

# Poniendo cara al Cáncer de Próstata

## GUÍA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN TRATAMIENTO



Con el patrocinio



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales



Edita:



Asociación Oncológica Extremeña

*gracias a un convenio con la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales*

Han elaborado esta guía:

**Luis Tobajas Belvis**

*Director General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias*

**Dr. Jorge Mariño del Real**

*Jefe de Servicio de Urología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz*

**Dra. Julia Luisa Muñoz García**

*Jefa de Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Infanta Cristina de Badajoz*

**Dr. Pablo Borrega García**

*Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres*

**D<sup>a</sup> Marta Nadal Delgado**

*Psicooncóloga Asociación Oncológica Extremeña*

**D<sup>a</sup> Raquel Cano Sánchez**

*Trabajadora Social Asociación Oncológica Extremeña*

**Diseño y maquetación:** Imprenta Rayego. Badajoz.



## PRÓGOLO

La prevención y detección temprana de las patologías neoplásicas constituyen una prioridad epidemiológica de primer orden en el mundo actual. El cáncer de próstata (CP) es la tercera neoplasia más frecuente en hombres en España, tras el cáncer de pulmón y colorrectal, constituyendo además la tercera causa de mortalidad por neoplasia.

Si bien se han identificado muchos factores potencialmente modificables relacionados con la aparición y desarrollo de tumores malignos en la próstata, no existe aún evidencia de estrategias que logren reducir su incidencia de manera significativa. Estas características sumadas a la baja incidencia de síntomas en los estadios tempranos de la enfermedad, más del 60% de los pacientes con cáncer de próstata están asintomáticos, imponen la necesidad de modificar e idealmente detener su progresión una vez detectada.

Para lograr este objetivo, el principal recurso con el que se cuenta hoy en día es el screening, estrategia que ha demostrado su utilidad en reducir las muertes por CP. Para su detección precoz, se utilizan técnicas como la determinación del antígeno prostático en suero (PSA), tacto rectal, biopsias y ecografía transrectal. En general, el cribado con el PSA permite reducir un 21% la mortalidad por cáncer de próstata a los 11 años y desde hace más de 20 años el PSA ha sido considerado como la mejor herramienta, pero este antígeno puede producir elevaciones falsamente positivas también en otras situaciones como en la hiperplasia benigna de próstata y la prostatitis que son confirmadas mediante biopsia. Además, las biopsias no necesarias generan ansiedad en los pacientes e incrementan el gasto en el sistema sanitario público.

El hallazgo de nuevos marcadores con una alta especificidad en el diagnóstico del CP centra gran parte de las investigaciones actuales. Cabe destacar el Antígeno prostático gen 3 (PCA3) un marcador que se sobreexpresa en el 95% de los CP cuando se comparan con tejido prostático normal o con hiperplasia benigna de próstata.

Los pacientes con sospecha de CP deben tener una confirmación diagnóstica, siendo el estándar actual la biopsia transrectal de próstata. Algunos métodos clínicos y de laboratorio para caracterizar y tipificar la enfermedad una vez diagnosticada son, además del tacto rectal, el estudio de imágenes como la ecografía transrectal, TAC y RNM.



Las principales opciones terapéuticas en los hombres con un CP localizado incluyen: 1) la vigilancia activa; 2) la prostatectomía radical retropúbica o perineal, asociada o no a radioterapia postoperatoria sobre los márgenes de la próstata y la pelvis; 3) la radioterapia con haz externo, y 4) la braquiterapia asociada o no a radioterapia con haz externo sobre los márgenes de la próstata o la pelvis. En pacientes no candidatos a tratamiento curativo, existen también buenas opciones paliativas como la hormonoterapia, quimioterapia y radioterapia.

Las opciones terapéuticas se deben individualizar en función de la patología asociada en el paciente, la esperanza de vida, la probabilidad de curarlo y las preferencias personales basadas en el conocimiento de la posible morbilidad asociada a cada alternativa. Cada vez se recomienda más una forma de tratamiento interdisciplinar, que integre la cirugía, la radioterapia, la privación androgénica, la atención psicológica, la evaluación psicosocial continua del paciente y el diagnóstico de los criterios de riesgo social.

