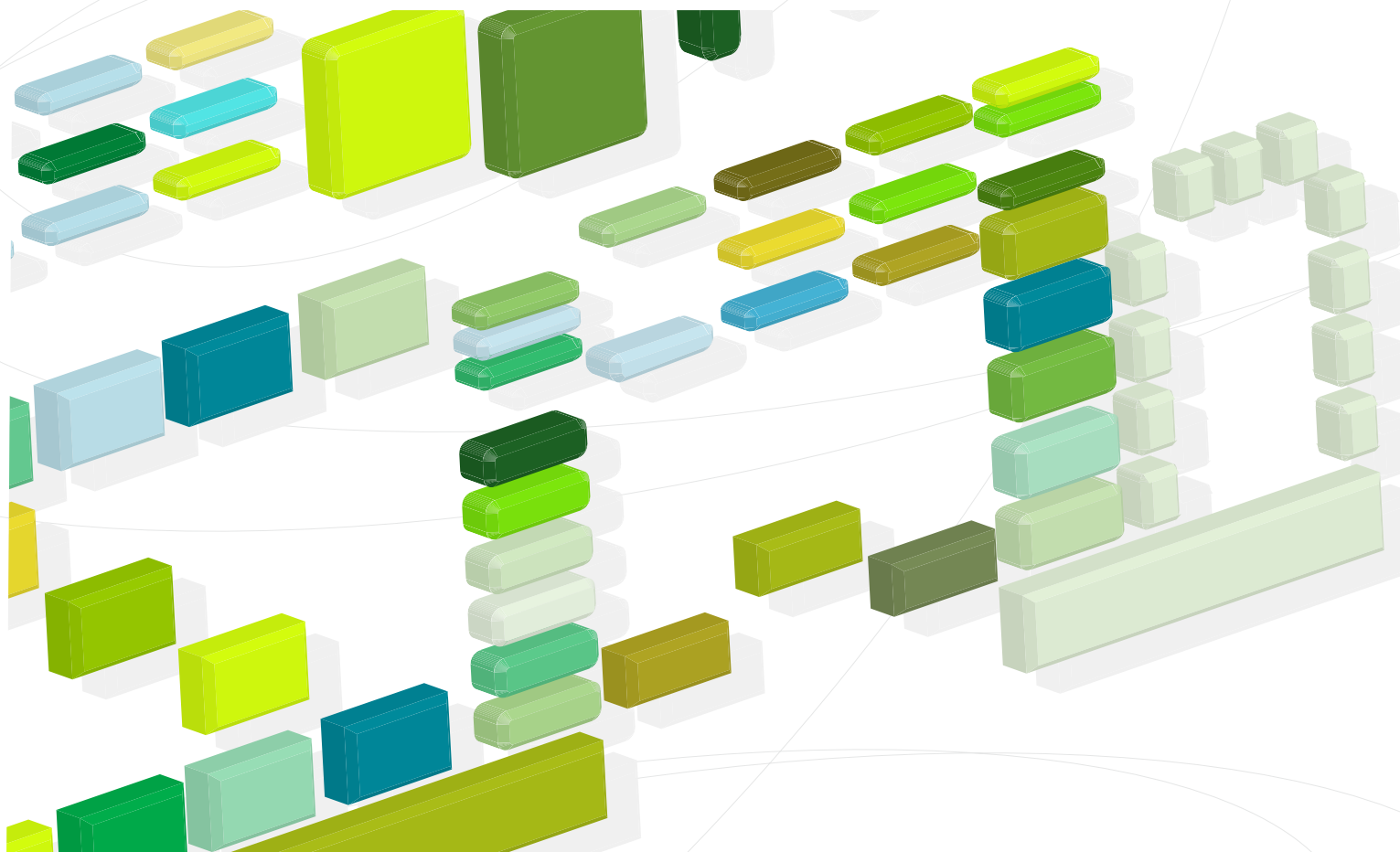




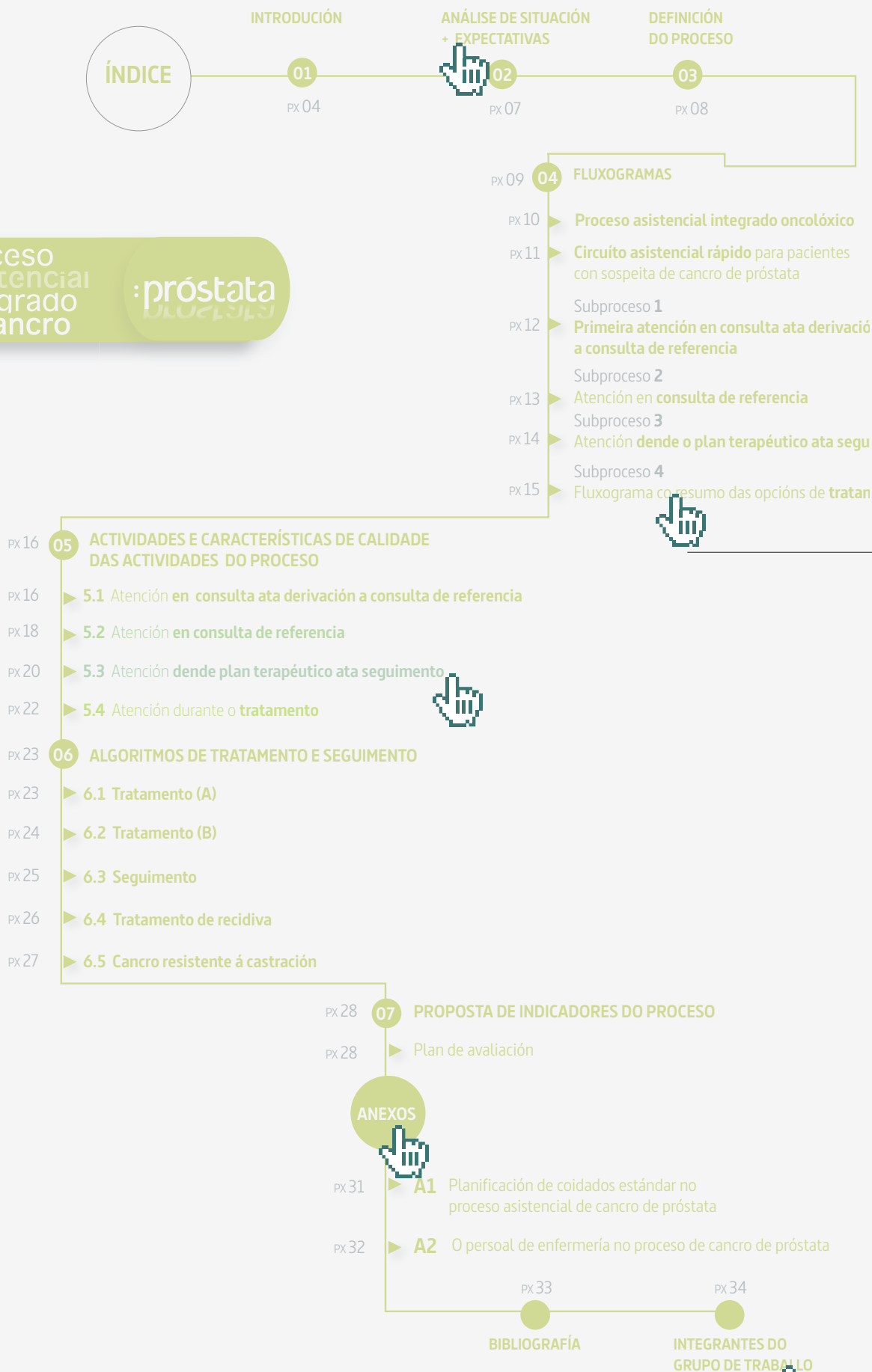
proceso asistencial integrado de cancro de próstata

MODO DE UTILIZACIÓN

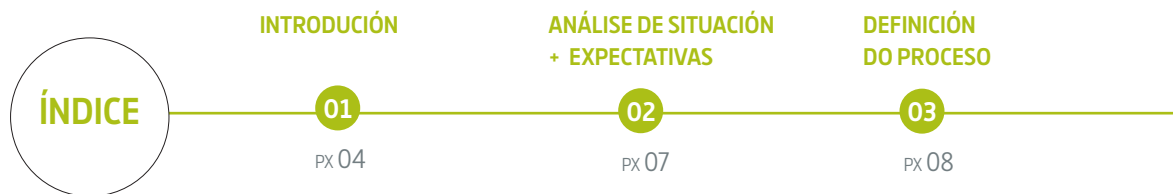
Un click nos gráficos de páxina enlaza co índice



Proceso asistencial integrado de cancro :próstata



Un click nos capítulos enlaza coa páxina correspondente



Proceso asistencial integrado de cancro

:próstata

- PX 09 **04 FLUXOGRAMAS**
- PX 10 ► **Proceso asistencial integrado oncológico**
 - PX 11 ► **Circuito asistencial rápido** para pacientes con sospeita de cancro de próstata
 - PX 12 ► **Subproceso 1**
Primeira atención en consulta ata derivación a consulta de referencia
 - PX 13 ► **Subproceso 2**
Atención en consulta de referencia
 - PX 14 ► **Subproceso 3**
Atención dende o plan terapéutico ata seguimento
 - PX 15 ► **Subproceso 4**
Fluxograma co resumo das opcións de tratamento

- PX 16 **05 ACTIVIDADES E CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DAS ACTIVIDADES DO PROCESO**
- PX 16 ► **5.1 Atención en consulta ata derivación a consulta de referencia**
 - PX 18 ► **5.2 Atención en consulta de referencia**
 - PX 20 ► **5.3 Atención dende plan terapéutico ata seguimento**
 - PX 22 ► **5.4 Atención durante o tratamento**

- PX 23 **06 ALGORITMOS DE TRATAMENTO E SEGUIMENTO**
- PX 23 ► **6.1 Tratamento (A)**
 - PX 24 ► **6.2 Tratamento (B)**
 - PX 25 ► **6.3 Seguimento**
 - PX 26 ► **6.4 Tratamento de recidiva**
 - PX 27 ► **6.5 Cancro resistente á castración**

- PX 28 **07 PROPOSTA DE INDICADORES DO PROCESO**
- PX 28 ► **Plan de avaliación**

ANEXOS

- PX 31 ► **A1** Planificación de coidados estándar no proceso asistencial de cancro de próstata
- PX 32 ► **A2** O persoal de enfermería no proceso de cancro de próstata

BIBLIOGRAFÍA

INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALLO

O cancro é un problema de saúde de primeira liña, e así é percibido pola poboación galega. No estudo sociolóxico sobre a percepción do cancro en España, a Sociedade española de oncoloxía médica enquisou a máis de 2.100 persoas a nivel nacional. O 72% dos galegos enquisados refería que vivira o cancro de cerca (familiares de primeiro grao ou amigos próximos), sendo superior esta cifra ao 65% da media española. Un 62% dos galegos refería que o cancro estaba entre as dúas enfermidades ás que máis temían, porcentaxe similar á media nacional.

