



# Caso clínico



## BUSCANDO LA INTEGRALIDAD

Juan Carlos González\*\*

### El caso

Alberto es un paciente de 62 años, que asiste por primera vez a la consulta luego de cambiarse de EPS. Tal decisión la tomó por la insistencia de su hermana, con quien vive.

Asiste por dificultad para orinar. Dice que así ha venido evolucionado desde hace un par de años, pero que desde el último, nota una franca disminución del chorro y la necesidad de levantarse hasta seis veces en la noche. Nunca se ha hecho el PSA (antígeno prostático en sangre, por su sigla en inglés) pues le provoca un gran temor "tener algo". Lleva una vida sexual reposada con una relación con pareja una vez cada 15 días. No refiere problemas de erección.

Asiste por la incomodidad nocturna y cree que deberá operarse la próstata.

Se trata de un profesional que vive bajo condiciones de estrato 4. No refiere enfermedad alguna. Dejó de fumar hace más de 10 años. Está pensando seriamente en pensionarse.

Al examen, los signos vitales se encuentran normales. Se nota aumento del perímetro abdominal, teniendo un peso levemente aumentado para su tamaño (IMC=28).

El tacto rectal pone en evidencia una próstata moderadamente aumentada.

Se ordenan paraclínicos esperados para la edad. El cuadro hemático está normal. Perfil lipídico normal. P de O normal, creatina normal. PSA en 35 ng /ml.

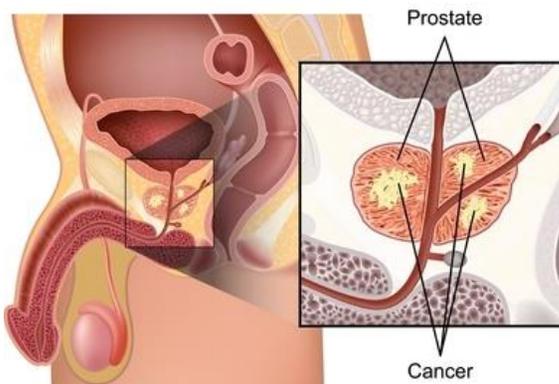
### Para saber...

El presente documento ha sido escrito con base en las guías colombianas de 2013 (1). La intención no es otra que hacerlas más visibles y contribuir a un mejor enfoque por parte de quienes nos leen en beneficio de sus pacientes.

No cabe duda que el primer diagnóstico que se hace es el de cáncer de próstata. ¿Por qué? Los niveles de PSA así nos orientan. Entonces, y ante esta sospecha, es conveniente tener presente los factores que a continuación se detallan.

### Primer tipo de cáncer en hombres

#### Prostate Cancer



Dice la guía: "El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial".

En Colombia, el cáncer de próstata:

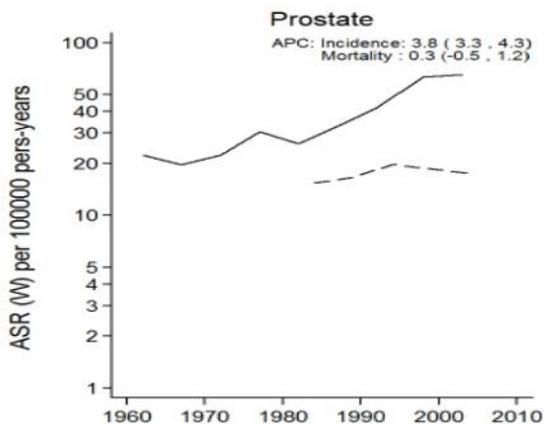
- Constituye la primera causa de cáncer según incidencia.
- La segunda causa de mortalidad por cáncer en la población masculina.

\*\* MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



## Tendencia en la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en población colombiana

Figura 1. Tendencia en la incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en población colombiana

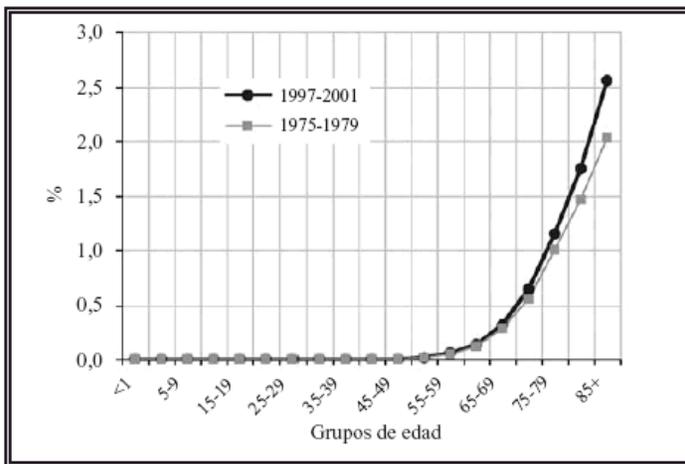


Fuente: Registro poblacional de cáncer de Cali. La línea continua representa la incidencia y la línea discontinua representa la mortalidad por cáncer de próstata.

