

• hipertrofia benigna de próstata y/o cáncer de próstata

Definición funcional

"Proceso de asistencia a pacientes afectados de hipertrofia benigna de próstata (HBP) y/o cáncer de próstata (CaP) que:

1. Desde Atención Primaria, y cumpliendo una serie de criterios de inclusión, es remitido a Atención Especializada.
2. En Atención Especializada, tras evaluación básica (historia clínica que incluya en la exploración el tacto rectal, IPSS, sedimento, flujometría y PSA), se establecerá un diagnóstico, en función del cual se instaurará el tratamiento y las revisiones oportunas en el nivel asistencial apropiado."

Normas de calidad

Diagnóstico

1. Realización, ante sospecha de hipertrofia benigna de próstata (HBP) o cáncer de próstata (CaP), de historia clínica, por el Médico de Familia, que incluirá en todos los casos.
 - a. Anamnesis.
 - b. IPSS.
 - c. Exploración (incluyendo el tacto rectal).
2. Solicitud, ante sospecha de HBP o CaP, en la primera consulta realizada por el Médico de Familia, en todos los casos:
 - a. Un sedimento urinario.
 - b. Un PSA, según criterios establecidos (A).
3. Realización de flujometría siempre, previa a la valoración del enfermo en la 1ª consulta del Urólogo.
4. Tras la confirmación diagnóstica de HBP en la primera valoración urológica, se prescribirá tratamiento médico: finasteride o alfa-bloqueantes (A).
 - Las revisiones en estos casos deberán de ser realizadas por el Médico de Familia, al mes, si el tratamiento prescrito es del grupo de los alfa-bloqueantes (A), y a los tres meses si es finasteride (A).
 - En las revisiones, el Médico de Familia valorará como mínimo la historia clínica y el IPSS.
 - Si se comprueba durante la 1ª revisión o revisiones posteriores que el tratamiento



[hbp y/o cáncer de próstata]

no es efectivo (no mejora en un 25% el IPSS), se suspenderá el tratamiento y se derivará de nuevo al Urólogo.

- Si se comprueba durante la 1ª revisión o revisiones posteriores que el tratamiento prescrito por el Urólogo sí es efectivo (mejora en un 25% el IPSS), se mantendrá este tratamiento con revisiones anuales (Anamnesis, Exploración, IPSS).

5. Si en la primera valoración urológica se llega al diagnóstico de HBP con indicación quirúrgica, se realizará:

Ecografía transrectal para medir la próstata y decidir el tipo de tto. quirúrgico.

6. Si en la primera valoración urológica no se llega a un diagnóstico, se realizarán las pruebas complementarias siguientes atendiendo a sus criterios:

- Ecografía urológica integral, en el caso de síntomas o signos asociados: dolor, hematuria, infecciones de repetición o creatinina elevada (B).
- Estudio presión - flujo, si existe discordancia clínico - flujométrica (B).
- Analítica de sangre que incluya hemograma y bioquímica (con estudio de función renal y hepática), si procede.
- Biopsia transrectal de próstata eco-dirigida si:
 1. Tacto rectal anómalo (A)
 2. PSA total > 10 (A)
 3. PSA total: entre 3 y 10 con PSA libre < 20% (C)

7. La intervención para la HBP (A):

- a. Será con cirugía abierta en caso de próstatas grandes.
- b. Será con cirugía endoscópica en caso de próstatas pequeñas.
- c. Siempre se realizará antibioterapia y anticoagulación profiláctica.
- d. La fecha de la revisión por el Urólogo post-intervención no deberá ser posterior a los 3 meses tras el alta, evaluándose las posibles complicaciones. Si la evolución ha sido favorable, se da el alta definitiva con la salida del proceso.

8. Si con la valoración de la historia clínica y los informes de las pruebas complementarias, el Urólogo llega al diagnóstico de CaP (biopsia +), solicitará un estudio de extensión mediante:

- Rx de tórax PA y L de tórax (B)
- Gammagrafía ósea (B) siempre que:
 - PSA > 10
 - Gleason > 7
 - Biopsia de vesículas seminales positiva
 - Clínica de dolor óseo

9. Tras la valoración de la extensión, en caso de CaP, se actuará terapéuticamente (A), teniendo en cuenta que:



[hbp y/o cáncer de próstata]