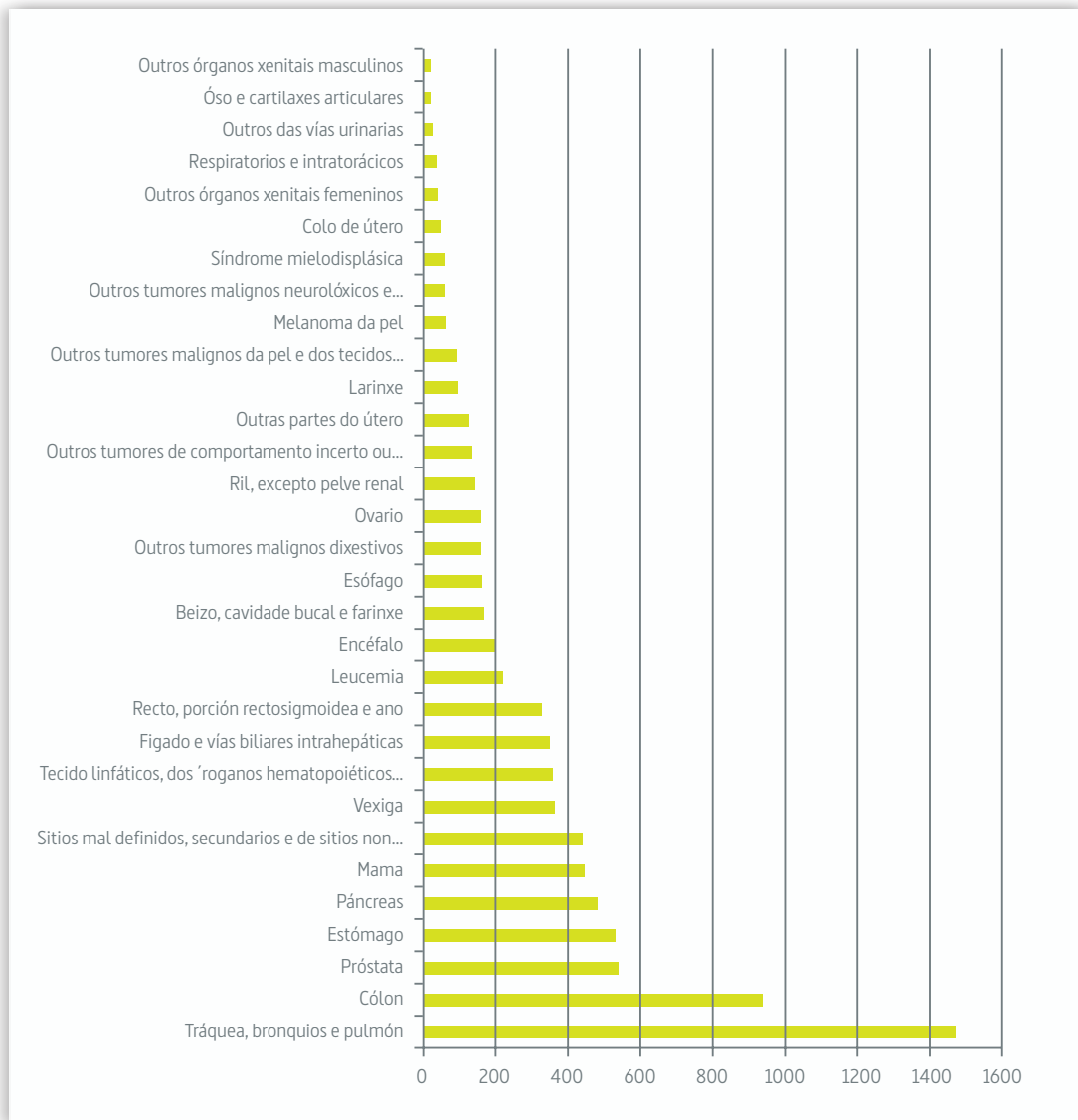
O cancro é a segunda causa de mortalidade global en Galicia, despois das enfermidades cardiovasculares. Entre 1 e 14 anos e entre 35 e 54 anos supón a primeira causa de morte.

Táboa 1. **Número e porcentaxe de mortes por cancro por comunidades autónomas.***
(2011, en orde decrecente segundo a porcentaxe de mortes por cancro)

	Total falecidos	Falecidos por cancro	Porcentaxe de mortes por cancro
País Vasco	19.832	6.260	31,57 %
Canarias	13.565	4.101	30,23 %
Comunidade Foral de Navarra	5.158	1.549	30,03 %
Comunidade de Madrid	41.614	12.338	29,65 %
Principado de Asturias	12.678	3.735	29,46 %
Cantabria	5.606	1.645	29,34 %
A Rioxa	2.885	844	29,25 %
Castela e León	27.075	7.846	28,98 %
Cataluña	60.188	17.258	28,67 %
Estremadura	10.584	2.986	28,21 %
Comunidade Valenciana	40.788	11.486	28,16 %
Aragón	13.553	3.781	27,90 %
Galicia	29.879	8.314	27,83 %
Castela - A Mancha	18.053	4.912	27,21 %
Baleares	7.668	2.079	27,11 %
Rexión de Murcia	10.197	2.764	27,11 %
Andalucía	65.702	17.022	25,91 %
Ceuta	515	125	24,27 %
Melilla	477	107	22,43 %
Estranxeiro	1.894	189	9,98 %
Total	387.911	109.341	28,19 %

A distribución de mortalidade por tipos de cancro en Galicia no ano 2011 móstrase na figura 1, onde se aprecia que o cancro de pulmón e o colorrectal foron as dúas primeiras causas de morte por cancro. A mortalidade por **cancro de próstata**, ocupa o segundo posto en homes.

Figura 1. **Número de falecementos por tipo de cancro en 2011 en Galicia**



Proceso asistencial integrado de cancro :próstata

Recursos asistenciais

A característica dispersión poboacional de Galicia condiona a súa relativa maior necesidade de recursos. Galicia ten o 5,8% da superficie de España e o 6,4% da poboación, cunha maior densidade de poboación (93% fronte a 84,42). Non obstante, esta poboación está asentada en 29.990 entidades de poboación diferentes, o 48,9% das de España, cunha media de 91 habitantes por entidade de poboación cando a media española é de 655.

Unha alta porcentaxe de poboación vive no medio rural, cun 59,5% da poboación en núcleos de menos de 20.000 habitantes e só un 27,5% en núcleos de máis de 100.000 habitantes,

* Fonte: Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>. Acceso: 16 de outubro de 2013.

mentres que a media española é do 35% da poboación vivindo en núcleos de menos de 20.000 habitantes e un 40,3% en núcleos de máis de 100.000 habitantes.

A correcta abordaxe do diagnóstico e tratamento do cancro de próstata esixe non só bos profesionais, senón unha organización das actividades axeitada. Nos últimos anos incorporáronse importantes avances nas técnicas diagnósticas e no tratamento. Non obstante, a organización dos profesionais segue sendo a pedra angular na súa abordaxe. O manexo de pacientes con cancro esixe unha interacción multidisciplinar, e iso leva consigo o risco de rupturas continuas na continuidade asistencial. A aplicación da metodoloxía de procesos ao manexo do paciente oncolóxico pode axudar a diminuír a variabilidade na súa abordaxe, evitando que pacientes con procesos similares reciban tratamentos diferentes en función do lugar ou momento do tratamento. Ao mesmo tempo facilítase a continuidade dos coidados, ao establecerse a secuencia que segue o paciente dende a entrada no proceso, ao longo da súa enfermidade. O establecemento dun circuíto básico faise esencial no diagnóstico, onde existe unha ampla marxe de mellora na demora e onde permite establecer puntos de control de indicadores. O establecemento destes indicadores, e a delimitación de responsabilidades e tarefas, permite monitorar onde se producen os tempos de espera, e avaliar o efecto das medidas de mellora. O obxectivo de todo iso é aumentar a efectividade e a eficiencia de todas as actuacións.



O presente documento pretende servir como guía de referencia para a implantación, nos distintos ámbitos asistenciais, de medidas que permitan homoxeneizar o fluxo de pacientes con sospeita de cancro de próstata. Por iso o seu nivel de concreción pretende posibilitar que na implantación local en cada centro, se facilite unha adaptación local deste.

Propónse a creación en cada hospital dun circuíto específico para os pacientes con alta sospeita de cancro de próstata, materializada en forma de “consulta referente de cancro de próstata” que facilite a derivación de pacientes, a través dun acceso fácil e rápido (demoras inferiores a 72 horas) e permita homoxeneizar o proceso diagnóstico con estándares baseados en evidencias científicas. Así mesmo, preténdese canalizar as decisións terapéuticas de cada paciente no Comité de tumores, estimulando a colaboración multidisciplinar. Propóñense estándares de calidade, tamén, para medir os tempos ata o inicio do tratamento. O obxectivo final é intentar aumentar a proporción de pacientes diagnosticados en estadios máis precoces, o que pode implicar unha mellora do pronóstico.

Aínda que se inclúen, de maneira xenérica e orientativa, algunhas recomendacións terapéuticas, está fóra do alcance do presente documento ser unha guía de tratamento. Remítese o lector ás guías actualmente en vixencia avaladas pola evidencia.

Proceso	Proceso asistencial integrado de cancro de próstata
Análise de situación	PRINCIPAIS ÁREAS DE MELLORA DETECTADAS
	Unificación de criterios que dean entrada ao proceso Protocolo de activación, derivación e/ou petición de probas específicas Coordinación entre atención primaria e hospitalaria Accesibilidade a probas diagnósticas e tratamentos. Tempos de espera Falta de axendas específicas en servizos implicados Variabilidade en recursos humanos e tecnolóxicos e en cursos de formación entre as diferentes áreas Control de implantación Citación específica desde atención primaria Estandarización de informes (radioloxía, anatomía patolóxica, cirurxía, oncoloxía...)

03

Definición do proceso

Co obxectivo de definir e acoutar os circuitos é necesario establecer cales van ser os puntos iniciais e finais dos procesos que se abordan, para así facilitar a conexión interprocesos asegurando a continuidade, á vez que se evitan duplicidades, contradicións ou omisións que puideran ser transcendentais para o resultado final dos procesos da organización.

