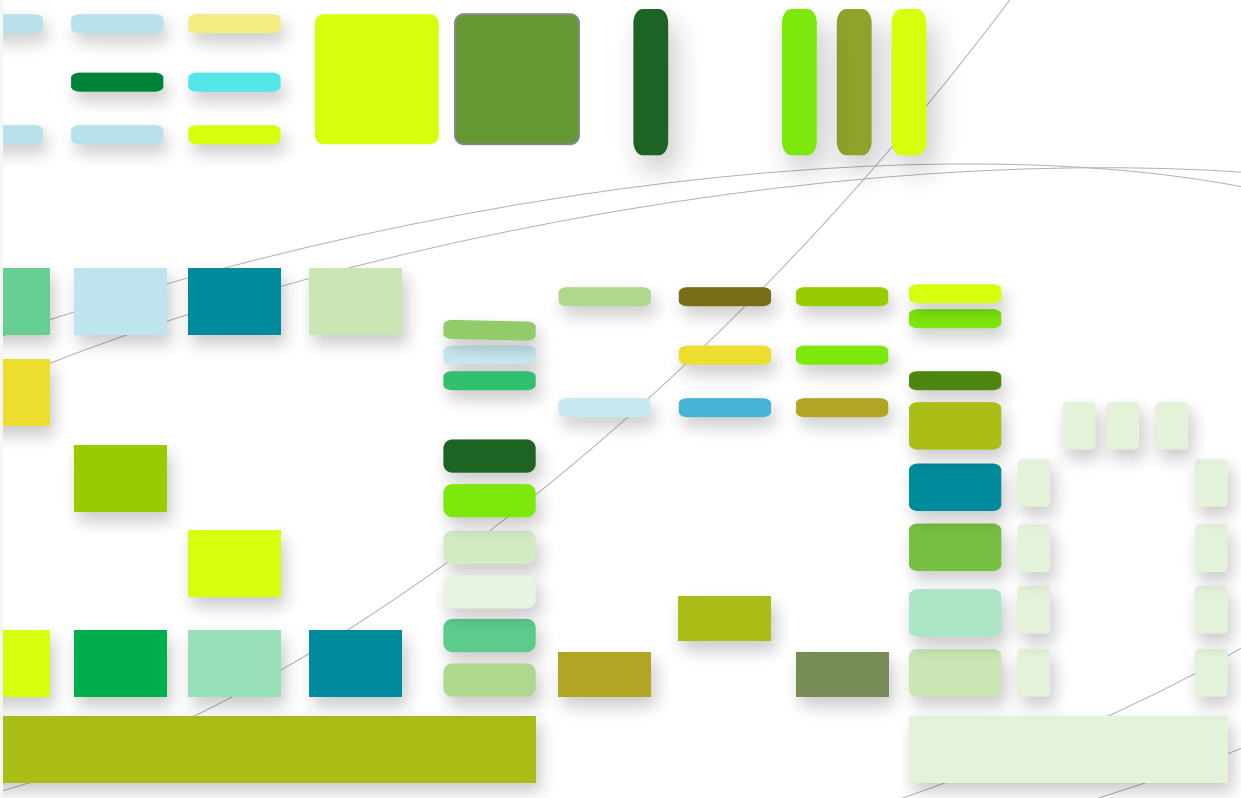
itinerario asistencial integrado para o cancro de : próstata



XUNTA DE GALICIA

MODO DE UTILIZACIÓN



Un click nos gráficos de páxina enlaza co **índice**

Un click botóns enlaza coa páxina correspondente

A Consellería de Sanidade estableceu a **Estratexia galega contra o cancro** para os anos 2010-2013, que, aliñada coas estratexias xerais da Consellería, recollidas na **Estratexia Sergas 2014** e no **Plan de prioridades sanitarias 2011-2014**, respecta e incorpora as peculiaridades do cancro e o importante desenvolvemento tecnolóxico e do coñecemento neste campo.

Dentro deste marco, e buscando a atención integral, desenvolvéronse accións como a elaboración do **Proceso asistencial integrado do cancro de próstata**, coa elaboración, implantación e avaliación da súa correspondente **vía rápida**, que mellorou a accesibilidade para esta patoloxía.

