Resolución Directoral

Nº 061-2015-GR-LL/GRS/IREN NORTE-DE

Trujillo, 15 de Mayo del año 2015.

VISTO:

El Expediente Administrativo N° 003348-2015, que contiene el Acta de Reunión para la Aprobación de Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica, de fecha 12 de marzo del 2015 el Informe N° 081-2015- GRLL-GGR-GRSS-IREN/NORTE-DCC-S-NORM, emitido por el Jefe del Departamento de Control del Cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"- IREN NORTE, mediante el cual se alcanza y solicita la aprobación de las **"VEINTICUATRO GUIAS DE PRACTICA CLINICA DE MEDICINA ONCOLOGICA "**, y:

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, ante la clara necesidad pública de descentralizar los servicios médicos oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel Macro Regional Nor Oriental los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, mediante Ley Nº 27658 –Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado— establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos a fin de alcanzar un Estado descentralizado y desconcentrado.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL-CR, precisa en el literal k) del Artículo 4º que en coordinación con el INEN se deberá innovar, emitir y difundir permanentemente las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares del manejo en el campo oncológico;

Que, del mismo modo, el Art. 16º del ROF, precisa que el Departamento de Control del Cáncer es el órgano Técnico- Normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, en el ámbito de su influencia, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiologia, de información para la salud, de investigación en oncología y de la docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y

difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológica a nivel Macro Región Nor- Oriental del Perú, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;

Que, como es de apreciarse de los documentos de vistos, el Departamento de Control del Cáncer, a través del Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos, mediante Informe Nº 081-2015-GRLL-GGR-GRSS-IRENNORTE-DCC-S/NORM, ha solicitado la aprobación de las siguientes Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica: Guía de Práctica Clínica Neoplásias Malignas de la Vulva, Guía de Práctica Clínica de Timoma, Carcinoma Timico; Guía de Práctica Clínica de Carcinoma de Cabeza y Cuello; Guía de Práctica Clínica de Cáncer Testicular; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Endometrio 1.2: Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Colon; Guía de Práctica Clínica de Pulmón a Células no Pequeñas; Guía de Práctica Clínica de Meloma Múltiple; Guía de Práctica Clínica de Mesotelioma Maligno; Guías de Práctica Clínica de Leucemia Meloide Aguda; Guía Práctica Clínica de Troboblastica Gestacional; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Protasta; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Esófago, Guía Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino; Guía de Práctica Clínica de Neoplasias Malignas de Riñón, Excepto de la Pelvis Renal; Guía de Práctica Clínica de Neoplasia Maligna Vejiga Urinaria; Guía de Práctica Clínica de Leucemia Promielocitica Aguda; Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfática Aguda; Guía de Práctica Clínica para el Trasplante de Precursores Hematopoyéticos; Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico; Guía de Práctica Clínica de Linfoma No Hodgkin de Células T, No Especifico (LNH, PTCL, NOS): correspondiendo se genere el acto resolutivo respectivo, aprobándose las respectivas guías para su difusión y aplicación en cumplimiento de la norma precitada;

Que, según el Informe N° 057-2015-DNCC-DICON/INEN, la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicio Oncológico del INEN, concluye que el IREN Norte, al establecerse como Instituto Hermano del INEN, estaría en la facultad de adoptar las Guías de Práctica Clínica Institucional.

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 12 de Marzo del 2015, se acuerda aprobar con Resolución Directoral del IREN Norte las 24 guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Así mismo, cabe señalar que la difusión de las Guías de Práctica Clínica será notificada mediante archivo magnético, en cumplimiento a lo señalado en el numeral 4.1.1 del Artículo 4º del Decreto Supremo Nº 009-2009-MIMAN, sobre Medidas de Ecoeficiencia para el Sector Publico;

En ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783-Ley de Base de la Descentralización, Ley Nº 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional Nº 008-2011-GR-LL/CR ROF del GORE-LL, de fecha 16 de Setiembre del 2011, que Modifican Organigrama Estructural y Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de La Libertad, Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL/CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"-IREN NORTE, Resolución Ejecutiva Regional Nº 211-2014-GR-LL-PRE, y con las visaciones correspondientes.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR, Las Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica:

