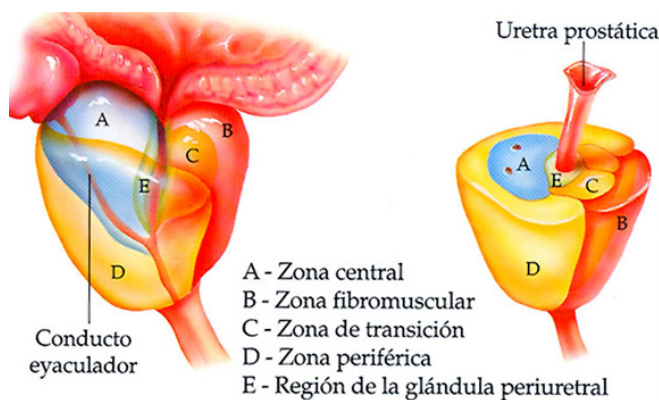


Ubicación de la próstata

Esta glándula está ubicada alrededor de la uretra, enfrente del recto y debajo de la vejiga. Una de las características de la próstata es que crece a lo largo de la vida. Las hormonas masculinas (andrógenos) hacen que la próstata crezca. Los testículos son la fuente principal de hormonas masculinas, incluyendo la testosterona. Las glándulas suprarrenales también producen testosterona, aunque en pequeñas cantidades. Esta condición de crecimiento por hormonas es fundamental para comprender las afecciones de la próstata en el hombre adulto mayor, llamada hiperplasia de la próstata. El cáncer, que puede tener síntomas similares en apariencia, es enfermedad totalmente diferenciada.

La próstata adulta normal y sana pesa de 15 a 20 gramos, pero, si la próstata crece demasiado, comprime la uretra y puede causar problemas urinarios, al hacer lento o detener por completo la micción desde la vejiga al pene.

Morfológicamente, la próstata está dividida en cuatro zonas. La zona periférica constituye el 70% de la glándula y es el área a palpar durante el tacto rectal. La zona central comprende el área alrededor de los ductos eyaculadores y corresponde al 20% del tejido glandular. El 10% restante está formado por la zona de transición alrededor de la uretra y por el estroma fibromuscular anterior no glandular.



División morfológica de la próstata





## Prevalencia del cáncer de próstata

El cáncer de próstata es de lenta evolución, por lo que es posible esperar un aumento de la prevalencia con la edad. Sin embargo, esto no se traduce en aumento del riesgo de morir de la enfermedad en edades avanzadas. Se ha reportado que la mortalidad debida al cáncer de próstata es de un 30% en menores de 60 años y solo un 7.5% en mayores de 80 años. Además, se considera que el cáncer de próstata es biológicamente más agresivo en hombres menores de 60 años.

El aumento en la prevalencia, la cantidad de casos en un momento dado, pero no en la mortalidad, ha sido documentado por estudios de autopsia, donde se ha determinado que la prevalencia de cáncer de próstata es del 30% en hombres mayores de 50 años y de 70 al 90% en mayores de 80 años, sin que esto les signifique morbilidad o mortalidad (American Cancer Society).

Lo anterior, ha llevado considerar dos tipos de cáncer de próstata: la forma «clínicamente no significativo», también llamada microscópica o latente; y la forma «clínicamente significativo», el cual se reconoce como potencialmente causal de morbilidad y mortalidad para el individuo.

### Tumores Clínicamente Significativos

Son aquellos que presentan alguna de las siguientes características:

1. Hombres con expectativa de vida  $\geq$  10 años.
2. Tiempo de duplicación del APE  $<$  6 meses.
3. Volumen  $>$  0.5 ml (por TR o US).
4. Gleason  $\geq$  7.

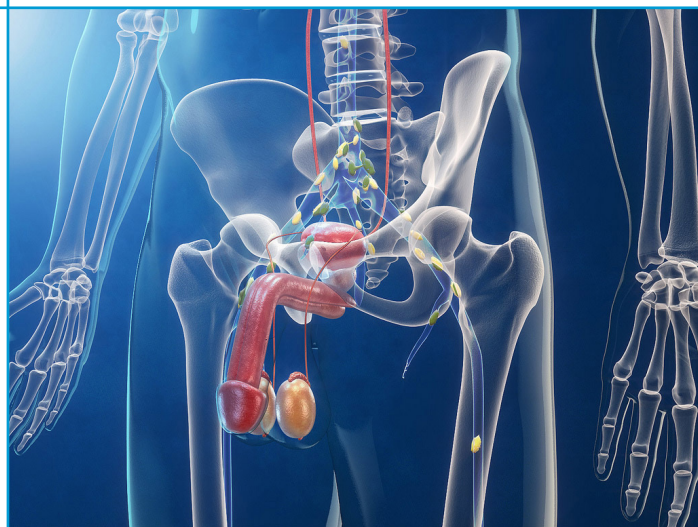
## Historia natural

La historia natural del cáncer de próstata es heterogénea y aún no ha sido entendida en su totalidad. Este tumor es asintomático en etapa temprana, siendo enmascarado por el prostatismo típico del crecimiento benigno. Por lo general, cuando produce síntomas, se trata de una enfermedad avanzada (dolor óseo, fracturas patológicas, anemia, etc.)

Respecto a lo lento del crecimiento, se ha estimado que pasan entre 5 a 15 años para que un tumor alcance un volumen clínicamente detectable de 1 mL.

Otro aspecto muy importante del cáncer de próstata es su dependencia hormonal. La testosterona ha sido implicada como un posible promotor del crecimiento del cáncer prostático; hecho que se ha estudiado porque no se manifiesta en los eunucos o en cualquier hombre castrado antes de la pubertad.

Basado en lo anterior, Huggins y Hodges introdujeron la *orquidectomía quirúrgica* como tratamiento de bloqueo androgénico en 1940 y, desde entonces, la terapia de supresión androgénica ha sido el estándar de oro en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado.





## DISEMINACIÓN

El cáncer de próstata se disemina por tres vías:

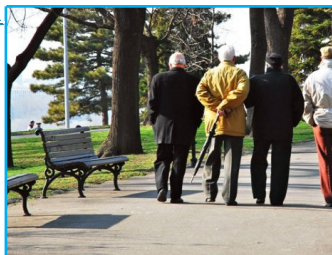
- Localmente: a través de extensión directa en la grasa periprostática o vía conductos eyaculadores hacia las vesículas seminales.
- Vía linfática: hacia los ganglios regionales (hipogástricos y obturadores).
- Vía hematógena: hacia hueso (principalmente columna lumbosacra y esqueleto axial). El 80 % de los hombres con cáncer de próstata avanzado presentan metástasis óseas; el dolor óseo y la elevación de la fosfatasa alcalina son indicadores clínicos de esta condición.

## Factores de riesgo

Si bien la causa del cáncer de próstata se desconoce, se han estudiado múltiples factores asociados, con resultados que permiten agruparlos a la luz de la evidencia científica actual en: probables, posibles y no asociados.

### - PROBABLES -

- La edad es el principal factor de riesgo identificado; ocurre a partir de los 50 años.
- Historia familiar, está presente en el 25% de los casos. El riesgo relativo de padecer cáncer de próstata es de 2 a 3 veces mayor cuando existe un familiar en primer grado (padres o hermanos) con dicho diagnóstico y de 5 cuando existen dos parientes con esa condición.
- La herencia es responsable del 10% del cáncer de próstata, de modo que los portadores del gen BRCA1 tienen mayor riesgo, padeciendo cáncer más precoz y agresivo.
- Los hombres de piel negra tienen un riesgo 1.3 a 1.6 veces más alto.



### - POSIBLES -

- Factores Dietéticos
- Alto consumo diario de proteína
- Alto consumo diario de calcio



### - NO ASOCIADOS -

- Consumo diario de grasas
- Obesidad
- Actividad Sexual



## Histología

En la mayoría de los casos se trata de un adenocarcinoma, ocurriendo el 70 % en la zona periférica, 20 % en la zona de transición y 10 % en la zona central. Es importante hacer notar que la zona periférica es la que está en íntimo contacto con el recto, lo cual significa que el cáncer de próstata en su mayoría se origina en un área que es accesible al tacto rectal.





## Síntomas y signos

El cáncer de próstata se caracteriza por no dar síntomas en la etapa temprana. Cuando aparecen los síntomas debidos al cáncer por lo general es cuando se encuentra en etapa avanzada y son debidos a:

### - CRECIMIENTO LOCAL -

Cuando la tumoración prostática alcanza un tamaño suficiente para generar obstrucción del flujo urinario. El hombre se queja de un chorro urinario sin fuerza, frecuencia urinaria aumentada, goteo terminal, pujo al inicio de la micción, chorro intermitente, tenesmo vesical - un deseo imperioso de orinar que obliga a hacerlo constantemente- y nicturia - aumento de la frecuencia en la micción nocturna - Los síntomas son, por lo demás, similares a los que produce el crecimiento prostático benigno.

En etapas muy avanzadas, el tejido tumoral puede involucrar a los meatos ureterales infiltrándolos, lo cual produce obstrucción ureteral e hidronefrosis secundaria. Posteriormente, sobreviene la insuficiencia renal, con lo cual aparecen los síntomas como anemia, resequedad de piel, sabor metálico en la boca, náuseas, vómitos, etc.



### - METÁSTASIS A DISTANCIA -

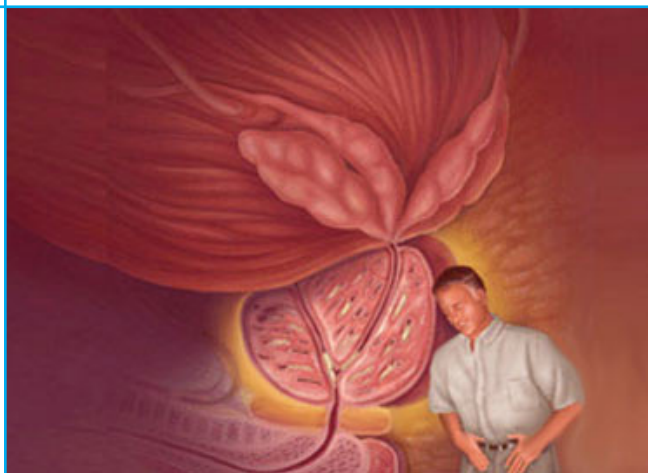
**Hueso:** las metástasis óseas se presentan en el 65 al 75% de los hombres con cáncer de próstata avanzado, principalmente en esqueleto axial: vertebras, fémur, húmero.

La manifestación clínica de la metástasis ósea es dolor óseo persistente, siempre en la misma localización y no relacionado al movimiento.

También, se manifiesta como fractura patológica ya que el hueso sufre lisis tumoral por la actividad de los osteoclastos. En el estudio de Saad et al 2002 entre los hombres con cáncer de próstata, el 10,5 % de los pacientes del grupo control presentó fracturas y 3.4% presentó compresión medular durante el período de observación.

**Ganglios pélvicos:** linfedema región inguinal y de miembro inferior es un síntoma infrecuente y, por lo general, ocurre en etapa muy avanzada.

**Ataque General:** en fase avanzada, se presentan síntomas de ataque al estado general, como palidez debido a la anemia, debilidad, astenia, adinamia, pérdida de peso, dolor, etc.





## Estudios diagnósticos

### EXAMEN SELECTIVO

En general, siendo el cáncer de próstata de larga evolución y que, en la mayoría de los casos, no provocará la muerte de la persona, desde el punto de vista de la salud pública, es importante enfocarse en diagnosticar aquellos casos clínicamente significativos.

Además, ya que no da sintomatología temprana, la idea sería centrarse en buscar cáncer solo en hombres asintomáticos con expectativa de vida de 10 años o mayor, condición que sería entre los 65 y 70 años en Costa Rica.



### RECOMENDACIÓN PARA DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE CÁNCER DE PRÓSTATA

De esta manera, se recomienda hacer tacto rectal y determinación de antígeno prostático específico anual a partir de los 50 años de edad y, si hay familia con cáncer de próstata, hacer los exámenes desde los 40 años y realizarlos, aproximadamente, hasta los 65 o 70 años.

Esto porque se estima que, si a los 70 años, no se le ha diagnosticado un cáncer de próstata a un hombre que ha estado en control, es sumamente baja la posibilidad de que, en el futuro, la enfermedad se le diagnostique y su vida vaya estar comprometida.

A los hombres examinados, si presentan un tacto rectal sospechoso o el antígeno prostático elevado ( $> 3$  ng/ml) sin una causa benigna identificada (prostatitis, infección urinaria, etc) se les realizará biopsia transrectal de próstata, para confirmar o descartar el diagnóstico.

