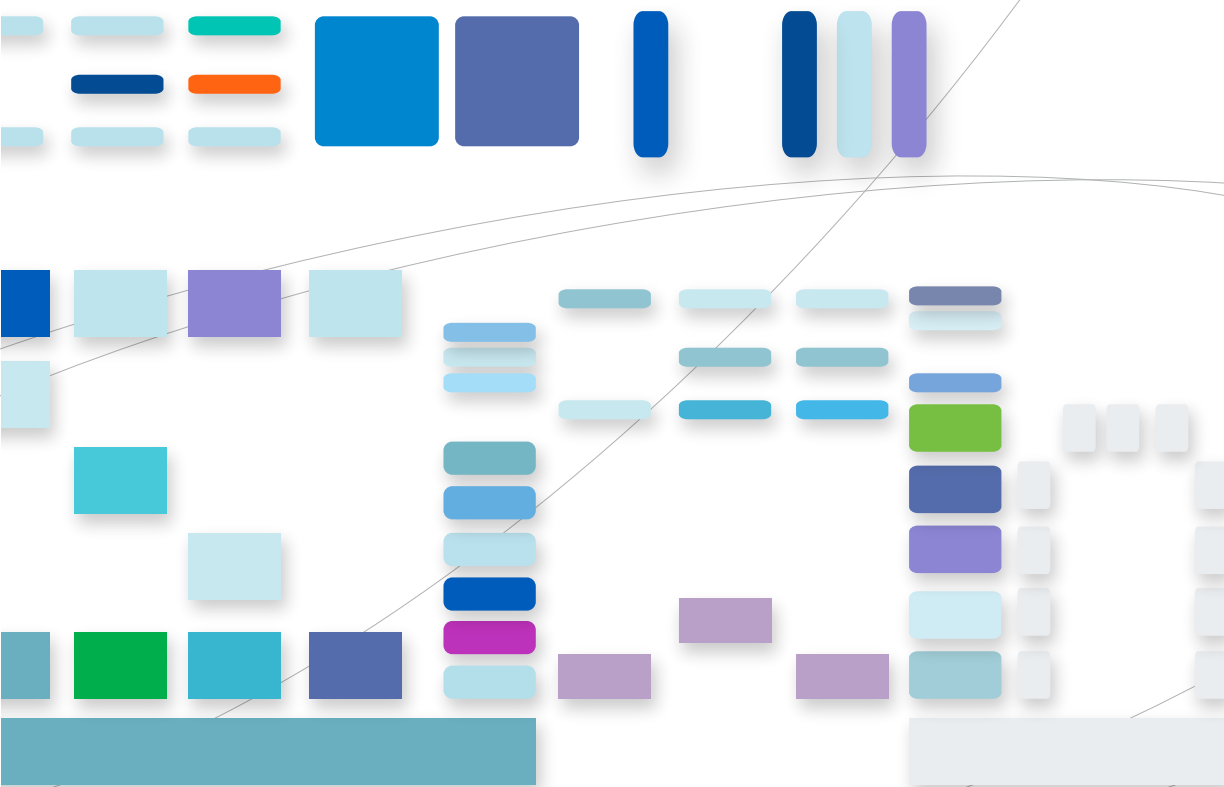


# itinerario asistencial integrado para o cancro de : pulmón



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 pulmón**, 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 pulmón**, un documento de consenso proposto polos profesionais do grupo de cancro de pulmón, 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 pulmón, 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 pulmón** de cada área sanitaria, na súa toma de decisións clínicas, tendo sempre en conta as características individuais de cada paciente.

**CIRCUÍTO ASISTENCIAL  
RÁPIDO PARA  
PACIENTES CON SOSPEITA  
DE CANCRO DE PULMÓN**



**DIAGNÓSTICO**

Algoritmo

**01**

**DIAGNÓSTICO  
E TRATAMENTO DO  
CANCRO DE PULMÓN DE  
CÉLULA PEQUENA**

Algoritmo

**02**

**ESTADIFICACIÓN DO  
CANCRO DE PULMÓN DE  
CÉLULA NON PEQUENA**

Algoritmo

**03**

**VALORACIÓN  
OPERABILIDADE**

Algoritmo

**04**

**TRATAMENTO DO  
CANCRO DE PULMÓN DE  
CÉLULA NON PEQUENA**

Algoritmo

**05**

Algoritmo

**06**

**POSCIRÚRXICO  
CIRURXÍA E TRATAMENTO  
POSCIRÚRXICO DO CANCRO  
DE CÉLULA NON PEQUENA**

Algoritmo

**07**

**SEGUNDO  
NÓDULO**

Algoritmo

**08**

Integrantes do  
grupo de traballo



Paciente que acode a:

