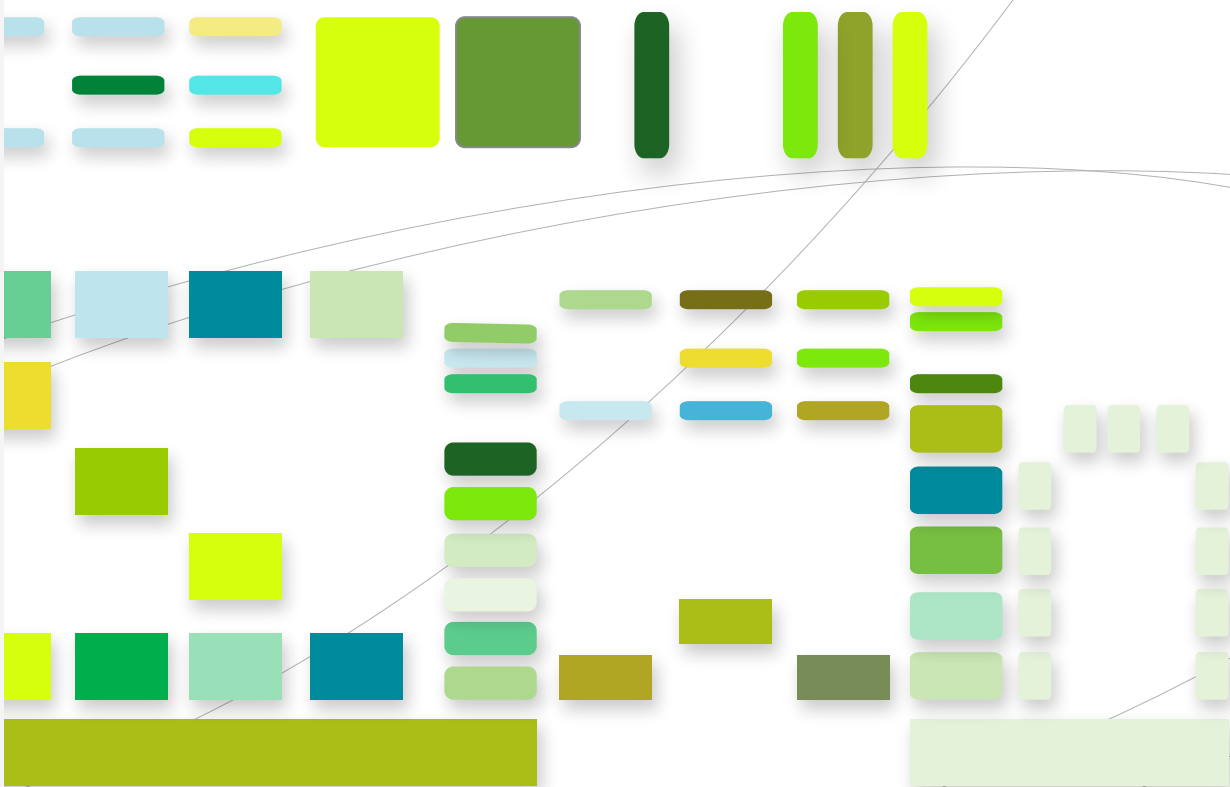


# itinerario asistencial integrado para o cancro de : próstata



# 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.

**CIRCUITO ASISTENCIAL  
RÁPIDO PARA  
PACIENTES CON SOSPEITA  