Así mesmo, de xeito coordinado, desenvolveuse este **itinerario asistencial integrado para o cancro de próstata**, un documento de consenso proposto polos profesionais do grupo de cancro de próstata, e revisado polos profesionais dos centros e das sociedades científicas, que recolle, de acordo coa evidencia dispoñible, o desenvolvemento do Proceso asistencial integrado do cancro de próstata, utilizando diagramas de fluxo, comúns para todos os centros e áreas sanitarias.

Este documento deberá ser a referencia en materia de diagnóstico e tratamento que utilice o **comité clínico de tumores de próstata** de cada área sanitaria, na súa toma de decisións clínicas, tendo sempre en conta as características individuais de cada paciente.

Edición 2013

CIRCUÍTO ASISTENCIAL RÁPIDO PARA PACIENTES CON SOSPEITA DE CANCRO DE PRÓSTATA

DIAGNÓSTICO E ESTADIFICACIÓN

Algoritmo 01

TRATAMENTO (A)

Algoritmo 02

TRATAMENTO (B)

Algoritmo 03

SEGUIMENTO

Algoritmo 04

TRATAMENTO DE RECIDIVA

Algoritmo 05

CANCRO RESISTENTE Á CASTRACIÓN

Algoritmo 06

Integrantes do **grupo de traballo**

Edición 2013

CIRCUÍTO ASISTENCIAL RÁPIDO PARA pacientes con sospeita de cancro de próstata

Proceso asistencial integrado de cancro: próstata

Paciente que acode a:

- Consulta de atención primaria
- Consulta hospitalaria
- Servizos de urxencias

Criterios de sospeita

Paciente varón menor de 75 anos con alteracións na micción descartando infección urinaria e que cumpra algún dos seguintes:

- **Antecedentes familiares (1º grao) con cancro de próstata**
- **PSA: Idade entre 60 e 75 anos: 4 ng/ml**
- **PSA: Idade < 60 anos: 3 ng/ml**
- **PSA libre / PSA total: < 20 %**
  (Se é postacto rectal / hematuria / infección urinaria / cólico renal: repetir PSA en 15 días)

Paciente > 75 anos con PSA > 15 ng/ml

Historia clínica
Exploración física
Analítica: bioquímica + hematoloxía + coagulación
PSA
Urina

Cumpre **criterios de sospeita**

SI

NON → Seguimento en **atención primaria**

Consulta de uroloxía referente de próstata

- Historia urolóxica
- ECO transrectal (TRUS)
- Biopsia

Alta sospeita sen confirmación

Confirmación diagnóstica

NON → Seguimento e control en **atención primaria**

SI

Estadificación (técnicas de imaxe)

Comité de tumores → **PLAN TERAPÉUTICO**

Edición 2013

galicia · SERVIZO GALEGO de SAÚDE · XUNTA DE GALICIA

Algoritmo **01**

DIAGNÓSTICO E ESTADIFICACIÓN

Proceso asistencial integrado de cancro: próstata

Sospeita clínica ou probas complementarias

ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

- Tacto rectal
- PSA
- Biopsia transrectal ecodirixida(1)
- Sumatorio de Gleason

Valoración do risco

Risco baixo
T1c/T2a e
PSA < 10 ng/ml e
Gleason ≤ 6

Risco intermedio
T2b e/ou
PSA 10-20 ng/ml e/ou
Gleason = 7

Risco alto
T2c/T3a e/ou
PSA >20 ng/ml e/ou
Gleason 8-10

T2b
Gleason 4+3
% cilindros afectos ≥50
(Nota 2)

NON → Non probas complementarias

SI

- TC abdomino-pélvica
- Gammagrafía ósea3

(Nota 4)

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Localizado

- Risco baixo
- Risco intermedio
- Risco alto

Localmente avanzado

- T3a-T3b
- T4

Diseminado

- Calquera T N1-3
- Calquera T Calquera N M1

Algoritmo **02** Tratamento (A)