El variado espectro de alternativas terapéuticas y el buen pronóstico en caso de detección precoz del CP, hacen vital desarrollar políticas de difusión sobre los alcances de esta enfermedad, y la importancia de su búsqueda en la población masculina de nuestro país.

**D. Luis Tobajas Belvis**  
*Director General de Planificación Formación y  
Calidad Sanitaria y Sociosanitaria. Junta de Extremadura*



## ¿cómo se trata el cáncer de próstata?

Los hombres con cáncer de próstata tienen diferentes opciones de tratamiento. Estas opciones son:

- Vigilancia activa
- Cirugía
- Radioterapia
- Terapia hormonal
- Quimioterapia
- Inmunoterapia

Es posible que en la evolución de la enfermedad tengan que aplicarse más de un tipo de tratamiento. El tratamiento más adecuado para cada paciente depende de varios factores como son la edad, el grado del tumor, el estadio tumoral, los síntomas del paciente y el estado general de salud del paciente.



### Vigilancia activa

Es una opción indicada en casos muy seleccionados de cáncer localizado y con unos criterios muy específicos en los que no es imprescindible un tratamiento radical. Se realizarán una serie de seguimientos periódicos muy estrictos, con analíticas, biopsias prostáticas y pruebas de imagen, y se pospone

el tratamiento hasta que los resultados de estas pruebas indiquen que el tumor está creciendo o cambiando.

### Prostatectomía radical

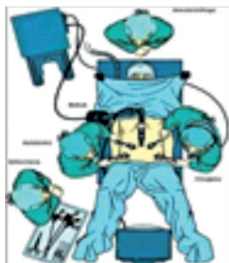
Consiste en la extirpación de toda la próstata y las vesículas seminales mediante una intervención quirúrgica. Se puede realizar de diversas maneras, siendo las más comunes:



-Intervención suprapúbica, en la que se realiza una incisión de unos 12-14 cms por encima del pubis, y se extirpa la próstata, las vesículas seminales y los ganglios de alrededor en los casos en los que sea necesario.

-Cirugía laparoscópica, en la que se realiza una pequeña incisión de 1 cm debajo del ombligo por la que se introduce una cámara que





permite ver el interior y otras 3-4 pequeñas incisiones por las que se introduce el instrumental para realizar la intervención. Cuando se dispone de la tecnología, la intervención puede ser asistida por sistemas robóticos. El Urólogo le explicará en qué consiste la cirugía, y los posibles riesgos y complicaciones de la misma.

## ¿radioterapia en el tratamiento del cáncer de próstata?

La radioterapia es una modalidad de tratamiento que utiliza radiaciones ionizantes bien solas o combinadas con otros agentes como la hormonoterapia, quimioterapia y terapias biológicas para el tratamiento principalmente de las neoplasias malignas.

La radioterapia tiene un papel fundamental en el tratamiento multidisciplinario del cáncer en general y del cáncer de próstata en particular.

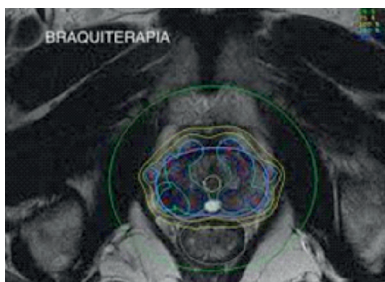
En el cáncer de próstata la radioterapia en sus diferentes modalidades (radioterapia externa o braquiterapia), compite en resultados de tratamiento con la cirugía en los cánceres localizados y es el tratamiento de elección en cánceres con extensión más allá de la próstata y en los pacientes mayores por su menor morbilidad.

La radioterapia moderna mediante técnicas conformadas, de intensidad modulada de dosis, con imagen guiada, de estereotaxia y braquiterapia, han conseguido mejorar los resultados del tratamiento, disminuir los efectos secundarios en los tejidos próximos al tumor, reducir los tiempos de tratamiento, mejorar el impacto emocional y la personalización de los tratamientos.

La radiación actúa destruyendo las células tumorales o impidiendo que crezcan y se dividan. Como las células tumorales crecen y se dividen con más rapidez que las células normales, la radioterapia actuará de manera más intensa sobre las células tumorales y, aunque las células normales también pueden afectarse, normalmente la mayoría de estas se recuperan de los efectos de la radiación.



Las radiaciones ionizantes (haces penetrantes de alta energía o partículas llamada radiación) utilizadas en radioterapia, proceden de maquinas de alta tecnología como los aceleradores lineales (Figura 1) o de ciertos isótopos radiactivos como el Iridio-192 y el Yodo-125 entre otros (Braquiterapia).



En el cáncer de próstata, están indicadas tanto la radioterapia externa como la braquiterapia. Ambos tratamientos pueden utilizarse como tratamientos exclusivos o bien asociados, empleando la braquiterapia como sobreimpresión.

En cáncer de próstata, existen dos modalidades de braquiterapia en función de la rapidez con la que se administra la radiación (alta y ba-

ja tasa de dosis, implantes temporales y permanentes). Ambas son técnicas de braquiterapia intersticial, con similares indicaciones y cuya elección depende de la experiencia del centro y su disponibilidad.

La radioterapia, como la cirugía, es un tratamiento local, que afecta exclusivamente a las células tumorales en el área específica del cuerpo tratada y puede utilizarse bien, como tratamiento único o después de la cirugía como tratamiento complementario a la misma o como rescate para parar el crecimiento de las células no extirpadas. La radioterapia se utiliza también en combinación con hormonoterapia, quimioterapia o tratamientos biológicos para mejorar los resultados del tratamiento, pudiéndose dar la radioterapia antes, durante o después de estos tratamientos.

El proceso del tratamiento con radioterapia se inicia con la **primera visita** que realiza el oncólogo radioterápico, donde se decide, tras valoración de la historia clínica, analíticas, exploraciones radiológicas, cirugías previas y exploración física, la opción de tratamiento mas adecuada.

El siguiente paso se denomina **simulación**; el paciente se colocará, en la posición en la que será tratado



cada día, se inmovilizaran las piernas para asegurar la posición correcta y se realizará un TAC para definir el área de tratamiento. Se marcarán en la piel unos tatuajes o puntos con tinta permanente, que servirán de referencia para el posicionamiento diario e, incluso, si pasados los años se debe tratar nuevamente la zona, poder recordar de la manera más fiable posible las áreas irradiadas.

En colaboración con el radiofísico, el oncólogo radioterápico decidirá cual es la mejor **planificación** o estrategia para tratar la zona tumoral, protegiendo al máximo los órganos y estructuras críticas de alrededor y ya estará dispuesto para comenzar el tratamiento.

El número de sesiones a administrar es muy variable y está en función de la intención del tratamiento (curativa o paliativa), del tamaño y localización del tumor, el estado de salud del paciente, y de otros trata-

mientos que esté recibiendo, entre otras variables. En general el tratamiento estándar, consiste en la administración de una sesión diaria, cinco días de la semana, durante 6 a 8 semanas en los tratamientos curativos y en 1 a 3 semanas para los tratamientos paliativos. Las técnicas modernas de radioterapia como la intensidad modulada de dosis y la estereotaxia permiten administrar dosis de radiación más altas al día disminuyendo el número de sesiones totales necesarias, lo que se denomina tratamiento hipofraccionado. Tratamientos más cortos que precisan de menos desplazamientos y por tanto más convenientes para el paciente y sus familias.

Es importante evitar las interrupciones en el tratamiento con el fin de garantizar el mayor beneficio posible; aunque siempre hay que contar con las interrupciones por averías de las máquinas o revisiones de las mismas.

## ¿qué consejos puede seguir durante el tratamiento de radioterapia?

Descanse lo que necesite, procure pasear media a una hora cada día.

Hable, comuníquese con su familia, amigos y personal sanitario que

le cuidan, solo le podrán ayudar si conocen el problema que tiene. El silencio y el aislamiento pueden llevar hacia la depresión y el miedo.

La radioterapia como tal tratamiento no afecta a la mente del paciente, no obstante, indirectamente



puede, conjuntamente con la situación general, el cansancio y otras alteraciones, afectar emocionalmente al paciente.

La radioterapia externa no le convierte en radiactivo y por tanto no es necesario evitar estar con otras personas durante el tratamiento. No hay riesgo de exposición a la radiación por abrazar, besar o tener relaciones sexuales.

Necesariamente no debe limitar su actividad, y esta dependerá de que tenga efectos secundarios y de la severidad de estos.

Se deben utilizar métodos anticonceptivos, durante y después del tratamiento si la pareja está en período fértil.

Vigile semanalmente su peso, y como regla general no es necesario que acuda en ayunas para recibir su sesión diaria de radioterapia.

### Cuidados de la piel

Aunque la mayoría de los pacientes irradiados por cáncer de próstata no experimentan reacciones significativas de la piel, en ocasiones puede aparecer una ligera descamación en la zona interglútea. Se recomienda:

- No usar polvos, cremas, perfumes, desodorantes, lociones, aceites o remedios caseros durante el tratamiento y varias semanas después, a menos que haya sido prescrito por su médico o enfermero/a.

- Mantener una correcta higiene perianal después de cada defecación.

- Utilizar en la ducha jabones neutros y agua caliente (pero no demasiado), permitiendo que corra sobre la zona y secarse con una toalla de algodón suave con un masaje y no restregarse.

- Mantener la piel de los pliegues del abdomen secos y limpios.

- Utilizar ropa interior holgada y de algodón, para favorecer la transpiración.

- Hidratar la piel con cremas sin alcohol y sin perfumes que se le hayan recomendado.

- En caso de enrojecimiento o descamación de la piel consultar con su médico o enfermero/a.

### A nivel vesical

Es muy importante mantener la vejiga en las mismas condiciones que el día del TAC se simulación para reducir el riesgo posterior de inflamación vesical o cistitis. Para ello se recomienda:

- Llenar la vejiga cada día antes de la sesión de radioterapia con la misma cantidad de líquido del día del TAC de simulación.

- Controlar los síntomas tales como: escozor o dolor al orinar, sangre en la orina, sensación de vaciado incompleta o de urgencia mic-



cional, fiebre,... Consultar con su médico o enfermero/a.

Se recomienda incluir en la dieta los zumos de arándanos y manzana para reducir riesgo de cistitis. En caso de pacientes diabéticos, consulta con su enfermero/a.

### **Anivel rectal o intestinal:**

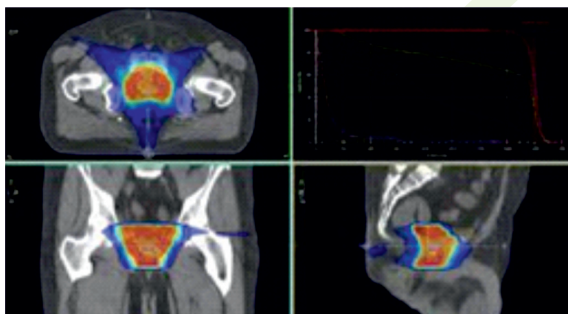
Se recomienda defecar antes del tratamiento con el fin de que el recto este vacío y las condiciones sean similares al día de la simulación.

Durante el tratamiento o incluso al finalizar el mismo pueden aparecer síntomas como tenesmo rectal o la sensación de tener ganas de hacer de vientre tras una deposición, diarrea y dolor abdominal. En general estos síntomas son transitorios y desaparecen en unos meses aunque hay pacientes en los que pueden durar mas tiempo y precisar control de la dieta. También hay algunos pacientes que pueden tener rectorragias, o sangre con las heces. Esto podría suceder si existiera alguna pequeña fisura en la zona anal, hemorroides o inflamación de la mucosa rectal (proctitis). Se recomienda aumentar los cuidados higiénicos después de cada deposición y si persiste consultar con su oncólogo ra-

dioterápico para su diagnóstico y tratamiento.

Es muy importante que durante el tratamiento, intente mantener el mismo peso con fin evitar cambios del volumen abdominal.

Semanalmente durante el tratamiento será valorado por su especialista en Oncología Radioterápica para valorar los síntomas que pueda presentar en relación con la radioterapia e iniciar el tratamiento necesario.



Tras la finalización del tratamiento será citado en la consulta de Oncología Radioterapia cada 3 a 6 meses los 5 primeros años y anualmente posteriormente para evaluar el resultado del tratamiento y cualquier efectos secundario relacionado.

Consulte cualquier duda sobre su tratamiento, la medicación que precise o la aparición de síntomas inesperados.

## cáncer de próstata metastásico

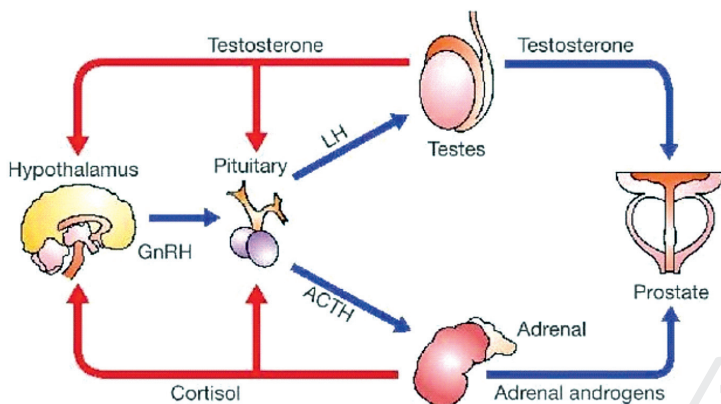
El cáncer de próstata es una enfermedad que con tratamiento local (cirugía o radioterapia) se curará en un 75-80% de los pacientes.

A pesar de ello un 25% de los pacientes desarrollará enfermedad metastásica fundamentalmente ósea. Llegado a ésta situación se trata de una enfermedad incurable donde el objetivo del tratamiento es conseguir el mejor control de síntomas del paciente y prolongar su supervivencia.

Dado que se trata de un tumor hormonosensible, dependiente para su desarrollo y expansión de la testosterona- la hormona masculina producida en su mayor proporción en los testículos-, la privación de la misma en las diferentes fases de su producción y metabolismo (Figura 1),

permite el control de la enfermedad y de sus síntomas. La supresión de testosterona puede conseguirse, o bien extirpando los testículos (la llamada orquiectomía) o bien mediante fármacos que actúen selectivamente en las hormonas hipofisarias (producidas en el cerebro) que favorecen la secreción de testosterona. Es un tratamiento muy efectivo pero no exento de efectos secundarios como disminución del deseo sexual, impotencia, sofocos, crecimiento del tejido mamario, debilidad muscular, pérdida de masa ósea y un mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad coronaria.

Dependiendo de la cantidad de hueso afecto al diagnóstico el tratamiento puede ser el indicado, o bien añadir al mismo quimioterapia basa-



da en una droga llamada Docetaxel que ha demostrado mejorar el tiempo hasta la progresión de la enfermedad y la supervivencia del paciente a límites hasta ahora desconocidos.

A pesar de la efectividad de este tratamiento la enfermedad progresará, y para esta situación se han diseñado drogas como la abiraterona (que es un inhibidor de los andrógenos (testosterona) que actúa a los 3 niveles: nivel de los testículos, nivel de la glándula adrenal, y de las propias células tumorales) o la enzalutamida (que impiden la unión de la hormona a la célula tumoral). Ambos son fármacos de administración oral, con pocos efectos secundarios, predecibles, y fácilmente controlables.

Un avance sustancial ha sido la incorporación de fármacos dirigidos contra el hueso, que es la localización más frecuente de metástasis, como es el Radio 223. Todos estos fármacos consiguen un mejor control de síntomas, una prolongación hasta la aparición de complicaciones óseas, un retraso en el uso de fármacos frente al dolor y una mejoría en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.

En resumen, en los últimos años los avances en el conocimiento de la enfermedad han propiciado el desarrollo de fármacos cada vez más selectivos, con mayor efectividad que hacen pensar en un futuro mucho más prometedor para los pacientes con cáncer de próstata y enfermedad metastásica.

## apoyo psicológico

Sin duda, el cáncer de próstata es un gran objetivo de terapia psicológica por su aumento en número de casos, así como por los efectos secundarios del mismo y del tratamiento en la calidad de vida del sujeto y de su pareja.

En el caso del cáncer de próstata hay una elevada probabilidad de que los efectos del tratamiento repercutan de forma importante en la

calidad de vida del paciente. Nos referimos sobretodo a las posibilidades de sufrir incontinencia urinaria y/o disfunción eréctil, pero también a otros, como la pérdida de la libido, alteraciones del humor...

Las repercusiones psicológicas debidas al cáncer de próstata suman dos aspectos: aquellos relacionados con el cáncer en general, y las propias de la localización de la enfermedad y el tratamiento.



-En cuanto a las repercusiones psicológicas del cáncer, éstas se deben a que la población suele atribuirle un significado de muerte, estigma por la incertidumbre, todavía presente hoy en día, sobre sus causas y posibilidades de curación. Los trastornos más frecuentes en el estado de ánimo son ansiedad y depresión. También pueden haber periodos de insomnio, anorexia e interrupción de las actividades cotidianas, además de miedo persistente por la posibilidad de recaída.

-El cáncer de próstata supone, por los efectos de su tratamiento, una amenaza para el paciente, debido a la percepción de daño a su auto-imagen y a su masculinidad. Esto puede afectar seriamente a las relaciones de pareja, y a la propia autoestima del afectado. Las posibles problemáticas como la incontinencia y la impotencia sexual, dañan la concepción del paciente como hombre, le llenan de vergüenza y de incomodidad.

El cáncer de próstata puede suponer un reto importante en la vida del afectado. Marca muchos aspectos de su vida, tanto personales, como labores y sociales. Por ello puede ser importante recibir soporte psicológico, individual o de pareja,

cuando los recursos habituales en la vida del paciente, no sean suficientes. Una forma de intentar evitar que se incrementen el malestar y angustia del paciente, es obtener el máximo nivel de información sobre la enfermedad, el tratamiento y sus efectos secundarios. Una buena comunicación con el médico es una de las claves para conseguir la tranquilidad y sensación de control del paciente.

El establecimiento de objetivos terapéuticos es complicado por el compromiso que las problemáticas que presenta el paciente. Independientemente de la demanda concreta que exprese el afectado, de forma general sus motivos de consulta más frecuentes están relacionados con aspectos sexuales, de pareja y de adaptación a una nueva situación física





## apoyo social

Aparte de tener que hacer frente a la enfermedad y a las repercusiones psicológicas que conlleva el cáncer de próstata algunos pacientes pueden necesitar información de servicios y prestaciones sociales y económicas, tanto públicas como privadas, a las que poder acceder.

El trabajo coordinado de los profesionales sociosanitarios y los Trabajadores Sociales de AOEx dará respuesta a las necesidades del paciente de la forma más adecuada, rápida y viable posible.

En AOEx no sólo tratamos los problemas de salud que presenta un paciente sino también los factores sociales (familiares, económicos, higiénicos, habitabilidad, equilibrio psicológico, entre otros) que pueden agravar o aligerar su enfermedad.

El Trabajador Social analizará el entorno del paciente de cáncer de próstata y le facilitará la información y orientación sobre los distintos recursos y prestaciones socia-

les de nuestra Comunidad Autónoma, derechos del paciente, orientación sociolaboral, ayudas técnicas, voluntariado, incapacidades, prestaciones económicas, para afrontar con mayor garantía de éxito la enfermedad.

La Asociación Oncológica Extremeña en colaboración con la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales ha elaborado una guía que recoge todas las prestaciones sociales existentes para el paciente con cáncer de Extremadura. Si deseas obtener más información puedes acercarte a cualquier sede donde nuestras trabajadoras sociales estarán encantadas de orientarte y asesorarte sobre todas tus dudas, te ayudarán en la gestión servicios y te acompañarán durante todo el proceso para que no te sientas SOL@.

Servicios AOEx Información  
 Prestaciones económicas de espera  
 Reclamación Ayuda a Domicilio  
 Incapacidad Sanitario Ayudas Técnicas  
**Trabajo Social**  
 Solicitud de documentación Clínica  
 Segunda opinión Médica  
 Reintegro Fisioterapia  
 Gastos Defensor del Usuario  
 Grado discapacidad