Proceso asistencial integrado de cancro :próstata

Proceso		Proceso asistencial integrado de cancro de próstata
Definición do proceso		Proceso mediante o cal se garante a coordinación e asistencia, en todos os niveis, a pacientes con sospeita de cancro de próstata, para o seu adecuado diagnóstico, tratamento e seguimento
Límites de entrada		Paciente con sospeita de cancro de próstata, que acude dende calquera ámbito asistencial: - Atención primaria - Urxencias - Atención hospitalaria
Límites de saída		- Paciente libre de recidiva bioquímica aos 5 anos: seguimento en atención primaria - Non confirmación da sospeita de cancro - Paciente que se traslada de forma definitiva y voluntariamente fóra do Sistema sanitario público galego
Observacións		Considérase un límite marxinal os pacientes que reciben a alta e manteñen un seguimento en atención primaria
Obxectivos do proceso	Melloría da eficacia do tratamento	- Diminución da agresividade, entendida como “Diminución do tratamento con hormonas” - Diminución da morbilidade, entendida como “incontinencia, rectite, impotencia, osteoporose”
	Aumento da eficiencia	- Estancia media precirúrxica - Diminución de estancia total hospitalaria
	Melloría da satisfacción	
Subprocesos definidos	1	Primeira atención en consulta ata derivación a consulta de referencia
	2	Atención en consulta de referencia
	3	Dende plan terapéutico ata seguimento
	4	Tratamento