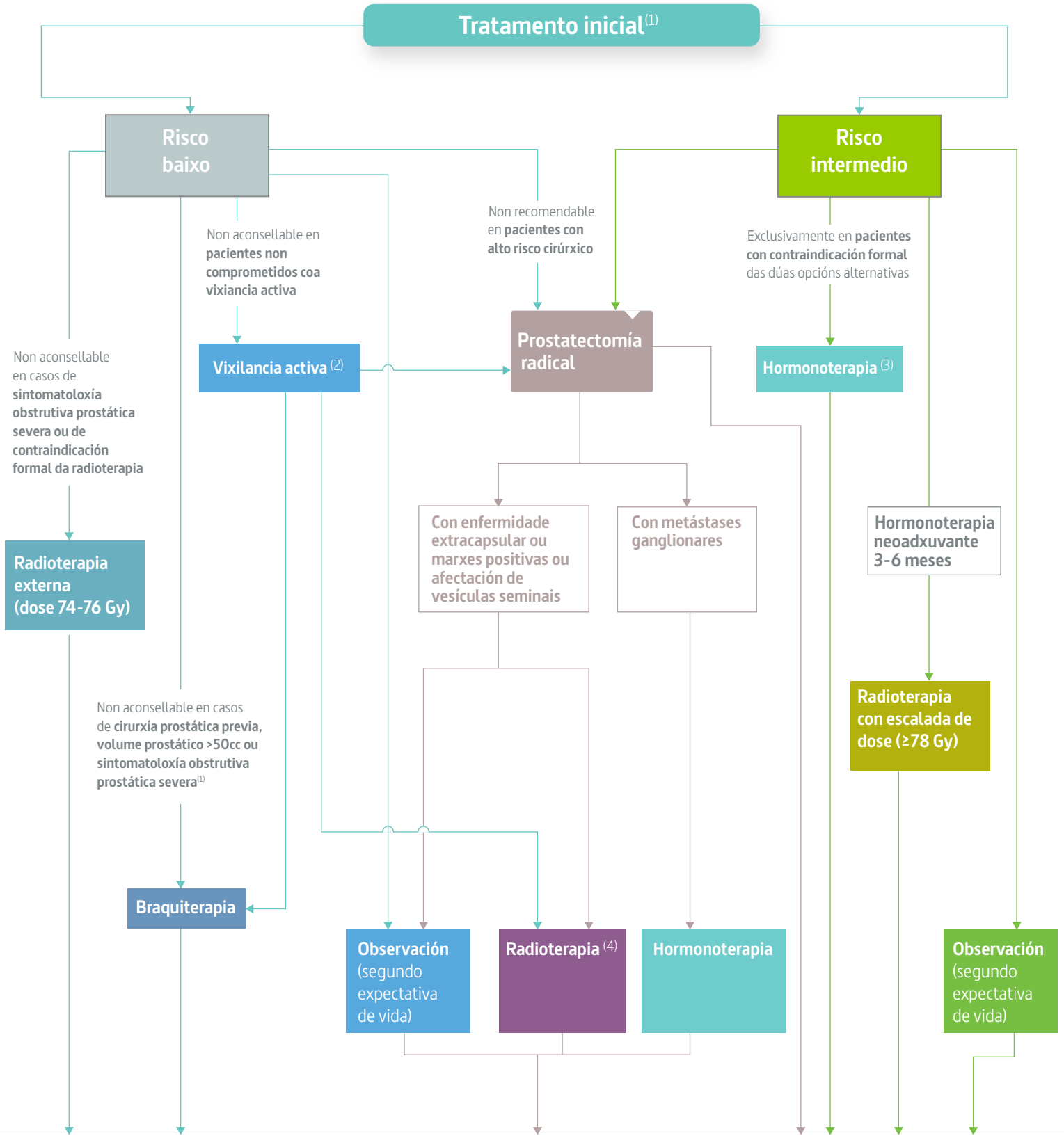
Algoritmo **03** Tratamento (B)

Edición 2013

1 Mostraxe aleatoria cun número mínimo de 8 cilindros (4 por lóbulo).
2 Dentro de risco intermedio débese valorar de forma específica este subgrupo para a realización ou non de probas complementarias.
3 Valorar en calquera risco ante sintomatoloxía ósea.
4 A RM non se considera proba estándar. O seu uso estará limitado a aqueles casos nos que o resultado modifique a actitude terapéutica, e a aqueles casos de alta sospeita clínico-analítica con biopsias negativas, co fin de dirixir a biopsia.

galicia · SERVIZO GALEGO de SAÚDE · XUNTA DE GALICIA

TRATAMENTO (A)