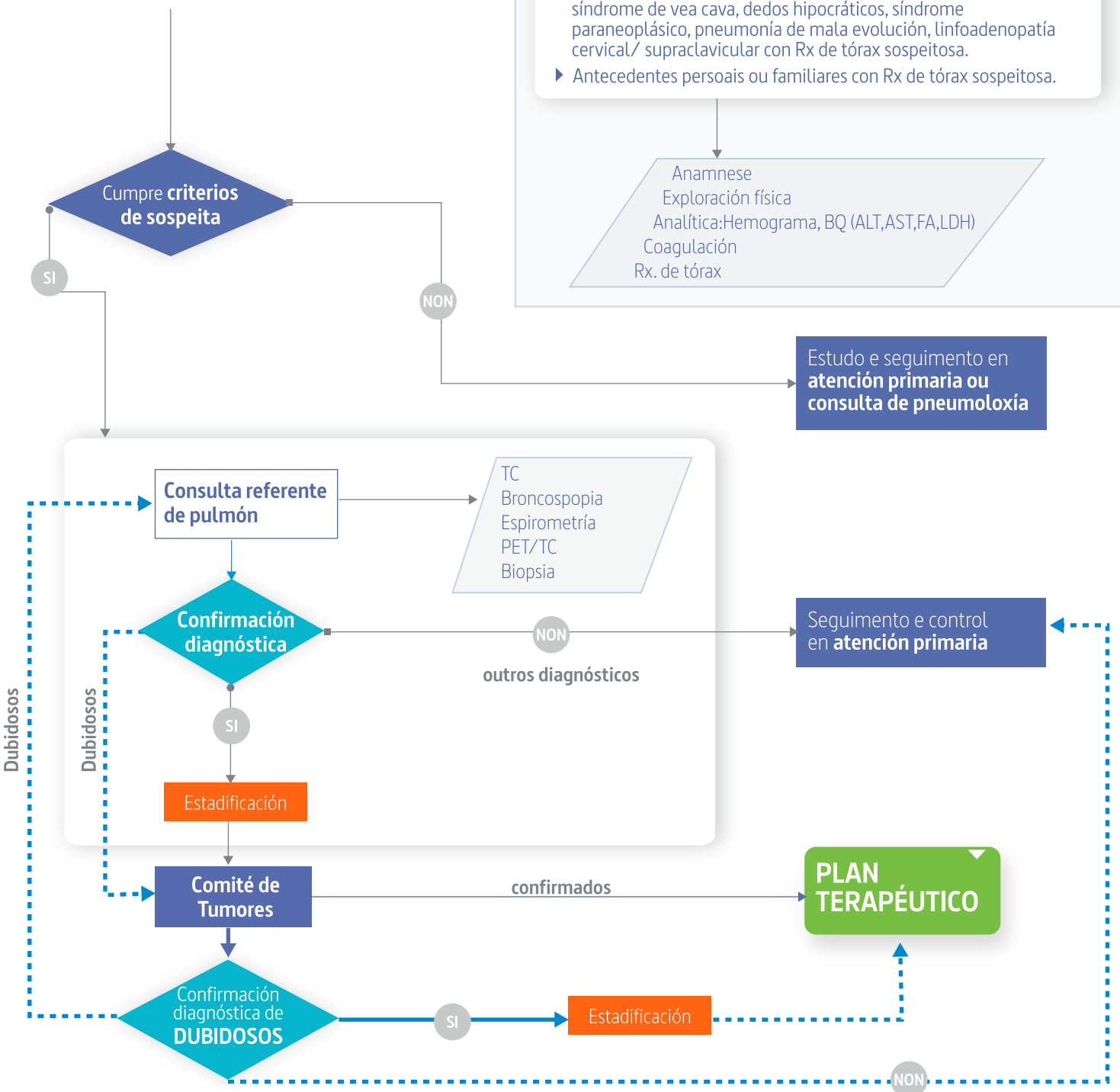
- ▶ Consulta de atención primaria
- ▶ Consulta hospitalaria
- ▶ Servicios de urgencias

Criterios de sospeita

- ▶ Rx de tórax sospeitosa (\*)
- ▶ Hemoptise en paciente con antecedentes de tabaquismo >10 paquetes/ano ou exposición a axentes tóxicos en > de 35 anos, con Rx de tórax sospeitosa.
- ▶ Signos ou síntomas persistentes de máis de tres semanas: tose, dolor tórax/ombreiro, dispnea/disfaxia/disfonía, perda de peso, síndrome de vea cava, dedos hipocráticos, síndrome paraneoplásico, pneumonía de mala evolución, linfadenopatía cervical/ supraclavicular con Rx de tórax sospeitosa.
- ▶ Antecedentes persoais ou familiares con Rx de tórax sospeitosa.