## Tamizaje

Los estudios de tamizaje a nivel mundial todavía no arrojan suficiente evidencia que garantice que un hombre que se somete a este va a disminuir la probabilidad de morir de la enfermedad. **Por lo anterior, no se recomienda realizar un tamizaje poblacional** (es decir a todos los hombres), la recomendación por ahora es informar al hombre de que si se somete a los exámenes de tamizaje (tacto rectal y Antígeno Prostático Específico) puede ser que se le diagnostique una enfermedad que no necesariamente comprometa su vida y que no necesariamente requiera tratamiento.

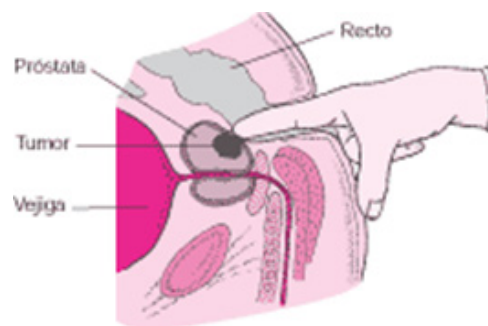


## - TACTO RECTAL -

Permite valorar la próstata en tamaño, consistencia, nodulaciones, superficie y bordes.

Antes de la aparición del antígeno prostático específico, el médico solo utilizaba el tacto rectal para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata y esto, en muchos casos, hacía que el diagnóstico no fuera tan temprano como se quería.

En un estudio realizado en el Hospital México, se documentó que, durante el periodo 1986-1990, cuando todavía no se contaba con el APE, el 74% de los casos ingresados al servicio de urología se encontraban en etapa avanzada (extraglandular) al momento del diagnóstico.



Antes de realizar el tacto rectal es importante explicar al paciente con detalle, que el examen permite la valoración complementaria al antígeno prostático específico, ya que, muchos hombres, optan por realizarse solo el examen en sangre y se conforman con un resultado dentro del rango normal.

Sin embargo, sabemos que entre un 15% y un 17% de los hombres con cáncer de próstata presentan anomalías al tacto rectal con un resultado de antígeno prostático específico dentro del rango aceptado como normal (entre 0 y 3.9 ng/mL).

Además, se ha demostrado que la correcta palpación de la próstata por tacto rectal depende de la experiencia del examinador. Por lo tanto, la sensibilidad y la especificidad del examen tienen relación con la experiencia del médico. Los estudios han reportado la sensibilidad en 41 % y la especificidad en 97 %, con un valor predictivo negativo de 98 % y un valor predictivo positivo de 38%.

El punto fundamental a la hora de realizar el tacto es lograr palpar la próstata en su totalidad. Esto, en ocasiones, tiene dificultades, principalmente en hombres obesos. En esos casos, por lo general, si el paciente se coloca en posición genupectoral, la glándula prostática está al alcance para su examen adecuado.

Es importante evaluar el tamaño prostático, la consistencia, la superficie, el borde, la presencia de nódulos y la simetría.

También, es importante realizar el examen con presión suave sobre la próstata, ya que, de hacer una presión fuerte, el paciente experimentará generalmente dolor importante, que podría considerarse, equivocadamente, como inflamación prostática y, además, podría tenerse la falsa impresión de que la próstata tiene mayor dureza, ya que la presión fuerte comprime la próstata con el pubis y da esa falsa percepción.





### TECNICA DEL TACTO RECTAL

#### Posición del paciente

El examen se realizará con el paciente en una de las siguientes 3 posiciones :

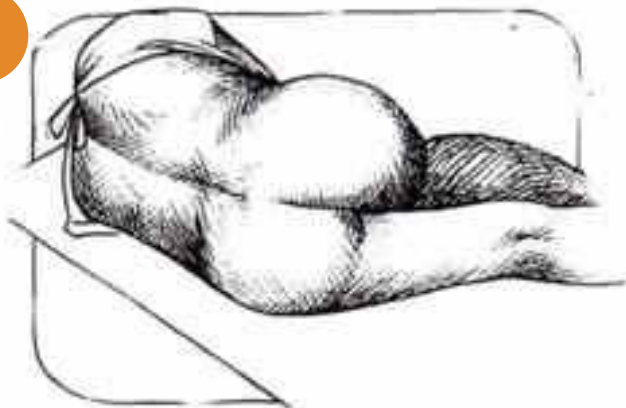
1



#### Genupectoral o de "plegaria mahometana"

El paciente reposa de rodillas, inclinado hacia delante, apoyándose sobre los codos o el pecho, con las rodillas ligeramente separadas y los muslos perpendiculares a la cama. Esta posición es preferencial cuando para realizar el examen detenido del recto.

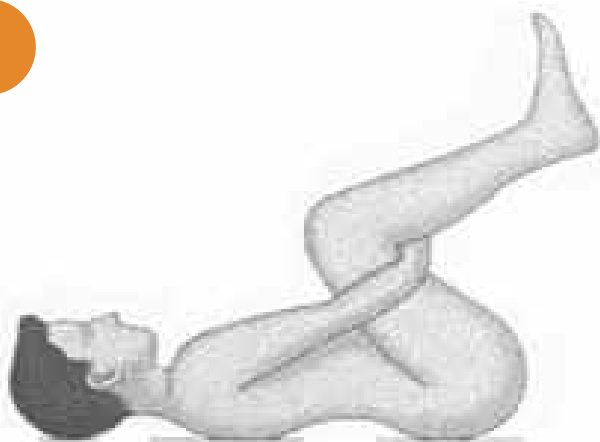
2



#### Decúbito lateral o de Sims

El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, con el muslo y la rodilla superior flexionada. Esta posición es preferida en hombres y en mujeres internados.

3



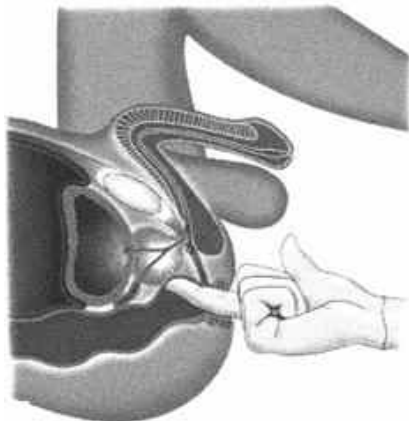
#### Decúbito Dorsal

El paciente se encuentra en decúbito dorsal, con ambos miembros inferiores flexionados y ligeramente separados.

Esta posición es de elección para palpar próstata y vesículas seminales. Además, permite la palpación a dos manos: el dedo, introducido en el recto, actúa en conjunto con la otra mano, colocada sobre el abdomen.



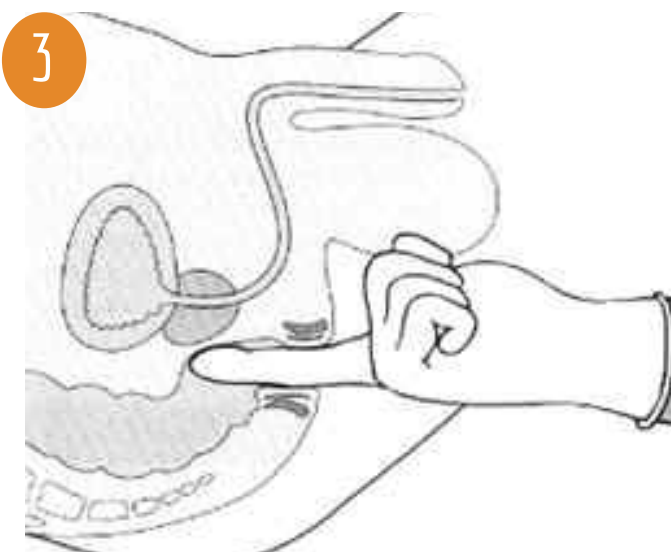
### PROCEDIMIENTO



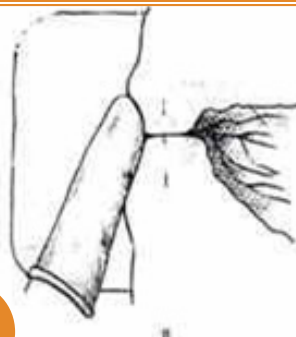
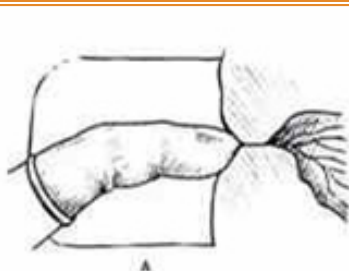
#### Posición del paciente

El examen se realizará con el paciente en una de las siguientes 3 posiciones :

- 1) Informar al paciente sobre la maniobra y la colaboración que espera de él para que resulte bien.
- 2) Colocarse los guantes estériles.
- 3) Lubricar el dedo a introducir y el orificio externo del ano con vaselina o un anestésico local.
- 4) Separar las nalgas e inspeccionar la región perianal.
- 5) Colocar el pulpejo del índice sobre el reborde anal de plano y presionar con firmeza hasta que el esfínter ceda. (Imagen 1) (Imagen 1.b)
- 6) Introducir el dedo índice mediante un movimiento rotatorio y avanzar lentamente en dirección al ombligo, de 6 a 10 cm. (Imagen 2)
- 7) Girar el dedo mientras se avanza para explorar las 4 paredes del recto. (Imagen 3)
- 8) En caso de dolor, esperar a que pase la sensación o usar anestésicos locales, ya que se necesita la colaboración del paciente para realizar la maniobra con precisión.



- INCORRECTO | CORRECTO -



1.b



## EVALUACIÓN

**Esfínter anal:** se debe evaluar el tono (tensión), pidiendo al paciente que apriete el esfínter externo contra su dedo. Debe notar una presión firme que no es molesta para el paciente. El tono puede hallarse: en prostatitis aguda, dolor, fisura, desgarros o en personas tensas. En ancianos, o pacientes con lesiones neurológicas

**Ampolla rectal:** contenido

Normalmente se puede observar materia fecal blanda y de color marrón al retirar el dedo. Debemos observar la presencia de sangre fresca (hematoquezia), materia fecal negra (melena) o pálida (acolia)

**Temperatura:** va a hallarse aumentada en procesos inflamatorios o infecciosos.

**Vesículas seminales:** no se palpan en condiciones normales.

**Deformación:** presencia de nódulos o depresiones en las paredes del recto.

La exploración física de la próstata a través del recto comprende la investigación de los siguientes puntos:

### 1. Límites de la glándula

La glándula normal se palpa al tacto como la superficie convexa de una estructura en forma de castaña, con la base en situación craneal y el ápex situado caudalmente, bien delimitada en los bordes externos por dos surcos laterales discretos que presenta un surco medio longitudinal.

En la hipertrofia prostática benigna (HPB) el surco medio desaparece y los surcos laterales son más nítidos como consecuencia del crecimiento de la glándula hacia la ampolla rectal.

En el cáncer de próstata infiltrante los bordes no son nítidos y la glándula está mal definida.

En la prostatitis la glándula está bien delimitada.

### 2. Características de la superficie

La próstata normal presenta al tacto la superficie lisa, ligeramente convexa, con un surco medio longitudinal.

En la prostatitis y en la HPB, la superficie también es lisa. En el cáncer de próstata la superficie presenta algún nódulo o es multinodular.

### 3. Consistencia

La consistencia de la próstata normal es blanda y firme, y evoca la sensación que se obtiene al tocar con el pulpejo del dedo índice en nuestros labios cerrados.

En la prostatitis aguda la consistencia es blanda, poco firme y sin tono con la misma sensación que se produce al tocar con el dedo los labios abiertos.

En la HPB la consistencia es elástica, similar a la del cartílago de la punta de la nariz. En el cáncer de próstata es dura, similar a la que se produce al tocar la arcada supraciliar.





#### 4. Tamaño

La apreciación del volumen a través del tacto rectal es dato que requiere gran experiencia. La glándula normal no sobrepasa los 4,5 cm, que se estima al considerar 2 cm *el grosor de un través de dedo*. La glándula aumentada de tamaño se divide de forma rutinaria en cuatro grados I, II, III, IV.

- Volumen grado I. Próstata de tamaño prácticamente normal con la convexidad de los lóbulos discretamente aumentada y surco medio mantenido. El peso aproximado está entre 30 y 50 gramos.
- Volumen grado II. Próstata aumentada de tamaño con la convexidad de los lóbulos y los surcos laterales bien definidos y surco medio mantenido. El peso estimado está entre 30 y 50 gramos.
- Volumen grado III. Próstata grande, cara posterior totalmente convexa, sin surco medio y surcos laterales profundos. El peso estimado está entre 50 y 80 gramos.
- Volumen grado IV. Próstata muy grande, muy prominente en ampolla rectal, sin surco medio y surcos laterales muy profundos. El peso estimado está por encima de los 80 gramos.

#### 5. Movilidad

La movilidad se explora situando el extremo del dedo índice en la base desplazando la glándula en sentido craneocaudal y en sentido anteroposterior de la próstata. Las próstatas normales, infecciosas e hiperplásicas son móviles y en el cáncer de próstata infiltrante pierden motilidad.