Se estiman, por diferentes fuentes, entre 6.500 y 8.000 casos nuevos de cáncer de próstata cada año, con una tasa ajustada por edad, que oscila entre 40,5 y 45,9 por cada 100 000 hombres.

### La edad: clave

La gráfica (no es de Colombia) pone de manifiesto cómo a partir de los 60 años, el diagnóstico y el riesgo de mortalidad acumulado por grupos de edad de cáncer de próstata se “dispara”, fenómeno confirmado en cualquier parte del mundo. A partir de los 75 años casi 1 de 20 hombres lo va a padecer.



[p://scielo.bccil.es/scielo.php?pid=S0210-4806200500010006&script=sci\\_arttext](http://scielo.bccil.es/scielo.php?pid=S0210-4806200500010006&script=sci_arttext)

### Mortalidad

Como segunda causa de mortalidad por cáncer en hombres, después del cáncer de estómago, representa el 15 % de las muertes en este grupo, cerca de 2.400 muertes cada año. En Colombia, la aparición del cáncer de próstata muestra una tendencia al incremento, como lo muestra la información del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, que advierte un incremento de la tasa de incidencia ajustada por edad de 22,3/100 000 hombres en el período 1962-1966, a 64,8/100.000 hombres en 2001-2005.

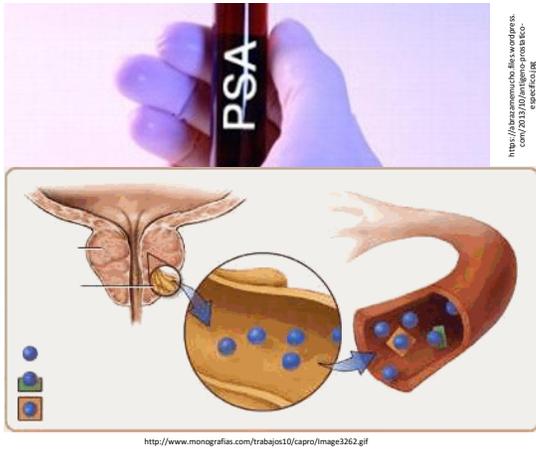
### ¿Cómo se explica?

Probablemente por el incremento en la expectativa de vida de la población y el cambio en sus condiciones de vida. Claro, el tamizaje con PSA también responde por ello.

En cuanto a la mortalidad, en el período 1985-2006, las tendencias para este cáncer mostraron un incremento significativo a razón del 1,7 % anual.



## Cómo así, ¿la solicitud de PSA, incrementó el diagnóstico?



Claro que sí. Dice la guía: "En el mundo, a partir de los años ochenta se implementó el uso del antígeno prostático específico (PSA), como prueba de detección temprana para el cáncer de próstata. La enfermedad se incrementó notablemente a expensas de un mayor diagnóstico en etapas más tempranas; antes, solo el 25 % de los tumores prostáticos se diagnosticaban en fases tempranas y con el PSA este porcentaje alcanzó el 90 %".

**Tabla 4.** Valores de normalidad del PSA según la edad del paciente. (Según Oesterling)

Entre 40 -49 años:	< 2,5 ng / ml
Entre 50-59 años:	< 3.5 ng / ml
Entre 60 -69 años:	< 4.5 ng / ml
Entre 70-79 años:	< 6.5 ng / ml

<http://scielo.iics.una.py/img/revistas/iics/v8n2/a03t4.jpg>

### Consecuencia: menos mueren

Claro, si se diagnostica más temprano, se puede encontrar en etapas menos avanzadas y, por ende, el tratamiento puede evitar más mortalidad. Pero esto hay que medirlo para ver qué tan cierto es.

### Lo cierto es que 1 de 15 hombres puede padecerlo

El riesgo que tienen los hombres hoy en día de ser diagnosticados con cáncer de próstata en algún momento de su vida es de cerca del 16 %. ¡Altísimo! ¿Cierto?

### Para conceptualizar su enorme frecuencia



[http://www.webconsultas.com/sites/default/files/styles/encabezado\\_articulo/public/articulos/causas-cancer-prostata.jpg?tok=yi8P6LSD](http://www.webconsultas.com/sites/default/files/styles/encabezado_articulo/public/articulos/causas-cancer-prostata.jpg?tok=yi8P6LSD)

Dice la guía: "A los 50 años el riesgo de encontrar focos microscópicos de cáncer en la próstata es de cerca del 42 % y a los 80 años puede superar el 70 %. Ello contrasta en forma importante con la mortalidad por esta enfermedad, que en los países desarrollados no supera el 3 % de los casos".



### ¿De qué depende la mortalidad?

Sin duda del estadio en el que se encuentre, sabiendo que en general es un cáncer de evolución lenta, lo que determina que si se diagnóstica en un estadio sin metástasis (la mayoría), su evaluación será lenta. De ahí que las intervenciones que se propongan han de tener en cuenta la expectativa de vida a 10 años, pues si el paciente tiene otras

patologías que comprometen esta expectativa, a lo mejor es mejor dejarlo quieto.