Anamnese  
Exploración física  
Analítica: Hemograma, BQ (ALT,AST,FA,LDH)  
Coagulación  
Rx. de tórax

Estudo e seguimento en atención primaria ou consulta de pneumoloxía



\* En caso de alta sospeita clínica de cancro de pulmón e Rx non sospeitosa, valorar consulta preferente

Sospeita de **cáncer de pulmón**

**CRITERIOS DE SOSPEITA**

Vía rápida de cáncer de pulmón

- ▶ **Rx de tórax sospeitosa\***
- ▶ Hemoptise en paciente con antecedentes de tabaquismo >10 paquetes/ano ou exposición a axentes tóxicos en > 35 anos, con Rx de tórax sospeitosa
- ▶ Signos ou síntomas persistentes de máis de tres semanas: tose, dolor tórax/ombro, dispnea/disfagia/disfonía, perda de peso, síndrome de vena cava, dedos hipocráticos, síndrome paraneoplásico, pneumonía de mala evolución, linfadenopatía cervical/supraclavicular con Rx de tórax sospeitosa
- ▶ Antecedentes persoais ou familiares con Rx de tórax sospeitosa

- ▶ Anamnese
- ▶ Exploración física
- ▶ Rx de tórax
- ▶ Análítica básica (1)
- ▶ TC tórax + abdome superior (con contraste incluído fígado e suprarrenais) (2)

Enfermedades graves concomitantes

Continuar o estudo segundo criterio clínico

**DIAGNÓSTICO CITOISTOLÓXICO E ESTADIFICACIÓN CLÍNICA**

- ▶ Broncoscopia ± PTB (3)
- ▶ ± Citoloxía esputo
- ▶ Punción transtorácica
- ▶ Biopsia lesión accesible

Diagnóstico **negativo de malignidade**

Cáncer de pulmón de **célula non pequena**

Cáncer de pulmón de **célula pequena**

Algoritmo **03**  
**Estadificación e valoración**

Algoritmo **02**  
**Diagnóstico e tratamento**

Persiste sospeita de cáncer de pulmón

Outro diagnóstico

Considerar valoración polo comité de cáncer de pulmón

Control polo pneumólogo

Proseguir estudo

▶ \*En caso de alta sospeita clínica de cáncer de pulmón e Rx non sospeitosa, valorar consulta preferente.

(1) Hemograma, creatinina, urea, Na, K, Ca, LDH, albumina, ALT, AST,FA,GGT, coagulación.

(2) Considerar PET en nódulo pulmonar solitario e outro tipo de lesións pulmonares de alto risco.

(3) A PTB cega debe realizarse en adenopatías de máis de 15-20 mm accesibles por broncoscopia.

- ▶ TC ou RM cranial (contraste) segundo valoración individual.
- ▶ Medicina nuclear: PET en enfermidade limitada ou gammagrafía ósea en enfermidade extensa se hai sospeita clínica
- ▶ Biopsia médula ósea (opcional)
- ▶ Mediastinoscopia -> só cirurxía

## cancro de pulmón de célula pequena

- Idade
- PS
- Función pulmonar
- Función cardíaca
- Función hepática
- Función renal
- ECG

Estadificación

Valoración funcional

Comité de Cancro de Pulmón

Tratamento

STOP cando aparezan probas de afectación extratorácica ou derramo pleural secundario a cancro de pulmón

Con PS 0,1 e probas funcionais respiratorias correctas

Enfermidade limitada  
TNM I, II, III

Enfermidade estendida

Estadio I

Estadio II  
Estadio III

Valorar cirurxía

Afectación ganglionar

- ▶ Metástase cerebral
- ▶ SVCS
- ▶ Compresión medular
- ▶ Metástases óseas sintomáticas

Radioterapia

Quimioterapia poscirúrxica + radioterapia mediastínica

Quimioterapia poscirúrxica

Quimioterapia + radioterapia concomitante preferiblemente hiperfraccionada e precoz

