



# *TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOREFRACTARIO*

Realizada: Marzo de 2019



# TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOREFRACTARIO

NORMATIVA DE COBERTURA  
DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

FONDO NACIONAL  
DE RECURSOS

Realizada: Marzo de 2019

## FNR – Normativa de Cobertura

### TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOREFRACTARIO

El documento se encuentra disponible en: [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

La normativa incluye:

- Indicaciones con cobertura financiera por el Fondo Nacional de Recursos.

*El Fondo Nacional de Recursos es un Organismo Público No Estatal creado el 1o de diciembre de 1980 y regulado por la Ley N° 16.343 del 11 de enero de 1993 y su Decreto Reglamentario N° 358/93, que financia procedimientos médicos altamente especializados y medicamentos de alto costo, comprendidos en las normativas de cobertura vigentes, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, contribuyendo a la mejora de la calidad y a la sostenibilidad económico – financiera del Sistema.*

Fondo Nacional de Recursos  
18 de Julio 985, Galería Cristal 4to. Piso  
Tel: 2901 4091 - Fax: 2902 0783  
C.P. 11.100, Montevideo, Uruguay.  
Email: [fnr@fnr.gub.uy](mailto:fnr@fnr.gub.uy)  
[www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy)

**Técnica Asesora: Prof. Dra. Lucia Delgado**

Fondo Nacional de Recursos, Marzo de 2019. Este material puede ser reproducido total o parcialmente con fines de difusión, asistenciales y de capacitación. No se autoriza el uso comercial salvo autorización expresa del organismo.

Para citar esta normativa:

Fondo Nacional de Recursos (FNR): **“Tratamiento de cáncer de próstata metastásico hormonorefractario”**. Montevideo, Uruguay – Fondo Nacional de Recursos, Montevideo. Marzo 2019.

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	6
INDICACIONES CON COBERTURA DEL FNR.....	8
CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA INDICACIÓN EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON DOCETAXEL .....	8
Criterios de inclusión.....	8
Criterios de exclusión .....	8
Criterios a ser discutidos en forma personalizada.....	9
CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA INDICACIÓN EN PACIENTES QUE NO RECIBIERON QUIMIOTERAPIA.....	9
Criterios de inclusión.....	9
Criterios de exclusión .....	9
Criterios a ser discutidos en forma personalizada.....	9
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.....	10
AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTOS.....	11
Evaluación técnica de las solicitudes.....	11
Requisitos del trámite de autorización.....	11
Paraclínica necesaria para la autorización.....	13
SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS AUTORIZADOS .....	14
BIBLIOGRAFIA .....	15
ANEXO 1 .....	17
Criterios para definir progresión según valor de PSA - Prostate Cancer Working Group 3 (PCW3).....	17
ANEXO 2 .....	18
Manejo de Hipokalemia en pacientes en tratamiento con Abiraterona.....	18

## INTRODUCCIÓN

En el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Ministerio de Salud Pública ha iniciado un proceso de incorporación de medicamentos a la cobertura universal de salud. Los medicamentos de alto precio son financiados a través del FNR, de acuerdo con normativas de cobertura financiera elaboradas para cada caso.

La normativa es revisada periódicamente a efectos de adecuarla a la evolución de la evidencia científica disponible, así como al contexto específico del sistema de salud de nuestro país.

La incorporación de medicamentos a un sistema de cobertura universal, requiere contar con estrategias bien definidas para el control de las indicaciones y la evaluación de los resultados. La aplicación de esas herramientas permite tomar decisiones fundamentadas, con parámetros objetivos para la cobertura y sostenibles a lo largo del tiempo. De esta forma se establece una relación estrecha entre la calidad, la equidad y la sustentabilidad.

Es fundamental que los médicos tratantes y las instituciones de asistencia conozcan y manejen este marco normativo en el que se basa la cobertura financiera del FNR. El correcto llenado de los formularios, el envío en tiempo y forma de los datos de seguimiento son requisitos imprescindibles en el inicio y continuidad de los tratamientos.

Esta normativa fue elaborada por el equipo técnico del FNR, según la metodología general establecida, a partir de las recomendaciones de la Comisión Técnico Asesora creada por el artículo 10 de la Ley 16.343, con base en la revisión bibliográfica de la evidencia disponible y de las recomendaciones internacionales sobre indicaciones y políticas de cobertura.

### Cáncer de Próstata

En nuestro país, el cáncer de próstata, es el cáncer más frecuente en el hombre, con 1445 casos diagnosticados por año.