#### 6. Síntomas

La próstata normal, hiperplásica o tumoral no duele al tacto y es dolorosa en los cuadros infecciosos o inflamatorios provocando deseo miccional.



#### Mediante el tacto rectal podríamos determinar las patologías más significativas de la glándula prostática:

- La próstata normal: próstata bien delimitada, lisa, blanda, firme, desplazable, no incrementada de tamaño y no dolorosa.
- La próstata de la prostatitis aguda: próstata bien delimitada, lisa, blanda, poco firme, desplazable, aumentada de tamaño y dolorosa.
- La próstata de la HPB: próstata bien delimitada, lisa elástica, desplazable, aumentada de tamaño y no dolorosa.
- La próstata del cáncer T2: próstata bien delimitada, nodular, dura, desplazable, aumentada o no de tamaño y no dolorosa.
- La próstata del cáncer T3: próstata mal delimitada, nodular, dura, desplazable aumentada de tamaño y no dolorosa.
- La próstata del cáncer T4: próstata mal delimitada nodular, dura, no desplazable, aumentada de tamaño y no dolorosa.

Los principales diagnósticos diferenciales se observan en el siguiente cuadro:



	Tono del Esfínter Anal	Tamaño	Superficie	Surco Medio	Dolor	Bordes
<b>Adenoma proetático</b>	Normal	Aumentado	Lisa	Al principio borrado, luego exagerado	Ausente	Nítidos
<b>Cáncer de próstata</b>	Normal	Normal o aumentado	Nodular, deforma la glandula	Presente o ausente	Ausente	Difusos
<b>Prostatitis aguda</b>	Aumentado	Levemente aumentado	Lisa	Presente	Presente	Nítidos
<b>Prostatitis crónica</b>	Normal	Normal	Lisa	Presente	Ausente	Nítidos
<b>Prostatitis granulomatosa</b>	Normal	Normal	Nodular, deforma la glandula	Presente	Ausente	Nítidos

Cuadro #1

### Bibliografía complementaria

- Henry M. Seidel, Jane W. Ball, Joyce E. Dains, G. William Benedict, Manual Mosby de exploración física. 3ª edición, Harcourt Brace 1997:610-655.
- Argente H., Alvarez M. .Semiología Médica, fisiopatología, semiotécnica y propedéutica. 1ª edición, Editorial medica panamericana, Buenos Aires 2005 :1447-1454.
- Fidel Shaposnik, Semiología. 6ª edición 2002 . Páginas:338-340.
- Digital rectal examination and manual removal of faeces: Guidance for nurses [http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/digital\\_rectal\\_examination\\_adults.pdf](http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/digital_rectal_examination_adults.pdf)
- Rodríguez Corcos A. Exploración del aparato urinario en Atención Primaria. SEMERGEN 2002;28(9):514-21

### Recuerde los hallazgos:

Los hallazgos sospechosos de malignidad son:

1. Aumento de la consistencia.
2. Nódulos.
3. Borramiento de bordes.

*Cuando no se encuentran estos hallazgos se denominará «tacto negativo», entendido como «no sospechoso» de malignidad.*

### - ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE) -

El antígeno prostático específico es la proteína producida por la próstata, cuya función es licuar el coágulo de semen formado luego de la eyaculación, para lograr la liberación de los espermatozoides en el cuello del cérvix, para que atraviesen el tapón mucoso cervical y continúen su ascenso hacia las trompas de Falopio.

Se considera que no existe un valor normal de antígeno prostático específico. Todos encierran un riesgo de cáncer de próstata (tabla 1). Con un APE mayor de 3 ng/ml, el riesgo alcanza el 25 %, considerado suficiente para recomendar la biopsia de la próstata y. cuando es resultado es mayor de 4 ng/ml, el riesgo es de 35 %. En ambos casos citados, son resultados considerando que el tacto rectal es negativo.



Relación del nivel de antígeno prostático específico (APE) con la prevalencia de cáncer de próstata y la enfermedad de alto grado\*

Nivel APE	Nº de hombres (n=2950)	Hombres con CAP (n=449)	Hombres con CAP alto grado (n=67)	Sensibilidad	Especificidad
		Nº de hombres (%)	Nº/total nº(%)		
≤ 0.5 ng/ml	486	32 (6.6)	4/32 (12.5)	1.0	0.0
0.6-1.0	791	80 (10.1)	8/80 (10.0)	0.93	0.02
1.1-2.0	998	170 (17.0)	20/170 (11.8)	0.75	0.33
2.1-3.0	482	115 (23.9)	22/115 (19.1)	0.37	0.73
3.1-4.0	193	52 (26.9)	13/52 (25.0)	0.12	0.92

Cuadro #2

Fuente: Tomado de Thompson et al. (2004) Prevalencia de cáncer prostático en hombres con APE menor a 4.0 ng/mL. N.Eng. J of Med.

La proteína se produce en una cantidad diez veces mayor por células tumorales que las normales o hiperplásicas. Por lo anterior, se utiliza como marcador tumoral por cáncer de próstata. Sin embargo, existen algunas causas benignas capaces de elevar el antígeno y debemos tenerlas en mente a la hora de analizar el caso.

En caso de infección urinaria baja y prostatitis, debe darse tratamiento antibiótico y hacer el control del APE al menos 4 semanas después del tratamiento. En caso de RAO, RTU de próstata y posterior a biopsia de próstata, el APE debe esperarse al menos 4 semanas para realizarse.

El tacto rectal, el cateterismo uretral y la cistoscopia producen una elevación del APE que es mínima y, por lo tanto, no es clínicamente significativa.

No solo el valor absoluto del APE es importante, se ha observado una velocidad acelerada de incremento en los casos de cáncer. De esta forma, es recomendable hacer una biopsia, si el APE está dentro de rango normal ( $\leq 3$  ng/ml), pero su velocidad de incremento es mayor de 0.4 ng/ml/año, documentado en tres determinaciones diferentes como mínimo y en un período de al menos 18 meses.



## Causas no tumorales de elevación APE

1. **Eyacuación:** Por lo que debe tenerse abstinencia eyaculatoria al menos 72 horas previo a la toma.
2. Infección urinaria baja.
3. Prostatitis.
4. Retención aguda de orina.
5. Biopsia de próstata.
6. RTU de próstata.

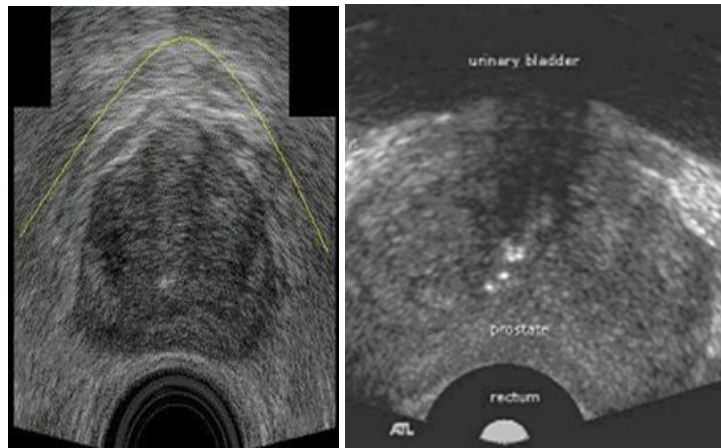




## - ULTRASONIDO TRANSRECTAL (USTR) -

Es de gran valor para detectar zonas hipoeoicas sospechosas de malignidad de las que podrán tomarse biopsias dirigidas. También, permite determinar el volumen prostático en forma más precisa o sospechar invasión extraglandular o de vesículas seminales.

El ultrasonido por sí solo no excluye la presencia de cáncer prostático, por lo tanto, cuando existe indicación para realizar una biopsia de próstata, esta debe realizarse sin importar los hallazgos al ultrasonido.



## - BIOPSIA DE PRÓSTATA -

Se realiza en forma transrectal o perineal guiada por ultrasonido.

Indicaciones:

1. Antígeno prostático específico mayor de 3 ng/ml.
2. Tacto rectal sospechoso.
3. Incremento significativo del antígeno: Si la velocidad de incremento del APE es mayor de 0.4 ng/ml/año, se debe realizar biopsia.
4. Reporte de biopsia previa como "Proliferación de acinos pequeños atípica" o "glándulas sospechosas pero no diagnósticas de adenocarcinoma" es indicación para repetir la biopsia.



## Estadíaie

Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer de próstata, este se debe estadiar clínicamente. Para estadiar la enfermedad tenemos varias opciones, las cuales describimos a continuación pero que no necesariamente deben aplicarse en su totalidad.

### Tacto Rectal

Permite la valoración de la glándula, definir tamaño y localización de cualquier área sospechosa (induración o nódulo) y posible extensión extraprostática (borramiento de borde).

### Laboratorio

1. Fosfatasa alcalina (FA): Su elevación hace sospechar compromiso óseo o hepático.
2. Antígeno prostático específico: Los niveles de APE nos permiten establecer el riesgo de enfermedad organoconfinada, localmente avanzada o diseminada.

### Biopsia (Histología)

Permite determinar el grado de diferenciación de acuerdo con la escala de Gleason, lo cual se relaciona con el grado de agresividad del tumor, así como las probabilidades de recurrencia y sobrevida. (ver Clasificación de Gleason).

### Gammagrafía Ósea

Indicaciones en estadíaie

1. Sospecha de metástasis óseas (dolor óseo, elevación de la fosfatasa alcalina, radiografías que muestren lesiones líticas o blásticas en hueso)
2. Tumor clínicamente localizado y APE > 20 ng/ml.

### Ultrasonido Transrectal

Valoración por posible extensión extraprostática del tumor o invasión de vesículas seminales.

### Ultrasonido Transabdominal

Valoración de las cadenas ganglionares ilíacas y paraaórticas, hígado y el tracto Urinario, es opcional en estadíaie y puede ser sustituido por el TAC de pelvis.

### TAC de pelvis

Valoración de la extensión local de la enfermedad así como valoración de las cadenas ganglionares ilíacas y paraaórticas, hígado y el tracto urinario. Es un estudio opcional en estadíaie y se indica solo en casos en que se tenga duda justificada de extensión extraprostática y que se traduzca en una conducta específica de acuerdo con los hallazgos.

### Linfadenectomía Pélvica Bilateral

Se realiza como parte de la prostatectomía radical para valorar por metástasis a ganglios linfáticos. No realizarla en tumores clínicamente localizados si:

1. APE < 10 ng/ml.
2. APE < 20 ng/ml y Gleason ≤ 6.

El fin del estadíaie es determinar si el cáncer de próstata es clínicamente localizado (temprano), lo cual significaría que tenemos opciones terapéuticas curativas; o si, por el contrario, se trata de una enfermedad extraprostática (avanzada), en la cual el tratamiento es, principalmente, paliativo.

Una vez que el caso ha sido debidamente estadiado, el paciente debe ser informado de las opciones de tratamiento con que cuenta, para que en conjunto con el médico tratante se establezca la conducta definitiva.



En estadios tempranos, las posibilidades en el manejo son: vigilancia, radioterapia o cirugía radical, y, en casos especiales, la terapia de supresión androgénica.

Cuando el estadio es avanzado, las opciones en el manejo son: vigilancia, terapia de supresión androgénica, antiandrógenos, radioterapia, bifosfonatos y/o quimioterapia con docetaxel.

### **Clasificación de Gleason**

El grado tumoral parece ser el factor pronóstico más importante en cáncer de próstata. El sistema más utilizado fue creado en 1966, por Donald Gleason y únicamente se basa en el patrón de arquitectura del tumor. Esta clasificación ha sido revisada y mejorada en 1974, 1977 y en el 2005 "The internacional Society of Urological Pathology (ISUP) " realizó la conferencia de consenso sobre grados de Gleason en cáncer de próstata que se incluye en esta actualización.

El grado de Gleason se obtiene sumando el patrón dominante o primario y el patrón secundario, siendo el rango de la clasificación de 2 a 10. Se acepta que tumores con puntaje de Gleason 2 a 4 tienen baja agresividad biológica, puntajes de 5 a 6 tienen una agresividad intermedia y aquellos con Gleason  $\geq 7$  son tumores biológicamente agresivos.

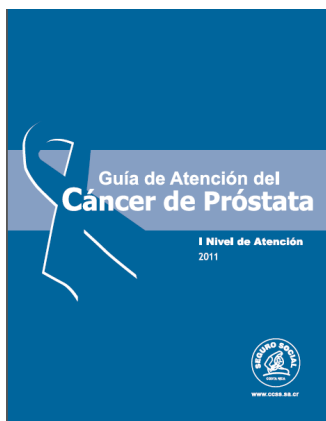
La escala de Gleason es un sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un cáncer, basándose en la observación al microscopio de las características que presentan las células de la muestra obtenida en una biopsia del órgano.