Exponse en primeiro lugar o

Algoritmo xeral do proceso oncológico

e o

Circuíto asistencial rápido

A continuación detállanse os **4 subprocesos definidos:**



Subproceso 1

Primeira atención en consulta ata derivación a consulta de referencia



Subproceso 2

Atención en consulta de referencia



Subproceso 3

Atención dende o plan terapéutico ata seguimento

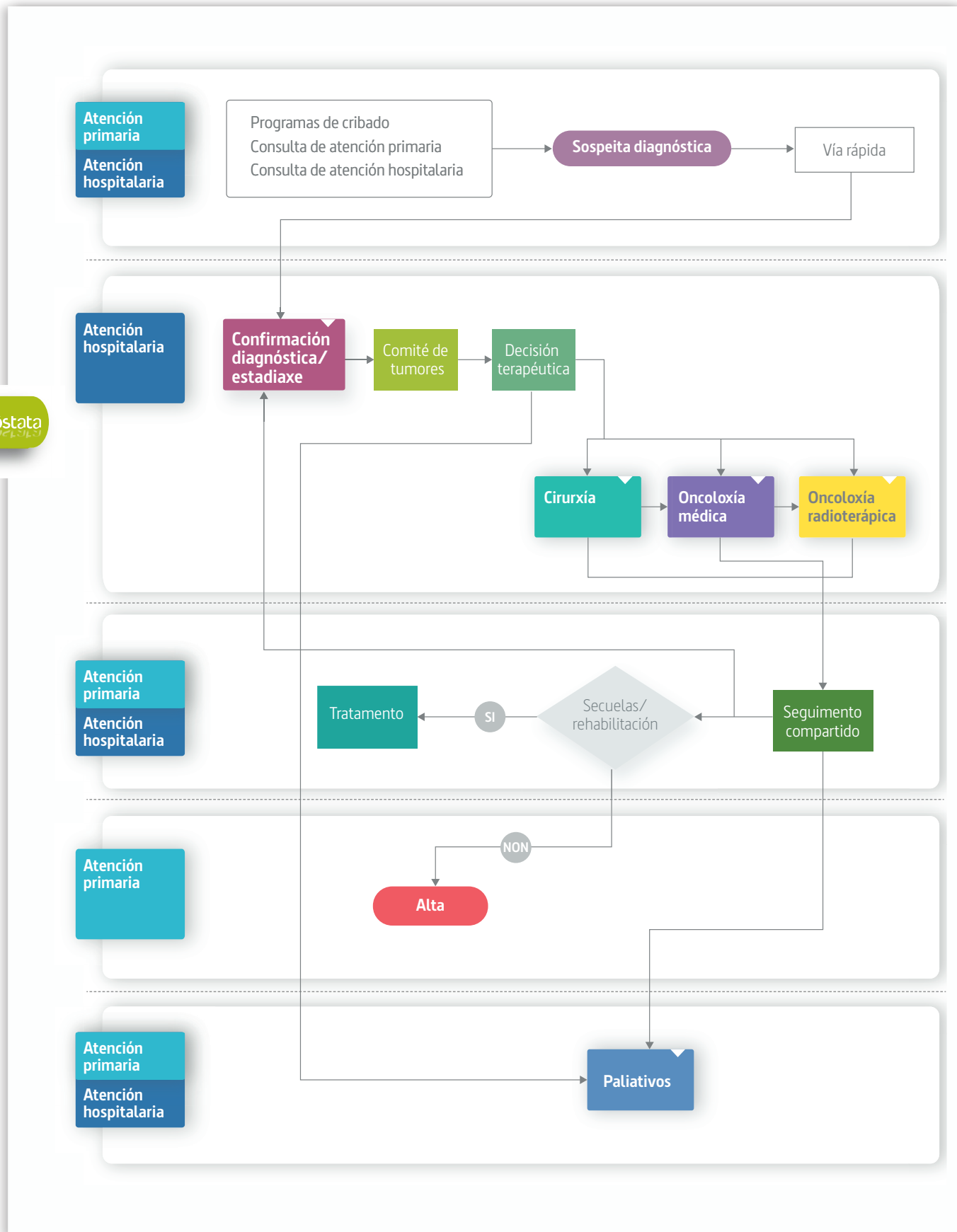
e un último



Subproceso 4

Fluxograma co resumo das opcións de tratamento

Proceso
asistencial
integrado
oncológico

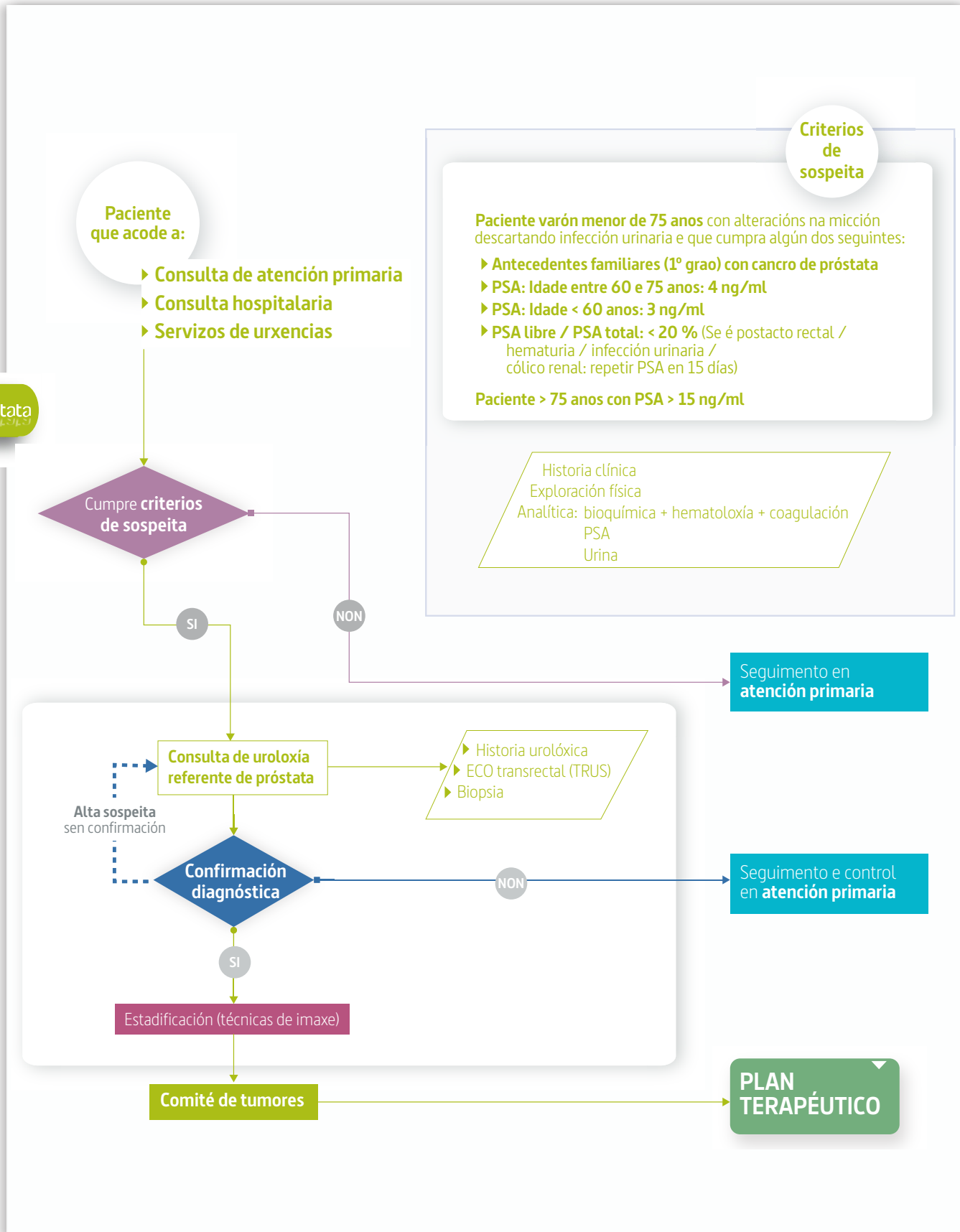


Circuito asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro de próstata

Proceso asistencial integrado de cancro :próstata

ECO
Ecografía

PSA
Antígeno prostático específico

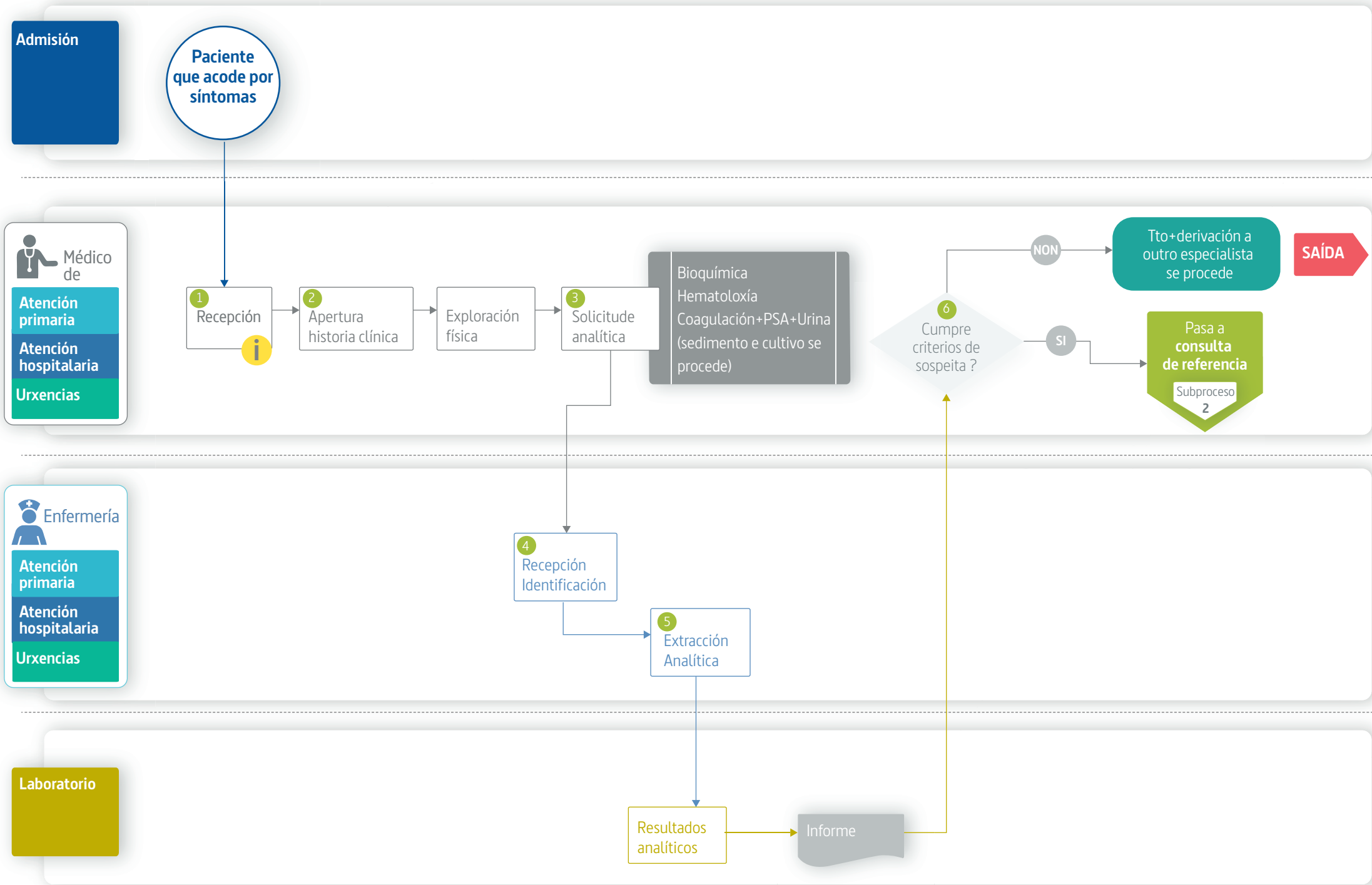


Primeira
atención en
consulta ata
derivación a
consulta de
referencia

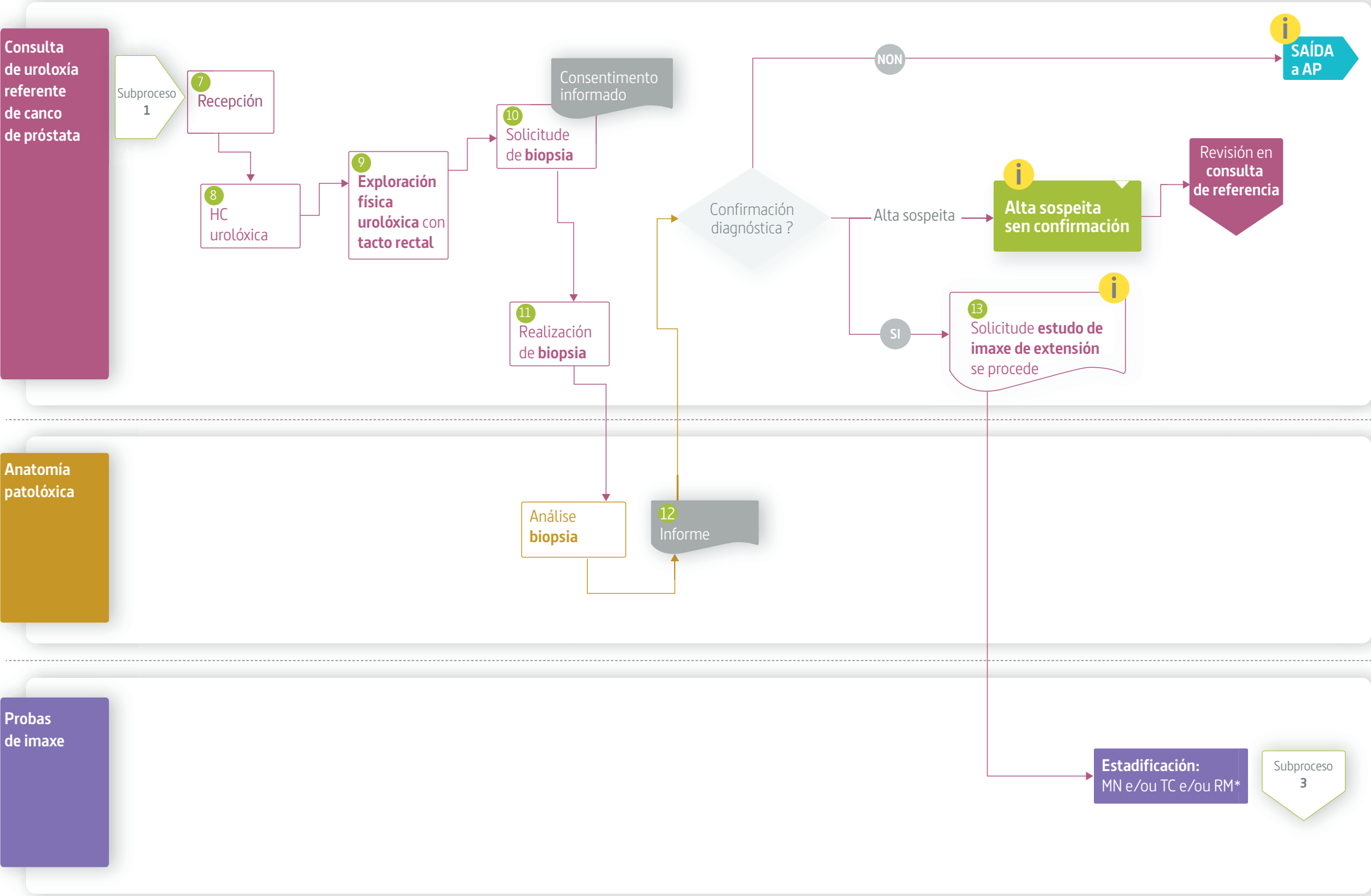
Proceso
asistencial
integrado
de cancro
:próstata

i
Puntos básicos
de información

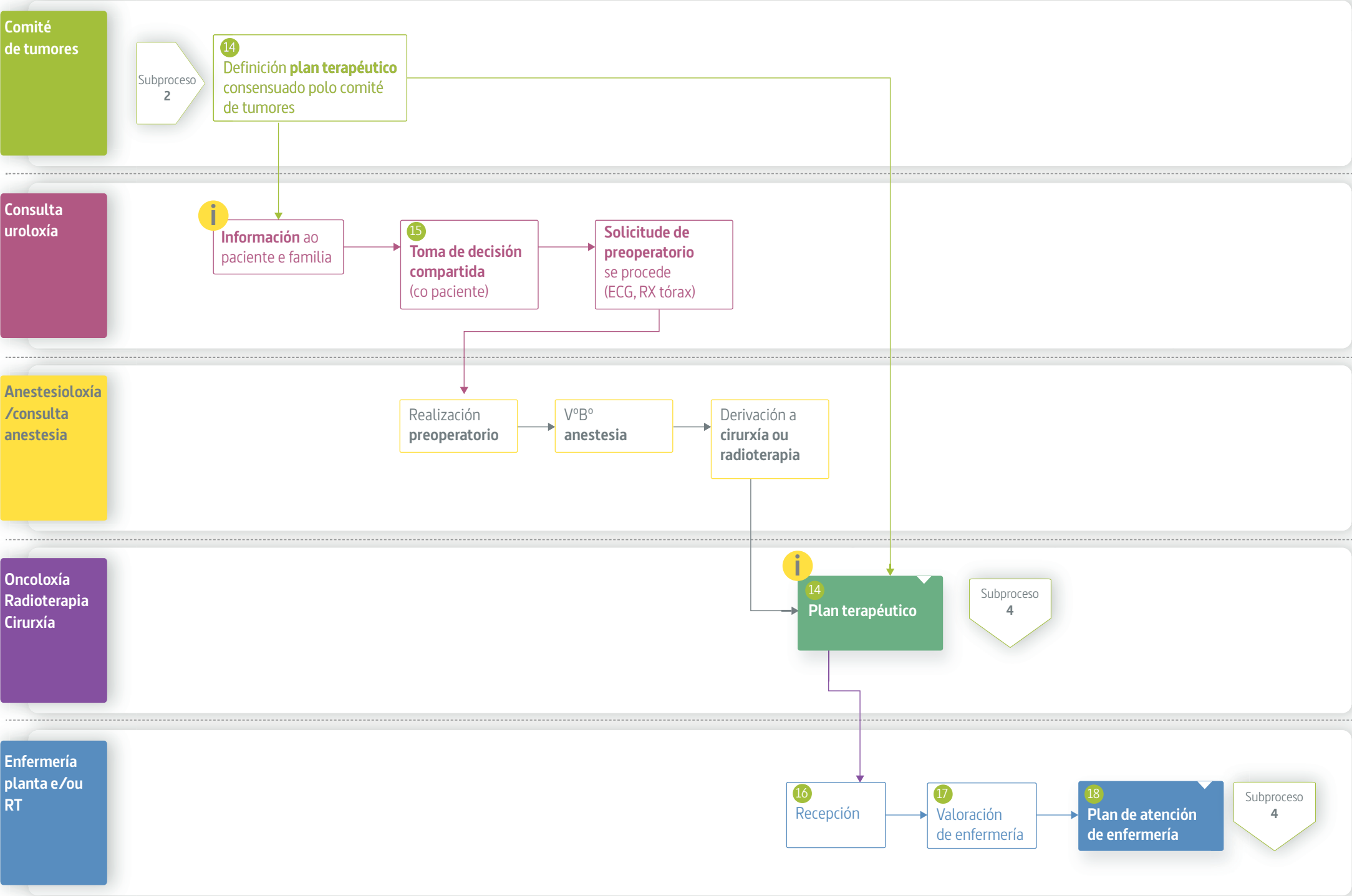
PSA
Antixeno prostático específico



* 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.