1. Guía de Práctica Clínica Neoplásias Malignas de la Vulva,
2. Guía de Práctica Clínica de Timoma, Carcinoma Timico;
3. Guía de Práctica Clínica de Carcinoma de Cabeza y Cuello;
4. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Testicular;
5. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas;
6. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario;
7. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Endometrio 1.2:
8. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Colon;
9. Guía de Práctica Clínica de Pulmón a Células no Pequeñas;
10. Guía de Práctica Clínica de Meloma Múltiple;
11. Guía de Práctica Clínica de Mesotelioma Maligno;
12. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Meloide Aguda;
13. Guía de Práctica Clínica de Troboblastica Gestacional;
14. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Protasta;
15. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama;
16. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Esófago,
17. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino;
18. Guía de Práctica Clínica de Neoplasias Malignas de Riñón, Excepto de la Pelvis Renal;
19. Guía de Práctica Clínica de Neoplasia Maligna Vejiga Urinaria;
20. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Promielocitica Aguda;
21. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfática Aguda;
22. Guía de Práctica Clínica para el Trasplante de Precursores Hematopoyéticos;
23. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico;
24. Guía de Práctica Clínica de Linfoma No Hodgkin de Células T, No Especifico (LNH, PTCL, NOS):

ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR, a la Responsable de La Unidad de Informática la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte, para conocimiento público.

ARTICULO TERCERO: ENCARGAR, la difusión de la presente Resolución al Servicio de Normatividad y Control del Servicio Oncológico- Departamento de Control de Cáncer en el marco de la autonomía normativa del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte

ARTICULO CUARTO: NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral y las Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica, en el modo y forma de ley.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

MAGV
ETA
LMLM

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Mario Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR EJECUTIVO
IREN-NORTE "Dr. Luis Pinillos Ganoza"

Distribución:

Departamento de Cirugía Especializada.	(01)
Departamento de AER y SAD	(01)
Dpto. de Control del Cáncer	(01)
Dpto. de Atención medico Especializada.	(01)
Dpto. de Enfermería	(01)
Servicio de Normatividad	(01)
Unidad de Informática	(01)
Oficina de Asesoría Legal	(01)
Archivo	

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DEPARTAMENTO DE ATENCION MÉDICA ESPECIALIZADA

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE NEOPLASIA MALIGNA DE VEJIGA URINARIA

TRUJILLO-PERU

2015

M.C. MARCO GALVEZ VILLANUEVA
Director Ejecutivo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. ROCIO CISNEROS TIPISMANA
Jefe del Departamento de Atención Especializada

M.C. EDUARDO TORRES ARMAS
Jefe del Departamento de Control del Cáncer

LIC. CINTHIA YGLESIAS PELÁEZ
Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

ELABORADO POR:

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ADOPTADO POR:

1. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Luis Pinillos Ganoza” - IREN NORTE
2. Departamento de Atención Médica Especializada
3. Departamento de Control del Cáncer
4. Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE VEJIGA URINARIA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

1.1. NOMBRE

1.2. CÓDIGO CIE-10

II. DEFINICIÓN

2.1. DEFINICION

El cáncer de vejiga corresponde a los tumores del urotelio. El carcinoma urotelial (células transicionales) es el subtipo histológico más común, 90% se inician en la vejiga, 8% se inician en la pelvis renal y el 2 % en el uréter y la uretra.
Los otros subtipos histológicos lo constituyen 3% los tumores de células escamosas, 2% Adenocarcinoma y 1% los de células pequeñas

2.2. ETIOLOGÍA

2.3. FISIOPATOLOGÍA

La exposición prolongada del urotelio a distintos productos químicos que están concentrados en la orina durante mucho tiempo originan alteraciones sobre sus células, mutando su ADN que origina una división celular descontrolada y una anulación de la apoptosis que terminan desencadenando el cáncer de vejiga. A estos factores extrínsecos habría que añadirle una otros factores intrínsecos como la predisposición genética, raza, edad, entre otros que facilita todo este proceso.

2.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

EPIDEMIOLOGIA:
En Perú es la octava causa de cáncer en varones mayores de 65 años, en población en general ocupa el décimo segundo lugar. En relación varón: mujer es 3.8:1. Edad promedio al dx 73 años.
Se estiman 72570 casos nuevos y 15210 muertes en EEUU en el 2013.