El procedimiento consiste en seleccionar dos zonas de la muestra y asignar a cada una de ellas un número del 1 al 5. El 1 corresponde a un tumor bien diferenciado y por lo tanto poco agresivo y el 5 a un tumor escasamente diferenciado. Los valores comprendidos entre el 2 y el 4 se asignan a grados de diferenciación intermedia.

Posteriormente se suman los cifras obtenidas en las dos zonas y se obtiene un número comprendido entre el 2 y el 10. Este valor es la escala de Gleason.

Los resultados posible son:

- Escala de Gleason entre 2 y 6: Cáncer con escasa agresividad, crecimiento lento y por lo tanto de mejor pronóstico.
- Escala de Gleason de 7: Cáncer con agresividad intermedia.
- Escala de Gleason entre 8 y 10: Cáncer de alta agresividad, y peor pronóstico.

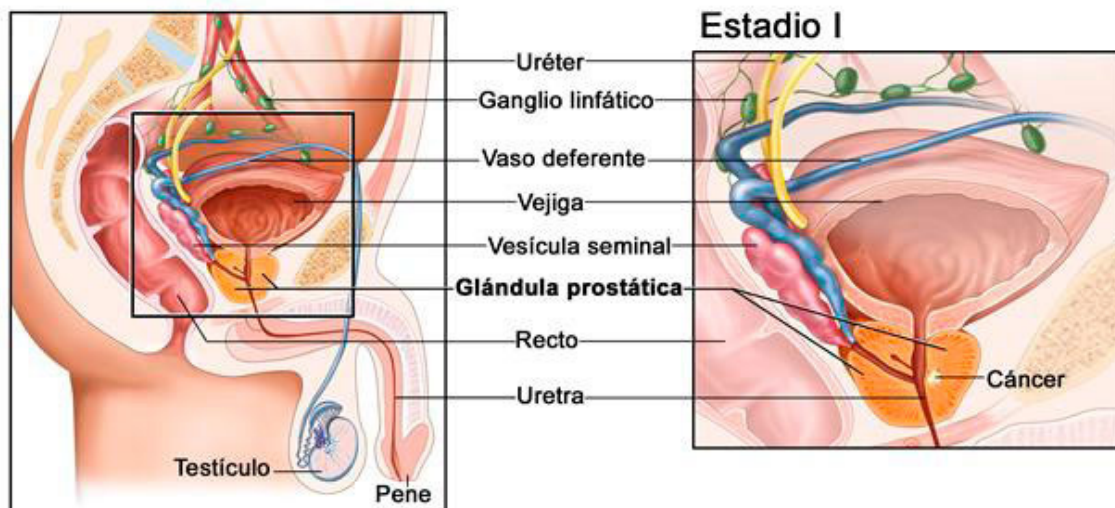


En el 2011, la institución aprobó la Guía de Atención del Cáncer de Próstata para I Nivel de Atención.

Puedes acceder a el a traves del siguiente link:

[Guía de Atención del Cáncer de Próstata](#)



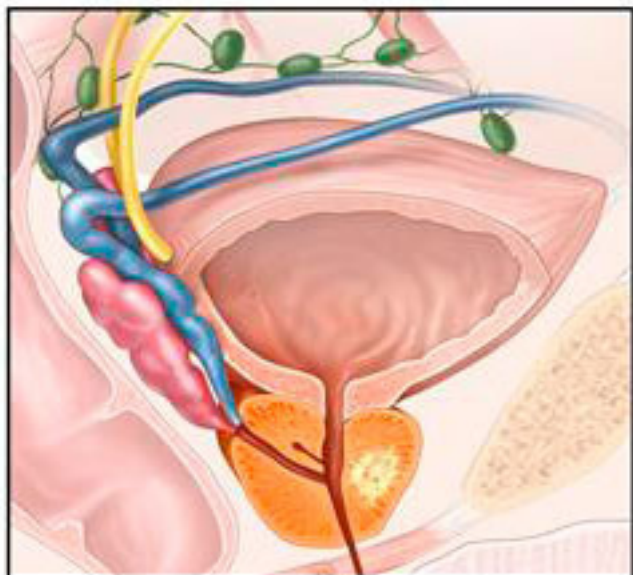


### Estadio I

En el estadio I, el cáncer se encuentra solo en la próstata. El cáncer:

- Se encuentra mediante una biopsia con aguja (la cual se realiza debido a una concentración alta de APE) o en una pequeña cantidad de tejido durante una cirugía realizada por otra razón (como por una hiperplasia prostática benigna). La concentración de APE es menor de 10 y el puntaje de Gleason es de 6 o menos, o
- Se encuentra en la mitad o menos de un lóbulo de la próstata. La concentración de APE es menor de 10 y el puntaje de Gleason es de 6 o menos, o
- No se puede palpar mediante un examen digital del recto y no se puede observar en las pruebas con imágenes. El cáncer se encuentra en la mitad o menos de un lóbulo de la próstata. No se conocen la concentración de APE y el puntaje de Gleason.

### Estadio IIA



### Estadio IIB





## Estadio II

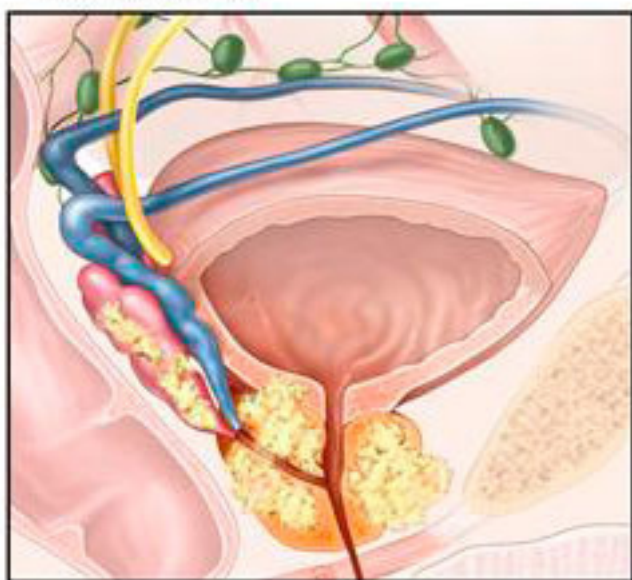
En el estadio II, el cáncer está más avanzado que en el estadio I, pero no se diseminó fuera de la próstata.

El estadio II se divide en estadios IIA y IIB.

En el estadio IIA, el cáncer:

- Se encuentra mediante una biopsia con aguja (la cual se realiza debido a una concentración alta de APE) o en una pequeña cantidad de tejido durante una cirugía realizada por otra razón (como por una hiperplasia prostática benigna). La concentración de APE es menor de 20 y el puntaje de Gleason es de 7, o
  - Se encuentra mediante una biopsia con aguja (la cual se realiza debido a una concentración alta de APE) o en una pequeña cantidad de tejido durante una cirugía realizada por otra razón (como por una hiperplasia prostática benigna). La concentración de APE es de por lo menos 10, pero menor de 20 y el puntaje de Gleason es de 6 o menos, o
  - Se encuentra en la mitad o menos de un lóbulo de la próstata. La concentración de APE es de por lo menos 10, pero menor de 20 y el puntaje de Gleason es de 6 o menos, o
  - Se encuentra en la mitad o menos de un lóbulo de la próstata. La concentración de APE es de menos de 20 y el puntaje de Gleason es de 7, o
  - Se encuentra en más de la mitad de un lóbulo de la próstata.
- En el estadio IIB, el cáncer:
- Se encuentra en lados opuestos de la próstata. La concentración de APE puede ser cualquiera y el puntaje de Gleason puede variar entre 2 y 10, o
  - No se puede palpar durante un examen digital del recto y no se puede ver en las pruebas con imágenes. La concentración de APE es de 20 o más y el puntaje de Gleason puede variar entre 2 y 10, o
  - No se puede palpar durante un examen digital del recto y no se puede observar en las pruebas con imágenes. La concentración de APE puede ser cualquiera y el puntaje de Gleason es de 8 o más.

## Estadio III



### Estadio III

En el estadio III, el cáncer se diseminó más allá de la capa externa de la próstata y se puede haber diseminado hasta las vesículas seminales. La concentración de APE puede ser cualquiera y el puntaje de Gleason puede variar entre 2 y 10.





## Estadio IV



© 2010 Terese Winslow  
U.S. Govt. has certain rights

### Estadio IV

En el estadio IV, la concentración de APE puede ser cualquiera y el puntaje de Gleason puede variar entre 2 y 10. Además, el cáncer:

- Se diseminó más allá de las vesículas seminales hasta el tejido o los órganos cercanos, como el recto, la vejiga o la pared pélvica, o
- Se puede haber diseminado hasta las vesículas seminales o hasta el tejido o los órganos cercanos, como el recto, la vejiga o la pared pélvica. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos cercanos, o
- Se diseminó hasta partes lejanas del cuerpo, que pueden incluir los ganglios linfáticos o los huesos. El cáncer de próstata a menudo se disemina hasta los huesos.

Tomado de Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos <http://www.cancer.gov/espanol> ,consultado el 15 de octubre de 2013

## Tratamiento

Se han realizado muchos estudios en busca de la prevención del cáncer de próstata. Los más prometedores se relacionan con el uso de inhibidores de la 5 alfa reductasa (enzima que sintetiza la dihidrotestosterona a partir de la testosterona en el citosol) en hombres a partir de los 40 años.

El primer estudio reportado fue con Finasteride; sin embargo, el estudio debió ser suspendido ya que, si bien el grupo bajo medicación mostró disminución en la incidencia de cáncer de próstata en general (reducción del 24.4%), se asoció con un aumento en las formas más agresivas del tumor (gleason 8, 9 y 10), lo cual sugirió que el Finasteride disminuía los tumores clínicamente no significativos (bajo riesgo de letalidad) y aumentaba los clínicamente significativos (alto riesgo).

El segundo estudio fue el de Dutasteride que mostró también una reducción en la incidencia de cáncer de próstata en general (23 %,  $p < 0.0001$ ) y aunque inicialmente no se observó aumento de los de alto riesgo, durante la revisión hecha por la FDA del estudio REDUCE, se demostró que el uso de Dutasteride aumentaba el riesgo de tumores de alto grado (Gleason 8, 9 y 10), por lo cual, tampoco se aceptó como tratamiento preventivo para cáncer de próstata.

Actualmente se corren estudios con selenio y vitamina C y E. Sin embargo, en general, todavía no existe certeza de su beneficio.

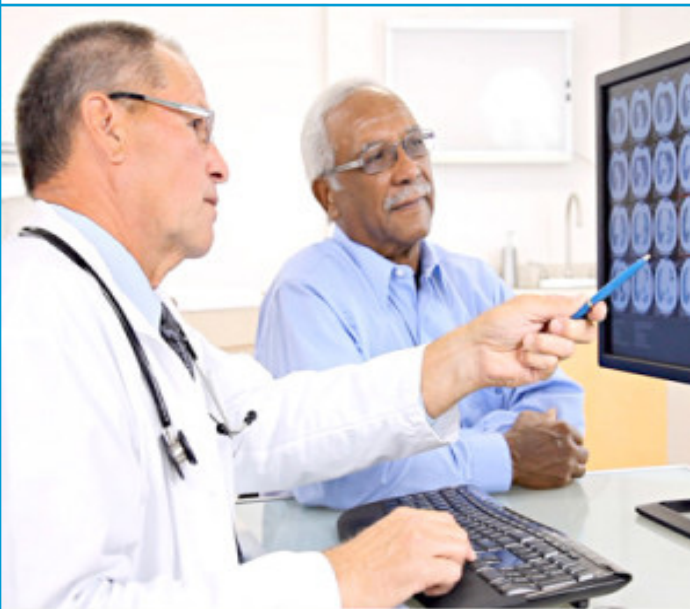
Con la evidencia científica disponible al día de hoy no se recomienda una intervención para reducir el riesgo de cáncer de próstata basadas en el uso sistemático de inhibidores de la 5 alfa reductasa, antiinflamatorios no esteroideos, Selenio y/o Vitamina E y C.





Para entender el manejo que se hace del cáncer de próstata es necesario establecer en que etapa clínica se encuentra el paciente. De esta forma podemos reconocer:

1. Cáncer temprano: localizado, intraprostático.
2. Cáncer Avanzado: Con extensión extraglandular, local o a distancia.
3. Hormonosensible (responde a la supresión de testosterona)
4. Hormonorefractario (progresa a pesar de supresión de testosterona).



## - CÁNCER TEMPRANO -

Las opciones de manejo incluyen:

**Observación o Vigilancia Activa:** Dado el crecimiento lento de los tumores de próstata y que muchos no son letales, pueden utilizarse estas estrategias de abordaje, las cuales son casi exclusivas del cáncer de próstata.