Atención
dende o plan
terapéutico
ata seguimento



Proceso
asistencial
integrado
de cancro
:próstata

i
Puntos básicos
de información

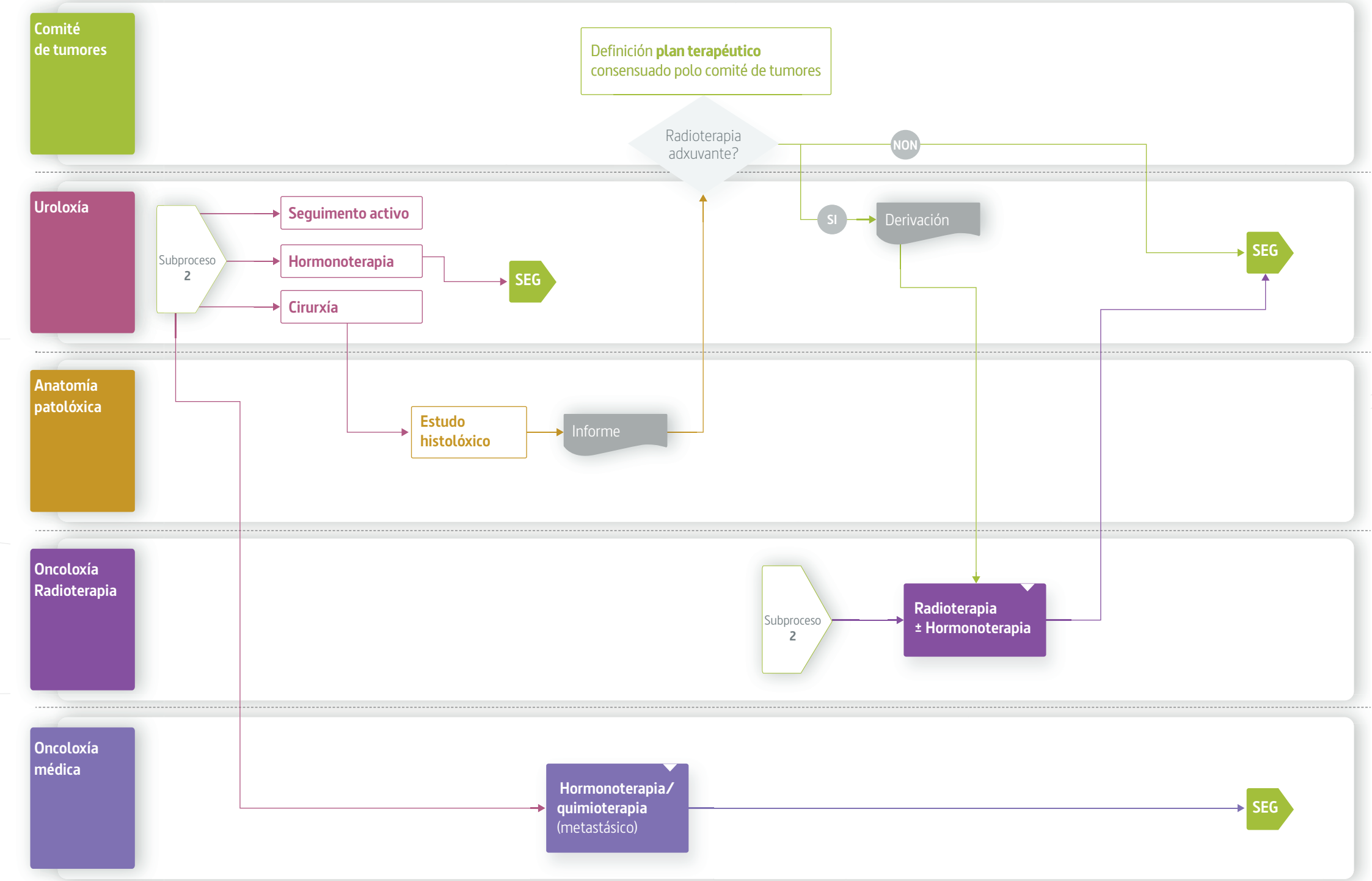
RT
Radioterapia

Fluxograma
co resumo das
opcións de
tratamento

Proceso
asistencial
integrado
de cancro

próstata

SEG
Seguimento





5.1 Atención en consulta ata derivación a consulta de referencia

Atención primaria, urxencias ou outras especialidades

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

1	Médico/a Recepción da persoa en primeira consulta	1 A situación clínica na que se debe de sospeitar un cancro de próstata é: _ Paciente home. _ Menor de 75 anos. _ Con alteracións de micción descartando infección urinaria. _ Antecedentes familiares (1º grao) con cancro de próstata. _ PSA coñecido recente alterado. 2 Aplicaranse medidas de seguridade para a identificación unívoca da persoa (Estratexia de seguridade da OMS). 3 Rexistraranse correctamente os datos administrativos na historia clínica do paciente. 4 Informarase de forma clara e precisa o paciente/familia e manifestarase unha actitude facilitadora para responder as súas demandas e expectativas. 5 O desenvolvemento da consulta axustarase ao procedemento establecido no centro.
2	Médico/a Apertura de historia clínica	1 Incluiranse antecedentes persoais e familiares. 2 Rexistrarase anamnese e exploración física completa. 3 Rexistrarase o motivo de consulta. 4 Especificaranse os criterios de inclusión no proceso.
3	Médico/a Solicitude de analítica	1 Solicitude dunha analítica básica (se non a tivera previamente) con hemograma, bioquímica (glicosa, urea, creatinina, sodio e potasio, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, calcio), coagulación, PSA, urina (sedimento e cultivo se procede). 2 En caso de existir indicios de infección urinaria, non se solicitaría PSA. 3 En caso de tacto rectal recente, tampouco se solicitaría PSA.



5.1 Atención en consulta ata derivación a consulta de referencia

Atención primaria, urxencias ou outras especialidades

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

4	Persoal de enfermería Recepción do paciente para realizarlle a extracción	1 Aplicaranse medidas de seguridade para a identificación unívoca da persoa (Estratexia de seguridade da OMS). 2 Rexistraranse correctamente os datos administrativos na historia clínica do paciente. 3 Informarase de forma clara e precisa o paciente/familia e manifestarase unha actitude facilitadora para responder as súas demandas e expectativas. 4 O desenvolvemento da consulta axustarase ao procedemento establecido no centro.
5	Persoal de enfermería Extracción analítica	1 Realizarase a extracción conforme ao procedemento do centro. 2 O manexo de mostras, tanto para identificación de tubos, como transporte destes, desenvolverase conforme o procedemento do centro.
6	Médico/a Valoración de cumprimento dos criterios de sospeita e derivación a consulta referente de uroloxía	1 A situación clínica na que se debe de sospeitar un cancro de próstata é: – Paciente home. – Menor de 75 anos. – Con alteracións na micción descartando infección urinaria e que cumpra algún dos seguintes criterios: 1. Antecedentes familiares (1.º grao) con cancro de próstata. 2. PSA (entre 60 e 75 anos) → > 4 ng/ml. 3. PSA (<60 anos) → > 3 ng/ml. 4. PSA libre/PSA total → < 20% (Se é postacto rectal/hematuria/infección urinaria/cólico renal: repetir PSA en 15 días). – En paciente >75 anos con PSA >15 ng/ml. 2 En caso de cumprirse os criterios de sospeita, o paciente será derivado á CONSULTA DE UROLOXÍA REFERENTE DE PRÓSTATA, a través do circuíto asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro de próstata, representado no algoritmo nivel 1 do proceso. 3 En caso de NON se cumprir os criterios de sospeita, o paciente deberá ser derivado para seguimento e/ou tratamento polo especialista que corresponda. Isto consideraríase SAÍDA do proceso cancro de próstata.



5.2 Atención en consulta de referencia

Consulta de uroloxía referente para cancro de próstata

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

7	Recepción da persoa en primeira consulta	1 Aplicaranse medidas de seguridade para a identificación unívoca da persoa (Estratexia de seguridade da OMS). 2 Rexistraranse correctamente os datos administrativos do paciente, actualizados na H.^a clínica, incluídos teléfonos e enderezo de contacto actualizados. 3 Informaranse de forma clara e precisa o paciente/familia e manifestarase unha actitude facilitadora para responder as súas demandas e expectativas. 4 O desenvolvemento da consulta axustarase ao procedemento establecido no centro.
8	Facultativo especialista Apertura de historia clínica urolóxica	1 Manterá a demora nos prazos establecidos pola organización en todos os pacientes remitidos. 2 Presentarase o paciente como responsable clínico do seu estudo diagnóstico. 3 Avaliará se o paciente cumpre criterios de derivación á consulta. 4 Cubrirá o rexistro de consulta. 5 Solicitará aquelas probas complementarias necesarias para a confirmación histolóxica do diagnóstico, estadificación e indicación cirúrxica.
9	Facultativo especialista Exploración física urolóxica	1 Informará o paciente do tipo de exploración necesaria. 2 Incluirá tacto rectal polo especialista. 3 Rexistrará na historia clínica as características do tacto rectal e a aproximación diagnóstica do facultativo.
10	Facultativo especialista Solicitude de biopsia	1 Informará o paciente do tipo de exploración necesaria. 2 Entregará o documento de consentimento informado para a súa sinatura.
11	Facultativo especialista Realización de biopsia	1 O paciente sería informado de forma clara e comprensible e daría o seu consentimento informado. 2 A proba realizarase coa utilización de anestesia, segundo o procedemento do centro. 3 En caso de existir posibilidade de consulta de alta resolución, a biopsia realizarase en acto único. 4 Considerase un criterio básico de calidade que sexa ECODIRIXIDA. 5 Toma de cilindros: muestreo aleatorio cun número mínimo de 8 cilindros (4 por lóbulo). 6 O envío de cilindros farase de forma individualizada, con identificación individualizada.



5.2 Atención en consulta de referencia

Servizo de anatomía patolóxica

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

12

Persoal
técnico e
facultativo
especialista

**Informe de
anatomía
patolóxica**

- 1 **O técnico** de anatomía patolóxica comprobará a correcta identificación das mostras.
- 2 **O técnico** de anatomía patolóxica procesará as para o posterior estudo polo facultativo especialista en anatomía patolóxica.
- 3 **O facultativo** especialista comprobará que a localización individualizada dos cilindros, corresponde co procedemento normalizado
- 4 **O especialista** desenvolverá un estudo individualizado por cilindro e recollerá a información específica para cada un deles no informe.
- 5 **O informe** será estandarizado, e incluírá información individualizada de cada cilindro, conforme co procedemento.