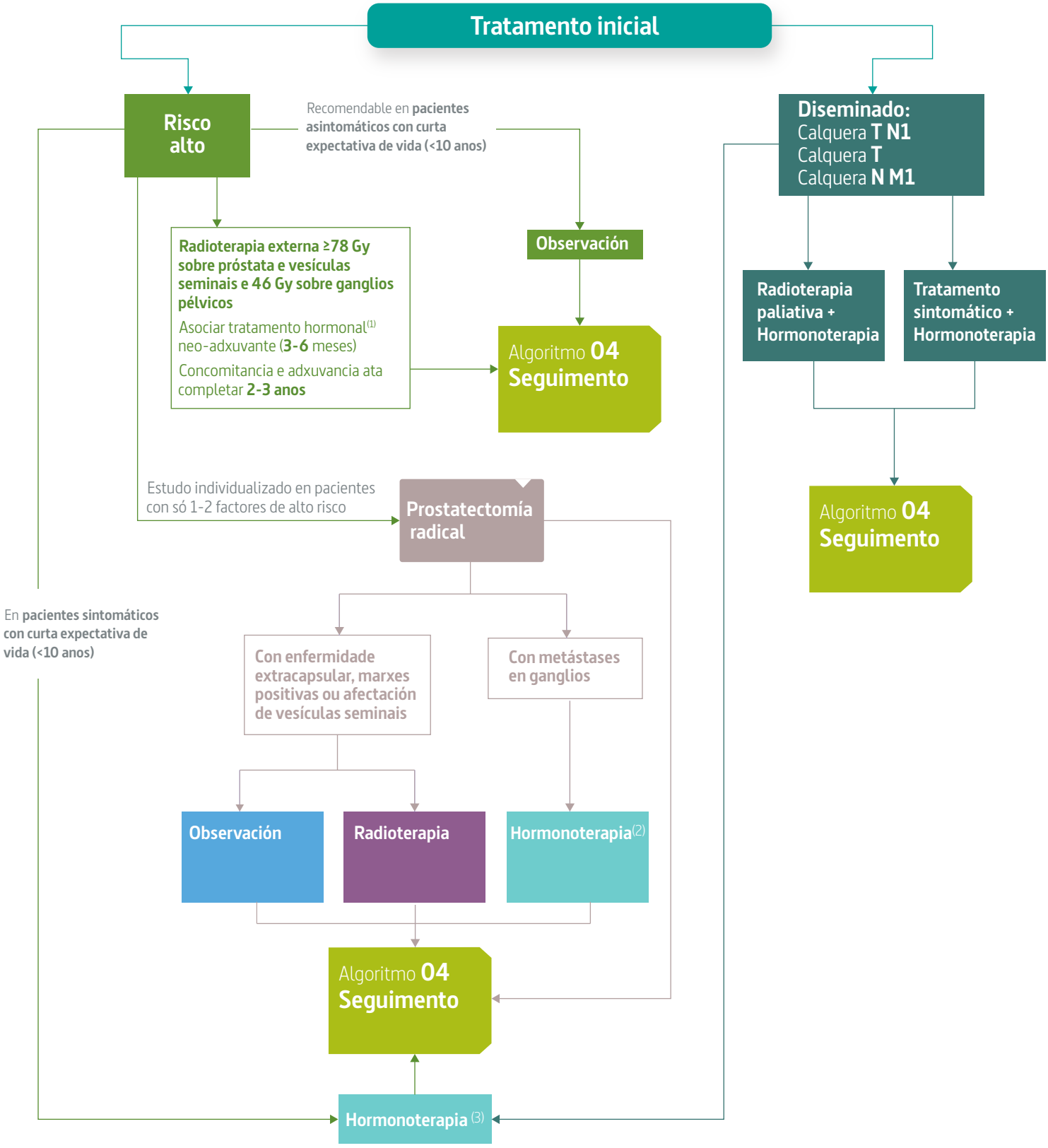
Algoritmo **04**
Seguimento

Edición 2013

1 Valorar risco-beneficio e expectativa de vida en calquera tratamento activo
2 Gleason ≤6, ≤2 cilindros positivos e afectación do cilindro menor do 50%, PSA≤10 e ≤T2a
3 Análogos de LHRH ou orquiectomía
4 Radioterapia en pacientes con achados histopatolóxicos locais adversos