La observación implica monitorear al paciente hasta que aparezca enfermedad metastásica que amerite tratamiento paliativo. La vigilancia activa implica postergar el tratamiento hasta que exista evidencia de progresión.

La observación se ha propuesto principalmente para hombres con expectativa de vida menor de 10 años y tumores de bajo grado (Gleason 2 a 5). La vigilancia activa se utiliza ahora en pacientes más jóvenes con enfermedad de bajo volumen con tumores de bajo o mediano grado en quienes el tratamiento no es inmediatamente necesario.

**Prostatectomía radical:** Es la remoción en bloque de la próstata y las vesículas seminales con o sin linfadenectomía. Se considera una opción de terapia curativa. Son candidatos los pacientes con expectativa de vida mayor de 10 años. Se reporta una tasa libre de enfermedad a 5 años entre el 70 y 75 %. Tiene la ventaja que en casos de recidiva local puede utilizarse la radioterapia como terapia adyuvante.

**Radioterapia:** Se considera una opción de terapia curativa. Los candidatos son principalmente hombres con





expectativa de vida mayor de 10 años que no desean cirugía o tienen comorbilidades que la contraindican o aquellos con tumores de alto grado (gleason 8, 9 ó 10) con tumores localmente avanzados. Se utiliza en asociación con supresión androgénica, como terapia coadyuvante. Se reporta una tasa libre de enfermedad a 5 años similar a la prostatectomía radical (70 a 75%).







### - CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO -

#### **Hormonosensible**

En etapa avanzada -en la cual se considera extensión extraglandular del tumor (local o a distancia) la base del tratamiento- es la supresión androgénica y se considera terapia paliativa. Esta supresión de testosterona puede hacerse quirúrgica (orquidectomía bilateral) o médica (agonistas LHRH). Por lo general, la respuesta a la supresión de la testosterona se logra en el 80 % de los pacientes y se mantiene por un periodo variable entre 24 y 36 meses, posterior a lo cual podemos observar aumento progresivo del antígeno prostático específico.

Cuando ocurre aumento del APE en un paciente con supresión androgénica se asocia un antiandrógeno (Flutamida o Bicalutamida), el cual bloquea el receptor androgénico en la célula prostática para inhibir la acción del andrógeno que todavía hay circulante (proveniente de la suprarrenal).

En caso de metástasis a hueso, se asocia al tratamiento el Ácido Zoledrónico, bifosfonato que ayuda a disminuir la resorción ósea y disminuir la adherencia al hueso de las células tumorales circulantes. En el aspecto clínico, ha demostrado disminuir el dolor óseo así como también las fracturas patológicas.

#### **Hormonorefractario**

Cuando el tumor progresa a pesar de suprimir la testosterona y de la utilización de antiandrógenos se considera hormonorefractario. En estos casos, puede considerarse la quimioterapia con Docetaxel, un medicamento familia de los Taxanos, que actúa impidiendo la mitosis y promoviendo la apoptosis. Es importante, valorar la tolerancia al tratamiento ya que puede generar efectos adversos muy molestos.

Por lo general, cuando el tumor escapa al control hormonal se considera que entra su etapa final, en la cual se debe dar terapia paliativa, con alivio del dolor y desobstrucción cuando existe retención urinaria. La desobstrucción se realiza con RTU de próstata o si el paciente no está en condiciones de cirugía, con sonda Foley fija.







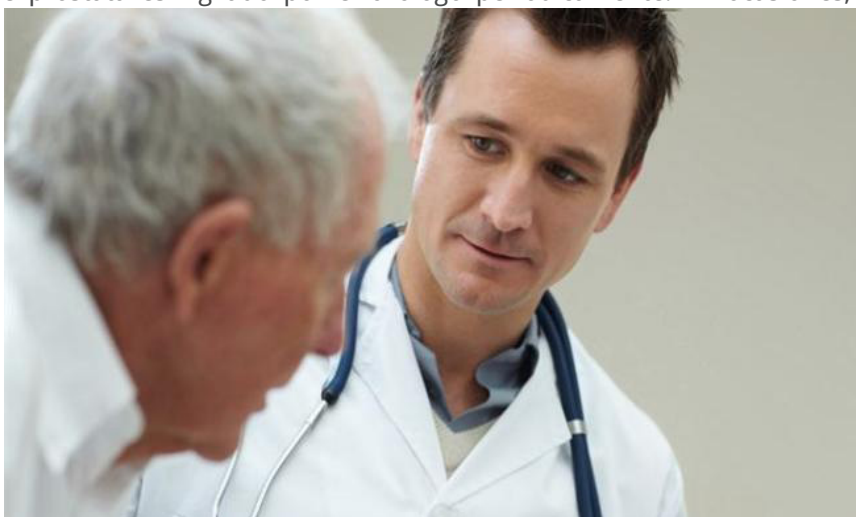
## Abordaje en atención primaria

Los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata que no se les haya realizado prostatectomía radical, pueden presentar obstrucción urinaria con el tiempo, con síntomas obstructivos como: chorro débil, pujo, tenesmo vesical infección urinaria baja recurrente y retención aguda de orina (RAO).

Cuando el paciente presenta estos síntomas es necesario valorar:

- Si existe infección urinaria: para dar el tratamiento necesario.
- Si existe RAO: para derivar con sonda uretral, o
- Si los síntomas obstructivos son molestos, pero no hay RAO. En estos casos se debe referir el paciente con prontitud al urólogo ya que la única forma de aliviar las molestias será con cirugía (RTU de próstata) considerándose en todo caso un tratamiento paliativo.
- Si existe dolor persistente, en columna o extremidades, considerar la posibilidad de metástasis ósea para dar tratamiento analgésico y referir con esta sospecha diagnóstica (ameritará gammagrafía ósea para documentar o descartar la sospecha).

En general, todo paciente con cáncer de próstata es vigilado por el urólogo periódicamente. En ocasiones, los pacientes sometidos a terapia curativa (radioterapia o cirugía radical) son dados de alta luego de años de seguimiento en que mantienen el APE indetectable (por lo general 10 años).

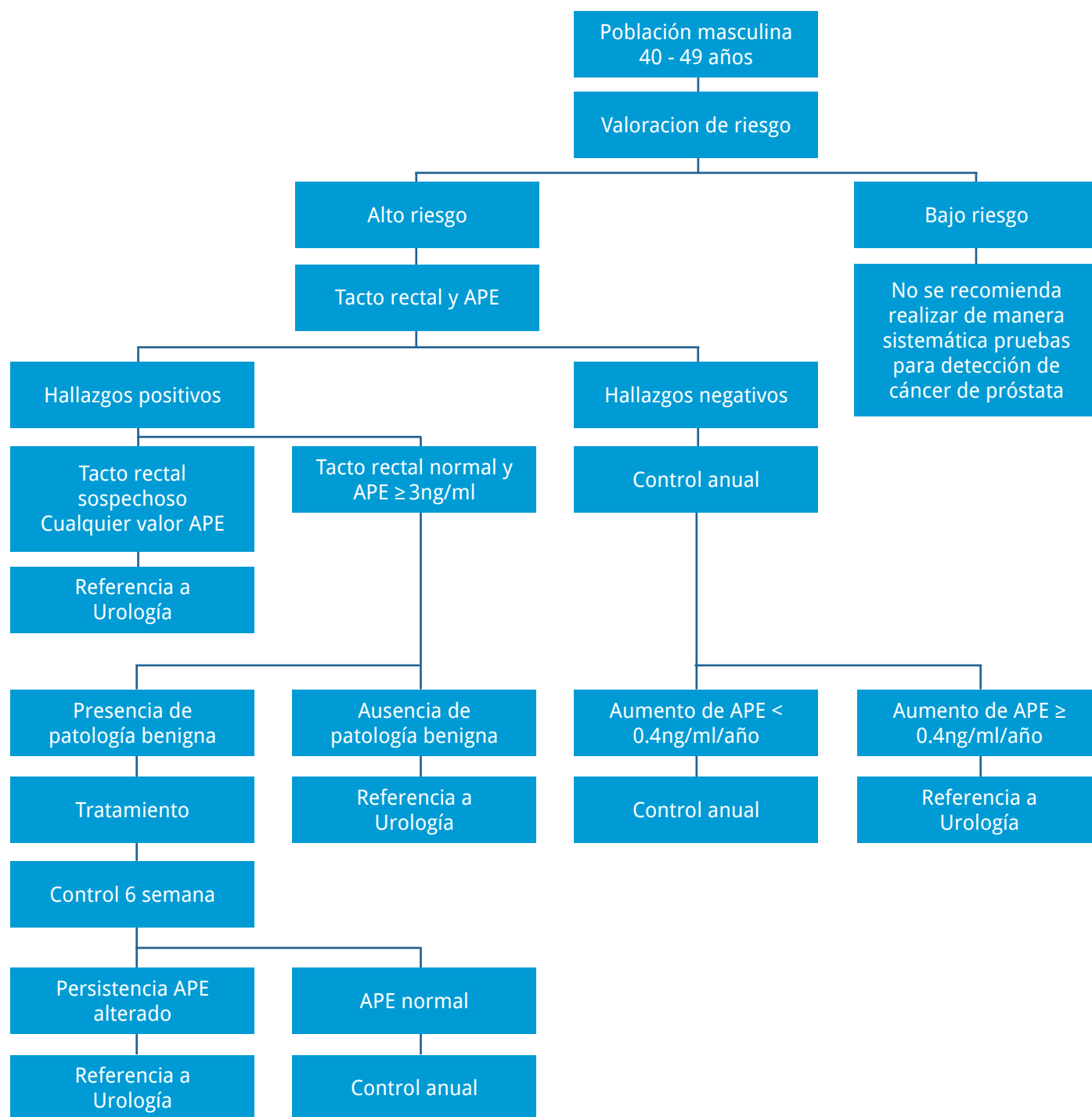


## Particularidades del Cáncer de Próstata

- Es un tumor generalmente de crecimiento lento (entre 5 y 15 años para dar síntomas).
- No todo cáncer de próstata es letal (se considera que solo un tercio de los casos será letal).
- No todo hombre con cáncer de próstata requiere tratamiento (solo los potencialmente letales o si produce síntomas).
- Todo hombre tiene riesgo de presentar cáncer de próstata. Este riesgo aumenta con la edad a partir de los 50 años en la población general y a partir de los 40 en quienes tienen familiares de primer orden (padre o hermanos) con cáncer de próstata.
- No todo hombre con riesgo de tener cáncer de próstata requiere ser investigado (tamizado) por CAP (solo considerar en aquellos con expectativa de vida  $\geq 10$  años).
- Los tumores letales se caracterizan por:
  1. Presentarse en hombres relativamente jóvenes (Expectativa de vida mayor de 10 años).
  2. Alto grado (Gleason 8, 9 ó 10).
  3. Tumores con metástasis a distancia.