### ¿En qué estadio se diagnóstica?

Si bien no se cuenta con información bien consolidada, (nuestros sistemas de información no son tan veraces como deberían), la guía pone la siguiente tabla como contexto a tener en cuenta.

Tabla 1. Distribución por estadios al diagnóstico en el INC, casos incidentes 2009

Estadio clínico	Nº	%
In situ	2	0,7%
I	8	2,9%
IB	1	0,4%
IC	1	0,4%
II	156	57,4%
IIB	1	0,4%
III	40	14,7%
IIIA	1	0,4%
IV	62	22,8%
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Registro Institucional de Cáncer. INC

Un poco más adelante, revisaremos la clasificación, pero sea el momento de decir que la mayoría se diagnóstica aun sin compromiso metastásico.

### Respecto a las causas

Existen grandes necesidades de investigación en los aspectos etiológicos de este cáncer. Entre los factores de riesgo asociados con la enfermedad se encuentran:

- La edad (a más edad, más cáncer).
- La raza negra.
- La historia familiar:
  - Hombres que tuvieron o tienen a su padre o un hermano afectado por esta enfermedad tienen un riesgo dos a tres veces mayor.
  - Este riesgo se modifica por variables como el número de familiares afectados y la edad a la cual se les hizo el diagnóstico: entre mayor número de familiares y más jóvenes, mayor el riesgo.
- Otros factores de riesgo menos estudiados, pero que podrían tener impacto en algún grado, son:
  - Un consumo alto de grasas saturadas.
  - Un mayor índice de masa corporal.
  - El consumo de alcohol.
  - El hábito de fumar.



### ¿Se puede prevenir?



Hoy por hoy no se puede prevenir y no se puede hacer porque los factores de riesgo bien documentados no se pueden modificar. Dice la guía: "La prevención del cáncer de próstata **no** es un fin que se pueda alcanzar mediante una estrategia definida en la actualidad. Mucho se ha escrito sobre este fin, pero las estrategias planteadas están lejos de ser aplicadas, unas por falta de sustento de su efectividad —como las terapias vitamínicas y las dietas— y otras porque sus efectos colaterales son cuestionables, como las manipulaciones hormonales".

### El diagnóstico temprano, ¿qué implica?



<https://dreamteamfx.files.wordpress.com/2015/11/opciones-binarias-o-forex-riesgo-beneficios.png>

Ahí existe un interesante conflicto con tres aspectos a considerar:

1. Se sabe que el tamizaje con el PSA y el tacto rectal sin duda sirven para identificar casos, es decir, van a incrementar el diagnóstico.
2. Pero, también se sabe que la evolución en general de este cáncer es lenta y, por ende, el pronóstico es relativamente bueno en torno a mortalidad.
3. Se sabe que las intervenciones de este cáncer producen serios cambios en la calidad de vida, en particular en torno a la incontinencia y la disfunción sexual.

#### Entonces...

El problema es que los diagnósticos tempranos hacen que se encuentren muchos casos, se intervenga y se altere la calidad

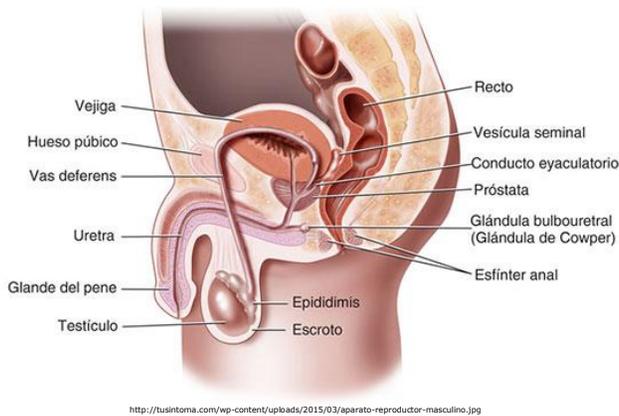
de vida de las personas, dejando la duda de si, al retrasar las intervenciones, se hubiera podido afectar menos la calidad de vida de tantos hombres; es más, ignorando (porque aún no tenemos evidencia), si a través de tales diagnósticos tempranos verdaderamente se disminuye la mortalidad. La guía menciona que tenemos información de otros sitios, pero que deberemos recoger la nuestra para sacar las conclusiones pertinentes.

#### Es decir...

Que dado que es un cáncer lento que ocurre en personas mayores, a lo mejor, no haberlos diagnosticado hubiese sido mejor para ellos, pues de seguro el cáncer no hubiera alcanzado a comprometer la vida (se mueren por otras entidades) y, en cambio, sí se modificó de forma inmediata la calidad de vida (alteraciones urinarias y disfunción sexual). El asunto es que, una vez diagnosticado, es muy difícil vivir con ello sin hacer nada, ¿no les parece?