Proceso
asistencial
integrado
de cancro

próstata

Consulta de uroloxía referente para cancro de próstata

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

13

Facultativo
especialista

**Solicitud
do estudo de
extensión**

- 1 Unha vez recibido o informe de anatomía patolóxica e confirmado o diagnóstico, o especialista **solicitará** estudo de imaxe de extensión, se procede.
- 2 **O estudo de extensión incluírá**, se fosen necesarias para confirmar a estadificación do tumor, gammagrafía e TC. A RM no se considera proba estándar, o seu uso estará limitado a aqueles casos nos que o resultado modifique a actitude terapéutica.
- 3 **O estudo de extensión realizarase** axustándose ás guías clínicas.



5.3 Atención dende plan terapéutico ata seguimento

Comité de tumores

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

14

Definición do plan terapéutico consensuado

- 1 O facultativo responsable **presentará** o caso e todas as probas complementarias dispoñibles.
- 2 **Tomarase** unha decisión colexiada das actuacións terapéuticas que hai que planificar co paciente.
- 3 **Rexistraranse** os datos, así como a decisión terapéutica que se vai seguir, incluíndo unha xustificación do plan terapéutico consensuado.
- 4 O responsable **asegurarase da solicitude de probas complementarias** que se consideren necesarias e da localización do paciente e información deste.
- 5 **Incluirá** valoración clínica integral.
- 6 **Incluirá** valoración de necesidades de coidados.
- 7 **Incluirá** valoración de aspectos sociais.
- 8 **Contemplantá** apoio psicolóxico a pacientes e familia.
- 8 **Sería recomendable** que o Comité de tumores contara cunha estrutura formalizada, con apoio administrativo, que garante o seguimento normalizado dos casos.

Proceso
asistencial
integrado
de cancro

:próstata

Consulta de uroloxía referente para cancro de próstata

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

15

Facultativo especialista Toma de decisión compartida

- 1 O facultativo responsable **informará** o paciente/familia e ofreceralle unha información unificada, con todas as probas recibidas, relacionadas co caso.
- 2 **A información será** comprensible e adaptada ao paciente/familia.
- 3 **A información incluirá** expectativas reais e posibles sobre tratamentos, complicacións e secuelas.
- 4 **A toma de decisións** será COMPARTIDA, tras unha información adecuada aos criterios anteriores.



5.3 Atención dende plan terapéutico ata seguimento

Unidade de hospitalización ou radioterapia

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

16	Persoal de enfermería Recepción na unidade para iniciar tratamento	1 Aplicaranse medidas de seguridade para a identificación unívoca da persoa (Estratexia de seguridade da OMS). 2 Rexistraranse correctamente os datos administrativos actualizados do paciente, na historia clínica. 3 Realizarase a recepción, de acordo co procedemento de acollida do centro. 4 Informarase de forma clara e precisa o paciente/familia e manifestarase unha actitude facilitadora para responder as súas demandas e expectativas. 5 Sería recomendable entregar en soporte papel esta información de acollida, para facilitar a comprensión e consulta posteriores.
17	Persoal de enfermería Valoración de enfermería	1 A valoración de enfermería será normalizada e axustada á definida como procedemento no centro. 2 Incluirá escalas validadas para a medición de riscos, tipo Braden, Barthel, Risco de Caídas (p. ex. Tinetti) etc.
18	Persoal de enfermería Plan de atención de enfermería	1 Definirase un plan de atención de enfermería INDIVIDUALIZADO para cada paciente e as súas circunstancias. - O dito plan recollerá as posibles complicacións e riscos. 3 Incluirá diagnósticos de enfermería detectados, en formato da taxonomía NANDA. 4 Incluirá os coidados e intervencións prescritos para o seu caso, en formato taxonomía NIC se é posible. 5 Definirá obxectivos ou criterios de resultados para avaliar, en formato taxonomía NOC.



5.4 Atención durante o **tratamento**

Nas páxinas seguintes preséntanse os algoritmos de **tratamento e seguimento** dos pacientes con cancro de próstata.

Consulta de Uroloxía

CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE ▼

ACTIVIDADES ▼

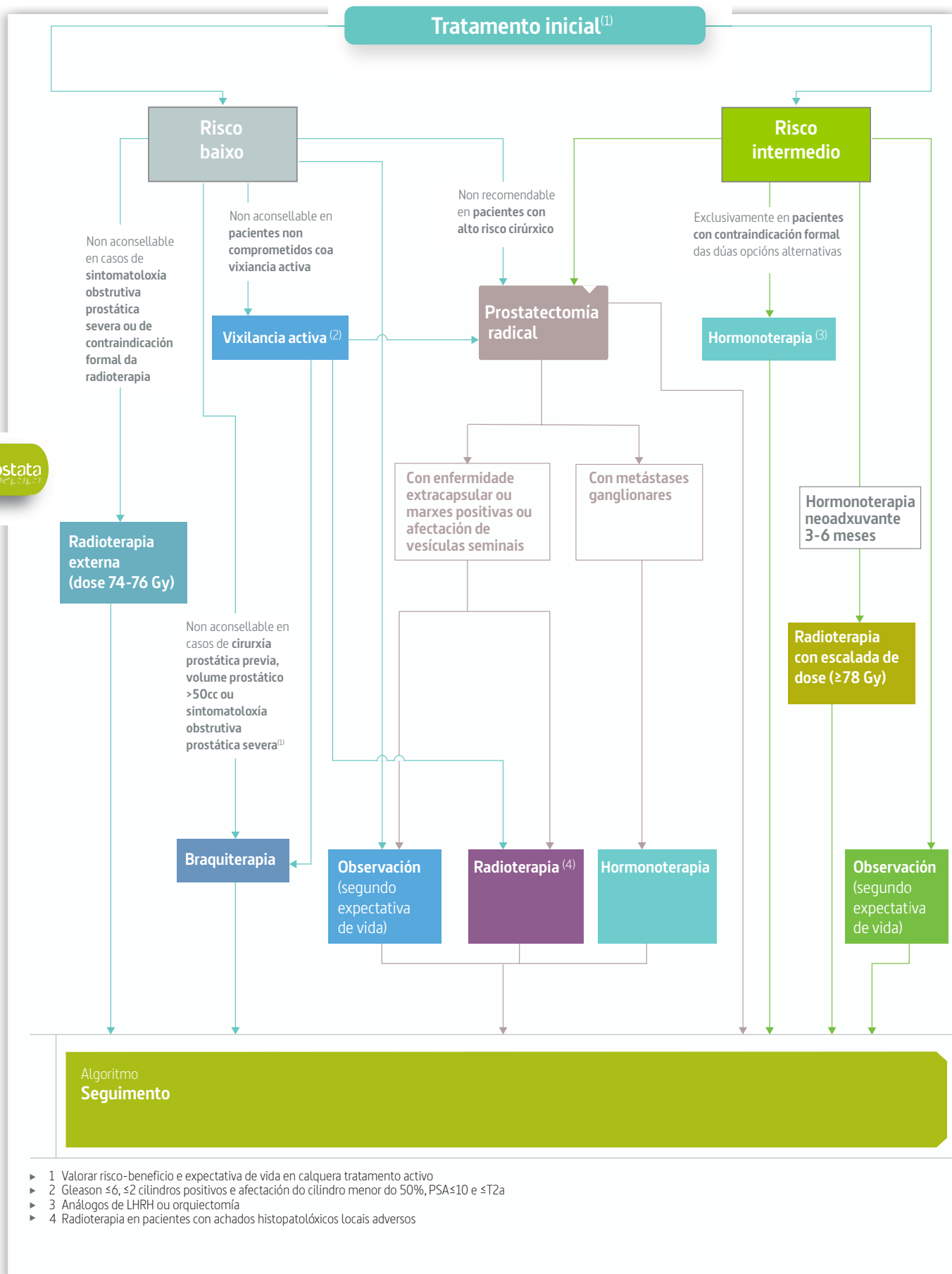
Facultativo
especialista
en Uroloxía
e persoal de
enfermería
referentes

19

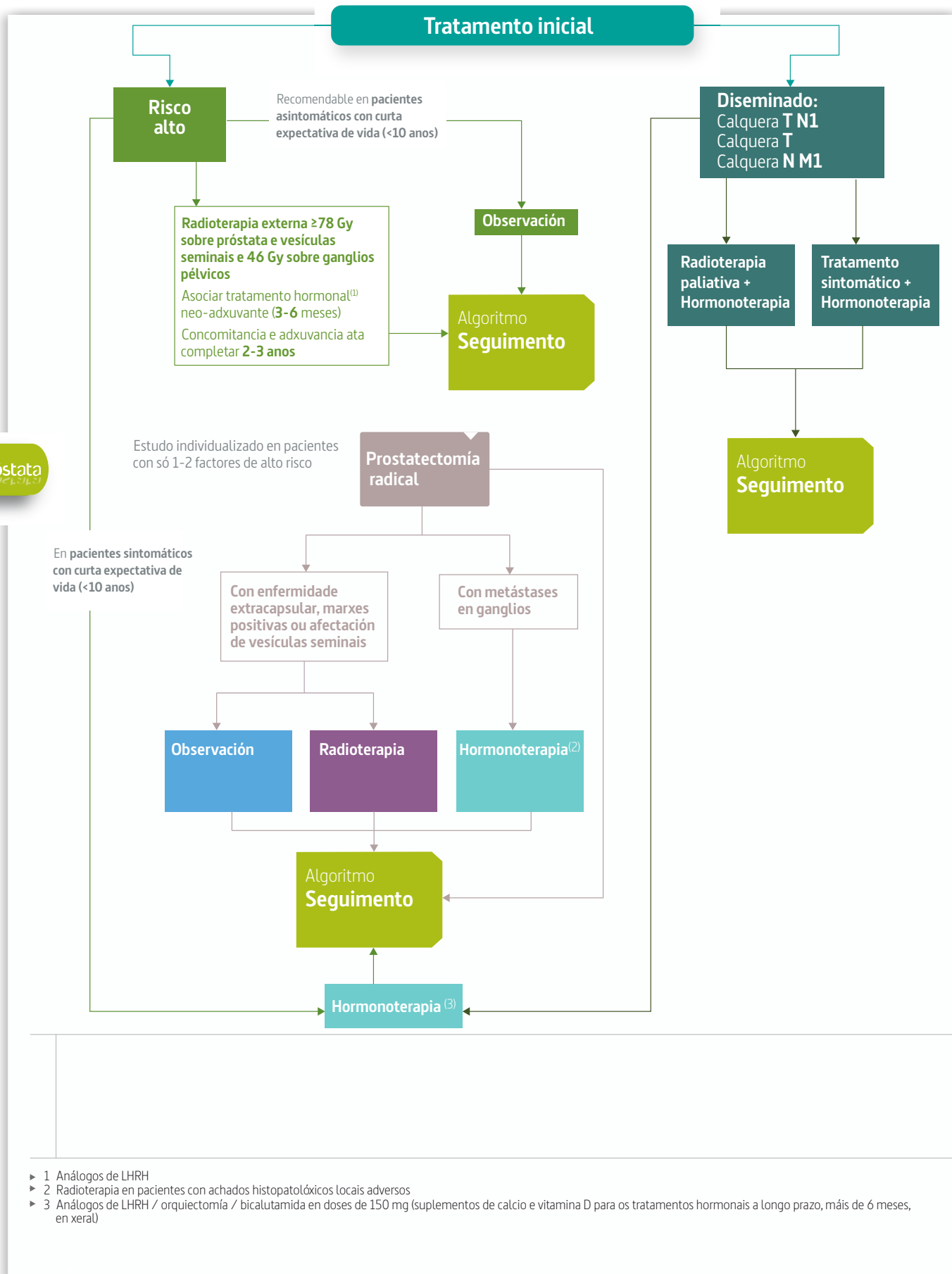
**Finalización
do
tratamento**

- 1** Unha vez finalizado o tratamento prescrito (segundo os algoritmos das páxinas seguintes), o facultativo responsable **informará** o paciente/familia.
- 2** **Elaborará** un informe de continuidade que facilite a coordinación con outros niveis prestadores de atención, por exemplo Coidados paliativos.
- 3** **A enfermería emitirá** un informe de continuidade de coidados que será remitido ao seguinte nivel de prestación de atención.