### - Abordaje para población masculina de 40-49 años -

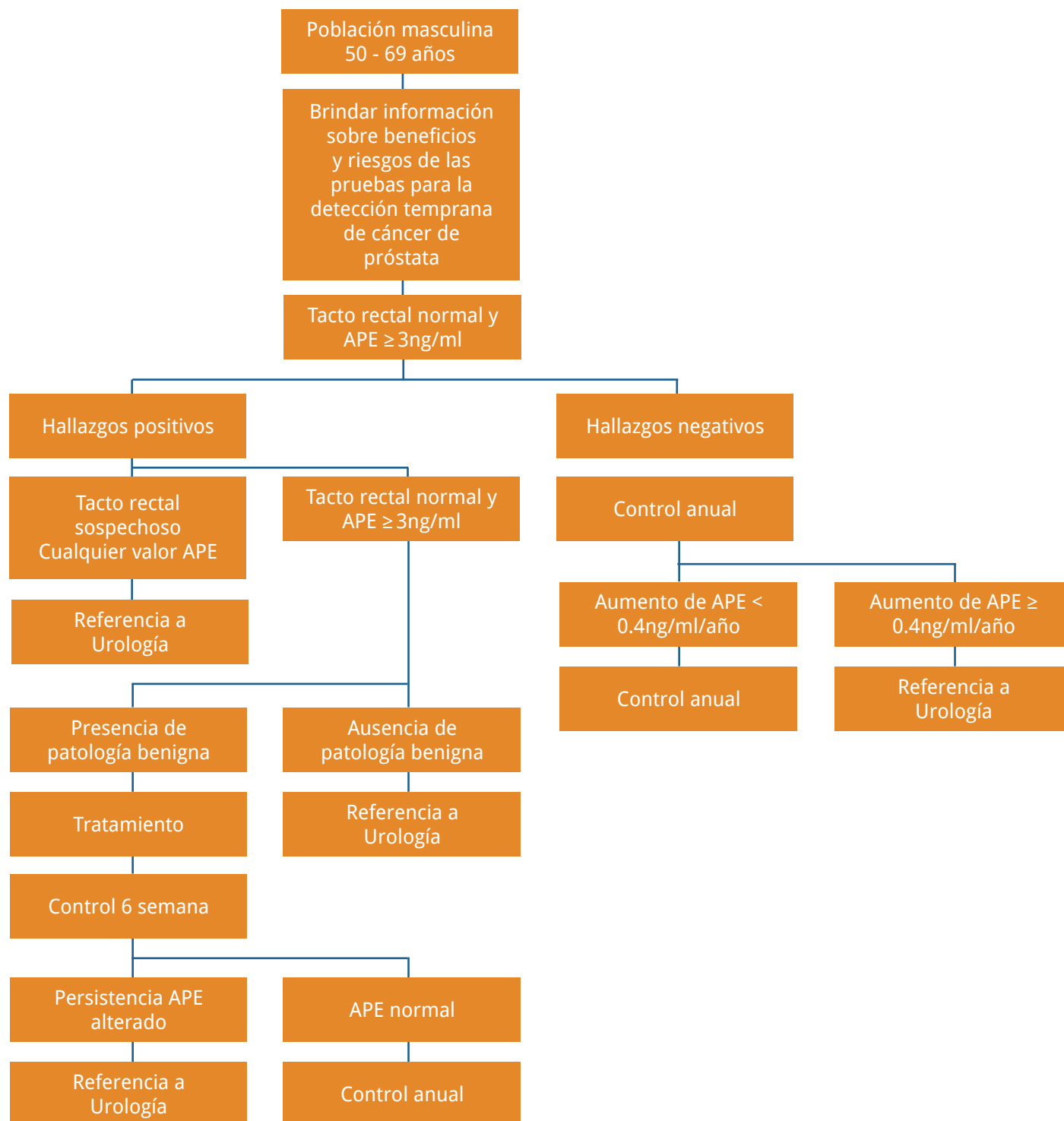


Alto Riesgo: Hombres con familiares de primer orden (padre o hermanos) con cáncer de próstata, etnia negra.

Guía de Atención del Cáncer de Próstata para I Nivel de Atención, CCSS, 2011



- Abordaje para población masculina mayor de 50 años. -







## Bibliografía

1. Ministerio de Salud de Costa Rica, Registro Nacional de Tumores. 2013.
2. American Urological Association (2000). Prostate-Specific antigen (PSA) Best Practice Policy. *Oncology* 14 (2).
3. Presti JC, Chang JJ, Bhargava V, Shinohara K (2000): The optimal systematic biopsy scheme should include 8 rather 6 biopsies: results of prospective clinical trial. *J Urol* 163: 163-167.
4. Epstein J, Potter S (2001): The pathological interpretation and significance of prostate needle biopsy findings: Implications and current controversies. *J Urol* 166: 402-410.
5. Ziada A, Crawford D: Radiation therapy after radical prostatectomy. *Digital Urology journal*. [www.duj.com/article/zaida.html](http://www.duj.com/article/zaida.html)
6. Pienta K, Sandler H, Sanda M, Hollenbeck B (2001): Cancer Management. A multidiplinary approach. Fifth edition. *Cancer network.com*
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Oncology Practice Guidelines*, 2000.
8. Durkan et al (2002): Extended core biopsy protocol may improve prostate cancer detection. *BJU International* 89:33-39, <http://www.health-news.co.uk>
9. Kozlowski J, Ellis W, Grayhack J (1991): Advanced Prostatic Carcinoma. Early versus late endocrine therapy. *Urol Clin N.A.* 18 (1): 15-24.
10. Scardino P: American Urological Association Meeting. Mayo, 2004.
11. Hsieh K y Albertsen P (2003): Populations at high risk for prostate cancer. *Urol Clin N Am* 30 (4): 669-676.
12. Epstein JI, Allsbrook WC, Amin MB, Egevad LL y ISUP Grading Committee (2005): The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol* 29(9): 1228-1242.
13. Allen N. E., Key T. J., Appleby P. N., Travis R. C., Roddam A.W., et al. (2008) Animal foods, protein, calcium and prostate cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *British Journal of Cancer* (2008) 98, 1574–1581.
14. Gallus S, Foschi R, Talamini R, Altieri A, Negri E, et al. (2007) Risk factors for prostate cancer in men aged less than 60 years: a case-control study from Italy. *Urology*; Dec;70(6):1121-6.
15. Gaziano JM, Glynn RJ, Christen WG, Kurth T, Belanger C, et al. (2009) Vitamins E and C in the prevention of prostate and total cancer in men: the Physicians' Health Study II randomized controlled trial. *JAMA*. Jan 7;301(1):52-62.
16. Spangler E, Zeigler-johnson C.M., Malkowicz S.B., Wein A.J. and Rebbeck T.R. (2005) Association of prostate cancer family history with histopathological and clinical characteristics of prostate tumors. *Int. J. Cancer*: 113, 471–474.
17. Andriole G. L., E. Crawford D., Grubb III R. L., Buys S. S., Chia D, et al. (2009) Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* ;360:1310-9.
18. Candas B, Cusan L, Gomez J-L, et al. (2000) Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate* 45: 19–35.
19. Catalona W., Partin A., Slawin K., Brawer M., Flanigan R., et al. (2004) Prostate-specific antigen and screening for prostate cancer. *The Medical Clinics of North America*, 88: 245-265.
20. Finne P., Auvinen A., Aro J., Juusela H., Määttänen L., et al. (2002) Estimation of prostate cancer risk on the basis of total and free prostate-specific antigen, prostate volume and digital rectal examination. *European urology* 41: 619-627.
21. Montironi R., Mazzucchelli R., Algaba F., Bostwick D.G., Krongrad A. (2000) Prostate-specific antigen as a marker of prostate disease. *Virchows Arch*; 436:297–304.
22. Schröder F. H., Hugosson J, Roobol M. J., Tammela T. L., Ciatto Stefano, et al. (2009) Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* ;360:1320-8.
23. Thompson I.M., Pauler D. K., Goodman P. J., Tangen C.M., Scott Lucia M., et al. (2004) Prevalence of Prostate Cancer among Men with a Prostate-Specific Antigen Level  $\leq 4.0$  ng per Milliliter. *N Engl J Med* 350;22.
24. Young Deuk Choi, Dae Ryong Kang, Chung Mo Nam, Young Sig Kim, Soung Yong Cho, et al. (2007) Age-specific prostate-specific antigen reference ranges in korean men. *Urology* 70: 1113–1116.
25. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al: Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 360:1320-8, 2009.



## Opinión del experto EL NUEVO ENFOQUE DEL CÁNCER PROSTÁTICO

El doctor Gonzalo Azúa, encargado del cáncer de próstata dentro de la Coordinación Técnica del Cáncer, propone un enfoque novedoso para abordar los pacientes y para hacer la intervención clínica de los casos detectados.



Dr. Gonzalo Azúa Cordoba  
Médico especialista en  
Urología  
Coordinación Técnica del  
Cáncer

**¿Doctor, por qué ha variado la idea de hacer un llamado masivo para que todos los hombres mayores de 50 años acudan a los servicios a hacerse el tacto rectal?**

Por un enfoque de salud pública. Una idea es el paciente en consulta que incluye un examen físico completo y otra es decir que necesitamos llamar a toda la población para hacerle el tacto. Esa opción no la estamos recomendando en este momento por varias razones. La primera: no se ha demostrado que, si yo mando a traer a todos los hombres mayores de 50 años, y a todos les hago tacto rectal, voy a disminuir la mortalidad. La otra razón es más integral: no queremos segmentar a nuestro paciente. Eso significaría que el urólogo hace el llamado para hacer el tacto, el cardiólogo para escucharle el corazón y hacerle un electrocardiograma y el gastroenterólogo para hacerle una gastroscopia. Entonces, la persona vería 15 médicos diferentes y porque cada quien ve su segmento sin saber en cuál de ellos hay prioridad por riesgo y en cuál no.

**¿Cuál es la opción?**

Cada persona tiene un riesgo inherente a su estilo de vida y a su herencia genética. Entonces, lo

que queremos es que cada persona, con propia educación e iniciativa, pueda incluirse por sí misma en su grupo de riesgo y sepa conducirse dentro del sistema.

Si un hombre sabe que parte de su familia ha tenido cáncer de próstata, obviamente va enfocar que su riesgo mayor es cáncer de próstata y va a tomar las previsiones necesarias. Queremos maximizar los recursos en salud que tenemos sobre la base del riesgo de cada persona. Esto a nivel preventivo, cuando ya alguien tenga alguna molestia, la recomendación siempre va a ser dirigirlo a la consulta.

**¿Propone que la gente reconozca por sí misma el nivel de riesgo porque que eso está más demostrado que baja más la mortalidad que llamar a la gente a que se haga el examen de manera general?**

Es más bien la conducta lógica para una sociedad que debe ser educada. El que esté ocurriendo o no, no lo sabemos y, posiblemente, nuestra población no está tan educada como otras, en las cuales la persona busca los servicios de salud basado en su propio riesgo. Pero, la responsabilidad institucional es tener la información disponible, ese es el primer paso para que exista la posibilidad de que la gente se informe acerca de los riesgos, y así llegar al paso siguiente, que una vez informado, será capaz de darse cuenta y actuar.

Esas son etapas que hay que impulsar y habrá que ir trabajando en cada una, para enfatizar el autocuidado y saber cuándo se debe consultar. Porque, eso sí está demostrado, hay muchos hombres que consultan tarde por cáncer, porque dicen que no sabían que debía hacerlo ante algunos síntomas o porque les daba miedo; es decir, una serie de obstáculos que podríamos atenderlos desde antes, con educación, para transformar la inseguridad en certeza.



**Doctor ese es el punto clave: la impresión en cáncer de próstata es que los hombres rehúyen y postergan el momento de acudir al médico por consejo. Si la iniciativa la dejamos del lado de ellos, me surge la preocupación de que se llegue a crear un estado de vacío, en el sentido de no saber quién llama a quién a la responsabilidad de hacerlo y pueda ocurrir que si el sistema de salud no los llame ni que ellos no tengan la iniciativa. ¿Es eso posible?**

*La persona no es la única responsable. Yo lo que digo es que hay una responsabilidad institucional para brindar la información para el que quiera estar informado. Si alguien en la casa quiere saber cuál es el riesgo, hay que educar a la gente.*

*Por otro lado, podríamos decir que hay tres grandes grupos de hombres: el que consulta animado porque escucha el mensaje que circula en la sociedad; el grupo que es presionado por su familia, principalmente por las hijas y las esposas o parejas, porque ellas, que están más sensibilizadas a los temas de salud, se encargan que el papá, el hijo o el abuelo acuda al médico; y, el tercer grupo, es el que no importa cuánto hagamos y qué digamos, nunca no se acerca a los servicios de salud. Por suerte, ese último grupo se ha ido reduciendo, incorporándose a los otros grupos.*

*En fin, no sabemos cuántos son los que forman cada grupo, pero sí podemos decir que así se comportan los hombres en nuestro medio. Entonces, estamos abocados a fortalecer los primeros dos grupos, llegándole al grupo familiar y a la propia persona con el mensaje, y dejando el grupo que no va a consultar a una etapa posterior, porque no sabemos cómo llegar a él adecuadamente.*

**¿Cuál es el desafío de la CCSS para ejecutar ese enfoque?**

*El primer desafío es saber que nosotros, como Institución, sí estamos segmentados, lo hacemos para poder hacer programas, pero la atención y la palabra integral se ha vuelto más una muletilla, sin saber que, de verdad, podemos actuar en ese sentido; entonces, la idea es aprovechar la atención pública de próstata para decir que el autocuidado*

*no es solo tema del cáncer de próstata, que hay otras enfermedades a las cuales deben prestar atención, como las enfermedades cardiovasculares. Si consultan por próstata está bien, pero hay que alertarlos de las otras, porque es posible que vengan por próstata y, como no tienen nada, se vayan tranquilos, cuando podrían tener diabetes o hipertensión o tener hábitos poco saludables como fumar y sedentarismo, que en combinación con otros, luego de dos años, les da un infarto y no se advirtió el peligro porque no se tuvo consciencia del riesgo o no lo diagnosticué porque solo preguntó por la próstata y estaba bien. Institucionalmente, tenemos ese reto, decirle a la Institución que cambiemos para poder tener programas comunes de salud y detección, pero programas diferentes de tratamiento.*

**¿Cómo ve ese proceso desde el primer nivel?**

*Yo siento que hay muy buen ambiente para promover este tipo de ideas. Ellos viven las malas decisiones cuando segmentan el paciente. Cada guía de una enfermedad implica un proceso aparte, entonces, al final, en la consulta médica, donde debería de ver al paciente de manera integral, la relación clínica se pierde por convertirse en un trámite administrativo. Hay pacientes que ya han dicho que no vienen porque dicen que los médicos ni siquiera los alzan a ver por estar llenando hojas.*