## ¡No olvidar que la próstata sirve!



No cabe duda de la importancia de la próstata en su función genitourinaria. Intervenirla (extraerla) altera la micción y la erección en diversos grados (de acuerdo a la cirugía). Dice la guía: "La próstata dista mucho de ser un órgano accesorio o prescindible en el hombre. Su ubicación, rodeando la uretra, que comparte vascularización e inervación con las vesículas seminales, la vejiga, el recto y la uretra, y forma parte además del aparato esfinteriano urinario masculino, la convierte en un órgano esencial para la función sexual, reproductiva y urinaria. Todas las enfermedades que la afectan pueden conllevar síntomas relacionados con la función sexual, reproductiva y urinaria, y de ser permanentes, pueden generar daños irreversibles en estos sistemas".

### Hoy sabemos que:

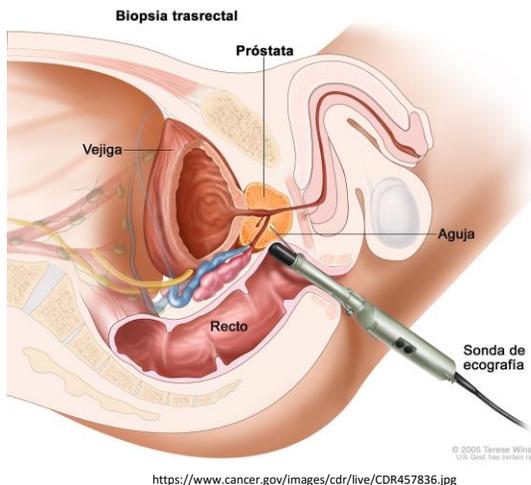
- Se deben solicitar entre 234 y 936 PSA para encontrar un cáncer.
- El PSA y el tacto rectal tienen alto porcentaje de falsos positivos, lo que puede determinar sobretratamientos con las secuelas urológicas asociadas.
- Dice la guía que "[Existe] un incremento en la percepción de riesgo y la preocupación relacionada con el cáncer. Se estima la sensibilidad y especificidad del PSA en 72,1 y 93,2 %, y del tacto rectal (TRC) en 53,2 y 86,6 %, respectivamente. Lo cual ha llevado a proponer su uso conjunto en escenarios clínicos, en lugar de poblacionales".

- Si a un hombre asintomático entre 50 y 75 años de edad le realizaron un examen de PSA y TRC y los resultados fueron normales, se recomienda no ofrecer la realización de las pruebas antes de cinco años.
- Luego de 75 años, y si hasta el momento el tamizaje ha sido normal, no se recomienda seguir pidiendo el PSA.

### ¿Y el caso de Alberto?

Él evidentemente es un paciente de altísimo riesgo. El PSA está demasiado alto. De hecho, y al repetir este examen dejando pasar 15 días, una vez más, marcó los niveles previos. Por ende, en su caso hay que pasar a un paso más adelante en torno al diagnóstico.

## La biopsia



Lo cierto es que, hoy por hoy, si el PSA sale elevado, el siguiente paso, es la biopsia. ¡Ojo!, no es de afán (recordar que el cáncer es de evolución lenta) y puede incluso repetirse el antígeno antes de tomar la decisión. Ciertamente la biopsia es la prueba reina del cáncer prostático. Se recomienda con anestesia local y tomar mínimo 10 muestras, ideal 12. La biopsia es la clave para la clasificación del estadio. Se hace guiada con ecografía trasrectal.

### La biopsia, ¿se puede complicar?

Sí, siendo el riesgo una infección; al fin de cuentas se toman muestras a través del recto, que está contaminado. Para minimizar este riesgo, la preparación (enemas previos del colon) y el uso de antibióticos profilácticos son claves. La incidencia de infección varía entre 0,2 a un 3 %.

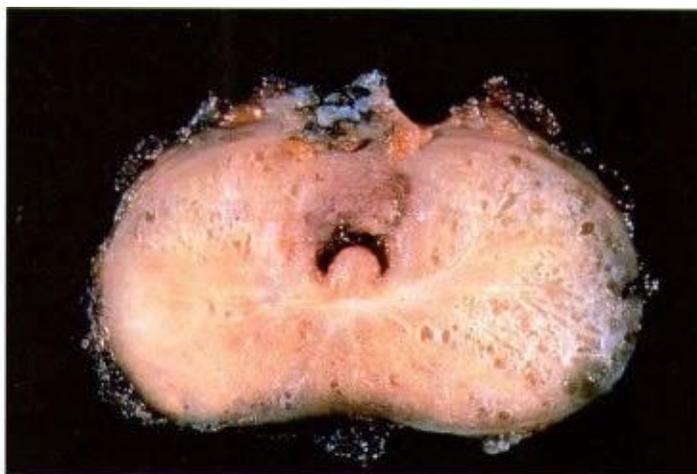
## Y, ¿si sale negativa la biopsia?

Se debe hacer seguimiento con PSA trimestral, incluso cuantificar las modalidades libres y total. Así se podrán tomar las decisiones.