galicia
SERVIZO GALEGO de SAÚDE
XUNTA DE GALICIA

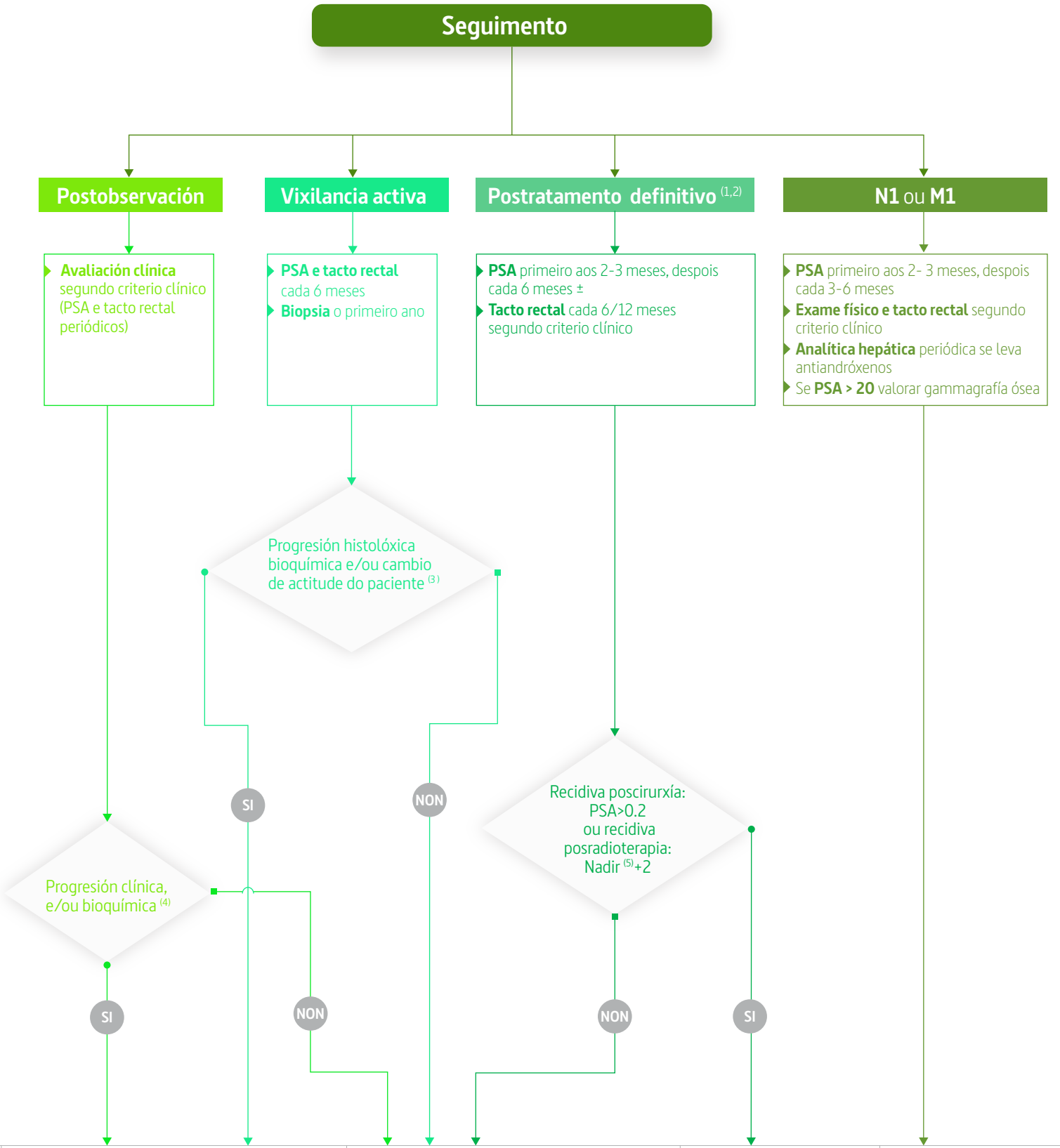
TRATAMENTO (B)