Se ubica en 2do-3er lugar como causa de muerte por cáncer en el hombre, con una mortalidad similar a la determinada por el cáncer colo rectal y que ronda los 599 casos promedio por año.

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma. Los sarcomas primarios y otros tipos de tumores de la próstata son más raros.

En los pacientes con enfermedad avanzada el tratamiento sistémico constituye el pilar del tratamiento. La terapia de deprivación androgénica es un componente fundamental del mismo.

En aquellos pacientes en quienes bajo esta terapia, se evidencia progresión lesional, se considera la hormonorefractariedad (o resistencia a la castración).

Para estos casos se encuentran aprobados los taxanos ( Docetaxel,Cabazitaxel ) y antiandrógenos como la Enzalutamida y la Abiraterona. Dichos fármacos presentan diferentes vías de administración y perfiles de efectividad-seguridad.

Para el tratamiento sistémico del cáncer de próstata resistente a la castración,el fármaco bajo cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos es la Abiraterona.

El acetato de Abiraterona es una pequeña molécula capaz de inhibir de forma irreversible la enzima CYP17 con la consiguiente inhibición en la síntesis de andrógenos dentro de la célula tumoral, así como en el testículo y en las glándulas suprarrenales. De esta forma reduce la concentración sérica de testosterona y otros andrógenos hasta niveles inferiores a los logrados con solo análogos de la LHRH o con orquiectomía

## INDICACIONES CON COBERTURA DEL FNR

Para el tratamiento de cáncer de próstata metastásico hormonorefractario el tratamiento bajo cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos es el Acetato de Abiraterona.

La cobertura financiera del FNR comprende las siguientes indicaciones:

- 1) Pacientes con cáncer de próstata metastásico, hormonorefractario, que tuvo progresión luego de quimioterapia con Docetaxel.
- 2) Pacientes con cáncer de próstata metastásico, hormonorefractario, en progresión sin quimioterapia previa.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA INDICACIÓN EN PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON DOCETAXEL

#### Criterios de inclusión

El FNR cubrirá el tratamiento en pacientes que reúnan estas condiciones:

- Adenocarcinoma prostático, metastásico
- Testosterona sérica en rango de castración ( $\leq$  a 50 ng/dl o 2nmol/l )
- Progresión de la enfermedad, definida como 2 aumentos consecutivos en valor de PSA a partir de un valor de referencia, y/o, evidencia radiológica de progresión en hueso o tejidos blandos.
- ECOG Performance Status de 2 o menor
- Expectativa de vida de al menos 3 meses

#### Criterios de exclusión

- Ausencia de confirmación anatomopatológica
- Haber recibido más de 2 líneas de quimioterapia previas
- Metástasis encefálicas
- Alteración de las transaminasas ( $\geq$  2,5 veces el valor de referencia en los que no tienen metástasis hepáticas y  $\geq$  5 veces el valor de referencia en aquellos con metástasis hepáticas)
- Hepatopatía crónica
- HTA no controlada
- Insuficiencia pituitaria o suprarrenal conocida
- Tto previo con Ketoconazol.
- Enfermedad cardiovascular u otra comorbilidad severa
- Albúmina menor de 3g/dl



- Otra enfermedad neoplásica maligna salvo cáncer de piel no melanoma resecao o melanoma in situ
- Haber recibido Abiraterona u otro inhibidor CYP17

#### **Criterios a ser discutidos en forma personalizada**

- Pacientes con un único criterio de exclusión.

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA INDICACIÓN EN PACIENTES QUE NO RECIBIERON QUIMIOTERAPIA**

##### **Criterios de inclusión**

El FNR cubrirá el tratamiento en pacientes que reúnan estas condiciones:

- Adenocarcinoma prostático, metastásico
- Paciente asintomático o levemente sintomático
- Testosterona sérica en rango de castración ( $\leq$  a 50 ng/dl o 2nmol/l )
- Progresión de la enfermedad, definida como 2 aumentos consecutivos en valor de PSA a partir de un valor de referencia, y/o, evidencia radiológica de progresión en hueso o tejidos blandos.
- ECOG Performance Status de 2 o menor
- Expectativa de vida de al menos 3 meses

##### **Criterios de exclusión**

- Ausencia de confirmación anatomopatológica
- Metástasis viscerales y/o encefálicas
- Alteración de las transaminasas (  $\geq$  2,5 veces el valor de referencia en los que no tienen metástasis hepáticas y  $\geq$  5 veces el valor de referencia en aquellos con metástasis hepáticas)
- Hepatopatía crónica
- HTA no controlada
- Insuficiencia pituitaria o suprarrenal conocida
- Tto previo con Ketoconazol.
- Enfermedad cardiovascular u otra comorbilidad severa
- Albúmina menor de 3g/dl
- Otra enfermedad neoplásica maligna salvo cáncer de piel no melanoma resecao o melanoma in situ
- Haber recibido Abiraterona u otro inhibidor CYP17

#### **Criterios a ser discutidos en forma personalizada**

- Pacientes con un único criterio de exclusión

## PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Presentación: Abiraterona comprimidos de 250 mg

Posología:

La dosis recomendada es de 1.000 mg (cuatro comprimidos de 250mg) en única toma diaria alejado de las comidas .Se le asocia Prednisona 5 mg cada 12 hs.

Los ciclos son de 30 días, y el mismo se indica hasta progresión o intolerancia.

Se debe mantener la castración médica con un análogo de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) durante el tratamiento en los pacientes no sometidos a castración quirúrgica.

## AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTOS

En todos los pacientes se tomará en cuenta además de su patología oncológica, una valoración integral que incluya edad, comorbilidades, calidad de vida, y pronóstico, de tal manera que de la evaluación surja una expectativa de vida razonable.

Las complicaciones o efectos colaterales derivadas del tratamiento deberán ser resueltas por la institución en la cual se asiste el paciente (institución de origen).

### Evaluación técnica de las solicitudes

La autorización de tratamientos por parte del FNR se hará basándose en la evaluación técnica de las solicitudes, requiriéndose para ello el envío de la documentación que se especifica más adelante

### Requisitos del trámite de autorización

#### ➤ Ingreso de la solicitud

Las solicitudes de tratamiento serán ingresadas al sistema informático del Fondo Nacional de Recursos a través del Portal, en donde se estudiará la pertinencia de la indicación en función de la presente normativa, verificándose además el cumplimiento de los aspectos administrativos necesarios para dar curso a la misma.

#### ➤ Indicación

La indicación del tratamiento con Abiraterona, constituye una etapa indisoluble del tratamiento integral del paciente. En consecuencia es responsabilidad del médico oncólogo tratante y de la institución asistencial que da cobertura al paciente.

El formulario de solicitud debe ser firmado por el médico oncólogo tratante, identificado con su número de caja profesional

#### ➤ Documentación necesaria

La documentación que debe adjuntarse incluye:

- Fotocopia de Cédula de Identidad del paciente.
- Formulario de inicio de trámite.

El formulario de inicio de trámite es un formulario preimpreso, cuyo modelo es aportado por el FNR y en dónde deben ser llenados los datos identificatorios del paciente y de contacto, datos del referente, datos del prestador de salud, prestación solicitada. Este formulario deberá ser digitalizado y adjuntado junto con la otra documentación solicitada.

- **Hoja de consentimiento informado**

El trámite de solicitud debe acompañarse del consentimiento informado del paciente a los efectos de la realización del tratamiento solicitado. Este consentimiento será recabado por el médico tratante en un modelo de consentimiento aportado por el FNR. Deberá constar en el mismo la firma del médico y del paciente. Para el caso de pacientes menores de edad o incapaces, el consentimiento será firmado por sus padres, tutores o curadores. Tal como se expresa en el punto anterior el documento debe ser digitalizado y adjuntado.

- **Consentimiento para el uso de datos personales en evaluaciones de resultados sanitarios del FNR**

Este consentimiento debe acompañar también la documentación que debe ser adjuntada. En el mismo se recaba la voluntad del paciente para que el equipo de técnicos del FNR realice auditorias y evaluaciones de resultados de los procedimientos y medicamentos financiados en base a los datos que surgen del tratamiento. Estas evaluaciones también pueden ser realizadas por entidades académicas o científicas debidamente avaladas por el FNR. En todos los casos se preserva la identidad de las personas.

- **Formulario de Solicitud de Tratamiento (electrónico)**

Los datos médicos que justifican la indicación del tratamiento deben ser recogidos en el Formulario de Solicitud. Se trata de un modelo aportado por el FNR y que contiene datos sobre las condiciones del paciente y la patología de la cual surge la indicación del tratamiento solicitado. El FNR registrará en su base de datos la información de este formulario por lo cual es imprescindible registrar en forma completa todos los ítems consignados en los casilleros correspondientes. Cualquier omisión en su llenado no permitirá el ingreso de la solicitud.

- **Historia Clínica**

Resumen de historia clínica que debe ser completa y claramente legible, destacando los principales hechos clínicos y la evolución, de tal manera que de su lectura y análisis resulten claramente los motivos de la indicación.