**La idea suya es que se ofrezca educación integral para que la gente tome la iniciativa por sí misma. ¿Queda claro que ese primer paso depende de la persona?**

*No. El sistema es más complejo que eso. Lo que pasa es que hemos brindado servicio de salud a destajo: todos pueden consultar las veces que ellos quieran y eso ha saturado nuestros servicios. Cuando ocurre eso, hay que priorizar; saber qué grupos tienen riesgo y a quién le vamos a dar más atención. En algunos ámbitos, ese sistema ha funcionado bien, como en el caso de la mortalidad materna infantil, pero hoy enfrentamos otro tipo de problemas. En este momento, hemos descuidado fortalecer la responsabilidad personal por atender la propia salud. ¿Por qué los hombres no acuden a los servicios de salud? Sabemos algunas respuestas.... porque voy a*





*perder todo el día... porque me rebajan el salario... por esto y por lo otro, razones de diversa índole... ¿Qué hemos hecho al respecto? Absolutamente nada. Bueno, entonces, tenemos que ofrecerle la información correcta y la oportunidad para ser atendido.*

*Porque, actualmente, uno de los problemas es la desinformación. Especialmente, en las personas de menos escolaridad. A ellos tenemos que llegarles con un mensaje claro y eso no es fácil; no lo tenemos en este momento, no sabemos todavía cómo hacerlo, pero necesitamos dar el paso. No es el único, el engranaje es todo el sistema de salud alineado; ninguna medida por sí sola va a resolver el problema. Vamos a identificar puntos que, al actuar sobre ellos, nos generen un impacto significativo, pero todo debe estar coordinado.*

### **¿Usted reconoce que hay barreras, llamémoslas culturales, que apartan a la gente del autocuidado?**

*Sí, una medida aislada no es solución a todos los problemas, pero sentimos que uno de los puntos que estamos debiendo es información. Es porque sí saben de cáncer de próstata y sí consultan, pero no en la integralidad de salud que queremos. Queremos tomar la iniciativa existente de preocuparse por los problemas con la próstata para aprovechamos y ver las otras patologías; que sea consciente de los demás riesgos. Y también tenemos claro que solo saberlos, no implica que lo vayan a hacer, que vayan cuidarse y que vayan a consultar a tiempo.*

### **¿Cómo se aborda el tratamiento desde esa perspectiva?**

*Cada cáncer se debe analizar diferente. El cáncer de próstata es de lenta evolución y la mayoría de los hombres con cáncer de próstata se mueren de otra cosa antes que de cáncer. En ese contexto, al ir aumentando la expectativa de vida en Costa Rica, vamos a tener un grupo de hombres diagnosticados cada vez mayor con cáncer de próstata, pero que mueren de otra cosa. Y la idea actual, a nivel mundial, no es diagnosticar más casos en sentido masivo, si*

*no tener la capacidad de saber cuáles casos tienen más riesgo de morir con la enfermedad y actuar en consecuencia. Este es un concepto nuevo, antes, no vigilábamos a los que tuvieran cáncer, siempre le hacíamos algo. Ahora, si identificáramos un hombre con un cáncer poco agresivo, lo podemos vigilar en el tiempo y, si se comporta estable, lo dejamos así.*

*A los 85 años, si la enfermedad no le provoca molestias y no hay progresión de la enfermedad, lo dejamos así porque el señor fallecerá de otra consecuencia.*

### **¿Basado en qué evidencia, doctor?**

*En que los tumores de aparición tardía no son agresivos. No son de esos que progresan y, rápidamente, te matan. Eso no es una premisa que tomemos como una máxima absoluta; no. Por eso usamos exámenes para vigilarlos, vemos la actividad biológica a partir de exámenes de laboratorio del examen físico y, si no hay progresión, si el tumor “está dormido”, simplemente lo vigilamos antes de correr a operarlo.*

### **¿A partir de cuándo quieren promover y extender en toda la red este tipo de vigilancia activa?**

*No es que queramos o no queramos; es la tendencia mundial. Si usted es un hombre y tiene un cáncer de ese tipo, yo le puedo decir que tiene un 2% de morir de esa enfermedad y un 98% de vivir su vida tranquilamente. Pero, también es oportuno saber que, si lo operamos, el riesgo es más de un dos por ciento. Entonces, lo que se quiere, en un futuro, es poder comunicarnos con la persona, en un lenguaje eficaz y que la persona pueda tomar la decisión, y que él decida si quiere vigilancia o intervención inmediata.*

*Ahora esto no lo podemos hacer porque no tenemos informada a la población respecto a las opciones. Siempre que hablamos de cáncer hablamos de tratamiento. Y, exponerle a alguien que podemos vigilar el cáncer, suena peligroso, suena a mucha ansiedad, a mucho problema psicológico y familiar. Ese será un nuevo abordaje, dentro de la palabra integral, que tiene que tener la palabra cáncer en el futuro, desde la atención informada para el núcleo*



familiar.

## **¿Y qué cambio implicaría eso para la atención en el médico del sistema del salud? ¿Qué debe aprender el médico para hacer ese enfoque?**

*En realidad, lo más importante es que los urólogos se mantengan actualizados y lo demás que requiríamos sería uniformar criterios institucionales con las guías de atención. Es importante que todos pensemos similar. Ante la pregunta de a quién vamos a vigilar que todos estemos de acuerdo; para que no ocurra que en el Calderón Guardia lo observen y el México lo operen. Por ese lado, también estamos trabajando por la parte de guías para los niveles, para que nos mantengamos homogéneos y para que la persona tenga un parámetro de decisión propia.*

## **¿Cuál es el mensaje para el médico de EBAIS sobre como debe proceder hoy?**

*El mensaje sería ver integralmente al paciente, los riesgos de mortalidad tenerlos claros, tanto enfermedad cardiovascular y cáncer, y tener dos cosas en consideración: herencia o historia familiar y si tiene hábitos saludables para darle una atención personalizada. Lo que queremos del médico en el Ebaís es que tenga una visión integral proactiva, individualizando los riesgos de cada quién. Somos conscientes de que hemos llevado al médico a una presión administrativa que ha provocado que se vaya perdiendo la relación médico paciente y gran parte de la consulta es administrativa.*

## **Ahora bien, siempre habrá que diferenciar entre el cáncer de próstata y la hiperplasia de la próstata. ¿Cómo se abordan los dos terrenos?**

*La idea es saber distinguir los dos fenómenos. El cáncer de próstata desde que se origina es cáncer de próstata y va a seguir siendo cáncer de próstata y se origina en una parte de la próstata específica, en la zona periférica que queda al alcance del tacto rectal. La hiperplasia de la próstata o crecimiento benigno es de un área alrededor de la uretra y allí es donde nace y progresa: es benigno desde el principio y seguirá siendo benigno siempre.*

*Es decir, no hay transformación en cáncer de una*

*hiperplasia; por lo menos, hasta ahora, no se ha detectado. Están ubicados en áreas diferentes: la hiperplasia se origina detrás de la uretra comienza a ocluir la vía urinaria. Note que, al contrario de lo que se piensa, el crecimiento benigno da signos más tempranos que el cáncer porque comienza a dificultar el chorro de la orina desde el comienzo. El cáncer, por su parte, cuando llega a dificultar la micción, es porque ya creció tanto que llega hasta ese síntoma. Como ve, son enfermedades diferentes: ocurren en el mismo sitio, pero son diferentes y una no se transforma en otra.*

## **¿Y el médico general está capacitado para distinguir a través del tacto los dos fenómenos?**

*Deberían. Lo que pasa es que cuando alguien no se dedica exclusivamente al tema, puede ocurrir que no sepa. Por eso queremos promover las pasantías de los médicos que están dando consulta con su urólogo de la red. Que conozca al que él le refiere el paciente, para que valoren y aprendan cómo se maneja una vez que él refiere el paciente y aprenda cómo tratarlo en su lugar, en vez de referirlo, o saber darle la información necesaria para tomar las decisiones. Esto implica mejorar el nivel de resolución y evitar las referencias innecesarias y que las referencias necesarias vayan con datos completos y le permita al urólogo priorizar casos, de tal manera que la atención sea ágil.*

*El programa de pasantías fue presentado a la gerencia, que las declaró de interés interinstitucional, y se presentó en el CENDEISS, que ya las aprobó, por lo cual deberían comenzar en marzo del 2014.*



### Avances del proyecto

#### LA NUEVA FRONTERA: VER EL CÁNCER DESDE EL GENOMA HUMANO



El Proyecto de Fortalecimiento para la Atención Integral del Cáncer y el CENDEISS presentarán, en el próximo congreso médico, al Dr. Xavier Soberón, Director General del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), líder latinoamericano los estudios de la medicina en relación con el genoma humano.

Para los expertos en genética, el cáncer es consecuencia de una acumulación de mutaciones en el ADN de las células a lo largo de la vida de un individuo.

Desde esa perspectiva, si se conocen esas mutaciones se puede estar atento al desarrollo de un posible cáncer en el individuo y se pueden crear medicamentos a la medida de cada quién. La medicina genómica tiene cuatro efectos bajo la fórmula llamada las cuatro “p”: es predictiva, preventiva, personalizada y participativa.

Si usted quiere conocer más sobre el tema, siga el siguiente enlace:



El Dr. Soberón es doctor en bioquímica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue director del Instituto de Biotecnología de la UNAM de 1997 a 2001, Presidente de la Academia de Ciencias de Morelos de 2004 a 2006 y dirigió al Sistema Nacional de Investigadores, un grupo de 14 mil 873 científicos y tecnólogos de todo México en 2008 y 2009. Actualmente, es Director General del Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN).

Además, es autor del libro: “La ingeniería genética, la nueva biotecnología y la era genómica”. Su trabajo es ampliamente citado en revistas científicas a nivel internacional.

Ha recibido varios premios y distinciones, entre los que destacan el Premio Nacional de Química en 1999 y el reconocimiento como Investigador Nacional Nivel 3. Ha realizado numerosas actividades de asesoría, entre las que destaca su participación en el Comité de Biotecnología de la Academia Mexicana de Ciencias y el CONACYT de manera ininterrumpida desde el año 1998.





### NOTICIAS

#### Jornada dermatológica en Guatuso y Upala



Un grupo de cuarenta especialistas de la red que tiene al Hospital México como cabecera, realizó la jornada dermatológica **“Piel Sana”**, el II fin de semana de octubre, para identificar los problemas de piel entre los vecinos de Upala y Guatuso.

La jornada de atención especializada, sin cita previa, se dió viernes y sábado, en horario de siete de la mañana a tres de la tarde, en espacios acondicionados para ello, en la consulta externa del hospital de Upala.

Los problemas dermatológicos es la tercera causa más frecuente en la consulta externa del Hospital, detrás de las atenciones por problemas en las vías respiratorias – pues la zona tiene alta humedad- y por el seguimiento de los enfermos crónicos.

Entre los problemas de piel, las consultas se orientan a la atención médica por lesiones que no sanan, alergias y hongos. Por eso, los médicos tendrán a disposición laboratorio, equipo para biopsias y salas de operaciones listas para atender los casos de atención urgentes.

Como la principal actividad productiva de la zona es la agrícola, es de especial interés la exposición al sol de cada día sin debida protección, pues es causa de lesiones por el efecto acumulado de la radiación, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de piel, el tipo más común entre los costarricenses.

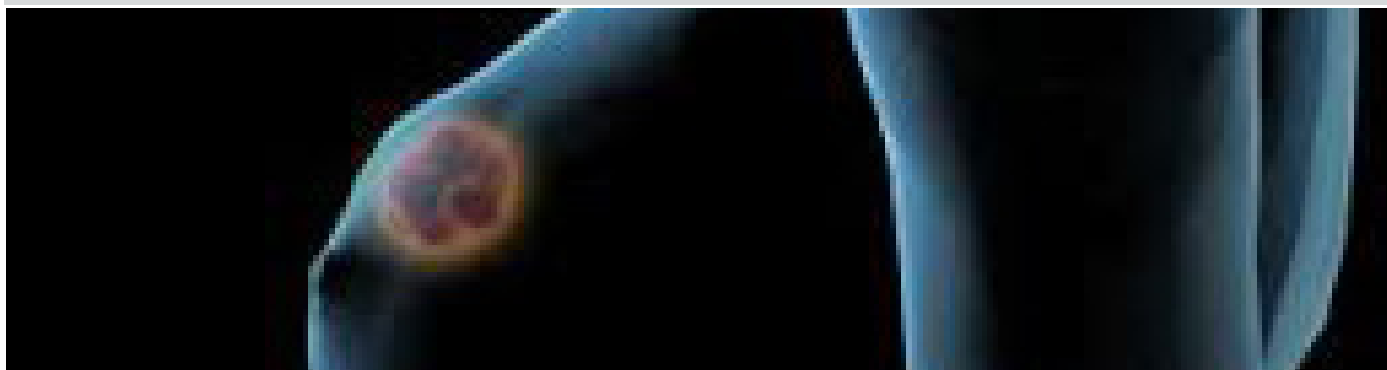
El director del Hospital Dr. Luis Fernando Ortega destacó que la visita de los dermatólogos cumplió doble función, llamada «docente-asistencial», pues los médicos y enfermeros locales vieron a los pacientes voluntarios junto con los especialistas; esto con el objetivo de elevar su capacidad diagnóstica y su visión clínica de las enfermedades de la piel.