poniendo cara al cáncer de próstata



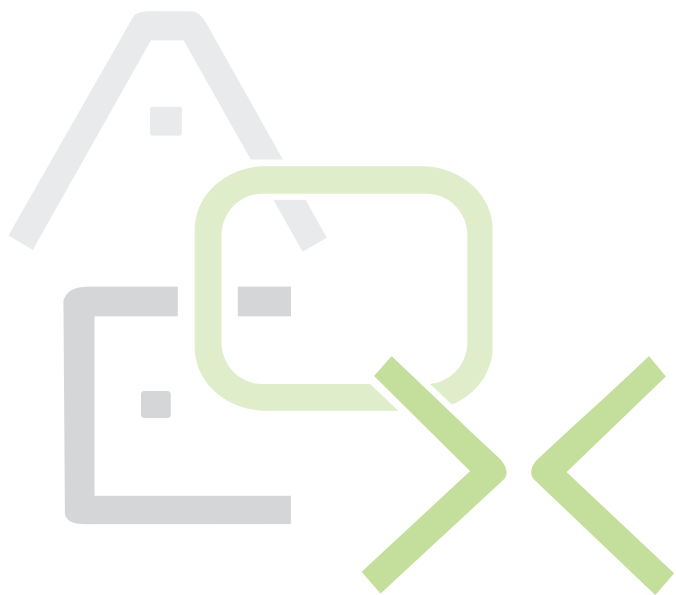




## servicios AOEx

La Asociación Oncológica Extremeña nace para defender los derechos de los pacientes con cáncer y su familia en el año 1998. En la actualidad cuenta con 19 delegaciones desde donde se proporcionan servicios de:







# delegaciones AOEx

## PROVINCIA DE CÁCERES

### DELEGACIÓN CÁCERES

Telf: 927 199 905 / 662 650 839

E-mail: [caceres@aoex.es](mailto:caceres@aoex.es)

### DELEGACIÓN CORIA

Telf: 927 501 206

E-mail: [coria@aoex.es](mailto:coria@aoex.es)

### DELEGACIÓN MALPARTIDA DE PLASENCIA

Telf: 642 158 734

E-mail: [malpartidaplaseucia@aoex.es](mailto:malpartidaplaseucia@aoex.es)

### DELEGACIÓN NAVALMORAL DE LA MATA

Telf: 927 115 710 / 692 610 373

E-mail: [navalmoraldelamata@aoex.es](mailto:navalmoraldelamata@aoex.es)

### DELEGACIÓN PLASENCIA

Telf: 692 610 375/927 425 089

E-mail: [plaseucia@aoex.es](mailto:plaseucia@aoex.es)

## PROVINCIA DE BADAJOZ

### DELEGACIÓN ALBURQUERQUE

Telf: 924 207 713

E-mail: [alburquerque@aoex.es](mailto:alburquerque@aoex.es)

### DELEGACIÓN ARROYO DE SAN SERVÁN

Telf: 645 255 601

E-mail: [arroyodesanservan@aoex.es](mailto:arroyodesanservan@aoex.es)

### DELEGACIÓN BADAJOZ

Telf: 924 207 713/661 734 725

E-mail: [info@aoex.es](mailto:info@aoex.es)

### DELEGACIÓN CALAMONTE

Telf: 692 610 376/ 924 330 067

E-mail: [calamonte@aoex.es](mailto:calamonte@aoex.es)

### DELEGACIÓN DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA

Telf: 924 841 677 / 692 610 374

E-mail: [donbenito.villanueva@aoex.es](mailto:donbenito.villanueva@aoex.es)

### DELEGACIÓN FUENTE DE CANTOS

Telf: 615 394 997

E-mail: [fuentedecantos@aoex.es](mailto:fuentedecantos@aoex.es)

### DELEGACIÓN GUAREÑA

Telf: 692 626 1 30 / 924 351 092

E-mail: [guarena@aoex.es](mailto:guarena@aoex.es)

### DELEGACIÓN HERRERA DEL DUQUE

Telf: 660 943 578/ 650 632 869

E-mail: [herreradelduque@aoex.es](mailto:herreradelduque@aoex.es)

### DELEGACIÓN GUADIANA DEL CAUDILLO

Telf: 678337125

E-mail: [guadiana@aoex.es](mailto:guadiana@aoex.es)

### DELEGACIÓN LA ZARZA

Telf: 693 744 608

E-mail: [lazarza@aoex.es](mailto:lazarza@aoex.es)

### DELEGACIÓN LLERENA – ZAFRA:

Telf: 924 116 989 / 615 394 997

E-mail: [llerena.zafra@aoex.es](mailto:llerena.zafra@aoex.es)

### DELEGACIÓN MÉRIDA

Telf: 924 330 067 / 692 610 376

E-mail: [merida@aoex.es](mailto:merida@aoex.es)

### DELEGACIÓN MONESTERIO

Telf: 677 24 05 36

E-mail: [monesterio@aoex.es](mailto:monesterio@aoex.es)

### DELEGACIÓN SAN VICENTE DE ALCÁNTARA

Telf: 680 600 448

E-mail: [sanvicente@aoex.es](mailto:sanvicente@aoex.es)