Edición 2013

1 Análogos de LHRH
2 Radioterapia en pacientes con achados histopatolóxicos locais adversos
3 Análogos de LHRH / orquiectomía / bicalutamida en doses de 150 mg (suplementos de calcio e vitamina D para os tratamentos hormonais a longo prazo, máis de 6 meses, en xeral)

galicia · SERVIZO GALEGO de SAÚDE · XUNTA DE GALICIA

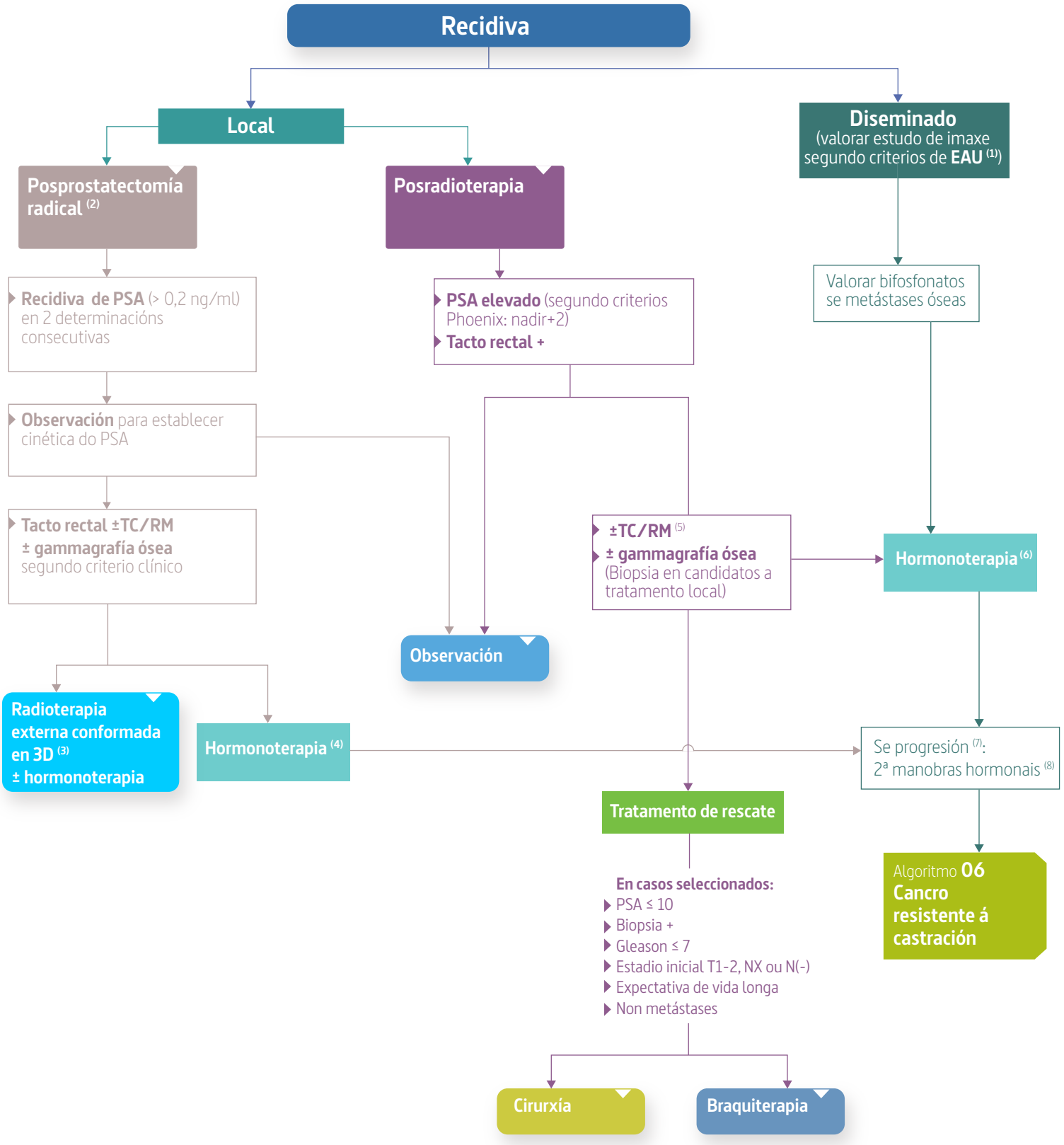


Edición 2013

1 Posradioterapia: seguir os criterios Phoenix
2 En pacientes con tratamento hormonal igual ou superior a 6 meses, aconséllase densitometría previa e posteriormente anual
3 Criterios de progresión (EAU): tempo de duplicación de PSA cun valor limiar comprendido entre ≤2 e ≤ 4 anos, progresión da puntuación de Gleason a ≥7 en rebiopsias a intervalos de 1-4 anos, progresión de PSA <10 ng/ml
4 Segundo criterio clínico recoméndase considerar criterios de progresión estudo EORTC 3089 (PSA>50 e/ou tempo de duplicación de PSA < 12 meses)
5 Nadir: valor máis baixo do PSA despois do tratamento de radioterapia
6 O seguimento debe facerse durante 5 anos nos servizos de uroloxía (1º ano: 3, 6 e 12 meses. Posteriormente anual). Alta ao 5º ano e seguimento habitual.