## ¿Exámenes adicionales si se sospecha extensión?

Se recomiendan solo si se ha confirmado (biopsia positiva) y se ha podido clasificar el estadio. No existe evidencia que justifique, por ahora, pedirlos antes de saber el estadio (primero la biopsia) y, una vez se conoce, existe una indicación para cada una de las distintas tecnologías (cada técnica tiene especificaciones precisas).

## De su patología



**Figura 18-13**

Adenocarcinoma de próstata. El tejido neoplásico se reconoce en la parte posterior (*abajo a la izquierda*). Obsérvese el tejido sólido y más blanco del carcinoma en contraste con el aspecto esponjoso de la zona periférica benigna del lado contralateral.

[http://1.bp.blogspot.com/-45M\\_nDFPN6U/Um2vKyLyFI/AAAAAAAAAZg/6BITSTRnwI8/s1600/masc+adenocarcinoma+de+prostata.jpg](http://1.bp.blogspot.com/-45M_nDFPN6U/Um2vKyLyFI/AAAAAAAAAZg/6BITSTRnwI8/s1600/masc+adenocarcinoma+de+prostata.jpg)

Dice la guía acerca de su desarrollo, el cáncer de próstata suele tener su origen:

1. Más del 70 % de las veces, en la zona periférica.
2. Su tipo histológico es predominantemente el adenocarcinoma.
3. Tiene la particularidad de ser multifocal (50- 97 % de los casos).
4. Se caracteriza por:
  - 4.1. Su progresión local inicialmente.
  - 4.2. Una diseminación linfática ordenada a los ganglios linfáticos ilíacos, obturadores, pélvicos y sacros.
  - 4.3. Para tener finalmente el hueso como principal órgano sólido de compromiso metastásico.

## Los factores pronósticos iniciales

Los factores considerados imprescindibles para clasificar el paciente con adenocarcinoma de próstata son:

1. El estadio clínico, de acuerdo con la clasificación internacional TNM (versión 2010).
2. El valor inicial del antígeno prostático.
3. El grado de diferenciación tumoral dado por la clasificación histológica estandarizada por Gleason.



Tabla 5 Clasificación TNM del cáncer de próstata, 7.ª edición: Estadio anatomopatológico / grupos pronósticos<sup>a</sup>

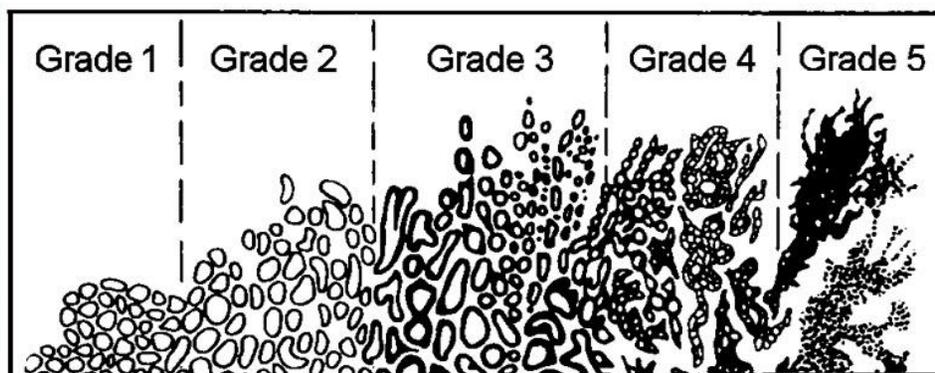
Grupo	Estadio anatómico/Grupos pronósticos <sup>a</sup>				
	T	N	M	PSA	Gleason
I	T1a-c	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 10	Gleason ≤ 6
IIA	T1a-c	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0	PSA < 20	Gleason 7
	T2b	N0	M0	PSA < 20	Gleason ≤ 7
IIB	T2b	N0	M0	PSA x	Gleason x
	T2c	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	T1-2	N0	M0	PSA ≥ 20	Cualquier Gleason
III	T3a-b	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
IV	T4	N0	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	N1	M0	Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	Cualquier N	M1	Cualquier PSA	Cualquier Gleason

PSA: antígeno prostático específico.

<sup>a</sup>En caso de desconocer el nivel de PSA o Gleason, la categorización del grupo se determinará mediante el estadio T, junto con el nivel de PSA o Gleason, según su disponibilidad. Si se desconocen ambos, no se podrá determinar el grupo pronóstico.

[http://www.elsevier.es/publicaciones/00487619/0000007700000004/v0\\_201607111108/X0048761913603128/v0\\_201607111112/es/main.assets/383v77n04-90260312fig5.jpg](http://www.elsevier.es/publicaciones/00487619/0000007700000004/v0_201607111108/X0048761913603128/v0_201607111112/es/main.assets/383v77n04-90260312fig5.jpg)

- Por **grupo** se refiere al estadio en que se encuentra (2) (y que tiene repercusiones pronósticas).
- Por **T**, la condición en que se encuentra el tumor, desde no detectado (se encontró accidentalmente en una prostatectomía), hasta la extensión a tejidos vecinos.
- **N** de compromiso ganglionar y que va desde sin compromiso a comprometidos.
- **M** de metástasis desde no se detectan hasta se encuentran fuera de la pelvis.
- Los niveles de **PSA** también tienen carácter clasificatorio y van desde por debajo de 10 ng, entre 10 y 20 ng y más de 20 ng.