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO: MULTIFACTORIAL

- Tabaco: Los fumadores tienen 2 veces más riesgo de desarrollar cáncer de vejiga, que los no fumadores.
- Exposición ocupacional: personas que están expuestas a ciertos químicos en su lugar de trabajo tienen más riesgo de tener cáncer de vejiga.
- Las sustancias químicas incluyen amonio que son usados en la industria del caucho, el aluminio y textil, imprenta, curtido de pieles, pintura.

- Uso de analgésicos: El uso excesivo de analgésicos, especialmente Fenacetin, se relaciona con un riesgo incrementado de cáncer urotelial y de la pelvis renal.
- Infecciones crónicas: En áreas endémicas, la infección crónica por Schistosoma haematobium, produce metaplasia escamosa, que condiciona a la aparición de cáncer de vejiga de células escamosas.
- Factores genéticos.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

3.1. MEDIO AMBIENTE

- **Infecciones crónicas:** En áreas endémicas, la infección crónica por Schistosoma haematobium, produce metaplasia escamosa, que condiciona a la aparición de cáncer de vejiga de células escamosas.[(a)]

3.2. ESTILOS DE VIDA

- **Tabaco:** Los fumadores tienen 2 veces más riesgo de desarrollar cáncer de vejiga, que los no fumadores.
- **Exposición ocupacional:** personas que están expuestas a ciertos químicos en su lugar de trabajo tienen más riesgo de tener cáncer de vejiga. Las sustancias químicas incluyen amonio que son usados en la industria del caucho, el aluminio y textil, imprenta, curtido de pieles, pintura.

3.3. FACTORES HEREDITARIOS (CONSEJO GENÉTICO)

Sd. De Lynch

IV. CUADRO CLÍNICO

4.1. SIGNOS Y SINTOMAS

- Hematuria microscópica o macroscópica, es el signo más frecuente.
- Síntomas irritativos urinarios.
- Dolor a nivel de flanco.
- Obstrucción ureteral.
- Masa vesical.
- Edema a nivel de extremidades inferiores

V. DIAGNOSTICO

5.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Examen físico
- El diagnóstico se basa en la cistoscopia y evaluación del tejido obtenido por RTU del tumor primario.
- Diagnóstico patológico de acuerdo a la clasificación de la WHO.

5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cistitis hemorrágica nefrolitiasis, carcinoma eral, trauma uretral, ITU.

VI. EXÁMENES AUXILIARES

6.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

El cáncer renal in situ, se presenta como compromiso difuso urotelial en los pacientes con cáncer renal superficial y constituye un factor de riesgo para desarrollar cáncer invasivo y recurrencia.
El cáncer renal puede ser dividido desde el punto de vista histopatológico:

- Carcinoma de células transicionales 90-95%.
- Carcinoma de células escamosas 3%.
- Adenocarcinoma 2%.
- Carcinoma de células pequeñas 1%.

Clasificación de la WHO 2004. (e)

- Papiloma
- Neoplasia papilar urotelial de potencial maligno bajo.
- Carcinoma urotelial de bajo grado.
- Carcinoma urotelial de alto grado.

El reporte de patología debe especificar:

- Si hay invasión de la muscular propia (músculo detrusor).
- Si hay invasión linfovascular.
- Si hay cáncer In Situ subyacente

6.2. IMÁGENES

- Radiografía de tórax o TAC de Tórax
- TAC de Abdomen y Pelvis, cuando se ha confirmado invasión muscular para d/c extensión extra vesical, compromiso ganglionar o metástasis a distancia.
- Citología de Orina
- Pielografía Intravenosa

6.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

Cistoscopia con evaluación completa de la mucosa vesical y uretral + RTU. Gammagrafía: fuertemente recomendada en pacientes con elevación de fosfatasa alcalina o dolor óseo.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

7.1. ESTRATIFICACIÓN POR ESTADIOS CLÍNICOS

TUMOR(T)	
TX	Tumor primario no se puede evaluar.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
Ta	Cáncer papilar no invasivo
Tis	Carcinoma in situ (tumor plano)
T1	Tumor invade tejido conectivo subepitelial
T2	Tumor invade músculo **pT2a** Invade músculo superficial (mitad interna) **pT2b** Invade músculo profundo (mitad externa)
T3	Tumor invade el tejido perivesical **pT3a** Microscópicamente. **pT3a** Macroscópicamente (masa extra vesical).
T4	Tumor invade cualquier otra estructura **pT4a** Invade próstata, útero, vagina **pT4b** Invade pared pélvica o pared abdominal.
Ganglios Linfáticos Regionales (N)	
NX	Ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.
N0	No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales
N1	Ganglio solo de 2 cm. o menos en su dimensión mayor.
N2	Ganglio de más de 2 cm. pero menor a 5 cm.; o múltiples ganglios linfáticos, ninguno mayor a 5 cm.
N3	Ganglios linfáticos mayores a 5 cm.
Metastasis(M)	
MX	Metástasis distante no se puede evaluar
M1	No hay metastasis distante
M2	Metástasis distante
GRUPOS DE ESTADIAJE	
Estadío 0a	Ta N0 M0
Estadío 0is	Tis N0 M0
Estadío I	T1 N0 M0
Estadío II	T2a N0 M0; T2b N0 M0
Estadío III	T3a N0 M0; T3b N0 M0; T4a N0 M0
Estadío IV	T4a N0 M0; cualquier T N1 M0; cualquier T N2 M0; cualquier T N3 M0; cualquier I cualquier N M1

7.1.1. PRONÓSTICO

Los números a continuación están basados en miles de pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga desde 1988 hasta 2001. Estas cifras provienen del centro de datos del National Cáncer Institute's SEER.

Etapa	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
0	98%
I	88%
II	63%
III	46%
IV	15%

7.2. TRATAMIENTO DE CÁNCER VEJIGA

Niveles de Evidencia

(I) Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiada

(II) Evidencia:

- Obtenida de ensayos controlados bien diseñados, sin aleatorización.
- Obtenida a partir de estudios de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.
- Obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.

(III) Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos

El manejo de cáncer renal está basado en los hallazgos patológicos de la biopsia, grado histológico, y el grado de invasión.

7.3. TRATAMIENTO EC I

- Se recomienda la resección transureteral (RTU), especialmente en tumores grado 1 ó 2, Ta y tumores T1 superficiales de bajo riesgo. (*Nivel de evidencia I*).
- En los pacientes de alto riesgo (múltiples recurrencias, tumores multicéntricos, cualquier lesión mayor e 3cm, tumores EC I, Ca in situ, alto se recomienda adicionar terapia intravesical con BCG (bacillus Calmette Guerin).La inmunoterapia con BCG ha mostrado beneficios clínicos significativos, que incluyen inducción a la remisión completa, reducción de la tasa de recurrencia en pacientes con carcinoma in situ.
- Nuevo RTU (2-6 semanas después) en pacientes con tumores de riesgo alto para detección de enfermedad residual.[f]
- La cistectomía radical temprana, como segunda opción, está recomendada en pacientes refractarios a inmunoterapia (BCG) ó lesiones de alto grado que recurrieron después de la inmunoterapia.

7.4. TRATAMIENTO EC II

- El estándar de tratamiento es la cistectomía radical y disección ganglionar + terapia neo adyuvante con cisplatino en combinación.

- También se ha planteado la terapia multimodal (quimioterapia, radioterapia, cirugía) como alternativa, con el fin de preservar la vejiga, que consiste en realizar máximo RTU, y posteriormente quimioterapia-radioterapia (cisplatino), la decisión de cistectomía dependerá de la presencia de lesión residual.
- La quimioterapia y radioterapia como tratamientos únicos, han mostrado resultados inferiores.
- Se ha probado un modesto beneficio en la sobrevida global en pacientes con cáncer de vejiga invasivo que recibieron 3 cursos de QT neoadyuvante en base a sales de platino, especialmente en los pacientes T2, T3. (*Nivel de evidencia I*).
- Se recomienda RT en los pacientes medicamente inoperables.
- Los resultados de estudios clínicos aleatorizados de QT adyuvante son todos pequeños, de bajo poder estadístico y controvertido. A pesar de las limitaciones un metan lisis que comparó observación vs QT basada en sales de platino, mostró una reducción del riesgo de muerte en 25% a favor del tratamiento adyuvante (g), en pacientes de alto riesgo de recurrencia; enfermedad extra vesical, T2N0 con invasión linfovascular, márgenes positivos y enfermedad músculo invasiva.

7.5. TRATAMIENTO EC III-IVA

- Cistectomía radical y considerar tratamiento neo adyuvante basado en cisplatino en combinación
- El tratamiento en base a sales de platino, ha demostrado mejores resultados en cuanto a la sobrevida (*Nivel de evidencia I*), siendo el régimen MVAC (Metotrexate, Vinblastina, Doxorrubicina y Cisplatino) el estándar histórico pero su uso está limitado por su perfil de toxicidad.
- La combinación Gemcitabina – Cisplatino, actualmente considerada la línea estándar para la mayoría de pacientes, ha logrado tasas de respuesta, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global similar a MVAC con un mejor perfil de toxicidad.[x]
- Combinaciones de tres drogas como Gemcitabina, Cisplatino y Paclitaxel no han probado ser superiores a Gemcitabina y Cisplatino.
- La radioterapia puede considerarse como tratamiento paliativo en casos de sangrado o dolor.
- Enfermedad metastásico: QT +/- RT.

7.6. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO RECOMENDADO

GEMCITABINA-CISPLATINO

Gemcitabina	1000 mg/m2	EV(inf 30 min)	D 1, 8 Y 15
Cisplatino	70 mg/m2	EV (inf 1 hra)	D 2

Repetir cada 28 días por 6 ciclos.
Toxicidades:
Hematológica grado 3-4:
Anemia grado (26.5%), trombocitopenia (57%), neutropenia (71%)
(*Nivel de evidencia I*)

M-VAC: DOSIS DENSAS

Metotrexate	30 mg/m2	EV bolo	D 1,15,22
Vinblastina	3 mg/m2	EV bolo	D 1 o 2, 15,22
Doxorrubicina	30 mg/m2	EV bolo	D 1 o 2.
	70 mg/m2	EV (inf 1-2 hrs)	D 1 o 2.

Repetir cada 28 semanas por 6 ciclos.
Toxicidad:
Hematológica Grado 3-4:
Anemia (17%), Trombocitopenia (20%), Neutropenia (23.6%).
Nivel de evidencia I)
CMV

Cisplatino	70-100 mg/m2	EV (inf 1 hora)	D1 o 2.
Vinblastina	4 mg/m2	EV bolo	D 1, 8
Metotrexate	30 mg/m2	EV bolo	D 1,8
Ácido folinico	15 mg x 4/d	Po ó EV	D2,9(después de MTX)

Repetir cada 21 semanas por 6 ciclos.
(*Nivel de evidencia I*)

CISPLATINO-PACLITAXEL:

Paclitaxel	175 mg/m2	EV(inf 3 hrs)	D 1
Cisplatino	75 mg/m2	EV (30 min-2 hra)	D 1

Repetir cada 21 semanas por 6 ciclos.
(*Nivel de evidencia II*)

VIII. COMPLICACIONES

8.1. TOXICIDADES POR QUIMIOTERAPIA

- Las toxicidades grado 3 y 4, más frecuentes son:
- Anemia.
- Trombocitopenia: Detenga quimioterapia hasta conteo de plaquetas > 100000/mm3
- Neutropenia: Detenga quimioterapia hasta recuento de glóbulos blancos > 3000/mm3.
- Mucositis G3/4: Descontinúe tratamiento

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

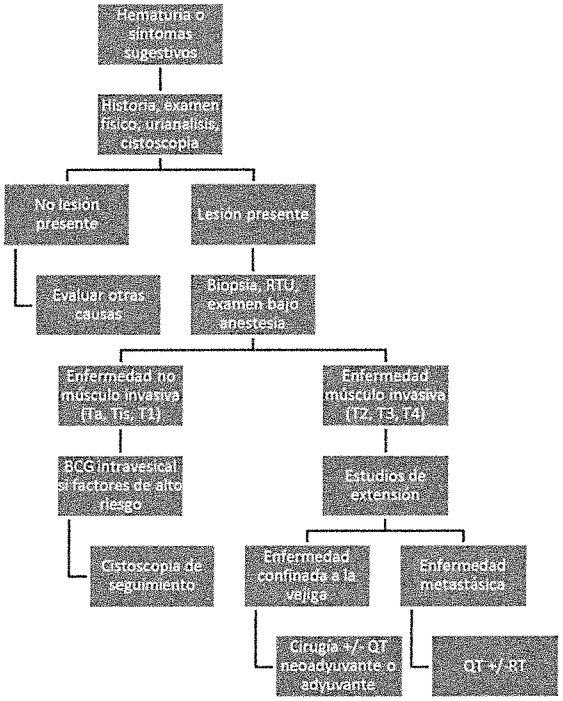
9.1. REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

1. El tratamiento primario de los pacientes con tumores vesicales incluye biopsia y terapia quirúrgica y deben efectuarse en hospitales de tercer nivel de acuerdo a la complejidad del caso.
2. La referencia del paciente al tercer nivel de atención debe ser con diagnóstico de certeza por histopatología.
3. Pacientes con cáncer de vejiga deben ser enviados a tercer nivel a servicios de oncología médica.

9.2. SEGUIMIENTO

No existe un protocolo estándar para seguimiento en los pacientes con cáncer de vejiga, en los pacientes que fueron sometidos a cirugía con preservación de vejiga, se recomienda estudio citológico y cistoscopia cada 3 meses, durante los 2 primeros años, y posteriormente cada 6 meses durante 5 años.

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(a) http://seer.cancer.gov/statfacts/
(b) Maxine Papadakis, Stephen J. McPhee, Michael W. Rabow. CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2013. LANGE.
(c) emedicine.medscape.com/article/438262-differential.
(d) ESMO guidelines for Bladder Cancer Treatment 2013.
(e) NCCN guidelines version 1.2013. Bladder Cancer.
(f) Actas urológicas españolas 33:361, 2009
(g) Advanced Bladder Cancer meta-analysis collaboration. Adjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analyisis of individual patient data. ABC meta-analysis collaboration. Eur Urol 2005, 48:189-199
(h) Temberg. Randomized phase III trial of high dose intensity MTX,vinblastine, doxorubicine and cisplatin (M-VAC) and GCSF vs classic MVA. JCO 200.

(u) Grossman HB Natale. Noadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomia alone for locally advanced bladder cancer. NEJM 2003; 349: 859-866.
(v)Griffiths G, Hall R. International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, MTX, vinblastine for muscle-invasive bladder cancer: Long term results of the BA0630894 trial. JCO 2011; 29: 217-2177.
(w) Advanced bladder cancer meta-analysis collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: Update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data. Eur Urol 2005; 48: 202-205 (x) Von der Masse. Gemcitabin and Cisplatin, MTX, vinblastine, doxorubicin and cisplatin in Advanced metastasic bladder cancer. Results of a alarge, randomized, multinational, multicenter phase III study. JCO 2000; 18:3068-3077.

1. Borden L.S et al. Bladder Cancer. Curr Opin Oncol 2003, 15:227.
2. Von der Maase et al, Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastin, doxorubicin and cisplatin in advanced or metastasic bladder cancer:results of a large randomized, multinational, multicenter phase III study.J.Clin Oncol 2000, 17:3068.
3. Sternberg CN, et al. Chemotherapy for bladder cancer: treatment guidelines for neodjuvant chemotherapy, bladder preservation, adjuvant chemotherapy and metastasic cancer.
4. Logothetis CJ, et al, A prospective randomized trial comparing MVAC and CISCA chemotherapy for patients with metastasic urothelial tract.J Clin Oncol 1990, 8:1050-1055.
5. National Cancer Comprenhensive Network (NCCN) Bladder Cancer Practice Guidelines. www.nccn.org.
6. American Joint Comité of Cancer (AJCC), Cancer Staging Manual, 9° edition (2009).
7. García J.A, et al, Systemic Chemotherapy for advanced bladder cancer: update and controversies . J. Clin. Oncol.2006;24: 5545-5551.