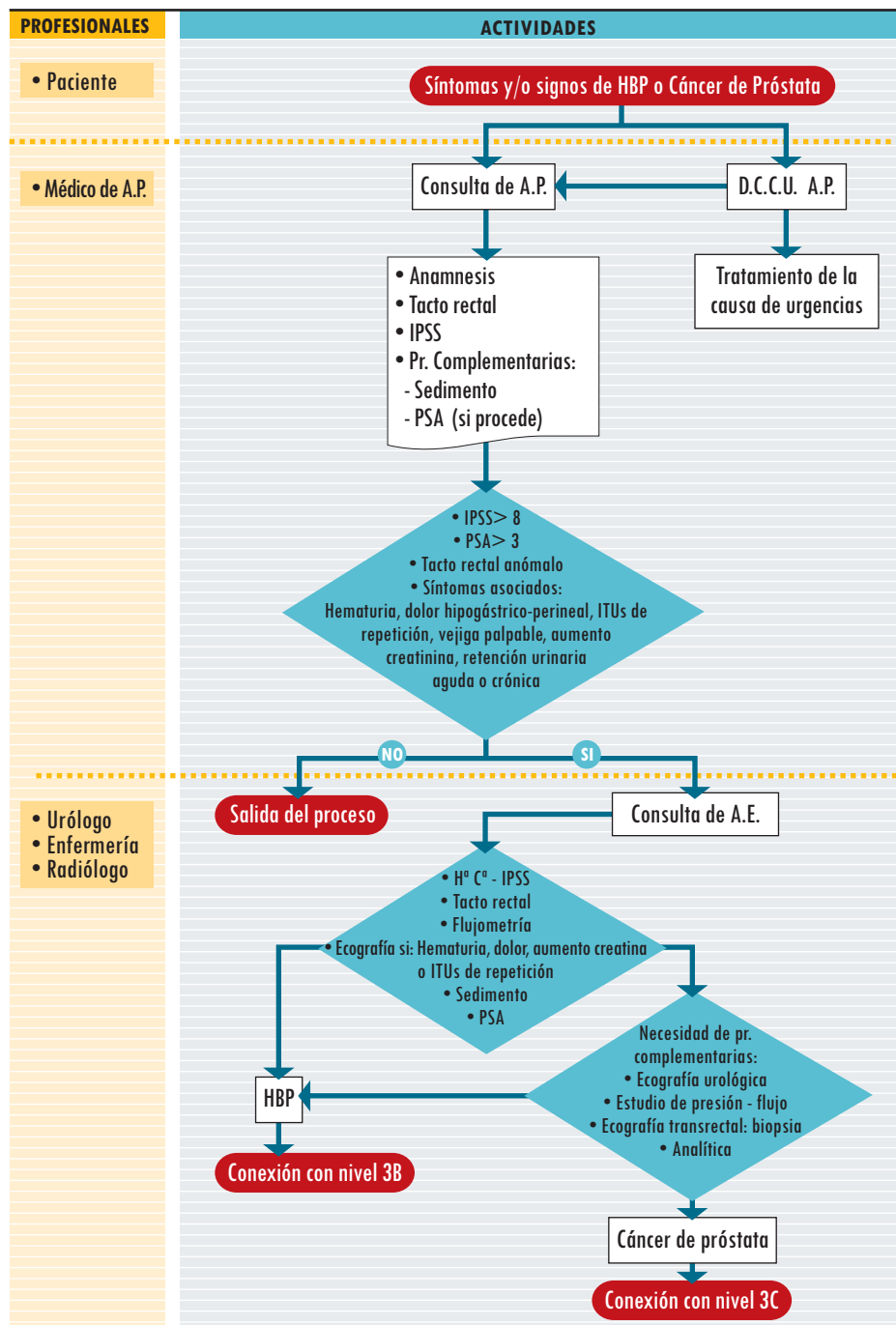
- a. Si el tratamiento es con radioterapia, su administración no deberá demorarse más de dos meses tras la indicación.
- b. Si el tratamiento es quirúrgico: no debe demorarse la intervención más de 2 meses.
- d. Si el tratamiento es con bloqueo hormonal, se deberá pautar ese mismo día.
- f. Las revisiones urológicas que se pauten:
 - no se realizarán más tarde de un mes, si el tratamiento ha sido cirugía y en esta revisión se valorará el PSA.
 - no se realizarán más tarde de 3 meses, si el tratamiento ha sido radioterapia, valorándose en esta revisión el PSA, la clínica y los posibles efectos secundarios.
 - cada 6 meses, si el tratamiento ha sido el bloqueo hormonal, siendo controladas las complicaciones posibles (tales como ginecomastia, disfunción hepática) por el Médico de Familia.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería SAS 2002