galicia SERVIZO GALEGO de SAÚDE XUNTA DE GALICIA

TRATAMENTO DE RECIDIVA

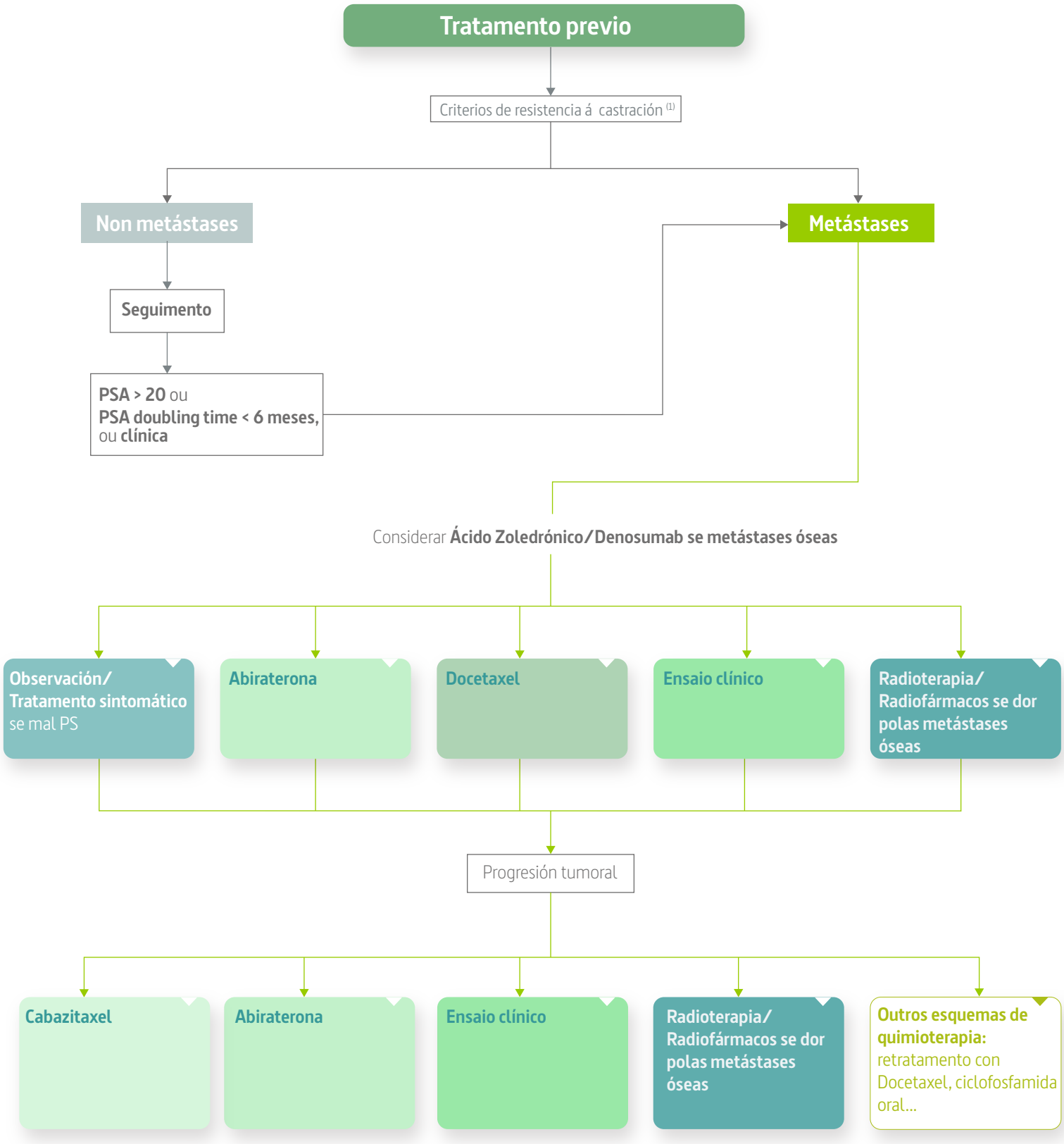


Edición 2013

1 PSA>20 ou paciente sintomático
2 Criterios da EAU para sospeita de recidiva local: Gleason ≤ 6, tempo de duplicación < 12 meses e categoría pT ≤ pT3a
3 Hai que enviar antes de chegar a PSA maior de 0.5 ng/ml, segundo criterio EAU
4 Análogos de LHRH ou só antiandróxenos de entrada
5 TC para valorar enfermidade a distancia. RM se sospeita de recidiva local
6 En enfermidade diseminada: orquiectomía bilateral ou análogos de LHRH con tratamento curto con antiandróxenos para evitar o efecto "flare"
7 Criterios de progresión (EAU): tempo de duplicación de PSA cun valor limiar comprendido entre ≤2 e ≤ 4 anos, progresión da puntuación de Gleason a ≥7 en rebiopsias a intervalos de 1-4 anos, progresión de PSA <10 ng/ml
8 Retirada antiandróxeno, adición antiandróxeno, bicalutamida 150 mg, estramustina, ketoconazol, corticoides

galicia SERVIZO GALEGO de SAÚDE XUNTA DE GALICIA

CANCRO RESISTENTE Á CASTRACIÓN



Edición 2013

1 Testosterona < 50 ng/dL, 3 aumentos consecutivos de PSA separados ao menos 1 semana, PSA > 2ng/ml, 2 incrementos maiores de 50% sobre nadir.

galicia
SERVIZO GALEGO de SAÚDE
XUNTA DE GALICIA

INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALLO

NOME	POSTO	CENTRO
Luis León Mateos	ONCOLOXÍA MÉDICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE PONTEVEDRA E O SALNÉS
Rafaela Soler Fernández	RADIODIAGNÓSTICO	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
Andrés Rodríguez Alonso	UROLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL
Francisco Gómez Veiga	UROLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