Quimioterapia

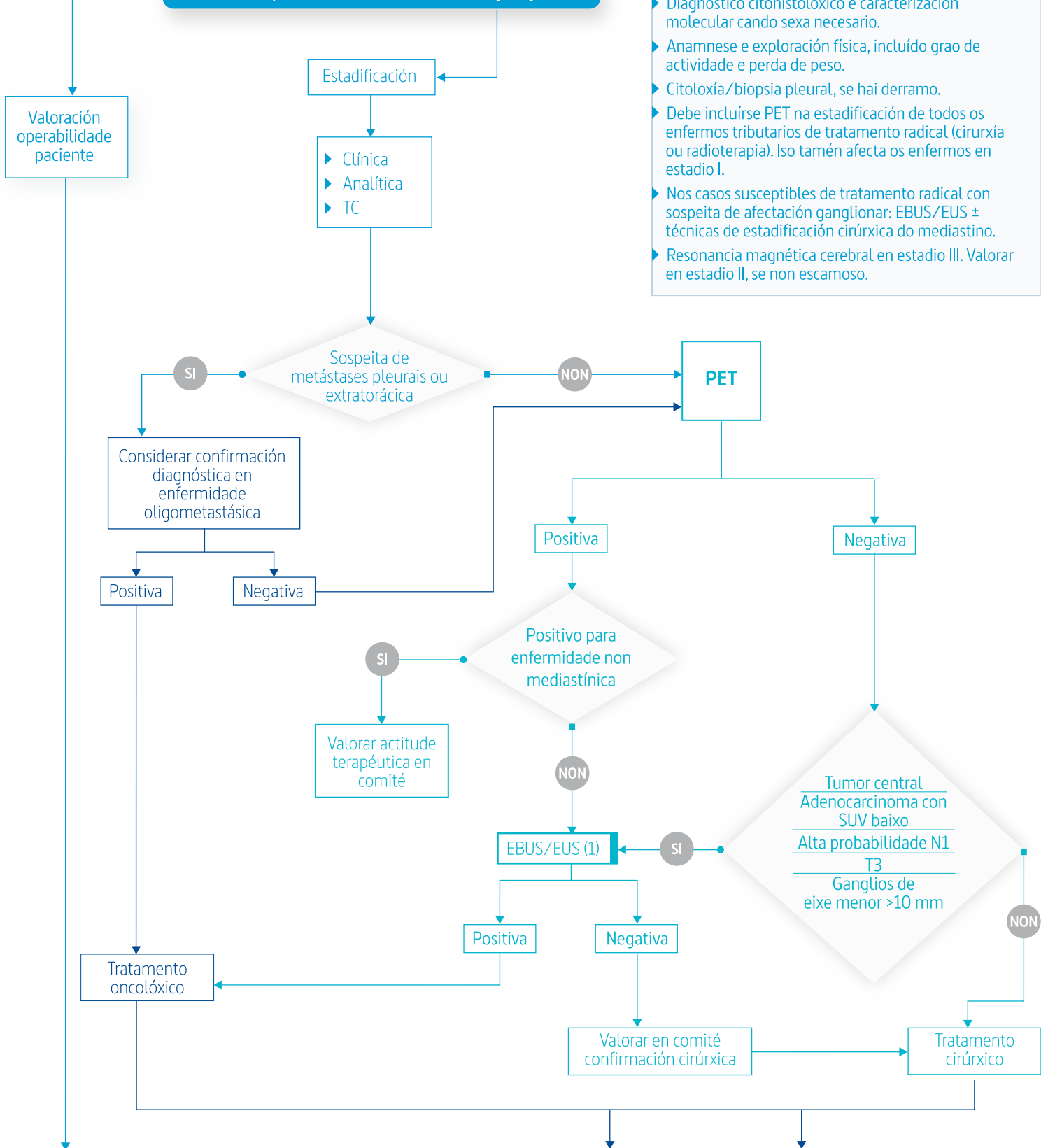
En caso de resposta

En caso de resposta

Irradiación cranial profiláctica

Valorar radioterapia de consolidación torácica

## canco de pulmón de célula non pequena



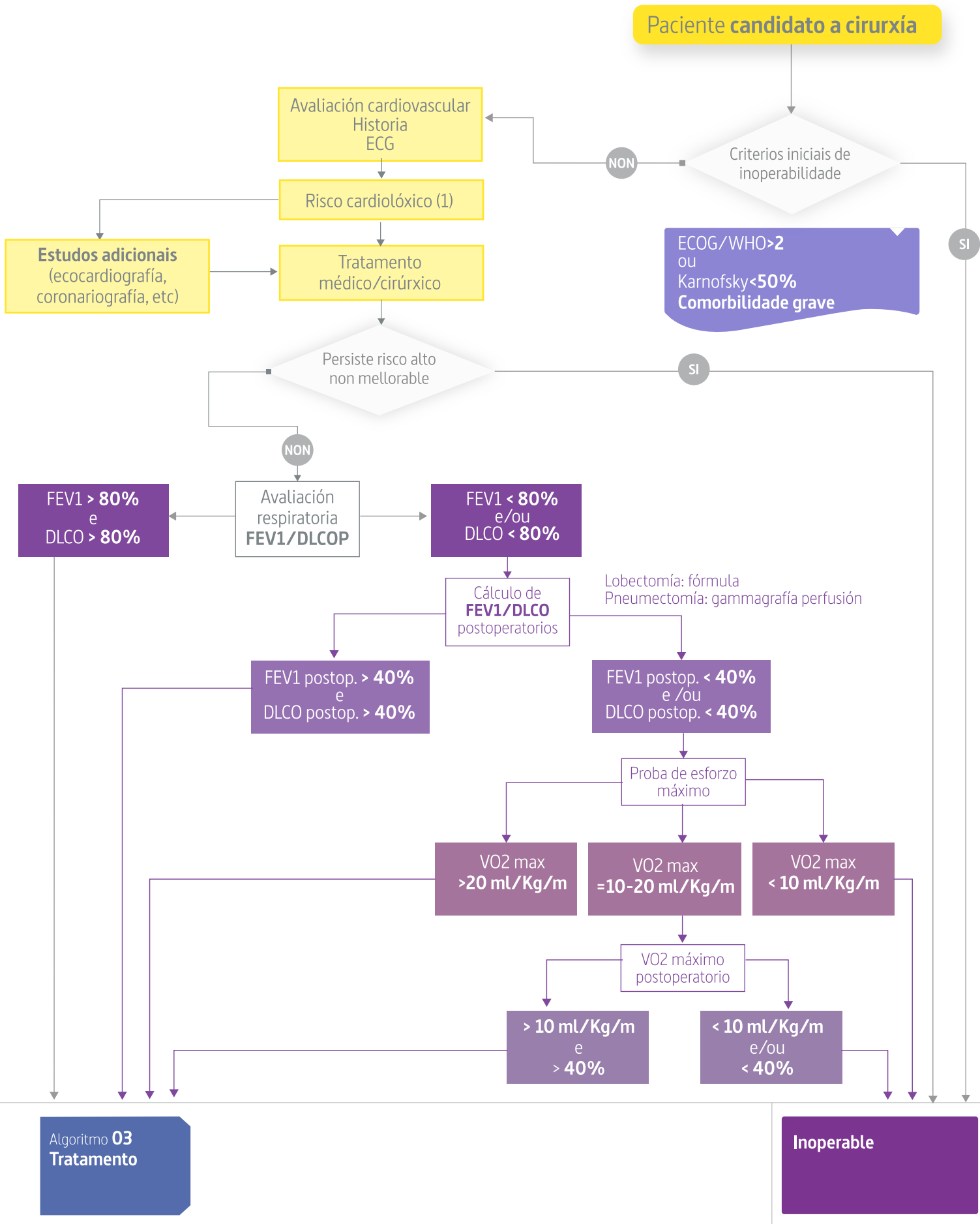
- ▶ Diagnóstico citohistolóxico e caracterización molecular cando sexa necesario.
- ▶ Anamnese e exploración física, incluído grao de actividade e perda de peso.
- ▶ Citoloxía/biopsia pleural, se hai derramo.
- ▶ Debe incluírse PET na estadificación de todos os enfermos tributarios de tratamento radical (cirurxía ou radioterapia). Iso tamén afecta os enfermos en estadio I.
- ▶ Nos casos susceptibles de tratamento radical con sospeita de afectación ganglionar: EBUS/EUS ± técnicas de estadificación cirúrxica do mediastino.
- ▶ Resonancia magnética cerebral en estadio III. Valorar en estadio II, se non escamoso.