- Aplicación del IPPS (International Prostatic Symptom Score-Quality of life -Escala de puntuación de síntomas y de calidad de vida) en la valoración inicial en Atención Primaria a todo paciente que presenta síntomas prostáticos.
- La petición de PSA (antígeno prostático específico) se hará conforme a los criterios definidos en el proceso.
- Las biopsias prostáticas serán ecodirigidas según los criterios establecidos en el proceso.
- La confirmación diagnóstica de pacientes remitidos a Atención Especializada será inferior a tres meses desde la primera consulta en Atención Primaria por sospecha de patología prostática.
- Peticiones de gammagrafía en los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata según los criterios establecidos en el proceso.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3-a

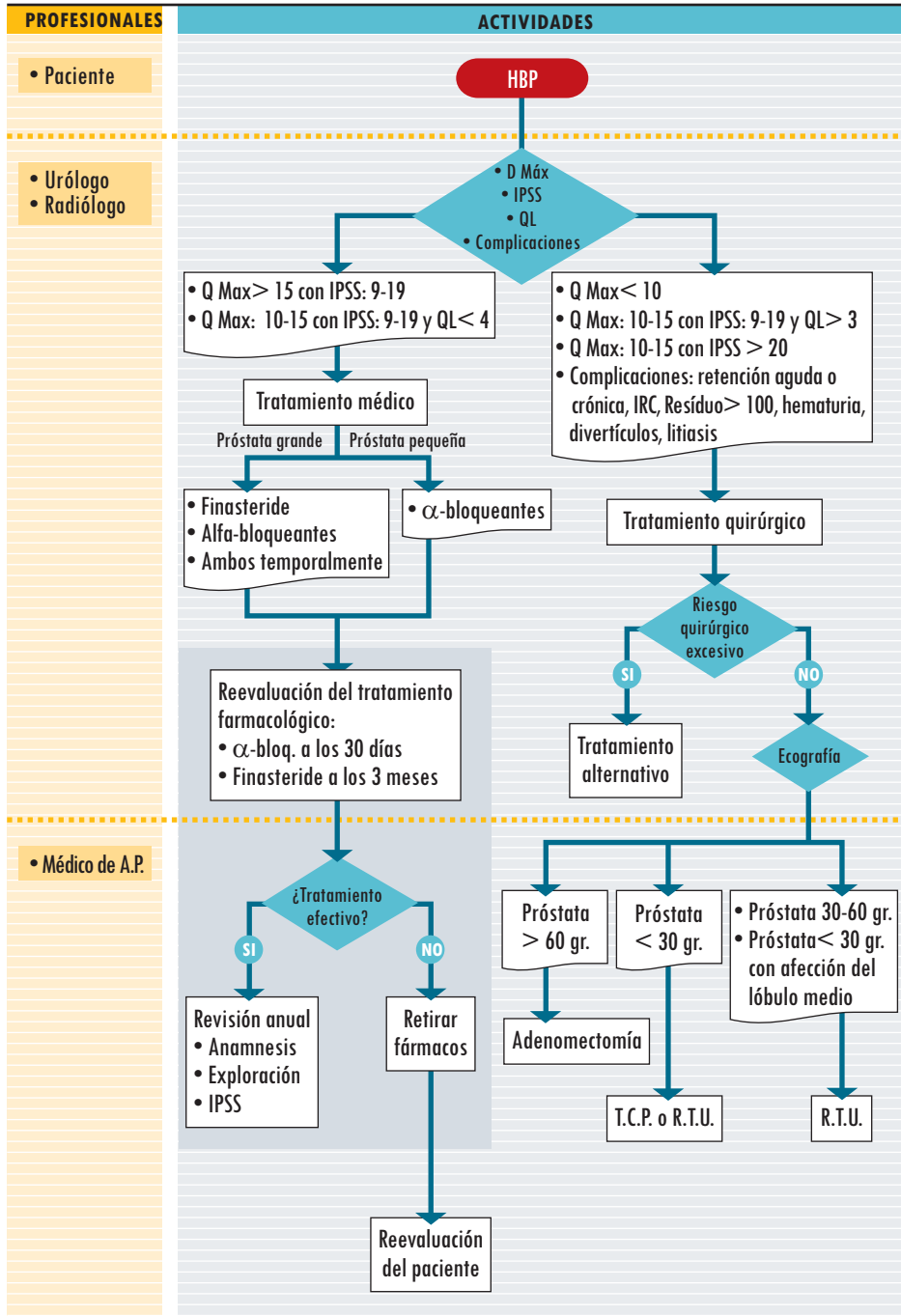
Diagnóstico Proceso HBP Cáncer de Próstata