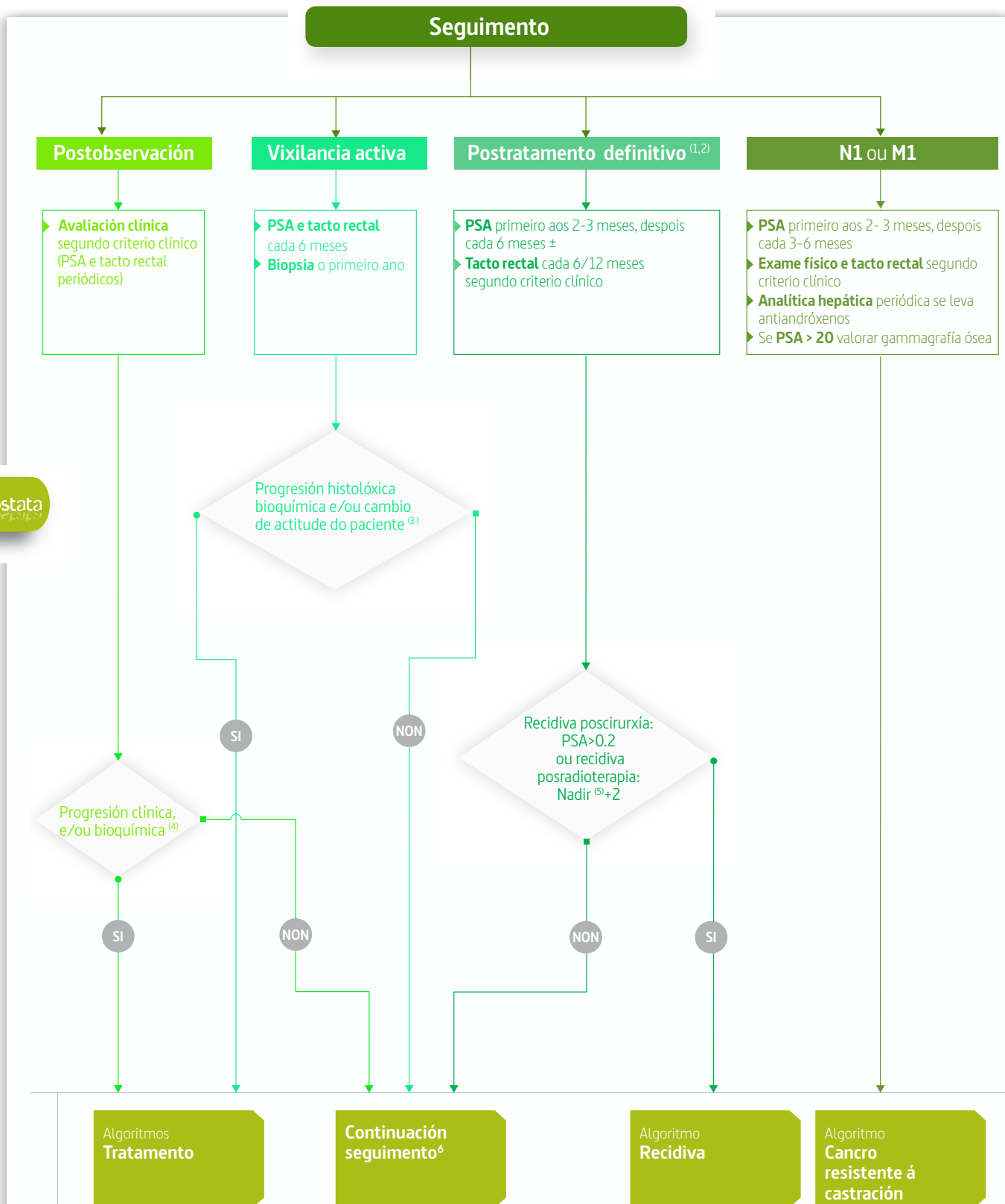
6.1 Tratamento (A)