Algoritmo 04  
Valoración operabilidade

Algoritmo 05  
Tratamento  
Estadio I, II e III

Algoritmo 06  
Tratamento  
Estadio IV

(1) Realizar PTB cega se adenopatías accesibles maiores de 15-20 mm.

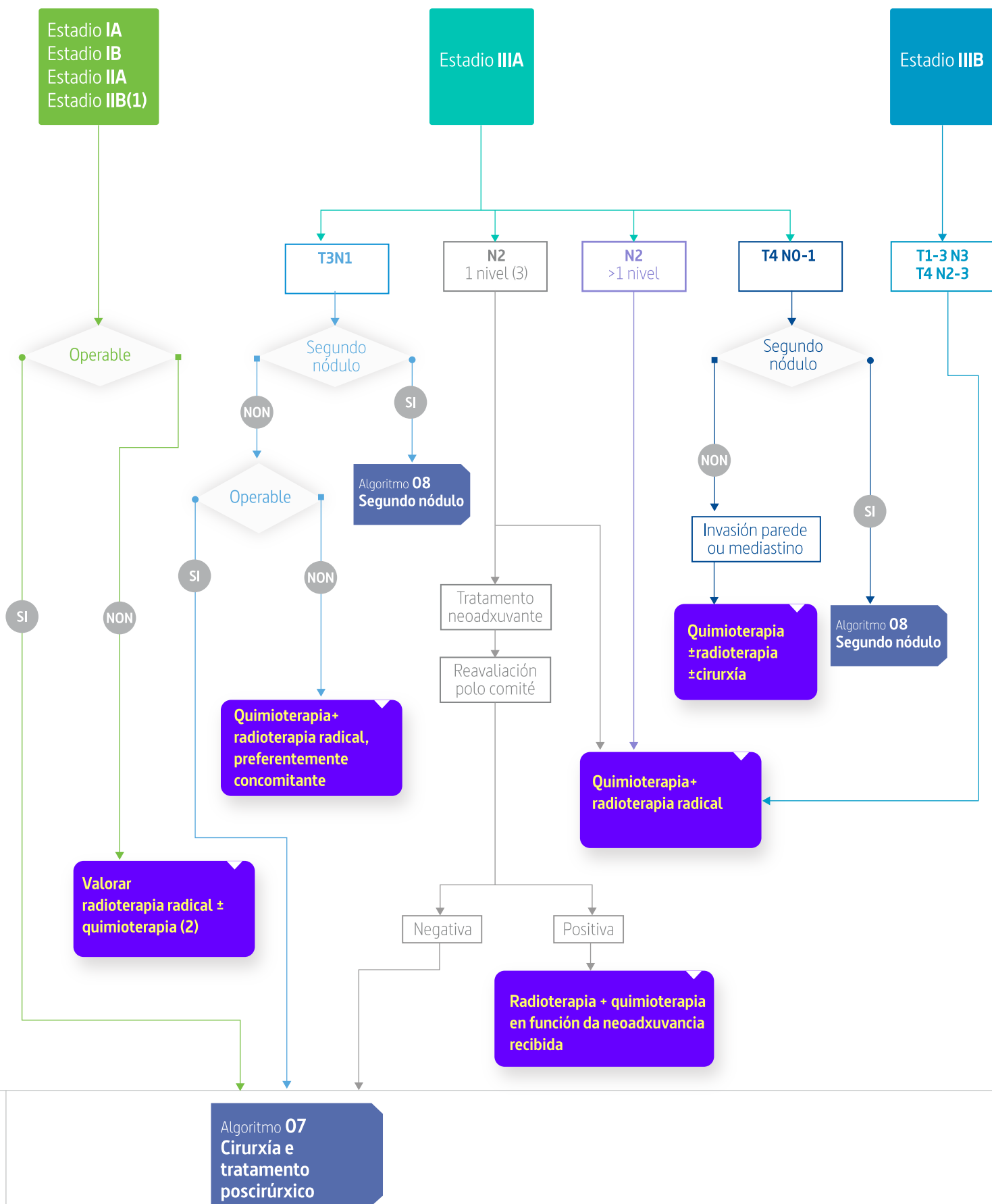


Algoritmo 03 Tratamento

Inoperable

► Criterios definidos na Guía de diagnóstico e tratamento do cancro de pulmón elaborada polo Grupo Galego de Cancro de Pulmón.  
 ► (1) A idade e outras comorbilidades serán valoradas de forma individual.