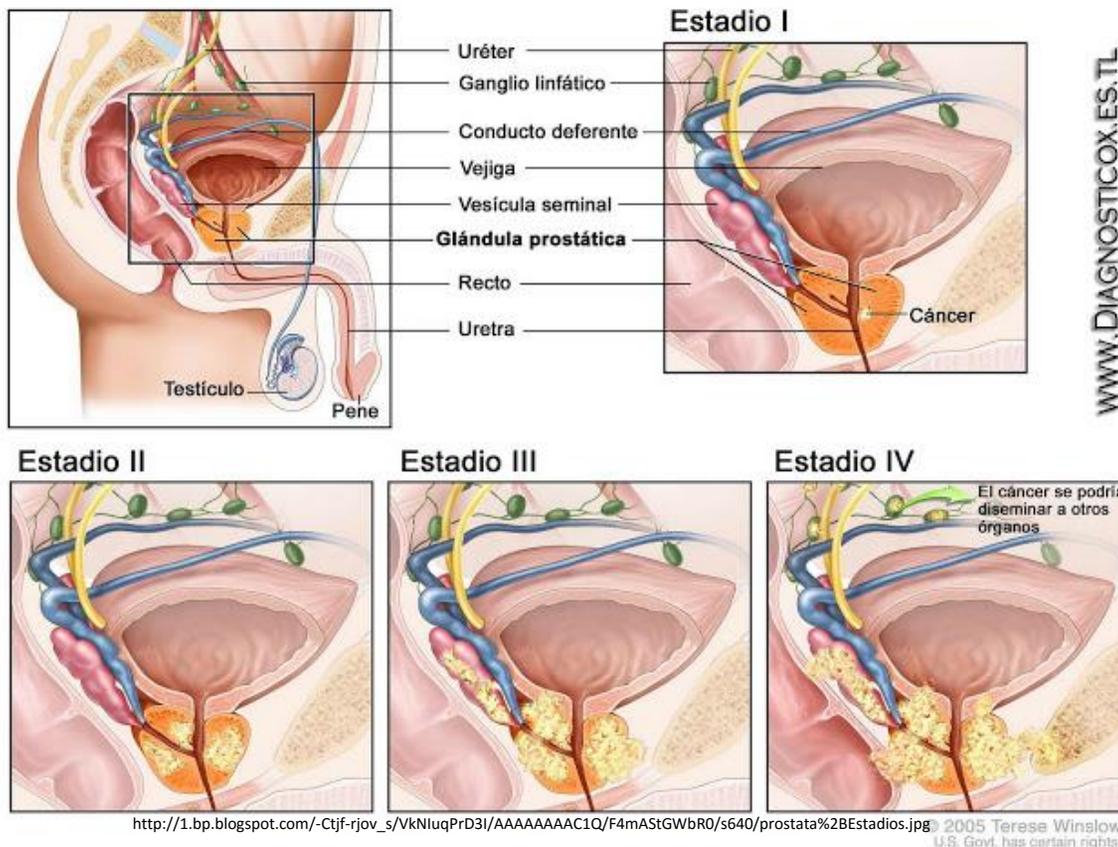
Escala de Gleason: Sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un cáncer

<http://www.barnaclinic.com/blog/mens-health/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/escalaGleason.jpg>

El Gleason es una clasificación que hace el patólogo de acuerdo al grado de diferenciación de las células cancerosas en su visualización microscópica (siendo 1 poco diferenciadas y 5 muy diferenciadas).



### En torno al estadio



#### Estadio I

El cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a ninguna parte del cuerpo. El cáncer se halló durante una resección transuretral y tiene una puntuación Gleason baja (2 a 4), y menos del 5 % del tejido extirpado era canceroso.

#### Estadio II

El cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a ninguna otra parte del cuerpo y...

- Se ha encontrado en una resección transuretral, donde afectaba a más del 5 % del tejido resecado. Tiene un Gleason intermedio o alto (5 más alto).
- Se ha diagnosticado por una biopsia realizada por un nivel de PSA alto y no se ha podido palpar en el tacto rectal o no se ha visto en la ecografía transrectal.

#### Estadio III

El cáncer ha sobrepasado los límites de la próstata y puede afectar a las vesículas seminales, pero no a los ganglios linfáticos ni a ninguna parte del cuerpo.

#### Estadio IV

Se caracteriza por uno o más de los siguientes puntos:

- El cáncer se ha extendido a los tejidos próximos a la próstata, diferentes de las vesículas seminales, como el esfínter externo vesical (músculos que ayudan en el control de la micción), recto y/o pared de la pelvis.
- Se ha extendido a los ganglios linfáticos.
- Se ha extendido a órganos distantes del cuerpo.