DE CÁNCER DE PRÓSTATA**

**DIAGNÓSTICO  
E ESTADIFICACIÓN**



Algoritmo

**01**

**TRATAMIENTO (A)**

**TRATAMIENTO (B)**

**SEGUIMIENTO**

Algoritmo

**02**

Algoritmo

**03**

Algoritmo

**04**

**TRATAMIENTO  
DE RECIDIVA**

**CÁNCER  
RESISTENTE Á  
CASTRACIÓN**

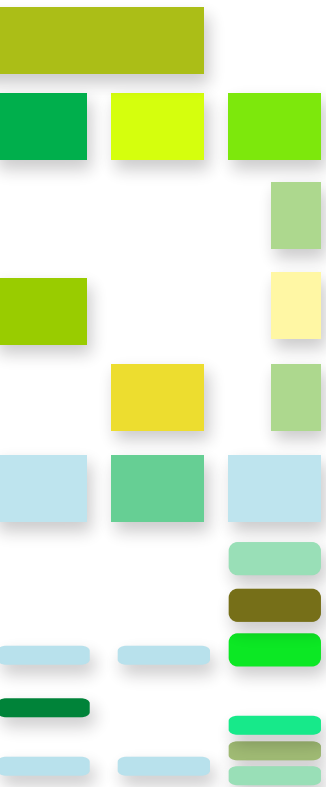
Integrantes do  
grupo de trabajo

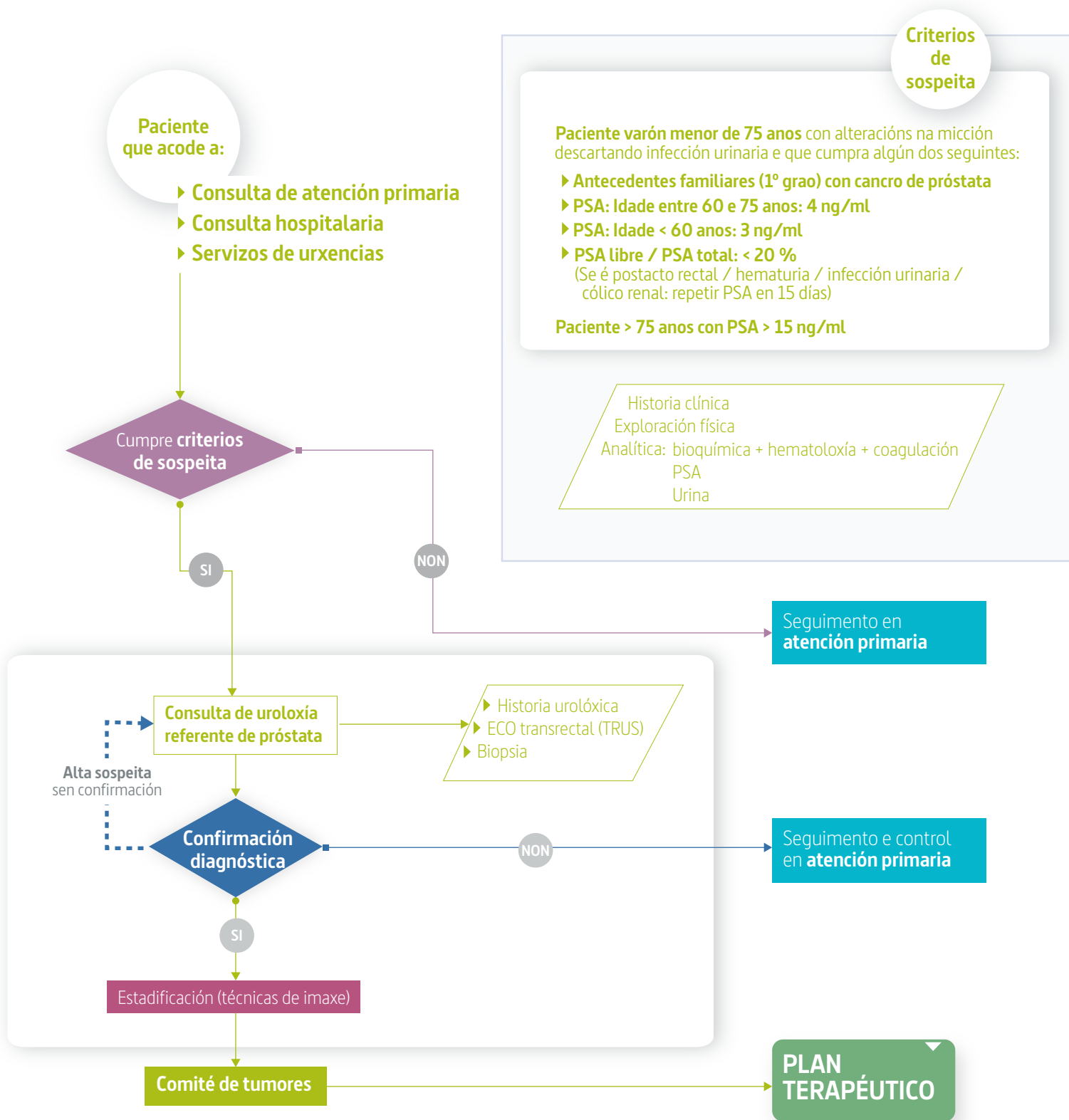
Algoritmo

**05**

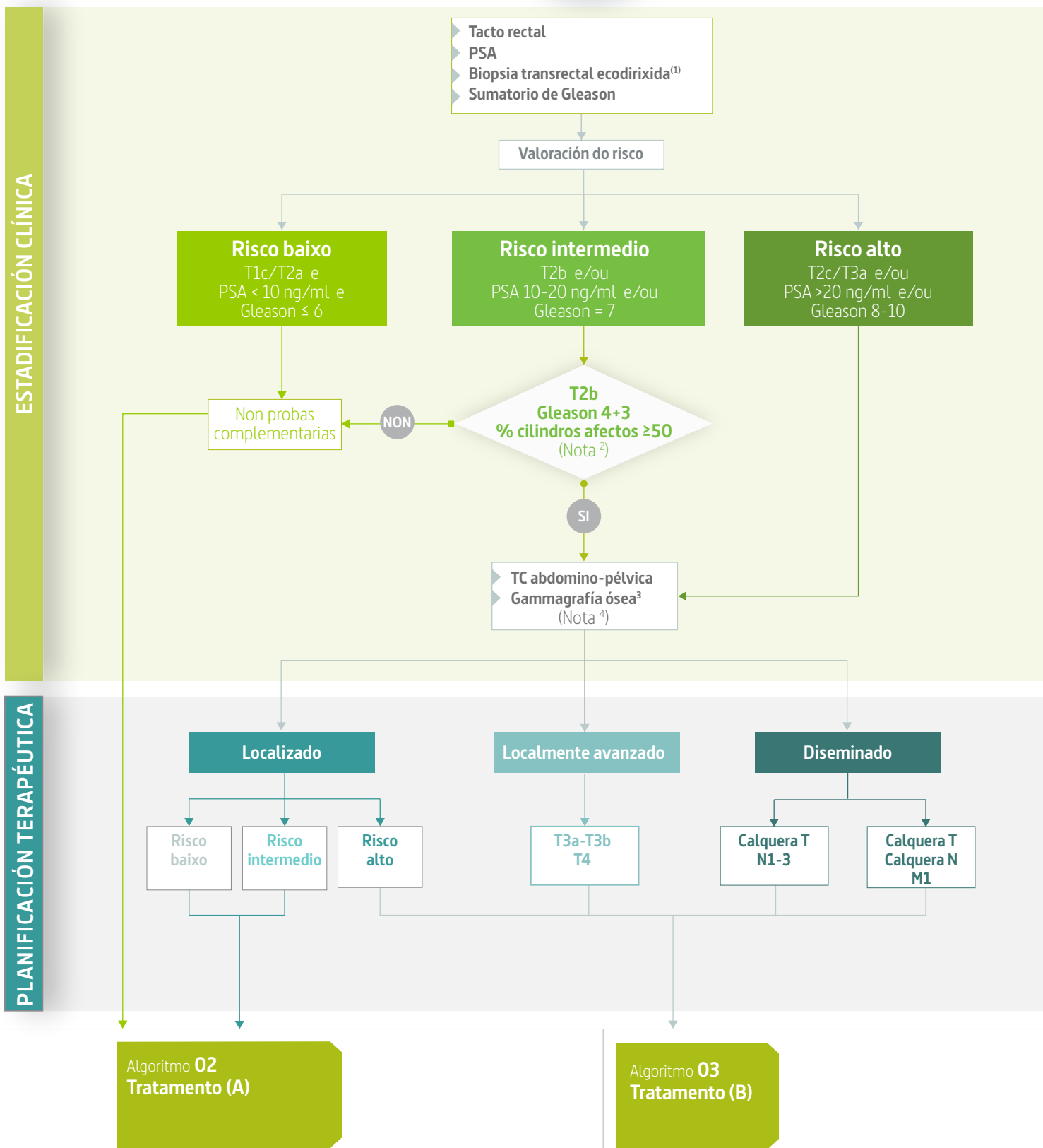
Algoritmo

**06**



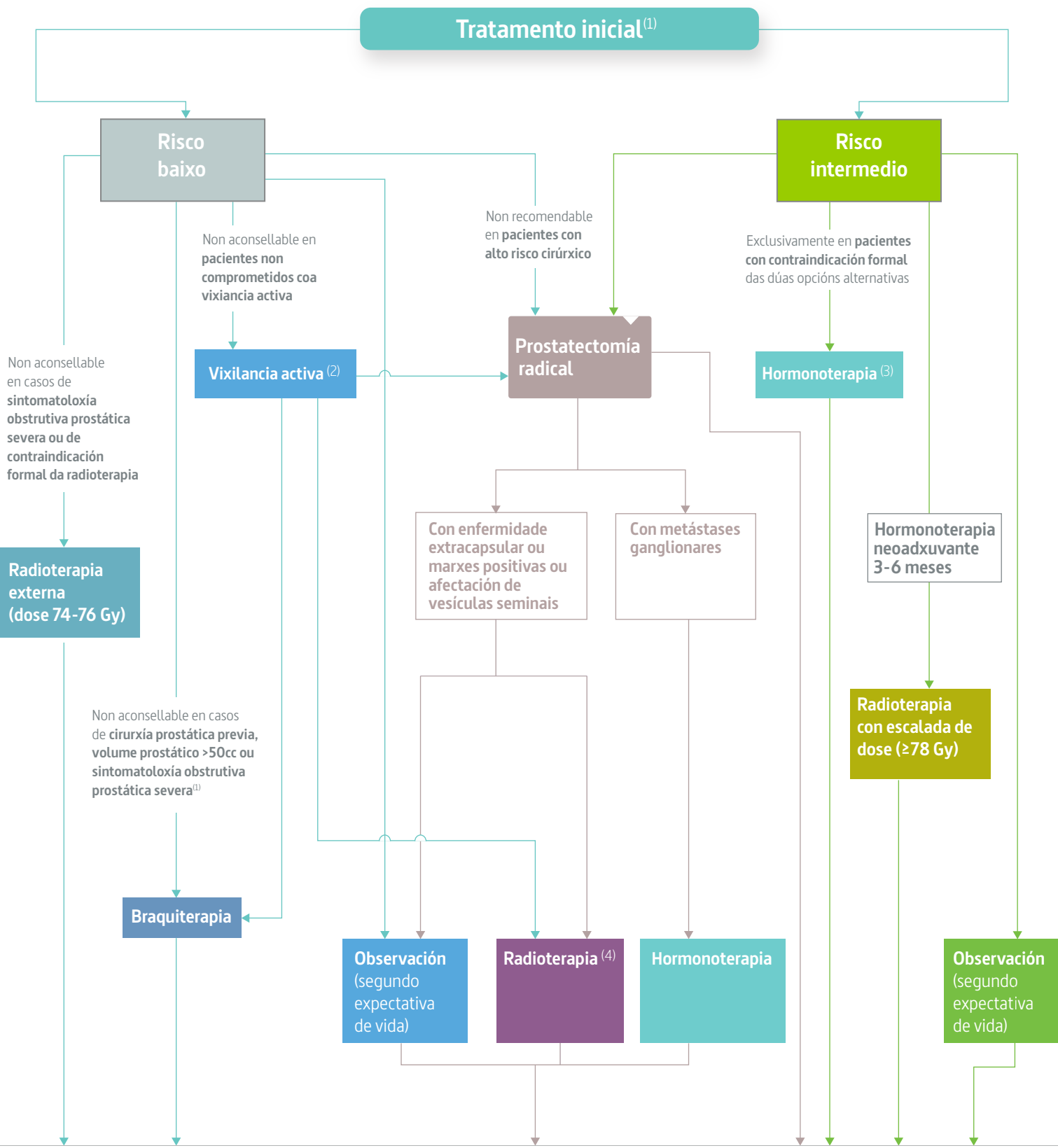