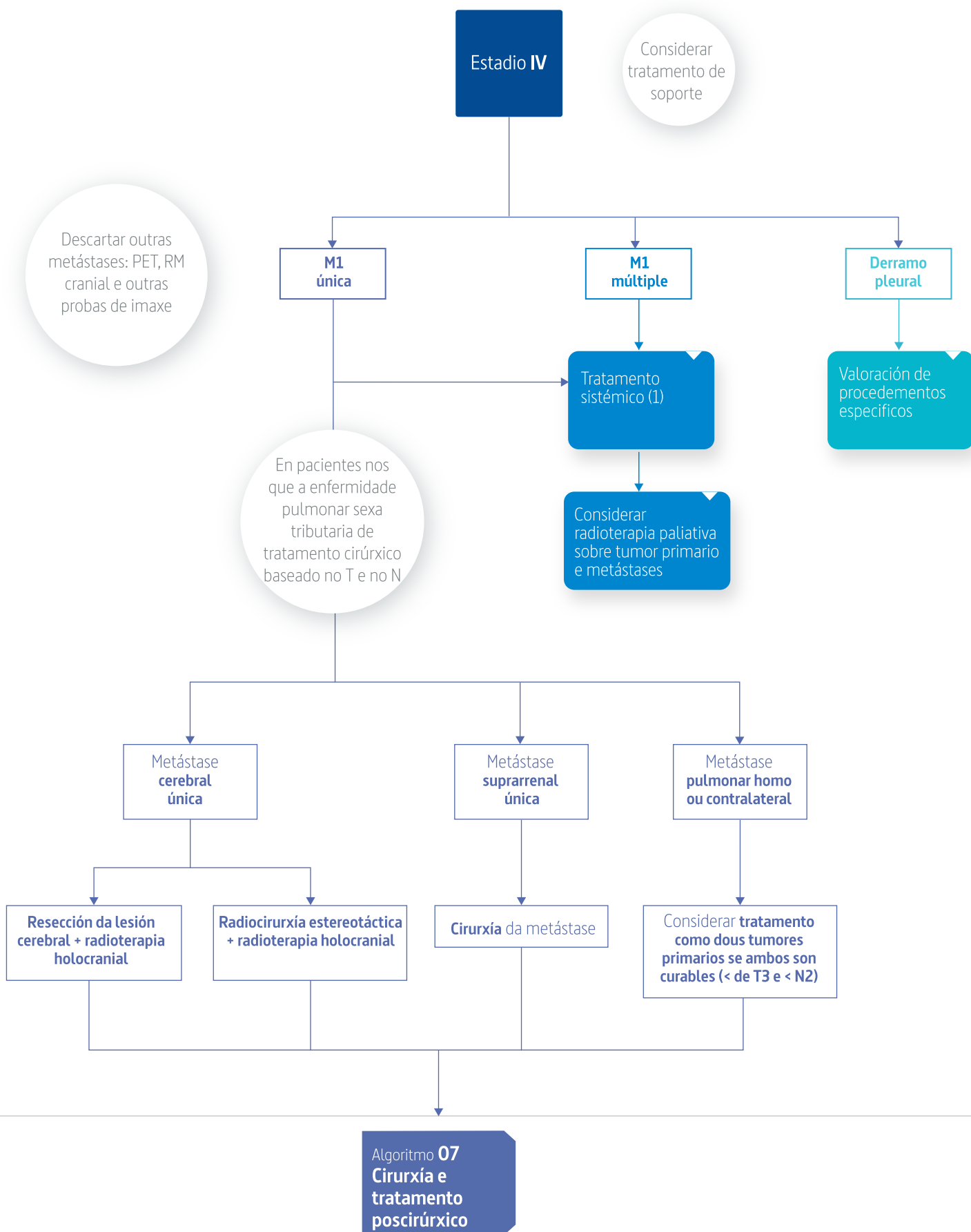


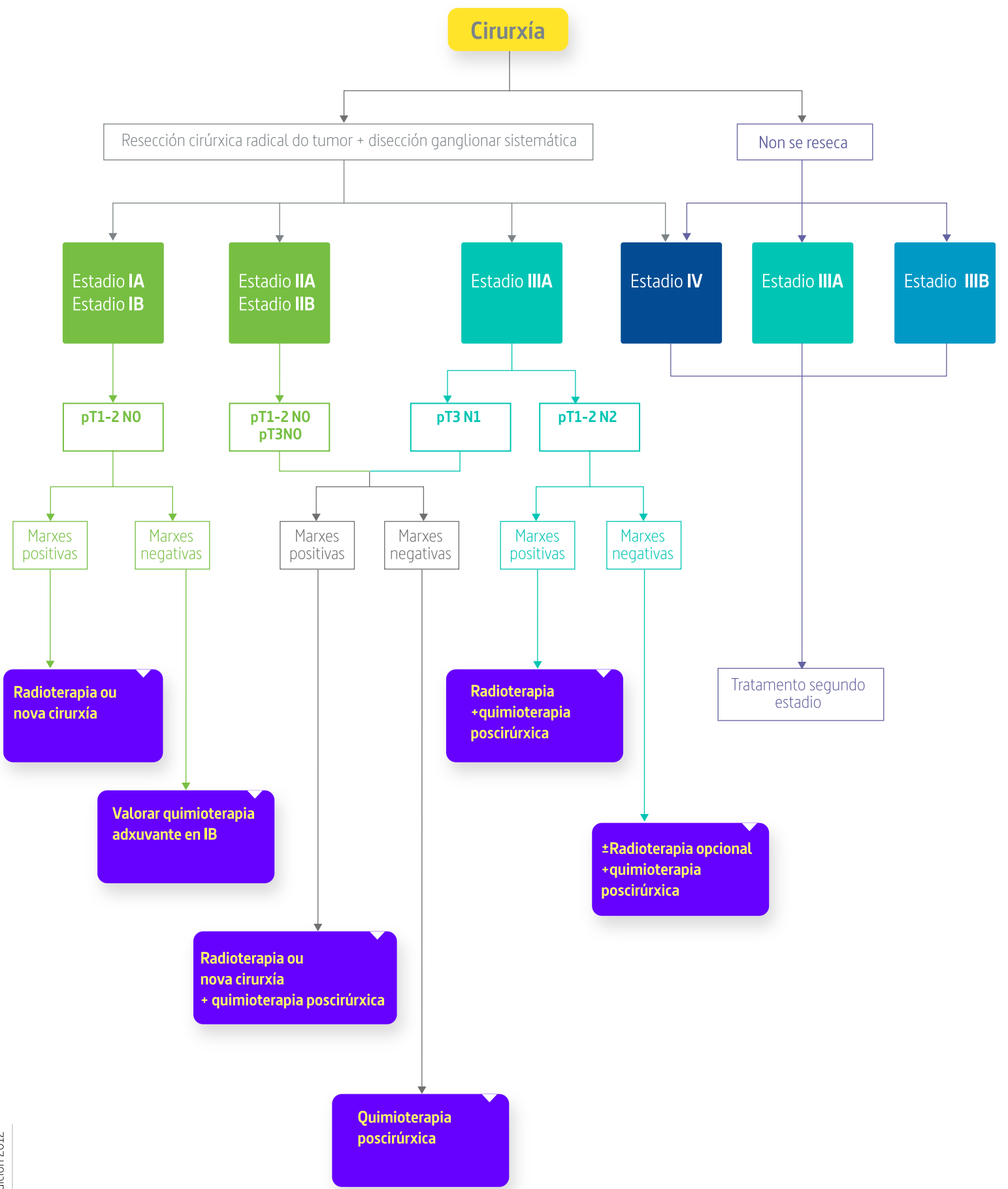
**Algoritmo 07**  
Cirurxía e  
tratamento  
poscirúrxico