## Los exámenes para definir la extensión tumoral

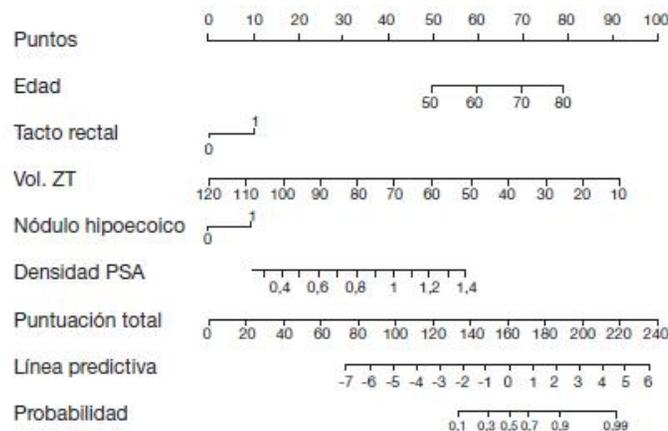
Si está en un estadio de bajo riesgo para enfermedad localmente avanzada y sistémica, no suele tener exámenes de extensión.

Si está más avanzado entonces los exámenes que precisen la extensión tumoral son:

- Para evaluar compromiso local, la resonancia nuclear magnética.

- Para evaluar compromiso ganglionar, la TAC de abdomen y pelvis con contraste.
- Para evaluar el compromiso óseo, la gammagrafía ósea.
- Para evaluar compromiso pulmonar, la radiografía de tórax convencional y la TAC.

## El uso de nomogramas para emitir pronósticos



[http://scielo.isciii.es/img/revistas/ae/v34n1/original1\\_f1.jpg](http://scielo.isciii.es/img/revistas/ae/v34n1/original1_f1.jpg)

Una vez clasificado el cáncer a través de la biopsia, se recomienda hacer predicción, usando los nomogramas. Se trata de unas tablas construidas estadísticamente que permiten, de acuerdo a los hallazgos, hacer cálculos de probabilidades de vida y muerte. Los dos más usados son el de Kattan y las tablas de Partin.

## El tratamiento

Es quizá uno de los tópicos en cáncer de próstata de mayor interés y controversia en la actualidad. ¿Por qué? Sencillamente porque el pronóstico es bueno y las secuelas de la cirugía son inmediatas.

### Por ello...

Una alternativa será la conducta expectante, es decir, la vigilancia sin ningún tipo de intervención. Con ello se respeta la función urinaria y la vida sexual, pero el precio es vivir pensando en el cáncer. Implica un seguimiento trimestral o semestral de PSA, tacto y biopsia. La evidencia hasta ahora no muestra diferencias en torno a la calidad de vida entre los que escogen la vigilancia o la cirugía.

### Un criterio para decidir la cirugía

Sin duda es tener más de 10 años de expectativa de vida (tener menos de 75 años y estar sano). La prostatectomía es la base del tratamiento. Por ahora, abierta es la forma mejor evidenciada.

La radioterapia se indica cuando existe extensión a los ganglios, incluso con localización de radioterapia in situ.

### Sin embargo, la cirugía tiene consecuencias...

La cirugía provoca con frecuencia (y lo dice la guía):

1. La estenosis uretral (reportada entre el 1 y 15 % de las series), la cual ha disminuido con el tiempo en la medida en que han mejorado las técnicas quirúrgicas.
2. La incontinencia urinaria, que se presenta hasta en un 40 % de los pacientes en los primeros tres meses posteriores a la cirugía, la cual se resuelve en la mayor parte de ellos en el primer año, aunque algunas series reportan tasas de incontinencia leve entre el 10 y 15 % a los dos años de seguimiento.
3. La disfunción eréctil, experimentada en algún grado por el 70 % de los hombres llevados a cirugía en los primeros tres meses, al año se pueden recuperar hasta en un 65 % de los hombres que se encontraban potentes previo a la cirugía.

## Decisiones de tratamiento

La guía analiza distintas variantes de manejo en el cáncer avanzado (radioterapia, terapia hormonal, etc.) que sin duda corresponden al campo de la especialidad.

### Lo que lo hace difícil

Aspectos a tener en cuenta y que dificultan el plan de manejo son:

### Para decidir



<http://www.endirecto.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/02-COBRA-CANCC%81NCER-DE-PRO%CC%81STATATA-212-VIDAS-EN-OAAXACA.jpg>

Por ello es clave orientar muy bien al paciente y estar dispuesto a hacerle todas las aclaraciones. Objetivamente, y para poder ofrecerle al paciente la información pertinente, se debe tener en cuenta:

- El estadio en que la enfermedad se diagnostica.
- El grado de riesgo de la enfermedad.
- La edad del paciente.
- Su expectativa de vida y las preferencias sobre el tratamiento son los factores que determinan la selección de la estrategia de manejo.