Sospeita clínica ou probas complementarias



Edición 2013

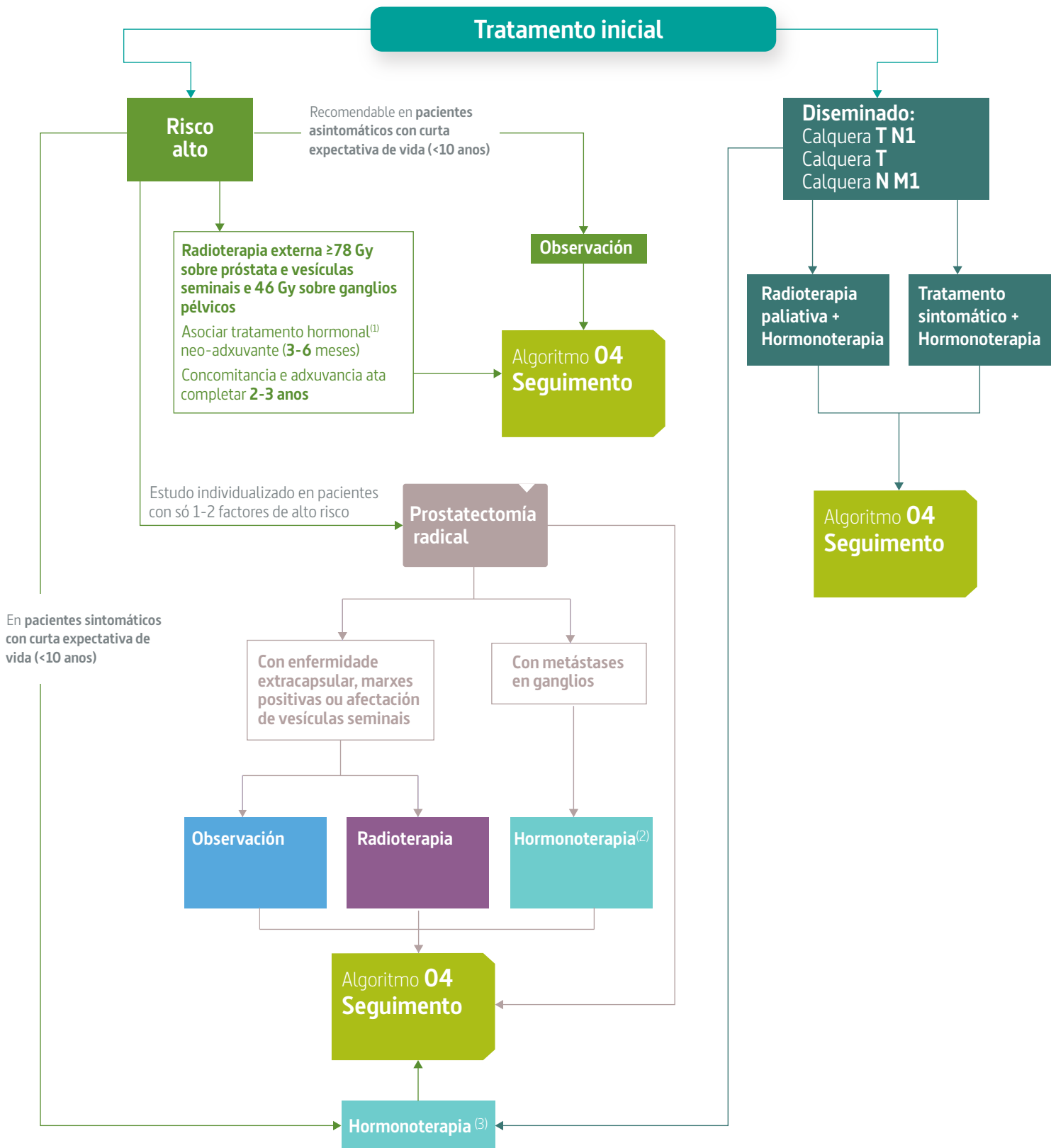
1 Mostraxe aleatoria con número mínimo de 8 cilindros (4 por lóbulo).  
2 Dentro de risco intermedio débese valorar de forma específica este subgrupo para a realización ou non de probas complementarias.  
3 Valorar en calquera risco ante sintomatoloxía ósea.  
4 A RM non se considera proba estándar. 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.



Edición 2013

Algoritmo **04** **Seguimento**

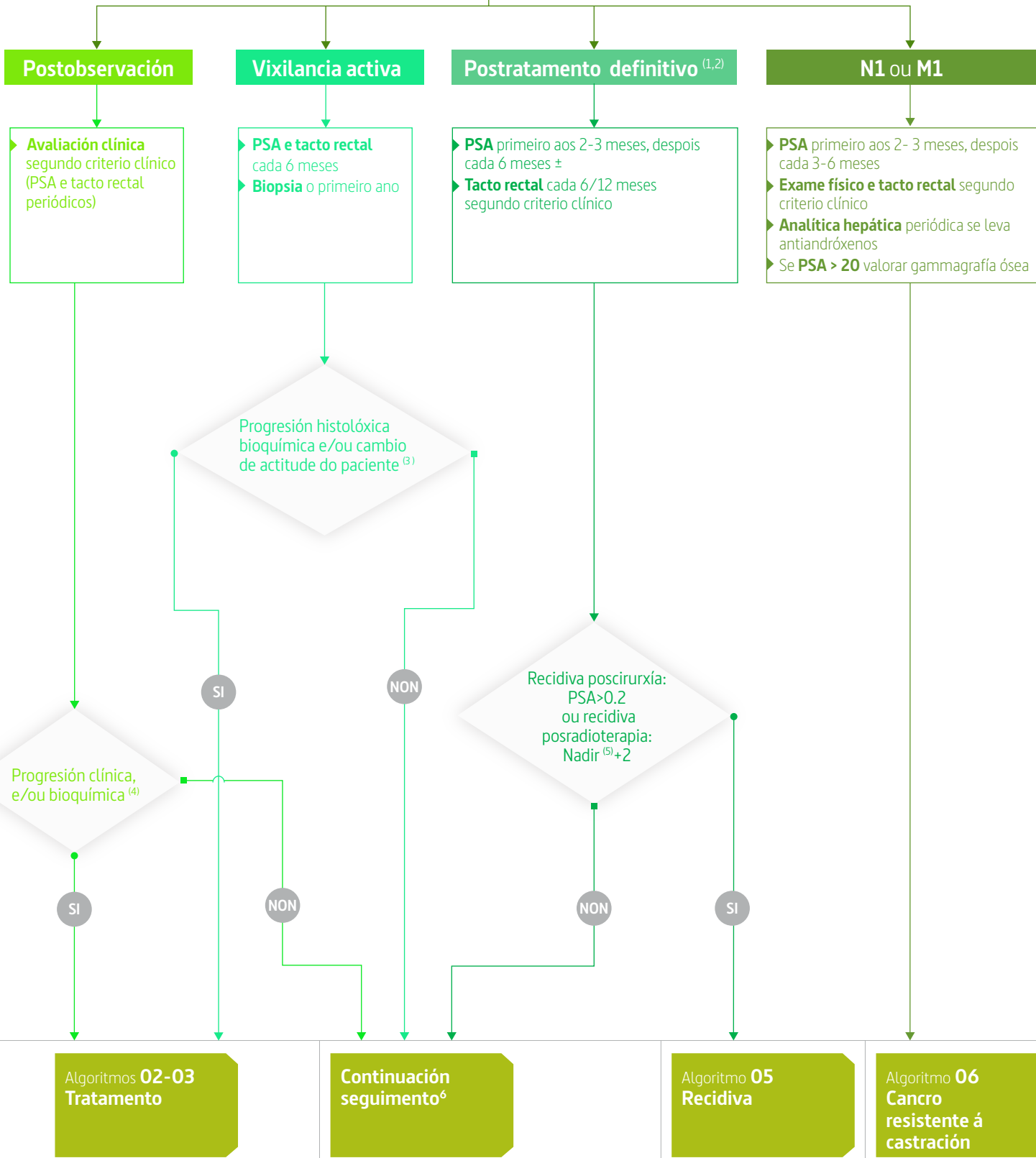
1 Valorar risco-beneficio e expectativa de vida en calquera tratamento activo  
 2 Gleason ≤6, ≤2 cilindros positivos e afectación do cilindro menor do 50%, PSA≤10 e ≤T2a  
 3 Análogos de LHRH ou orquiectomía  
 4 Radioterapia en pacientes con achados histopatolóxicos locais adversos



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)

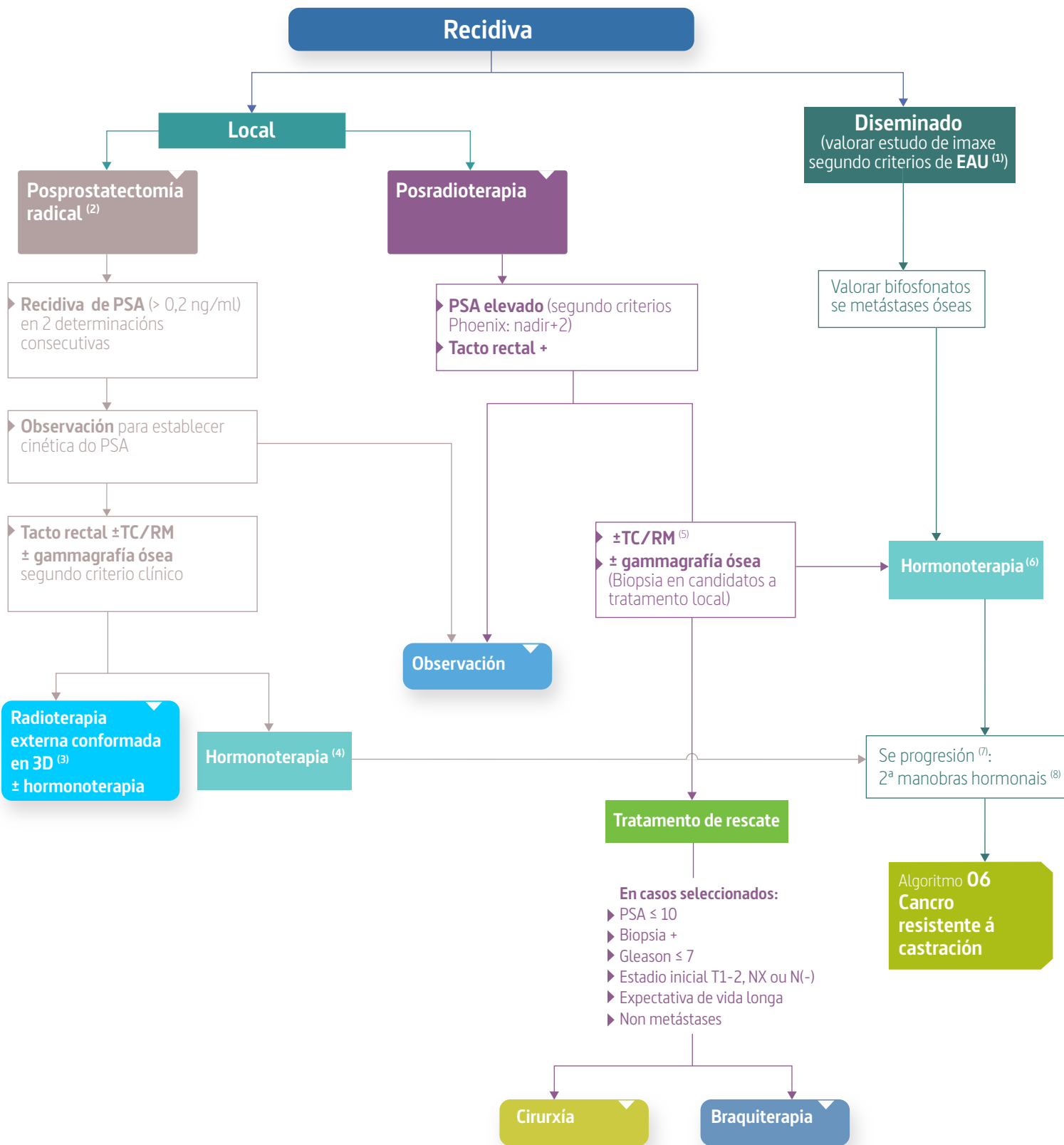


**Seguimento**



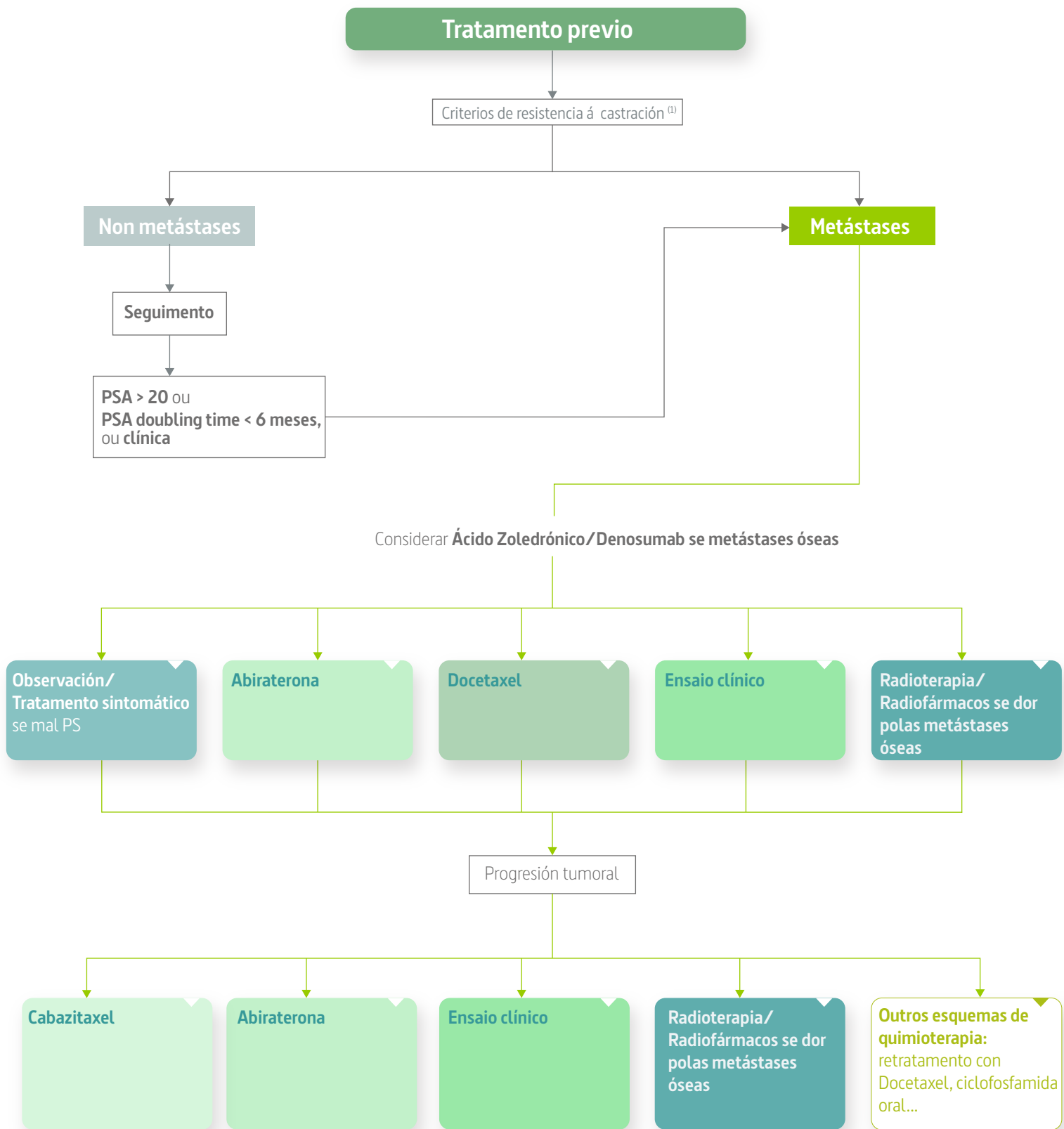
Edición 2013

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  $\leq 2$  e  $\leq 4$  anos, progresión da puntuación de Gleason a  $\geq 7$  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.



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 antiandrógenos 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 antiandrógenos 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 antiandrógeno, adición antiandrógeno, bicalutamida 150 mg, estramustina, ketoconazol, corticoides



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.

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 Coto	ONCOLOXÍA RADIOTERÁPICA	CENTRO ONCOLÓXICO DE GALICIA
Concepción Garrido Vilarinho	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



galicia

Servizo Galego  
de Saúde



Asistencia Sanitaria

26

Procesos

D