[hbp y/o cáncer de próstata]

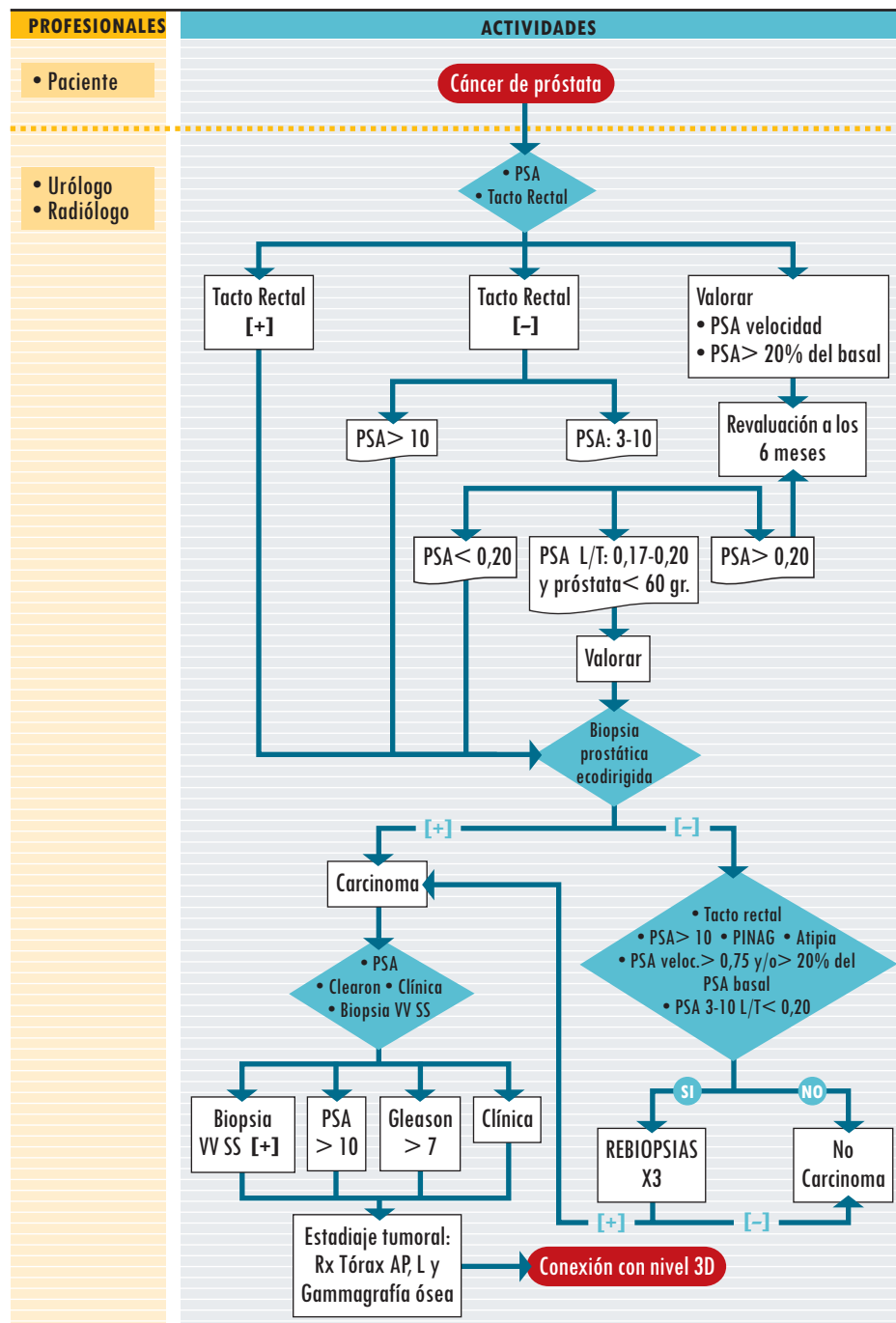
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3-b

Tratamiento HBP



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3-C

Diagnóstico y Estadaje Cáncer de Próstata



[hbp y/o cáncer de próstata]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3-d

Tratamiento Cáncer de Próstata