6.2 Tratamento (B)

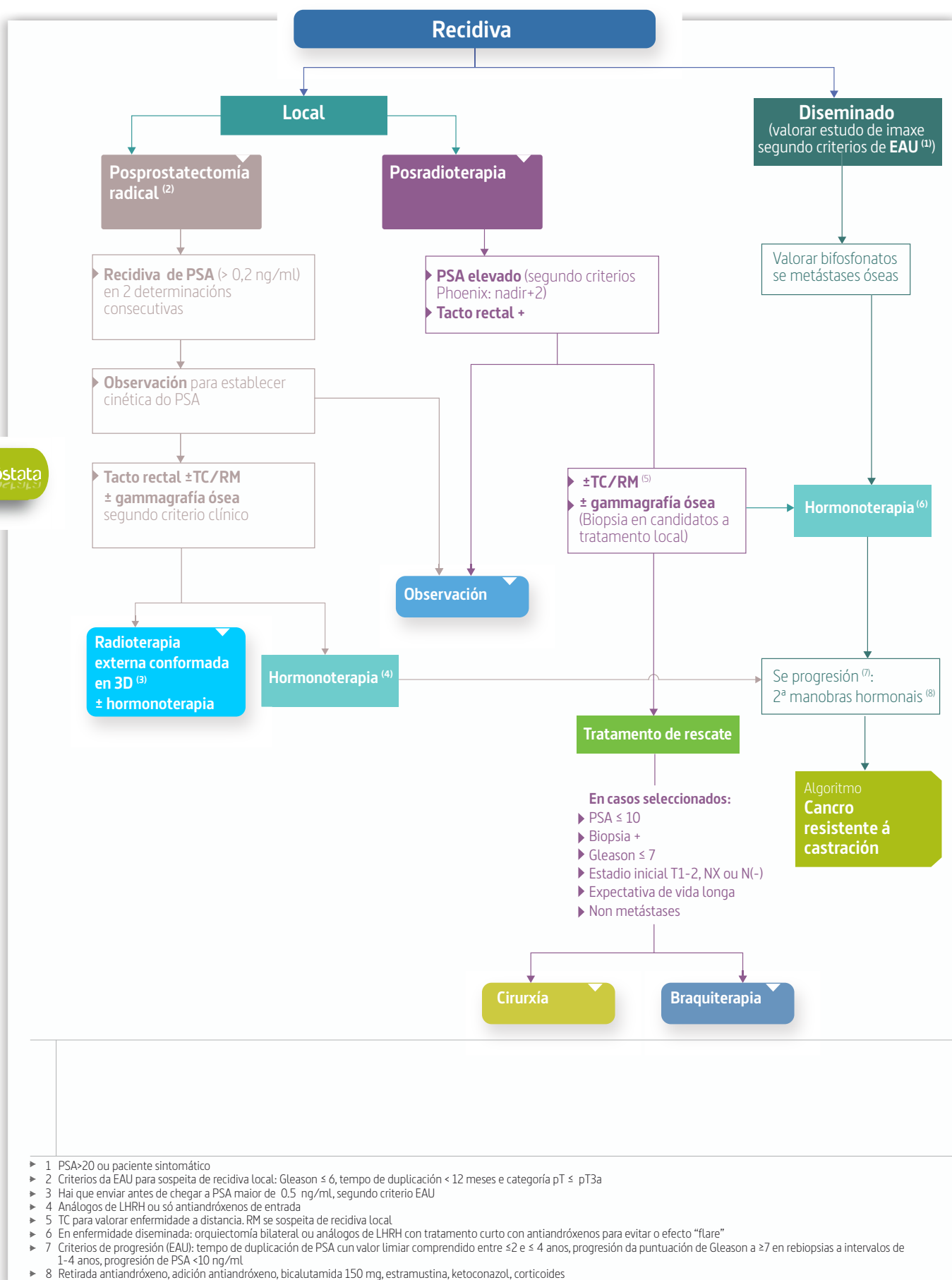


6.3 Seguimento

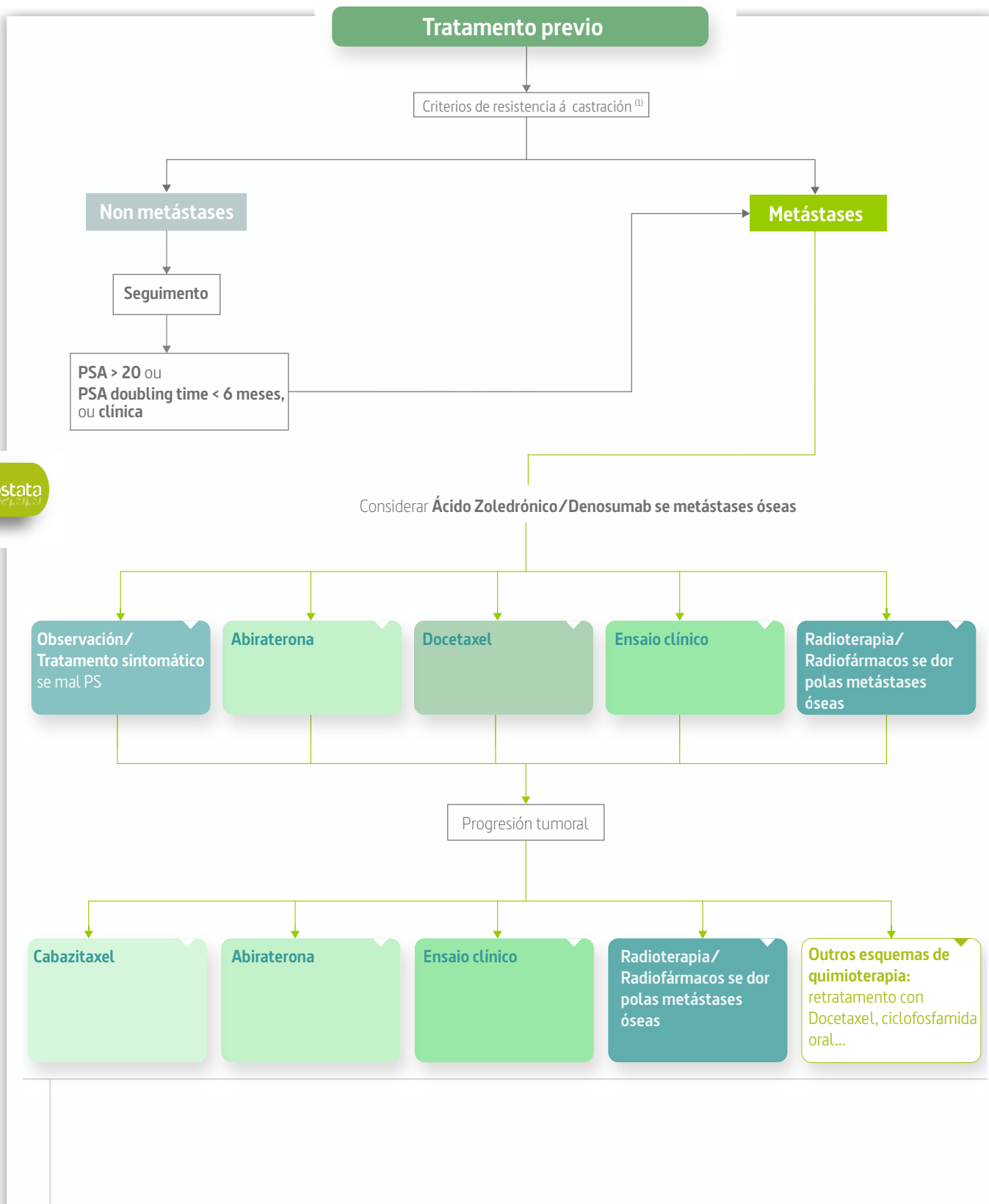


- ▶ 1 Posradioterapia: seguir os criterios Phoenix
- ▶ 2 En pacientes con tratamento hormonal igual ou superior a 6 meses, aconséllase densitometría previa e posteriormente anual
- ▶ 3 Criterios de progresión (EAU): tempo de duplicación de PSA cun valor limiar comprendido entre ≤2 e ≤ 4 anos, progresión 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.

6.4 Tratamento de recidiva



6.5 Cancro resistente á castración



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

INDICADOR	TIPO	FÓRMULA	ESTÁNDAR	FONTE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	Comentario
% de consultas de vía rápida de cancro de próstata realizadas en menos de 15 días	Proceso	Número de consultas de vía rápida de cancro de próstata realizadas nos primeiros 15 días transcorridos dende a data idónea ata a data da cita x 100/ consultas de vía rápida de cancro de próstata realizadas no período	90 %	SIAC-CPT	Trimestral ou segundo cadro de mandos corporativo	
% de pacientes con cancro de próstata vistos no Comité de tumores	Proceso	Número de pacientes con cancro de próstata vistos no Comité de tumores x 100/altas válidas cun diagnóstico de cancro de próstata	100 %	SIAC CPT (citas con CIP distintos en GFH do Comité de tumores)	Semestral	Considéranse só pacientes hospitalizados. Cando sexa factible a dispoñibilidade en REGAT este sería a fonte para o denominador.
				Altas válidas cun diagnóstico de cancro de próstata no SIAC CMBD		
Demora decisión terapéutica	Proceso	Data consulta - data reunión Comité de tumores/pacientes con informe do Comité de tumores	< 30 días	Data petición da consulta - data informe do Comité de tumores: SIAC CPT	Trimestral	
				Pacientes con informe do Comité de tumores: SIAC CPT citas con CIP distinto en GFH Comité de tumores		
Demora de inicio do tratamento cirúrxico	Proceso	Data do Comité de tumores - data de inicio de tratamento cirúrxico (data do procedemento principal)/altas válidas con algún diagnóstico de cancro de próstata e procedemento principal de cancro de próstata	< 45 días, garantindo 60 días dende a biopsia	Data informe Comité de tumores: SIAC CPT (citas con CIP distintos en GFH do Comité de tumores).	Trimestral	
				Data de procedemento principal: SIAC CMBD.		
				Altas válidas con algún diagnóstico de cancro de próstata con procedemento principal de cancro de próstata: SIAC HA.		
Demora de inicio do tratamento non cirúrxico	Proceso	Data Comité de tumores - data da 1ª sesión RT ou QT-hormonoterapia/ pacientes con datas de inicio de tratamento	15 días	Data informe Comité de tumores: SIAC CPT (citas con CIP distintos en GFH do Comité de tumores).	Trimestral	
				Data de RT/QT-hormonoterapia: SIAC CPT/ CMBD		
% de pacientes con plan de coidados específicos de cancro de próstata en pacientes ingresados	Proceso	Número de pacientes de cancro de próstata con plan de coidados de enfermería establecido x 100/ número de altas válidas de pacientes con motivo de ingreso cancro de próstata no período	100 %	GACELA SIAC-HA	Trimestral	

07

Proposta de indicadores do proceso

Plan de avaliación

INDICADOR	TIPO	FÓRMULA	ESTÁNDAR	FONTE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	Comentario
Demora do informe histopatolóxico	Proceso	Data solicitude - data realización informe estudo/informes histopatolóxicos de cancro de próstata realizados	< 5 días	EOS	Trimestral	Datos automatizables a través de EOS, do contrario auditoría
Mortalidade hospitalaria no día da operación	Resultado	Número de pacientes con motivo de ingreso cancro de próstata e intervídos por cancro de próstata e alta exitus ata no mesmo día x 100/ número total de pacientes intervídos por cancro de próstata no período	< 5 %	CMBD ou Servizo de uroloxía	Semestral	CMBD ou auditoría do Servizo. Tan só se mide mortalidade hospitalaria
Toxicidade severa da radioterapia	Resultado	Número de pacientes con toxicidade grao IV x 100/total de pacientes tratados con radioterapia	< 10%	IANUS	Anual	Auditoría de historias clínicas
Toxicidade da quimioterapia	Resultado	Número de pacientes con toxicidade grao IV x 100/total de pacientes tratados con quimioterapia	< 10%	IANUS	Anual	Auditoría de historias clínicas

Proceso asistencial integrado de cancro

próstata

Planificación de cuidados estándar no proceso asistencial de cancro de próstata

Proceso asistencial integrado de cancro de próstata

1	Valoración de enfermería no proceso asistencial de cancro de próstata	- Entrevista de enfermería: recollida de datos - Indagar sobre alerxias - Indagar sobre enfermidades: diabetes, HTA, hepatitis etc. - Outros antecedentes de interese - Hábitos tóxicos - Indagar sobre prótese - Indagar sobre tipo de dieta - Estado físico do paciente - Descubrir posible medicación domiciliaria do paciente
2	PAE Planificación dos cuidados de enfermería	Valoración das catorce necesidades básicas seguindo o modelo Virxinia Henderson: I Respiración II Alimentación/Hidratación III Eliminación IV Mobilización V Repouso/Sono VI Vestirse VII Temperatura VIII Hixiene/Pel IX Seguridade X Comunicación XI Valores/Crenzas XII Traballar/Realizarse XIII Actividades lúdicas XIV Aprender
		Escala de Braden
		Risco de caídas
		Valoración de dependencia
3	Diagnósticos de enfermería comúns	- Temor - Risco de baixa autoestima situacional - Coñecementos deficientes - Negación ineficaz - Incontinencia urinaria - Déficit de autocoidado baño/hixiene - Déficit de autocoidado vestido/ arranxo corporal - Déficit de autocoidado evacuación/ aseo - Alteración dos patróns de sexualidade - Déficit de actividades recreativas - Risco de dor - Risco de hipertermia - Risco de alteración do patrón do sono - Risco de estrinximento - Risco de retención urinaria - Risco de alteración da integridade da pel - Risco de infección
4	Complicacións potenciais comúns	- Hemorraxia - Infección - Hemorraxia das vías urinarias - Tromboembolismo pulmonar

O persoal de enfermaría no proceso de cancro de próstata

As funcións de colaboración desempeñadas por enfermías nos distintos ámbitos son:		A enfermía xoga un importante papel no tratamento posterior ao establecemento do diagnóstico, en calquera das solucións ofertadas ou elixidas polo paciente, mediante o proceso de atención de enfermía, as actividades de colaboración con outros profesionais (interdependentes) ou mediante as súas actividades independentes (planificación dos coidados con base nas respostas humanas e nas necesidades básicas dos pacientes)
	CENTRO DE SAÚDE	- Obtención da mostra de urina, identificación da mostra. - Entrega para o transporte das mostras.
	LABORATORIO	- A auxiliar de enfermía de laboratorio recepciona as mostras e comeza o seu preprocesado (separación e entrega nos distintos departamentos). - Procesado das mostras.
	CONSULTA UROLÓXICA	- Realización de fluxometría en caso necesario (se o urólogo así o precisa). - Toma das constantes. - Colaboración na realización de ecografía urolóxica, ecografía transrectal, biopsia transrectal etc.
	PREOPERATORIO	- Realización de ECG. - Coordinación con radioloxía para realización de Rx.

Bibliografía

1. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Plan de Prioridades Sanitarias 2011-2014. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; 2011.
2. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de los procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
3. Cortes C, Terol J. Gestión por Procesos. En: Temes JL, Mengíbar M. Gestión Hospitalaria. 4.ª edición. Ed McGraw-Hill Interamericana; 2007.
4. Cortes C, Terol J, Torres, A, Temes JL. Gestión de Procesos Asistenciales. Aplicación Práctica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
5. FESEO, Federación de Sociedades de Oncología Médica. Libro Blanco de la Oncología en España. 1ª, 2ª, 3ª ediciones; 1988, 1995, 2002.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Situación del Cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
8. National Health Service. The NHS Cancer Plan, A plan for investment, A plan for reform. London: Department of Health; 2000.
9. National Institutes of Health. National Cancer Institute. Disponible en <http://www.cancer.gov/>.
10. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Evaluación de Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada. Sevilla: Consejería de Salud, 2004.
11. Sociedad Española de Oncología Médica. Primer Estudio Sociológico sobre la Percepción del Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica; 2007. Disponible en http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2007/dossier_estudio_cancer.pdf.

Integrantes do grupo de traballo

Proceso asistencial integrado de cancro :próstata

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
▶ Alfonso Mariño Coteló	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	SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
▶ 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



Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Procesos

25

D