El Hospital coordinó la jornada dermatológica con la Municipalidad de Upala y el apoyo desinteresado de patrocinadores comerciales locales, para realizar la movilización de salud más grande en la historia de la comunidad y convocó entre 2 000 y 2 500 vecinos para las consultas de los dos días.





## CCSS reordena la atención para el diagnóstico precoz del cáncer de mama



La Caja Costarricense de Seguro Social concentrará la intervención del personal de ebáis y hospitales regionales para la estrategia de detección temprana del cáncer de mama con base en la identificación de mujeres en riesgo y los casos sospechosos.

### Este objetivo es acompañado de tres acciones básicas:

- El fortalecimiento de la estrategia de las Clínica de Mama para proporcionar un abordaje integral en la red de servicios de salud a las mujeres con riesgo, sospecha y diagnosticadas de cáncer de mama para la valoración, diagnóstico y tratamiento oportunos.
- La implementación de criterios para la priorización en todos los servicios de radiología, tanto para la asignación de citas como para la realización de estudios de mamografía y ultrasonidos de mama.
- La reducción de los tiempos para el diagnóstico y el tratamiento oportuno, a partir de la identificación de las necesidades en cada una de las redes de servicios.

Según ese enfoque, al primer nivel, le corresponde la valoración inicial e identificación de casos presuntivos, así como referir al nivel correspondiente y vigilar que la cita para los estudios sea oportuna. También les corresponde la tarea a los ebáis, la educación a las mujeres en relación con esta enfermedad y la promoción de la salud.

Dentro de ese seguimiento, la CCSS ha desarrollado el proyecto de Clínicas de Mama –actualmente hay 37 en el país- donde las mujeres son valoradas y conducidas hacia las diferentes opciones de tratamiento ofrecidas por la seguridad social.







## Mensaje social: los 12 signos de cáncer de mama.



HUECOS



HUNDIMIENTO DE  
PEZÓN

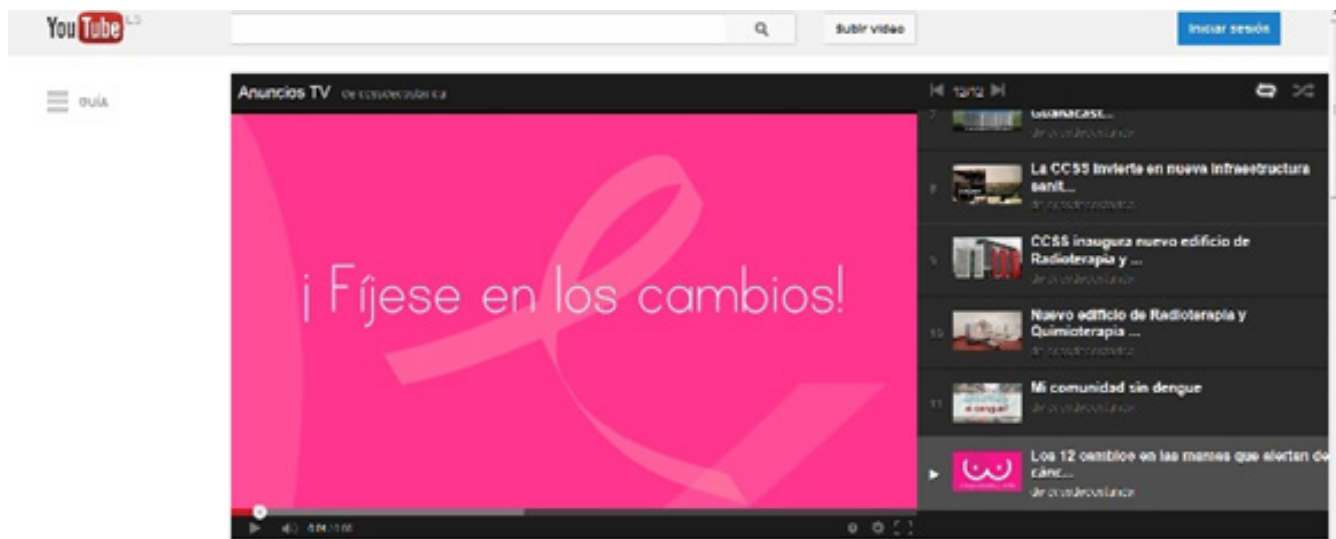


FLUIDOS  
DESCONOCIDOS



ASIMETRIA

Algunas mujeres creen que el cáncer de mama solo se manifiesta con una masa o bulto, pero no, otros signos también pueden advertir la enfermedad. Eso sí, hay que decir que estos signos también pueden ser por otro tipo de padecimientos. De hecho, en la mayoría de las veces es así. Sin embargo, un grupo amplio de signos podrían ser cáncer y, como siempre ocurre, es bueno hacer en educación en salud, diciendo que, cuando más temprano se el diagnóstico, mejor será el pronóstico.



PROTUBERANCIA



VENA CRECIENTE



HENDIDURA



EROSIONES EN LA PIEL



HUECOS



HUNDIMIENTO DE  
PEZÓN



FLUIDOS  
DESCONOCIDOS



ASIMETRIA



ENDURECIMIENTO



PIEL DE NARANJA



ENROJECIMIENTO  
Y ARDOR



BULTO  
INTERNO

Estas ideas están disponibles en versión impresa y en un video que puede acceder en el canal de Youtube de la CCSS.





## Prevención del cáncer de sol

# #UsemosSombrero



Como parte de las acciones en prensa, se hizo un llamado a la población a protegerse del sol con sombrero y mangas largas como primera medida de protección frente a los rayos ultravioleta y mantener el bloqueador solar más bien como complemento de protección diaria.

El llamado lo hacen los dermatólogos de la CCSS luego de analizar recientes estudios internacionales que enfatizan la importancia de las barreras físicas para la prevención del cáncer de piel por el efecto acumulativo del sol desde la infancia, especialmente entre trabajadores del campo y personas que hacen deporte y recreación al aire libre. “Los estudios son contundentes al afirmar que la protección con «barreras físicas» son las indispensables para que haya un escudo de defensa suficiente para evitar el cáncer de piel”, dice la doctora Evelyn Solís Bolaños, parte del Comité Técnico del Cáncer de la CCSS.

Con «barreras físicas», los expertos quieren decir sombrero y mangas largas para proteger la cara y los brazos, que son sitios frecuentes de alta exposición y con mayor impacto de lesiones. (68% de los cánceres de piel son de cara, en zonas alrededor de labios, párpados y oídos).

La película de bloqueador solar funciona para evitar las quemaduras del día, que suceden al exponerse a la radiación ultra violeta por horas, principalmente en personas de piel muy blanca, y que nunca llegan a broncearse y sufren quemaduras de manera muy fácil.

Según las estimaciones internacionales, cuatro quemaduras severas en la niñez o adolescencia incrementan al doble el riesgo de tener cáncer de piel en la edad adulta y, por eso, el uso de bloqueador es importante para protección habitual, de manera complementaria a las otras medidas.

Sin embargo, todavía no se han descrito estudios decisivos que relacionen el uso exclusivo del bloqueador solar con mayor protección para evitar el cáncer de piel a lo largo de los años, por lo que las primeras medidas de protección deben ser las barreras físicas, como el vestuario y los accesorios.





### Hospitales estrenan sillones para aplicación de quimioterapia



**Se trata de sillones especialmente diseñados con ese doble propósito: la funcionalidad para la aplicación del tratamiento y la comodidad para el paciente.**

La Caja Costarricense de Seguro Social adquirió un lote de 44 sillones creados para la medicación de quimioterapia, procedimiento que puede demorar entre dos y ocho horas, según sea la receta para el paciente, por lo que la comodidad llega a ser un valor apreciado como parte de la calidad del servicio médico durante el tratamiento de cáncer.

Por lo general, la aplicación intravenosa tarda de dos a seis horas; pero con la hidratación o la medicación previa, el proceso podría aumentar hasta ocho horas. Los hospitales utilizan -por periodo de 6 a 12 meses con lapsos de tratamiento y de descanso- diferentes tipos de quimioterapia, según sea del tipo de cáncer y lo avanzado de la enfermedad.

Además, cada sillón está equipado con mesa puente, accesorio flexionable para guardarlo hacia uno de los lados cuando no se use o se extienda por encima de las piernas cuando es necesario desplegarla para alimentarse o para apoyar el brazo durante el procedimiento.

Los materiales y las posiciones flexibles que adoptan los sillones permiten otro aspecto importante para el servicio: limpieza fácil y rápida, algo significativo por si fuera urgente alguna acción rápida de higiene, pues unas personas toleran bien la quimioterapia, pero otras no tanto, por lo cual algunos pacientes necesitan más apoyo que otros, especialmente los que sufren de náuseas.







La compra total fue realizada con fondos del Proyecto de Fortalecimiento para la Atención del Cáncer en la red de la CCSS. El costo de fue \$20.460.0 (Veinte mil cuatrocientos sesenta dólares). Estos sillones son parte las inversiones en equipamiento, infraestructura y capacitación, que son ejecutados por el Proyecto a los largo de siete años.

“La función y la comodidad de estos sillones son parte de la visión integral del cáncer, donde la atención implica también la satisfacción por los cuidados especiales para que el proceso de rehabilitación, tras el diagnóstico de cáncer, sea llevado de la mejor forma posible” afirma la doctora Isabel Delgado, de la unidad de compras del Proyecto.

Los sillones fueron distribuidos de la siguiente manera:

Hospital Max Peralta	<b>12 sillones</b>
Hospital Rafael A. Calderón Guardia	<b>12 sillones</b>
Hospital San Juan de Dios	<b>26 sillones</b>



Observe los boletines en línea ingresando al siguiente link o con el código QR.



Visitenos también en:

[http://issuu.com/proyecto\\_cancer](http://issuu.com/proyecto_cancer)





## Redes integradas de servicios de salud para la atención integral de las personas con cáncer



La Caja Costarricense de Seguro Social iniciará, en febrero, el primer módulo de educación virtual para trabajadores de salud, con el objetivo de crear propuestas para mejorar el trabajo conjunto de los tres niveles de atención del cáncer: hospitalario (nacional), áreas de salud (regional) y ebáis (local).

Aunque el trabajo en red es un proceso institucional en marcha, esta es la primera vez que se llevará a cabo la capacitación sobre el abordaje del cáncer en red, en la cual participan los profesionales de los tres niveles de atención como alumnos de un proceso educativo integrado, reunidos en grupos de trabajo con miembros de los tres niveles, de forma simultánea.

El trabajo en grupo requiere que los diversos técnicos y profesionales de salud analicen el viaje del paciente entre los diferentes servicios de atención con mirada de conjunto y elaboren propuestas viables, tendientes a reducir las brechas entre las necesidades y expectativas de los diferentes niveles de atención.

Este curso es parte de la estrategia institucional interesada en ver la atención del cáncer como una red colaborativa en lugar de un proceso de estaciones, donde el paciente transite entre los niveles, siendo guiado y acompañado hasta cumplir el tratamiento. Con esto se pretende fortalecer la continuidad en la atención de los pacientes con cáncer.

El primer grupo del curso virtual, lo conformarán 60 funcionarios de todos los niveles, que se agruparán mezclados en la creación de propuestas viables en la Institución. La capacitación, que tiene una duración de 10 semanas, se imparte 100% por internet.

Si usted desea más información o está interesado(a) en participar en este curso impartido por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) puede escribir a [ai\\_cancer@ccss.sa.cr](mailto:ai_cancer@ccss.sa.cr).

Edición por:  
Dr. Alejandro Calderón C.  
Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del  
Cáncer en la Red.  
José Mairena  
Dirección de Comunicación de CCSS.

Diseño Gráfico donado como parte de su  
proyección social a la comunidad por:  
Francisco Leitón Sandoval  
E-mail: [escribeme@lylpro.com](mailto:escribeme@lylpro.com)

Contacto  
E-mail:  
[ai\\_cancer@ccss.sa.cr](mailto:ai_cancer@ccss.sa.cr)  
Teléfono:  
(506) 2222-3353

Copyright  
© 2013 CCSS.  
Todos los derechos  
reservados.

Esta información puede ser  
usada en presentaciones,  
conferencias o boletines  
institucionales, consignando  
la fuente, como se describe  
en cada uno de los  
documentos.