### En consecuencia...

La guía menciona: "Las diferentes conductas podrán catalogarse como:

1. Expectantes, con intención curativa en la cual están la vigilancia pasiva y la vigilancia activa, la prostatectomía y las modalidades de radioterapia efectivas.
2. Con intención paliativa: el bloqueo hormonal, las medidas de prevención de eventos óseos y el manejo del dolor".

1. A veces no es fácil y, sobre todo, en la valoración inicial, evaluar la agresividad del tumor.
2. El polimorfismo del tumor.
3. Dificultad para poderlo encasillar en algún estadio.
4. La variabilidad de la respuesta al tratamiento.
5. La afectación de la calidad de vida, en particular lo referido la incontinencia y a la disfunción sexual.

### Y, ¿cómo acompañar al paciente operado?

En consenso se ha definido solicitar PSA cada tres meses el primer año y, cada seis meses, el segundo. Se espera que no sobrepase 0,2 ng/ml y en las recaídas verlo en ascenso. Ahí es cuando más se justifican los exámenes de búsqueda de extensión metastásica. Una vez más, pasa a manos de la especialidad oncológica.

### Y, ¿en torno a la rehabilitación?

Teniendo en cuenta las afectaciones de la cirugía, es muy importante establecer el nivel de función sexual previo. El uso de inhibidores de la 5 fosfodiasterasa está indicado, claro, si no existe contraindicación. Para el manejo de la incontinencia se recomiendan manejo del piso pélvico y entrenamiento vesical.

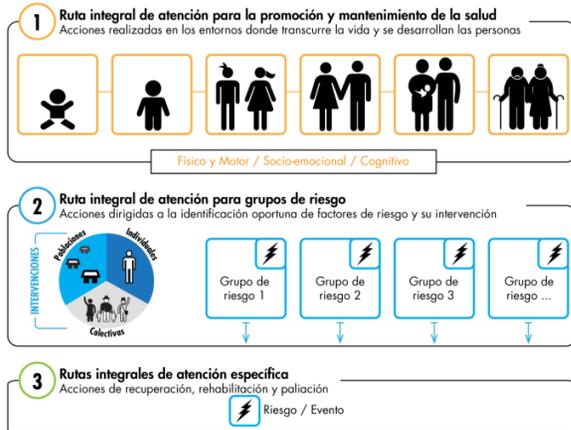
### ¿Entonces en el caso de Alberto?

El paso siguiente será la biopsia de próstata. Probablemente nosotros como médicos de Atención Primaria en Salud (APS) deberemos remitirlo a urología y allí, con base en el resultado de la biopsia y la clasificación del estadio, les corresponde hacerle las propuestas de manejo. A él, por ser un adulto mayor "joven", de seguro se le propondrá una intervención radical.

## Rutas integrales... Objetivo: ¡Vencer la fragmentación!

### GUÍAS

#### Plan de intervenciones colectivas



### TOMA DE DECISIONES

#### Plan de beneficios

#### 2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud-Eventos específicos

- {1} Es el **flujo regulado del usuario** a lo largo del continuo de la atención integral
- {2} **Adaptada a las particularidades** de un territorio y población
- {3} Especifica hechos o acontecimientos clave del **ciclo de la atención (hitos)**
- {4} Determina **intervenciones colectivas e individuales** (promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria)
- {5} **Define estrategias y acciones**, a desarrollar por la comunidad y las instituciones de salud y de otros sectores
- {6} **Incorpora normas** técnicas, administrativas, protocolos y guías de práctica clínica

### Responsables de la integralidad

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/20160216-presentacion-mias.pdf>

Lo cierto es que debe entrar en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) del cáncer de próstata que la EPS le debe ofrecer a través del **Modelo Integral de Atención en Salud (3)**.

### Nosotros como médicos de APS

Debemos tener la capacidad de diagnosticar a Alberto y de remitirlo. Antes de hacerlo, debemos explicar de la mejor forma posible lo que estamos sospechando, incluso dándole la oportunidad de traer a su hermana para hablar con ambos ya que ella es evidentemente su familia. El sistema debería ofrecernos la oportunidad de hacerle el seguimiento a Alberto... así aprenderíamos a construir nuestra propia evidencia.

### Referencias

- (1) Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata – SGSSS – Colombia. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/guias%20cancer/Guia%20Colombiana%20Cancer%20de%20Pr%20ostata%202013.pdf>
- (2) [https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico\\_del\\_c%C3%A1ncer\\_de\\_pr%C3%B3stata#El\\_sistema\\_de\\_estadificaci%C3%B3n\\_TNM](https://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_del_c%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata#El_sistema_de_estadificaci%C3%B3n_TNM)
- (3) Restrepo G. González JC. Análisis de la política de atención integral de salud. Carta Comunitaria 24(137): 19-39. Disponible en: [https://issuu.com/unicorpas/docs/carta\\_comunitaria\\_137](https://issuu.com/unicorpas/docs/carta_comunitaria_137)