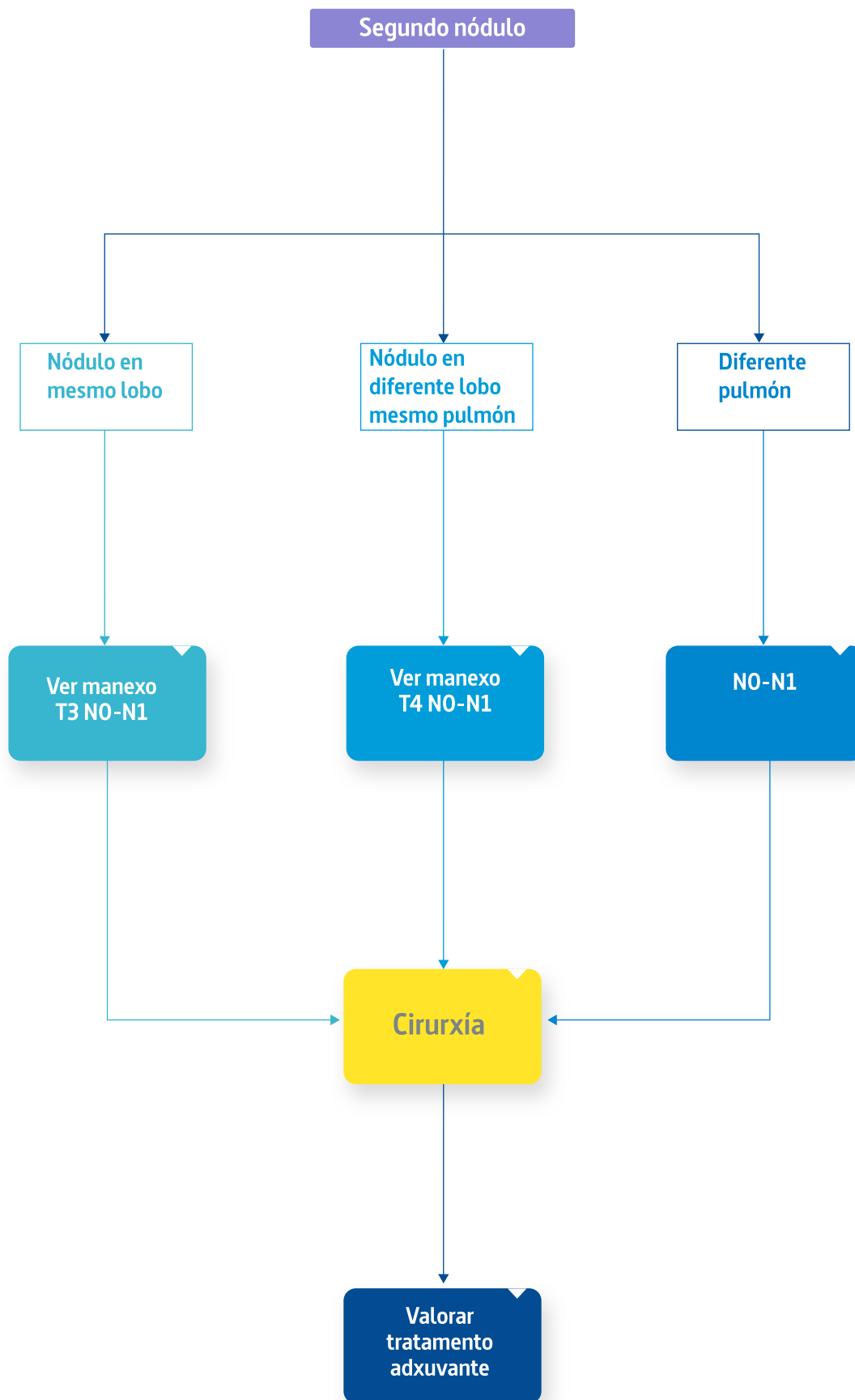
Edición 2012

- ▶ 1.No caso de tumor de Pancoast Q-R preoperatoria ou R preoperatoria
- ▶ 2. Se non é posible radioterapia valorar en comité a ablación por radiofrecuencia
- ▶ 3. Inferior a T3 cirurxía proposta debe ser inferior a pneumectomía

Valorar tratamento endoscópico en todos os pacientes non operables e/ou tumores non resecables  
A indicación de irradiación cranial profiláctica en CPCNP debe establecerse tras valorar co paciente posibles beneficios e riscos, limitando esta a casos seleccionados (estadio III, resposta a tratamento multimodal, histoloxías desfavorables)







NOME	POSTO	CENTRO
Rosario García Campelo	ONCOLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA
Anxo Martínez de Alegría Alonso	RADIOLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
José María García Prim	CIRURXÍA TORÁCICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Alejandro Veres Racamonde	PNEUMOLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE LUGO, CERVO E MONFORTE DE LEMOS
Alberto Fernández Villar	PNEUMOLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO
Manuel Caeiro Muñoz	ONCOLOXÍA RADIOTERÁPICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO
Antonio Gómez Caamaño	ONCOLOXÍA RADIOTERÁPICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Ana González Piñeiro	ANATOMÍA PATOLÓXICA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO
Alfredo Valdés Paredes	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE OURENSE, VERÍN E O BARCO DE VALDEORRAS
Sara Abel Liz	DUE PNEUMOLOXÍA	XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE LUGO, CERVO E MONFORTE DE LEMOS
Blanca Cimadevila Álvarez Javier Ventosa Rial	XEFE DO SERVIZO DE DESENVOLVEMENTO DE PROCESOS ASISTENCIAIS, PROGRAMAS E COMPRA DE SERVIZOS/SERVIZO DE PROCESOS E PROGRAMAS ASISTENCIAIS	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Luis Arantón Areosa	XEFE DO SERVIZO DE INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Angel Facio Villanueva M <sup>a</sup> Mercedes Lanza Gándara	SUBDIRECTOR/A XERAL DE PLANIFICACIÓN E ORDENACIÓN ASISTENCIAL/SUBDIRECTORA XERAL DE PLANIFICACIÓN E PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Rafael Rodríguez Brea	TÉCNICO DO SERVIZO DE PROCESOS E PROGRAMAS ASISTENCIAIS	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Josefa Fernández Segade	TÉCNICO DO 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
Ángela L. García Caeiro	TÉCNICO DO SERVIZO DE PROCESOS E PROGRAMAS ASISTENCIAIS	DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