El envío de este resumen de historia clínica es indispensable, ya que la información que se aporta en un formulario precodificado (altamente funcional a los efectos de registro) es necesariamente parcial y en ocasiones no refleja cabalmente la situación del paciente.

### Paraclínica necesaria para la autorización

Es indispensable que al paciente se le hayan realizado los siguientes estudios, que deberán ser enviados al FNR:

- Anatomía Patológica completa que confirme Adenocarcinoma prostático.
- Determinación hormonal que documente la castración química
- Curva de PSA con inclusión de valor actual
- Imagenología de TX-Abd-Pelvis
- Imagenología de cráneo si hay sospecha clínica de secundarismo encefálico
- Centellograma óseo
- Ionograma con calcemia
- Funcional hepático
- Hemograma
- Azoemia y creatininemia
- ECG, ecocardiograma

Quedará a criterio del FNR la necesidad de solicitar que se actualicen o amplíen los estudios paraclínicos.

En caso que surja la necesidad de ampliar información respecto a la situación clínica y a la evolución, el FNR podrá recabar información con el médico tratante, con el paciente o con la institución de origen.

## SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS AUTORIZADOS

1. Autorizado el tratamiento con Abiraterona en las condiciones establecidas, el FNR emitirá autorización a la Institución de origen del paciente, en base a la cual se entregará la dosis de tratamiento autorizada, a través de los mecanismos que se consideren pertinentes. Concomitantemente, podrá contactarse al paciente para ser evaluado en el FNR.
2. Para la continuación del tratamiento autorizado, la institución de origen del paciente deberá ingresar en formulario on – line la solicitud de dosis posteriores para el próximo mes. Se deben declarar las complicaciones que presenta al paciente, así como eventos adversos que puedan llevar a la discontinuación del tratamiento.
3. Evaluación de respuesta al tratamiento cada tres meses, se debe adjuntar:
  - **Curva de PSA con valor actualizado**
  - Imagenología correspondiente.
  - Informe del oncólogo tratante consignando la respuesta clínica.

Los criterios de suspensión del tratamiento son:

- Progresión lesional bajo tratamiento ( Criterios Recist, criterios clínicos, valores de PSA de acuerdo a PCWG3-Anexo1)
  - Intolerancia al tratamiento
4. Al finalizar o suspender el tratamiento, el médico oncólogo tratante deberá informarlo al FNR en ítem correspondiente incluido en formulario de solicitud de dosis mensuales, haciendo constar dosis y fecha de la última serie de tratamiento y, en caso de suspensión, causa y fecha de la misma.
  5. El FNR implementará actividades de auditoría, seguimiento y control técnico – administrativo de este tratamiento al igual que de los demás procedimientos que financia, incluyendo consultas directas a los pacientes tratados, control de historias clínicas y otras que entienda pertinentes para el cumplimiento de sus fines.
  6. Todos los formularios referidos en la presente normativa se encuentran disponibles en la página Web del FNR [www.fnr.gub.uy](http://www.fnr.gub.uy).

**Las Instituciones que no cumplan con el envío de la información requerida en esta normativa, podrán quedar excluidas de nuevos tratamientos hasta tanto no regularicen la información pendiente**

## BIBLIOGRAFIA

1. Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., Christopher J. Logothetis, M.D., Arturo Molina, M.D., Karim Fizazi, M.D., Ph.D., Scott North, M.D., Luis Chu, M.D. et al. , Abiraterone and Increased Survival in Metastatic Prostate Cancer, *The New England Journal of Medicine*, may 26, 2011, vol. 364, n° 21, pp: 1995-2005
2. Joice Rocha PhD, Armen G. Aprikian MD, Marie Vanhuysse MD, Fabio L. Cury MD, Jason Hu BSc, et al , Impact of abiraterone acetate with and without prior docetaxel chemotherapy on the survival of patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a population-based study. *CMAJ OPEN*, 2017, 5(1), pp: 265-272
3. Charles J. Ryan, M.D., Matthew R. Smith, M.D., Ph.D., Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., Arturo Molina, M.D., Christopher J. Logothetis, M.D., Paul de Souza, M.B., et al . Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy, *The New England Journal of Medicine*, December 31, 2012.
4. National Comprehensive Cancer Network. Prostate Cancer. (Version 1.2017). [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/prostate.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf).
5. Barrios E & Garau M. Epidemiología del cancer en uruguay y el mundo. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2017;4(1):9-47 Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos
6. Charles J Ryan, Matthew R Smith, Karim Fizazi, Fred Saad, Peter F A Mulders, Cora N Sternberg, et al , Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naive men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. Published online January 16, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71205-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71205-7) [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology)
7. De Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2011;364:1995-2005. Clinical Study Protocol: COU-AA-301 A Phase 3, Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Study of Abiraterone Acetate (CB7630) Plus Prednisone in Patients with Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Who Have Failed Docetaxel-Based Chemotherapy
8. Abiraterone for treating metastatic hormone-relapsed prostate cancer before chemotherapy is indicated Technology appraisal guidance, Published: 27 April 2016 [nice.org.uk/guidance/ta387](http://nice.org.uk/guidance/ta387)
9. Howard I. Scher, Michael J. Morris, Walter M. Stadler, Celestia Higano, Ethan Basch, Karim Fizazi, et al , Trial Design and Objectives for Castration-Resistant Prostate Cancer: Updated Recommendations From the Prostate Cancer Clinical

Trials Working Group 3, Published Ahead of Print on February 22, 2016, The latest version is at <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2015.64.2702>

10. Zytiga/European Medicines Agency. Disponible en : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zytiga#product-information-section>
11. Howard I. Scher, Susan Halabi, Ian Tannock, Michael Morris, Cora N. Sternberg, Michael A. Carducci, et al , Design and End Points of Clinical Trials for Patients With Progressive Prostate Cancer and Castrate Levels of Testosterone: Recommendations of the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group, JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY VOLUME 26, NUMBER 7, MARCH 1, 2008
12. Miguel Arrabal Martín, José Luis Artiles Hernández, Mónica de Cabo Ripoll, Venancio Chantada Abal, Ángel Elizalde Amatria, Javier Extramiana Cameno, et al, Protocolo de actuación en Pacientes con Cáncer de Próstata resistente a la castración, Asociación Española de Urología, 2014
13. Chung-Han Lee, MD, PhD; Philip Kantoff, MD; Treatment of Metastatic Prostate Cancer in 2018, Clinical Review & Education, JAMA Oncology Published online December 27, 2018, [jamaoncology.com](http://jamaoncology.com)
14. Provincial Health Services. Authority British Columbia Cancer. UGUPABI Protocol. Protocol Summary for Palliative Therapy for Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer Using Abiraterone and predniSONE. Activated: 1 Nov 2011 Revised: 1 Aug 2018. Canada. Disponible en : <http://www.bccancer.bc.ca/>



## ANEXO 1

### Criterios para definir progresión según valor de PSA - Prostate Cancer Working Group 3 (PCW3)

- **Pacientes en quienes no hubo reducción de valor de PSA:** Se define progresión como aumento de PSA  $\geq 25\%$  en relación a PSA basal y un valor de PSA  $> 2$  ng/ml.

Debe confirmarse con segundo valor.

- **Pacientes en quienes el PSA había disminuido:** Se define progresión cuando PSA aumenta  $\geq 25\%$  en relación al valor de PSA más bajo (nadir) y es  $\geq 2$  ng/ml.

Debe confirmarse con segundo valor.

## ANEXO 2

## Manejo de Hipokalemia en pacientes en tratamiento con Abiraterona.

Grado de Hipokalemia	Conducta terapéutica en relación a Hipokalemia	Mantenimiento
Historia de hipokalemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ionograma semanal</li> </ul>	Titular dosis para mantener potasemia entre 3,5 mEq/L y 5 mEq/L
<b>Grado 1</b> (K entre 3,5 mEq/L y 3 mEq/L, <b>asintomático</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar reposición con potasio vo o iv. Considerar dosificar magneemia</li> </ul>	Titular dosis para mantener potasemia entre 3,5 mEq/L y 5 mEq/L
<b>Grado 2</b> ( K entre 3,5 mEq/L y 3mEq/L , <b>sintomático</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspender Abiraterona hasta que se se corrija potasemia.</li> <li>Iniciar reposición con potasio vo o iv.</li> <li>Considerar dosificar magneemia</li> </ul>	Titular dosis para mantener potasemia entre 3,5 mEq/L y 5 mEq/L
<b>Grado 3</b> (K entre 3 mEq/L y 2,5 mEq/L)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspender Abiraterona hasta que se se corrija potasemia.</li> <li>Monitorización electrocardiográfica.</li> <li>Iniciar reposición con potasio vo o iv.</li> <li>Considerar dosificar magneemia</li> </ul>	
<b>Grado 4</b> (K < 2,5 mEq/L)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspender Abiraterona hasta que se se corrija potasemia.</li> <li>Motorización electrocardiografica.</li> <li>Iniciar reposición con potasio vo o iv.</li> <li>Considerar dosificar magneemia</li> </ul>	