Elena López Díez	UROLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO
Ignacio Rodríguez Gómez	UROLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
Alfonso Mariño Cotelo	ONCOLOXÍA RADIOTERÁPICA	CENTRO ONCOLÓXICO DE GALICIA
Concepción Garrido Vilariño	DIRECTORA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
Ihab Abdulkader Nallib	ANATOMÍA PATOLÓXICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Eugenio Otero Nieto	DIRECTOR MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA ATENCIÓN PRIMARIA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
José Ángel Pesado Cartelle	SUPERVISOR DE ENFERMERÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL
Ángel Facio Villanueva	SUBDIRECTOR/A XERAL DE PLANIFICACIÓN E ORDENACIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Mercedes Lanza Gándara	SUBDIRECTORA XERAL DE PLANIFICACIÓN E PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL	
María Blanca Cimadevila Álvarez	XEFA DO SERVIZO DE DESENVOLVEMENTO DE PROCESOS ASISTENCIAIS, PROGRAMAS E COMPRA DE SERVIZOS	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
José Javier Ventosa Rial	XEFE DO SERVIZO DE PROCESOS E PROGRAMAS ASISTENCIAIS	
Luis Arantón Areosa	XEFE DE SERVIZO DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Julio García Comesaña	COORDINACIÓN ESTRATEXIA GALEGA CONTRA O CANCRO SUBDIRECTOR XERAL DE ORDENACIÓN ASISTENCIAL E INNOVACIÓN ORGANIZATIVA	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Ana Calvo Pérez	TÉCNICO. SERVIZO DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Ángela L. García Caeiro	TÉCNICO. SERVIZO DE PROCESOS E PROGRAMAS ASISTENCIAIS	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA