

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Cáncer de Piel

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Cáncer de Piel

Proceso Asistencial Integrado

CÁNCER de piel [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Ferrándiz Pulido, Lara (coordinadora) ... [et al.]. -- 2ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 76 p.

1. Neoplasias cutáneas 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía

I. Ferrándiz Pulido, Lara II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

WR 500



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

1ª Edición 2002

2ª Edición 2014

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE PIEL

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

Autores:

Ferrándiz Pulido, Lara (Coordinadora)

Dermatóloga. Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Dermatología.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Alcalde Alonso, Mercedes

Dermatóloga. UGC de Dermatología. Hospital Torrecárdenas. Almería

Armario Hita, José Carlos

Dermatólogo. Facultativo Especialista de Área. Hospital de Puerto Real.
Cádiz

Correa Generoso, Raquel

Oncóloga. Facultativa Especialista de Área. Hospital Universitario Virgen
de la Victoria. Málaga

De Troya Martín, Magdalena

Dermatóloga. UGC de Dermatología. Hospital Costa del Sol. Málaga

Galdeano Reina, Rafael

Médico de Familia. UGC Puerta Este. Sevilla

García Asuero, Catalina

Enfermera. Centro de Salud San Hilario de Dos Hermanas (Sevilla). AGS
Sur de Sevilla

Garnacho Saucedo, Gloria

Dermatóloga. Facultativa Especialista de Área. Hospital Universitario
Reina Sofía. Córdoba

Lozano Barriuso, Ana

Oncóloga. Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Martínez Pilar, Leandro

Dermatólogo. UGC de Dermatología. Hospital de Málaga. Málaga

Ras Luna, Javier

Médico de Familia. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad,
Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Salud y Bienestar
Social. Sevilla

Rios Martín, Juan José

Patólogo. Facultativo Especialista de Área. Hospital Universitario Virgen
Macarena. Sevilla

Ruiz Carrascosa, José Carlos

Dermatólogo. Facultativo Especialista de Área. Hospital San Cecilio. Granada

Ruiz de Casas, Andrés

Dermatólogo. Facultativo Especialista de Área. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Ruiz Villaverde, Ricardo

Dermatólogo. Facultativo Especialista de Área. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Sanz Amores, Reyes

Médica de Familia. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla

Suárez Marrero, María del Carmen

Dermatólogo. Facultativo Especialista de Área. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Vallejo Rodriguez, Inmaculada

Farmacéutica. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Farmacia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Zulueta Dorado, Teresa

Patóloga. Facultativa Especialista de Área. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Conflicto de interés:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Colaboradores:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Revisión externa:

Plan Integral de Oncología de Andalucía
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Sociedades Científicas: AEDV, SAMFYC, ASENHOA, ASANEC, SANMG, SEMERGEN.

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como la herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 13

Definición / 21

Descripción general / 23

Componentes: Profesionales, actividades, características de calidad / 25

Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas /26

Melanoma / 38

Competencias específicas del equipo profesional / 53

Recursos y Unidades de soporte específicos / 55

Representación gráfica: Representación Global / 57

Indicadores / 59

Anexos / 65

A1. Performance status

A2. Clasificación TNM

A3. Calendario de seguimiento

A4. Diagnóstico dermatológico en melanoma

Bibliografía / 75

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave, responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones clave del PAI Cáncer de Piel no melanoma (Carcinoma basocelular y Carcinoma de células escamosas)

	Recomendación
En caso de CBC de bajo riesgo , se realizará tratamiento quirúrgico, siempre que sea factible realizándose exéresis con margen de 4 mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención	2A ³
En caso de CBC cérvico-facial de alto riesgo , se valorará como primera opción la cirugía micrográfica de Mohs o exéresis circunferencial periférica con análisis tridimensional de márgenes congelados o parafina	2A ³
En caso de carcinoma de células escamosas (CCE) de bajo riesgo , se realizará tratamiento quirúrgico, siempre que sea factible realizándose exéresis con margen de 4-6 mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención	2A ³

Recomendaciones clave del PAI Cáncer de Piel (Melanoma)

	Recomendación
La biopsia deberá incluir la totalidad de la lesión hasta el tejido celular subcutáneo ajustada al borde lesional o con un margen máximo de 2 mm y la reconstrucción deberá realizarse preferiblemente con sutura directa	C ²
Si Estadio 0. Melanoma in situ , se planificará exéresis de 0,5 cm de márgenes de seguridad Si no es posible hacer tratamiento quirúrgico en el lentigo maligno, debe considerarse irradiación superficial de la piel afecta con un margen de 1,5 cm	C ²
Si Estadio IA:T1a: Breslow ≤ 1 mm no ulcerado, < 1 mitosis/mm2 . Se planificará exéresis de 1 cm de seguridad.	2A ³
En pacientes con melanoma T1b-T4 se valorará y definirá en cada caso en el ámbito del Comisión Multidisciplinar de Tumores (CMT), la indicación o no de realización de Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC)	AG
Si Estadio III: N1, N2b, N3 (cualquier T con metástasis ganglionares) y ganglio centinela positivo deberá considerarse realizar pruebas de imagen estándares para el estadiaje y evaluación de signos y síntomas específicos	AG
Ante la presencia de ganglios clínicamente palpables se solicitará una ECO-Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) o biopsia ganglionar	2A ³
Si Estadio III: N2c (metástasis en tránsito) , y en presencia de ganglios inguinofemorales se solicitará TAC pélvico	2A ³
Si Estadio IV: metástasis a distancia , se solicitará LDH y TAC tóraco-abdomen-pelvis/PET/TAC, RM craneal como imagen basal y para evaluar signos/síntomas específicos	

Recomendación

2B⁴

Si el resultado de la anatomía patológica es informado como:

Estadio III, se aplicará:

- IIIa tratamiento adyuvante sistémico con interferón- α 2b
- IIIb y IIIc ganglionar, tratamiento adyuvante con interferón- α 2b y valoración RT locorregional
- IIIc con enfermedad en tránsito. Valorar opciones de tratamiento local o regional (perfusión de miembro aislado).
- IIIc no resecable. Tratamiento como enfermedad metastásica estadio IV

Estadio IV, se aplicará:

- Seguimiento específico y valorar RT en enfermedad metastásica cerebral
- Se propondrá al paciente su inclusión en un ensayo clínico
- Se obtendrá tejido para determinación de mutación de BRAF (V600E) para determinar elegibilidad ante tratamiento con un fármaco inhibidor

Introducción

Durante las últimas décadas se ha observado un incremento de la incidencia de cáncer cutáneo en el mundo, tanto del Cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) y del Melanoma (MC), incremento relacionado no solo con un aumento de la incidencia real derivada de los cambios en los hábitos de vida durante las últimas décadas sino también por una mejora del acceso a los servicios sanitarios.

De la misma forma que en el resto de tipos tumorales, la intervención con mayor impacto sobre el pronóstico del paciente con cáncer de piel es el diagnóstico y tratamiento precoz, habitualmente quirúrgico. Este principio viene facilitado en el cáncer de piel por la accesibilidad de la lesión a la observación directa por el propio paciente.

Actualmente el cáncer cutáneo precisa un abordaje multidisciplinar. Como límites de entrada al proceso, los profesionales de Atención Primaria, tanto médicos como de enfermería, así como de Atención Hospitalaria, especialmente el dermatólogo, tienen un papel fundamental en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer de piel. Por otro lado, los oncólogos tanto médicos como radioterapeutas han ido adquiriendo cada vez más protagonismo asociado al desarrollo de nuevas terapias del cáncer de piel en estadios avanzados. El diagnóstico anatomopatológico también ha ido ganando relevancia en los últimos años con la incorporación de novedosas técnicas de biología molecular que permiten además predecir mejor el pronóstico de estos pacientes e incluso en determinados casos la respuesta al tratamiento. Es por ello que se hace necesaria la unificación de criterios entre todos estos profesionales con el único fin de mejorar la atención a estos pacientes.

Estos aspectos fueron incorporados al Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Piel publicado en el año 2002, y que permitió el establecimiento de las bases para la coordinación entre profesionales de los dos ámbitos asistenciales, Atención Primaria y Hospitalaria, orientada a facilitar y proporcionar una atención precoz y basada en normas de calidad al paciente con sospecha de cáncer de piel.

La versión actual del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Piel debido a las particularidades del carcinoma cutáneo no melanoma y melanoma se ha decidido abordarlo por separado.

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el abordaje de los diferentes aspectos del cáncer de piel. Para ello, se utilizaron las principales bases de datos referenciales: *Medline*, *Embase*, *Guiasalud*, *Science Citation Index*, *National Guideline Clearinghouse*, *New Zealand Guidelines Group*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *CADTH* (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) y *NICE* (National Institute for Health and Care Excellence) hasta octubre de 2013.

Se desarrollaron estrategias de búsqueda estructuradas con términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado (descriptores MeSH o Emtree, por ejemplo). En el Anexo 1 se muestran las estrategias de búsqueda utilizadas en Medline y Embase. La búsqueda se realizó de forma sensible para evitar la pérdida de algún documento relevante, sin limitaciones por idioma, limitándose por tipo de estudio a guías de práctica clínica y limitando que la fecha de publicación fuese 2008 o posterior. Se realizaron, además, búsquedas de referencias cruzadas de las guías incluidas.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con el cáncer de piel. Se excluyeron los documentos que no fueran guías de práctica clínica.

Una vez obtenida la lista de referencias, se realizó la selección de las guías de práctica clínica que serían utilizadas. Se llevó a cabo una revisión de títulos y resúmenes de todas las referencias y se obtuvieron las guías completas de las referencias que cumplían los criterios de inclusión o de aquellas que carecían de datos suficientes en el título y en el resumen para tomar una decisión clara sobre su inclusión.

Posteriormente, las guías incluidas fueron evaluadas para establecer su calidad y se extrajeron los resultados. Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE, una herramienta diseñada principalmente para evaluar la calidad metodológica de guías de práctica clínica, disponible en el siguiente enlace <http://www.agreetrust.org/resource-centre/>

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

CRITERIOS DE LA SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)¹

Grados de recomendación

A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
---	------------------------------------------------------------------------------------------

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (GRADE)²

FUERTE A FAVOR * (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
DÉBIL A FAVOR (Se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

CRITERIOS DE LA NCCN^{3,4}

Categoría A	Existe con consenso uniforme del NCCN de que la intervención es apropiada, basada en evidencia de alta calidad
Categoría 2A	Existe un consenso uniforme del NCCN de que la intervención es apropiada, basada en evidencia de calidad inferior
Categoría 2B	Existe un consenso del NCCN de que la intervención es apropiada, basada en evidencia de nivel inferior
Categoría 3	Hay desacuerdo importante del NCCN sobre la adecuación de la intervención, basada en cualquier nivel de evidencia

Todas las recomendaciones son de categoría 2A a no ser que se especifique ser de otra categoría

CRITERIOS DE TELFER 2008⁵

Calidad de la evidencia

I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado
II-i	Existe un consenso uniforme del NCCN de que la intervención es apropiada, basada en evidencia de calidad inferior
II-ii	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o caso-controles analíticos bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación
II-iii	Evidencia obtenida de múltiples series de casos en el tiempo con o sin intervención. Resultados espectaculares en experimentos incontrolados también podría considerarse en este tipo de evidencia
III	Opiniones de autoridades respetadas basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
IV	Evidencia inadecuada debido a problemas de metodología (por ejemplo, el tamaño de la muestra, la longitud de seguimiento o conflicto de intereses)

Grados de recomendación

A	Existe buena evidencia para apoyar el uso de la intervención
B	Hay evidencia clara para apoyar el uso de la intervención
C	Hay pobre evidencia que apoye el uso de la intervención
D	Hay evidencia clara que apoya el rechazo del uso de la intervención
E	Hay buena evidencia que apoya el rechazo del uso de la intervención

BONERANDI 2011⁶

Niveles de evidencia provistos por la literatura Grado de recomendación

Niveles de evidencia provistos por la literatura	Grado de recomendación
Nivel 1 A: Evidencia científica establecida (LE1)	
Estudios comparativos aleatorizados de alto poder estadístico	A
Metanálisis de estudios comparativos aleatorizados	Evidencia científica establecida
Análisis de decisiones basadas en estudios bien diseñados	
Nivel 2B: Presunción científica (LE 2)	
Estudios comparativos aleatorizados con bajo poder	B
Estudios comparativos no aleatorizados bien diseñados	Presunción científica
Estudios de cohortes	
Nivel 3 C: Bajo nivel de evidencia (LE 3)	
Estudios de casos y controles	C
Nivel 4 C: Bajo nivel de evidencia (LE 4)	Bajo nivel de evidencia
Estudios comparativos con grandes sesgos	
Estudios retrospectivos	
Estudios de casos	

BICHAKJIAN 2011⁷

Calidad de la evidencia

I	Buena calidad de la evidencia orientada al paciente (es decir, la evidencia mide resultados que importan a los pacientes: morbilidad, mortalidad, síntomas de mejora, reducción del coste y calidad de vida)
II	Evidencia de calidad limitada orientada al paciente
III	Otras evidencias que incluye guías de consenso, opinión, estudios de casos, o evidencia orientada a la enfermedad (es decir, evidencia que mide variables intermedias de medición intermedia, psicológicas o subrogadas que pueden o no reflejar mejoras en los resultados de los pacientes)

Grados de recomendación

A	Recomendación basada en evidencia consistente y de buena calidad orientada al paciente
B	Recomendación basada en evidencia inconsistente o de calidad limitada orientada al paciente
C	Recomendación basada en evidencia de consenso, opinión, estudios de casos u orientada a la enfermedad

MARSDEN 2010⁸

Calidad de la evidencia

Ia	Evidencia obtenida de metanálisis de ensayos controlados aleatorizados o de metanálisis de estudios epidemiológicos
Ib	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo controlado aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos y estudios de casos
IV	Evidencia obtenida de informes de comité u opinión de expertos y/o experiencia clínica de autoridades respetadas

Grados de recomendación

A	Hay buena evidencia para apoyar el uso de la intervención
B	Hay evidencia clara para apoyar el uso de la intervención
C	Hay pobre evidencia que apoye el uso de la intervención
D	Hay evidencia clara que apoya el rechazo del uso de la intervención
E	Hay buena evidencia que apoya el rechazo del uso de la intervención

Calidad de la evidencia

I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de estudios de nivel II
II	Evidencia obtenida de un ensayo controlado aleatorizado
III-1	Evidencia obtenida de un ensayo controlado pseudoaleatorizado (asignación alterna u otro método)
III-2	Evidencia obtenida de un estudio comparativo con control /ensayo experimental no aleatorizado, estudio de cohortes, estudio caso-control, series de casos con control)
III-3	Evidencia obtenida de un estudio comparativo sin control (estudio histórico, estudio con dos o más brazos simples, estudios de casos sin grupo control)
IV	Evidencia obtenida de series de casos con resultados después de la intervención o pre-test/pos-test

Grados de recomendación

A	El cuerpo de la evidencia puede ser de confianza para guiar la práctica
B	El cuerpo de la evidencia puede ser de confianza para guiar la práctica en la mayoría de las situaciones
C	El cuerpo de la evidencia proporciona cierto apoyo a la recomendación pero se debe tener cuidado en su aplicación
D	El cuerpo de la evidencia es débil y la recomendación debe aplicarse con precaución

Definición funcional:

Secuencia de actuaciones, diagnósticas, terapéuticas, de cuidados y seguimiento, dirigidas a personas con sospecha de cáncer de piel* (ya sea por síntomas, signos o hallazgo casual) o diagnóstico anatomopatológico confirmado.

*Se engloban las siguientes neoplasias cutáneas: *carcinoma basocelular* (carcinoma de células basales), *carcinoma de células escamosas* (carcinoma epidermoide) y *melanoma*.

Límite de entrada:

Persona que consulta o se le detecta de manera incidental signos o síntomas de sospecha de cáncer de piel.

- Lesión circunscrita (pápula, mácula, nódulo, úlcera) pigmentada o no, de crecimiento progresivo.
- Úlcera sin tendencia a la curación.
- Costra recidivante.
- Lesión de aspecto cicatrizal sin antecedentes de cirugía o traumatismo.
- Lesiones hiperqueratósicas en zonas fotoexpuestas
- Lesión cutánea pigmentada que presente morfología y/o evolución sospechosa de acuerdo a la regla ABCD-E. (**A**: asimetría en silueta o morfología, **B**: borde irregular, **C**: variedad de colores, **D**: diámetro igual o superior a 6mm., **E**: evolución, entendiéndose por tal cambios en su tamaño, forma o color, así como aparición de signos (sangrado, erosiones, costras) o síntomas (picor, escozor, dolor) sin causa que lo justifique.¹⁰
- Lesión pigmentada con características morfológicas llamativamente diferentes al patrón morfológico predominante en el resto de sus nevos (signo del “patito feo”).

Persona con diagnóstico ya confirmado de cáncer de piel (informe anatomopatológico).

Límites finales:

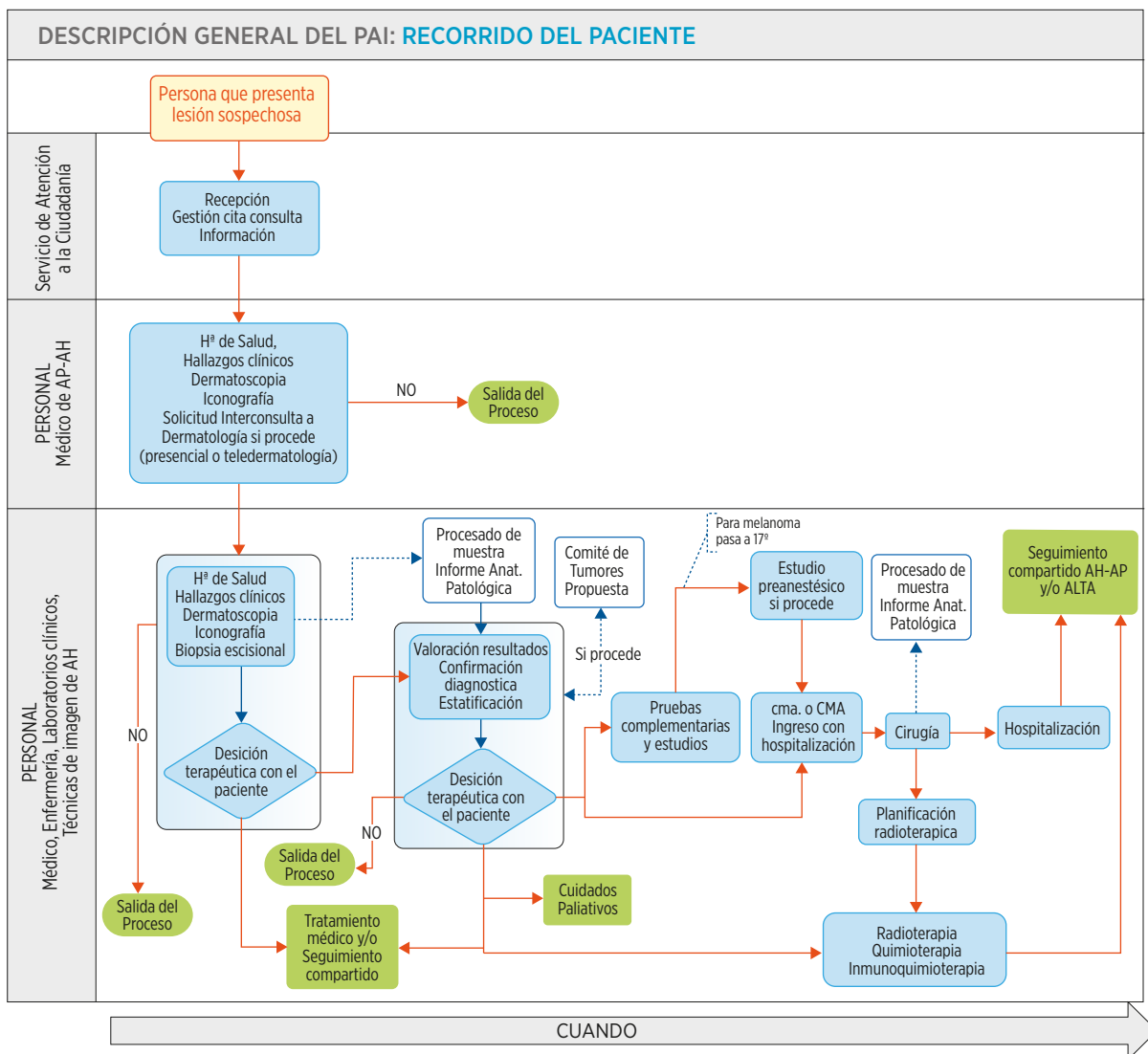
- Se descarta la presencia de cáncer de piel.
- Finalización del periodo de seguimiento sin evidencia de recaída.
- Cuidados paliativos.

Límites marginales:

- Cáncer cutáneo no basocelular, no de células escamosas o no melanoma.

Descripción general

La descripción general del PAI se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente a los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del paciente.







Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido del paciente, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ y/o la Estrategia para la Seguridad del Pacientes (ESP) del Sistema Público de Andalucía (SSPA)¹².
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información**^(13,14):
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con ¹⁵ las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito del Catálogo de formularios del SSPA¹⁶
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
- **El uso adecuado de medicamentos**, se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.

- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir siguiendo la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) ¹⁷ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) ¹⁸

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas que contemplan:

- Tabla fondo blanco: actividad desarrollada por el profesional sin presencia del/la paciente.
- Tabla fondo gris: actividad desarrollada con presencia del/la paciente.

CARCINOMA BASOCELULAR Y CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) de Atención Primaria (AP)

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA). ⚠

Médico/a de Familia y Enfermera de Familia

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL	2.1 La Historia Clínica se realizará teniendo en cuenta la presencia de siguientes factores de riesgo ^{(AG)19} : <ul style="list-style-type: none"> • Color de piel, pelo y ojos • Fototipos I, II • Historia de exposición solar (recreativa o profesional) • Radiaciones ionizantes • Tabaco, alcohol, arsénico u otros carcinógenos químicos • Infección por VPH • Lesiones precancerosas (queratosis actínicas, queilitis actínica) • Dermatitis de base: lupus eritematoso cutáneo, liquen plano, liquen escleroso, poroqueratosis... • Genodermatosis: xeroderma pigmentoso, albinismo, epidermodisplasia verruciforme, epidermolisis ampollosa distrófica, síndrome del carcinoma basocelular nevoide, síndrome de Bazex, síndrome de Rombo • Estado inmunológico (neoplasia de base, trasplantado de órgano sólido, etc.)

2.2 La exploración clínica irá dirigida a confirmar el aumento de riesgo de cáncer cutáneo (CBC, CCE) ^(AG):

- Lesiones circunscritas (mácula, pápula, nódulo o úlcera) de crecimiento progresivo
- Úlcera sin tendencia a la curación
- Costra recidivante
- Lesiones de aspecto cicatrizal sin antecedentes de cirugía o traumatismo
- Lesiones hiperqueratósicas en zonas fotoexpuestas
- Costras hemorrágicas con tendencia al sangrado
- Lesiones queratósicas blanquecinas o rojizas en las mucosas oral o genital
- Lesiones desarrolladas sobre cicatrices o procesos inflamatorios crónicos previos
- Áreas de radiodermatitis, quemaduras antiguas o cicatrización (ulceración crónica)

2.3 Se realizará dermatoscopia en busca de alguno de los siguientes signos ^(AG):

Carcinoma basocelular pigmentado:

- Parámetro negativo (no debe estar presente):
 - Retículo pigmentado
- Parámetro positivo (al menos uno debe estar presente):
 - Nidos ovoides azul-gris
 - Múltiples glóbulos azul-gris
 - Hojas de arce
 - Estructuras en rueda radiada
 - Ulceración
 - Telangiectasias ramificadas

Carcinoma basocelular no pigmentado:

- Telangiectasias ramificadas
- Vasos de gran calibre
- Telangiectasias cortas y retorcidas
- Áreas brillantes blanco-rojizas
- Telangiectasias cortas
- Ulceraciones pequeñas múltiples

Carcinoma de células escamosas

- Presencia de hiperqueratosis
- Áreas eritematosas sin estructura en periferia
- Vasos polimorfos y en horquilla con halo blanquecino

2.4 Si se confirma la presencia de alguna lesión sospechosa de cáncer de piel (CBC, CCE), se identificará de forma inequívoca la lesión, preferentemente con iconografía, que garantice el reconocimiento de su ubicación exacta y se remitirá a

Actividades	Características de calidad
	<p>Dermatología para consulta presencial o mediante teledermatología, para confirmación diagnóstica y biopsia incisional, si está indicada.</p> <p>2.5 (i) Se informará sobre el procedimiento a seguir y pruebas a realizar, dejando constancia en la Historia de Salud</p>

Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>3º REEVALUACIÓN Y BIOPSIA ESCISIONAL</p>	<p>3.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona (⚠)</p> <p>3.2 Se realizará reevaluación del paciente completando Historia Clínica</p> <p>3.3 Ante la indicación de biopsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes 🧤 (⚠) • Se realizará el procedimiento quirúrgico • La muestra se remitirá a Anatomía Patológica acompañada de informe con los siguientes contenidos (AG) <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto clínico de la lesión y sospecha diagnóstica - Tipo de biopsia (escisional, incisional o punch) - Localización anatómica de la lesión - Antecedentes personales - Tumor primario o recidivante - Descripción clínica breve de la lesión y posibles tratamientos sobre la misma - Señalización, si procede, en la pieza de la biopsia de aquellas zonas más sospechosas (mediante referencia con sutura) - Prioridad (urgente, no urgente) - Si se extirpan varias lesiones se incluirán en botes separados debidamente identificados <p>3.4 Los cuidados de enfermería ir orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico • NOC 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico • NOC 1404 Autocontrol del miedo

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º PROCESADO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA</p>	<p>4.1 Se deberá comprobar siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida (⚠)</p> <p>4.2 El informe del procesado y los resultados del estudio deberán tener los contenidos siguientes ^{(AG)3.6}:</p> <p>Carcinoma de células escamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos clínicos • Descripción macroscópica: <ul style="list-style-type: none"> - Dimensiones de la pieza quirúrgica y la lesión - Distancia hasta los bordes • Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma de células escamosas in situ (Enf. De Bowen) o infiltrante - Tipo histológico: <ul style="list-style-type: none"> • Adenoide (acantolítico) • Desmoplásico • Sarcomatoide/fusiforme • Verrugoso • Adenoescamoso • Otros (especificar) - Grado de diferenciación - Presencia/ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Ulceración • Invasión vascular, perineural • Lesión preneoplásica • Espesor de la infiltración en mm (índice de Breslow) • Estado de los bordes laterales y profundo (afectados o libres de tumor) <p>Carcinoma basocelular ^{(AG)3.5}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos clínicos • Descripción macroscópica: <ul style="list-style-type: none"> - Dimensiones de la pieza quirúrgica y la lesión - Distancia hasta los bordes • Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo histológico si procede: <ul style="list-style-type: none"> • Nodular • Micronodular • Superficial • Infiltrante • Morfeiforme • Metatípico • Mixto



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia/ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Ulceración • Invasión vascular, perineural • Estado de los bordes laterales y profundo (afectados o libres de tumor) <p>4.3 Se recomienda remitir el resultado de la biopsia en un plazo de 15 días^(AG)</p>

Comité Multidisciplinar de Tumores

Actividades	Características de calidad
<p>5º RECEPCIÓN DE RESULTADOS Y VALORACIÓN</p>	<p>5.1 Ante la confirmación de un carcinoma, se realizará la valoración por el Comité Multidisciplinar de Tumores (CMT) para propuesta de estadificación.</p> <p>5.2 La valoración del paciente se realizará en función de cada caso clínico, el resultado histopatológico, las características específicas del paciente (Performance Status, PS-ECOG, índice de Karnofsky) y sus comorbilidades (Anexo 1)</p> <p>5.3 Se definirán las opciones terapéuticas que se basarán en la clasificación de la (American Joint Committee on Cancer (AJCC)/Union International Cancer Control (UICC) (Anexo 2) para la estadificación ^{(Recomendación categoría 2 A)3,20}</p> <p>Carcinoma basocelular de bajo riesgo (<i>Tumor primario, área H<6mm, M<10 mm, L< 20 mm, límites bien definidos, patrón histológico nodular o superficial</i>) ^{(Recomendaciones categoría 2A)3}</p> <p>Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento quirúrgico es el más efectivo y eficiente para llevar a cabo la curación, pero las consideraciones de la función, la cosmética y la preferencia del paciente pueden conducir a la elección de tratamientos tópicos o radioterapia con el fin de lograr resultados óptimos globales. • Tratamiento quirúrgico, siempre que sea factible, realizándose exéresis con margen de 4mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención y análisis histológico convencional de los márgenes. • Puede realizarse en zonas sin crecimiento capilar, curetaje y electrocoagulación, a condición de que en caso de observar afectación de tejido celular subcutáneo, reconvertir esta técnica en una escisión. • En caso de márgenes positivos, plantear re-excisión, cirugía de Mohs, si la técnica está disponible o radioterapia. • Otras modalidades de tratamiento no invasivo, pese a que la tasas de curación son menores, pueden ser el imiquimod, 5-fluouracilo tópico, terapia fotodinámica o la crioterapia, en pacientes con carcinoma basocelular superficial, cuando la cirugía está contraindicada, es impracticable o por preferencia del paciente. En la elección de una modalidad u otra de tratamiento se debe considerar la disponibilidad, experiencia del equipo y eficiencia de la técnica

Actividades	Características de calidad
	<p>Carcinoma basocelular de alto riesgo (<i>Área $H \geq 6$ mm, $M \geq 10$ mm, $L \geq 20$ mm, tumor mal delimitado, recidiva, inmunosupresión, lugar de radioterapia previa, patrón histológico infiltrativo/esclerosante/morfeiforme/micronodular, infiltración perineural</i>) (Recomendaciones categoría 2A) 3,</p> <p>Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de carcinoma basocelular cérvico-facial de alto riesgo, se valorará como primera opción la cirugía micrográfica de Mohs, siempre que la técnica esté disponible, o la exéresis circunferencial periférica con análisis tridimensional de márgenes congelados o parafina • Cirugía convencional, practicándose siempre que sea posible, la exéresis con margen de 10mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención con análisis postoperatorio de los márgenes. • Plantear re-excisión, cirugía de Mohs, si esta disponible, o radioterapia si los márgenes son positivos (Grado de recomendación A) 5. • Radioterapia, especialmente en persistencias tumorales, y en aquellos pacientes de avanzada edad, en caso de contraindicación quirúrgica o cirugía impracticable. • La radioterapia adyuvante también está indicada en aquellos casos con márgenes negativos después de la cirugía, cuando haya afectación nerviosa o a extensas regiones perineurales. • En los casos localmente avanzados y/o metastásicos: <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará un abordaje multidisciplinar. - Se considerará su inclusión en ensayos clínicos <p>Carcinoma de células escamosas de bajo riesgo (<i>Tumor primario, área $H < 6$ mm, $M < 10$ mm, $L < 20$ mm, , límites bien definidos, histológicamente bien diferenciado, espesor tumoral < 2 mm, nivel de Clark I, II ó III*</i>) (Recomendación categoría 2A) 3</p> <p>Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento quirúrgico es el más efectivo y eficiente para llevar a cabo la curación, pero las consideraciones de la función, la cosmética y la preferencia del paciente pueden conducir a la elección de la radioterapia con el fin de lograr resultados óptimos globales. • Tratamiento quirúrgico realizándose exéresis con margen de 4-6mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención y análisis histológico convencional de márgenes, siempre que sea factible. • Puede realizarse en zonas sin crecimiento capilar, curetaje y electrocoagulación, a condición de que en caso de observar afectación de tejido celular subcutáneo, reconvertir esta técnica en una escisión. • Plantear re-excisión, cirugía de Mohs, si esta disponible, o radioterapia si los márgenes son positivos



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia como primera opción de tratamiento en pacientes con carcinoma de células escamosas de bajo riesgo, en los que la cirugía esté contraindicada, sea impracticable o por preferencia del paciente. • Otras modalidades de tratamiento no invasivo en pacientes con CCE de bajo riesgo in situ, pese a que la tasas de curación son menores, pueden ser el imiquimod, 5-fluororacilo tópico, terapia fotodinámica o crioterapia en pacientes con carcinoma de células escamosas in situ, cuando la cirugía o la radioterapia están contraindicadas, sean impracticables o por preferencia del paciente. <p>Carcinoma de células escamosas de alto riesgo (<i>Área $H \geq 6$ mm, $M \geq 10$ mm, $L \geq 20$ mm tumor mal definido, recidiva, inmunosupresión, lugar de radioterapia previo o proceso inflamatorio crónico, crecimiento rápido, síntomas neurológicos, grados de diferenciación histológica pobre o moderada, patrón histológico adenoideo/adenoescomoso espesor tumoral ≥ 2 mm, nivel de Clark IV ó V, invasión vascular e infiltrado perineural*</i> (Recomendación categoría 2A)³)</p> <p>Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como primera opción la cirugía micrográfica de Mohs, siempre que la técnica esté disponible o la exéresis circunferencial periférica con análisis tridimensional de márgenes congelados o en parafina, en el caso de carcinoma de células escamosas cérvico-facial de alto riesgo • Cirugía convencional, practicándose siempre que sea posible, la exéresis con margen de 10 mm y cierre mediante sutura directa, colgajo, injerto o segunda intención con análisis postoperatorio de márgenes. • Radioterapia como primera opción de tratamiento, en caso de contraindicación quirúrgica o cirugía impracticable <p>5.4 Se solicitará Punción Aspiración por Aguja Fina (PAAF) y/o biopsia abierta si se evidencian ganglios linfáticos clínicamente palpables o radiológicamente anormales. En caso de resultar positivos para metástasis, el tratamiento de elección es la disección regional ganglionar junto con radioterapia adyuvante en caso de afectación de más de un ganglio o afectación extracapsular.</p> <p>5.5 Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quirúrgico asociando radioterapia y/o quimioterapia si existe enfermedad extensa o excisión incompleta • La radioterapia adyuvante también está indicada en aquellos casos con márgenes negativos después de la cirugía, cuando el tumor afecta a un nervio grande o a extensas regiones perineurales. Considerar que cisplatino, en terapia única o combinada con 5-fluorouracilo y cetuximab han producido respuestas ocasionales (AG)21, 22, 23 • Cisplatino 100 mg/m² cada 3 semanas o 30 mg/m² semanal en enfermedad ganglionar confirmada (AG)21, 22, 23

Actividades	Características de calidad
	<p>5.6 En caso de enfermedad localmente avanzada o metastásica, deberá valorarse un abordaje multidisciplinar. Considerar ensayos clínicos.</p> <p>5.7 Se determinará el estadio final según la afectación cutánea, ganglionar y a distancia.</p> <p>5.8 En pacientes trasplantados, considerar reducir dosis de inmunosupresores y/o minimizar dosis de inhibidores de calcineurina y/o antimetabolitos a favor de inhibidores de mTOR</p>

- Área H: zona central de la cara (párpados, cejas, zona periorbitaria, nariz, labios, mentón, zona mandíbulas, pabellones auriculares, zona periauricular y postauricular), genitales, manos y pies. Área M: mejillas, cuero cabelludo, cuello. Área L: tronco y extremidades





Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>6º PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>6.1 (i) Se informará al paciente y/o familiar del resultado del estudio, el plan terapéutico previsto, alternativas posibles, las pruebas a realizar, sus riesgos y beneficios, facilitándole la toma de decisiones compartidas y se entregará el Formulario de Consentimiento Informado para aquellas actividades que lo requieran.</p> <p>6.2 Se establecerá la técnica quirúrgica y se realizará en régimen de cirugía ambulatoria bajo anestesia local o general (CMA) o con hospitalización (CMAI) teniendo en cuenta el tipo de paciente, lesión e intervención.</p> <p>6.3 Se solicitarán las pruebas complementarias necesarias para estudio preanestésico en caso de aceptación de cirugía.</p> <p>6.4 En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles, estado clínico avanzado o bajo Performance Status que contraindique cualquier tratamiento específico, se propondrá seguimiento compartido AH-AP y/o Cuidados Paliativos dejando constancia documental en la HC.</p>

Dermatóloga/o, Enfermera y Anestesióloga/o

Actividades	Características de calidad
<p>7º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</p>	<p>7.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona (⚠)</p> <p>7.2 Se comprobará en la Historia de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento quirúrgico a realizar y cumplimentación del Formulario de CI



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • El informe preoperatorio de anestesia en los procedimientos subsidiarios de anestesia general/locorregional • Se verificará con el paciente la correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica <p>7.3 Se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos y uso correcto de guantes   • Verificación quirúrgica mediante check-list  • Comprobación del procedimiento anestésico y administración de tratamiento analgésico <p>7.4 Se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico planificado y se remitirá la muestra a Anatomía Patológica</p> <p>7.5 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NIC 2930 Preparación quirúrgica • NIC 2102 Nivel de dolor • NIC 2303 Recuperación posterior al procedimiento • NIC 2920 Precauciones quirúrgicas • NIC 2870 Cuidados post-anestesia • NIC 7370 Planificación del alta a la unidad de hospitalización <p>7.6  Se informará a los familiares del desarrollo de la intervención quirúrgica, dejando registro documental en la Historia de Salud</p>

Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>8^o HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA</p>	<p>8.1 Se realizará la evaluación de incidencias de la intervención quirúrgica y seguimiento de la evolución.</p> <p>8.2 En esta fase los cuidados irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1605 Control del dolor • NOC 2010 Nivel de comodidad • NOC 1608 Control de síntomas • NOC 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico • NOC 1806 Conocimiento: recursos sanitarios • NOC 0311 Preparación para el alta • NOC 2202 Preparación del cuidador familiar en domicilio

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 7370 Planificación del alta • NIC 8100 Valorar la necesidad de derivación a la Enfermera Gestora de Casos <p>8.3 Se valorará el informe de Anatomía Patológica y se establecerá, en su caso, el plan terapéutico específico (Radioterapia y/o Quimioterapia) gestionando las citas para las diferentes opciones de tratamiento</p> <p>8.4 (i) Se informará al paciente y familiares sobre los procedimientos a seguir y los tratamientos a aplicar, ventajas e inconvenientes y resultados esperados</p> <p>8.5 Se realizará Informe de alta hospitalaria donde se reflejarán las actividades realizadas, tratamientos propuestos y aceptados conjuntamente con el paciente y los cuidados de la herida quirúrgica, asegurando la comunicación entre los diferentes profesionales para mantener la continuidad asistencial. (Δ)</p>

Oncólogo/a Radioterápico, Enfermera, Técnico/a Especialista de Radioterapia (TERT)

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO</p>	<p>9.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona (Δ)</p> <p>9.2 (i) Se informará al paciente de los beneficios y efectos adversos agudos y crónicos del tratamiento, así como las alternativas terapéuticas, verificando que el paciente comprende y acepta el tratamiento, firmando el formulario de CI</p> <p>9.3 Se recomienda realizar la planificación dosimétrica en menos de 7 días (AG)</p> <p>9.4 Se supervisará la dosimetría clínica y firmará la hoja de tratamiento, antes de su inicio y siempre que se realice alguna modificación</p> <p>9.5 Se realizará inmovilización no cruenta del paciente en la posición adecuada</p> <p>9.6 Se realizará TAC de planificación siguiendo las especificaciones establecidas por el Servicio de Oncología Radioterápica</p> <p>9.7 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico • NOC 1902 Control del riesgo • NOC 1608 Control de síntomas • NOC 1101 Integridad tisular: piel y mucosas • NIC 6600 Manejo de la radioterapia

Oncólogo/a Médico/a y Enfermera

Actividades	Características de calidad
10º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO	<p>10.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona (△).</p> <p>10.2 (i) Se entregará la guía informativa y se realizará la valoración inicial, se reforzará la información dada sobre procedimientos y toxicidades y se le darán recomendaciones para su cuidado.</p> <p>10.3 Se facilitará acompañamiento por un familiar o cuidador principal</p> <p>10.4 Cuidados de enfermería en esta fase irán encaminados a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad• NOC 1833 Conocimiento: Manejo del cáncer• NOC 1302 Afrontamiento de problemas• NOC 1404 Autocontrol del miedo• NOC 1601 Conducta de cumplimiento• NOC 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento• NOC 2240 Manejo de la quimioterapia• NIC 5880 Técnica de relajación <p>10.5 Se administrará el tratamiento prescrito y se potenciará el uso seguro del mismo para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración.</p>

Médico/a de Familia, Enfermera y Dermatóloga/o

Actividades	Características de calidad
11º SEGUIMIENTO COMPARTIDO	<p>11.1 Las características y programación del seguimiento se realizará dependiendo del tipo y estadio del tumor (Anexo 3)</p> <p>11.2 Durante el seguimiento se evaluará el estado clínico del paciente incluyendo (AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Supervisión de la administración del tratamiento• Diagnóstico y tratamiento de las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento• Control y manejo de los posibles efectos secundarios de los tratamiento recibidos• Gestión de la cita para la continuidad del esquema terapéutico• Solicitud de las analíticas específicas

Actividades	Características de calidad
	<p>11.3 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1608 Control de síntomas• NOC 1806 Conocimiento: recursos sanitarios• NOC 1302 Afrontamiento de problemas <p>11.4 En la consulta fin de tratamiento se realizará una reevaluación de la respuesta y la toxicidad asociada al tratamiento y se emitirá el informe fin de tratamiento y/o alta que incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los tratamientos oncológicos realizados• Continuidad de cuidados• Recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo• Periodicidad de las revisiones si las precisa

MELANOMA

Médico/a de Familia, Enfermera y Dermatóloga/o

Actividades	Características de calidad
<p>1º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>1.1 Ante la sospecha de un melanoma se interrogará sobre ^{(AG) 8,9:}</p> <ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo<ul style="list-style-type: none">- Más de 50 nevos- Nevos con atípicos clínicos- Nevos extirpados previamente con displasia histológica confirmada- Nevos congénitos de tamaño gigante (más de 10 cm)- Piel clara, ojos claros y pelo rubio o pelirrojo- Fototipo I y II, destacando la tendencia a la quemadura y la dificultad para el bronceado- Exposición a fuentes artificiales de radiación UV (lámparas de bronceado artificial, fototerapia)- Historia de exposición solar profesional o recreativa- Quemaduras solares, con énfasis en el periodo infante-juvenil (ausentes, esporádicas, frecuentes)- Efélides y lentigos actínicos abundantes en áreas de exposición solar crónica o intermitente- Condiciones asociadas a inmunosupresión- Antecedentes personales de melanoma- Antecedentes familiares de melanoma- Antecedentes personales y familiares de enfermedades genéticas predisponentes al cáncer de piel (xeroderma pigmentoso)• Si consulta por múltiples nevos sin énfasis en ninguna lesión concreta, se preguntará:<ul style="list-style-type: none">- ¿Tiene la impresión de que algún nevo es nuevo?- ¿Le ha cambiado o molestado algún nevo u otra lesión cutánea recientemente?- Se evaluará la existencia de alguna lesión de los rasgos ABCD-E- Se evaluará la existencia del signo de patito feo- Presencia de alguna lesión no pigmentada de naturaleza dudosa, con énfasis en lesiones nodulares o sobreelevadas• Si consulta por una lesión específica se preguntará:<ul style="list-style-type: none">- ¿Es de aparición reciente?- ¿Ha cambiado de tamaño, forma o color recientemente?- ¿Ha presentado molestias no justificadas recientemente?- ¿Ha presentado algún signo preocupante como sangrado, erosiones o costras?- ¿Ha sido tratado anteriormente? ¿Cómo?


Actividades	Características de calidad
	<p>1.2 Se establecerá sospecha de melanoma ante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cumple criterios ABCD-E?: <ul style="list-style-type: none"> - Asimetría en silueta, morfología global o estructura - Bordes irregulares - Color irregular o varios tonos de color (>de 2 tonos) - Diámetro superior a 6mm - Cambios recientes en su evolución • ¿No cumple criterios ABCD-E? Si no cumple con los criterios ABCD-E, ni de lesión melanocítica y además refiere cambios o molestias, debe considerarse la posibilidad de que se trate de un melanoma no pigmentado o amelanótico) (AG)24 <p>1.3 Se realizará exploración dermatoscópica y se utilizará cualquiera de los métodos descritos en el (Anexo 4) para determinar el diagnóstico dermatoscópico de melanoma. (Grado de recomendación A)8,</p> <p>1.4 Se realizará exploración ganglionar, con la palpación de las regiones ganglionares en riesgo de recibir metástasis procedentes de lesión sospechosa.</p> <p>1.5 Ante una lesión sospechosa se remitirá al paciente al Dermatología, en consulta presencial o mediante teledermatología para una reevaluación del paciente y realización de biopsia escisional en caso necesario.</p> <p>1.6 (I) Se informará al paciente sobre el procedimiento a seguir, dejando constancia en la Historia de Salud</p>

Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º REEVALUACIÓN Y BIOPSIA ESCISIONAL</p>	<p>2.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca del paciente (Δ)</p> <p>2.2 Realización de la biopsia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluirá la totalidad de la lesión hasta tejido celular subcutáneo ajustada al borde lesional o con un margen máximo de 2 mm (para no interferir con el mapeo linfático subsiguiente si se precisa) (Grado de recomendación B)25 • Deberá realizarse la reconstrucción preferiblemente mediante sutura directa (Grado de recomendación C)9 • Deberá valorarse la realización de biopsia incisional en casos excepcionales (localizaciones anatómicas comprometidas funcional y/o estéticamente, como cara o zonas acrales, lesiones de gran tamaño, pacientes con comorbilidades significativas) (Grado de recomendación C)9 • Deberá evitarse el rebanado y/o curetaje de la lesión sospechosa (AG)8

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Si se eligen biopsias parciales, se elegirá la zona más representativa, sospechosa o invasiva con la ayuda de la dermatoscopia ^{(AG)8} • Ante una lesión ungueal se debe incluir tejido procedente de la matriz ungueal ^(AG) • En las lesiones localizadas en una extremidad se orientará el eje longitudinal para no interferir con posteriores intervenciones (biopsia de ganglio centinela) ^(AG) • Se recomienda el envío a Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica en fresco si puede ser recepcionada de forma inmediata ^(AG) • No se recomienda el estudio intraoperatorio en congelación de lesiones sospechosas de melanoma ^(AG) <p>2.3 En caso de que se disponga de Banco de Tumores y se haya obtenido el consentimiento por escrito del paciente, se recomienda el envío de la pieza en fresco (la pieza envuelta en una gasa humedecida con suero fisiológico para evitar desecación de la misma).</p> <p>2.4 El patólogo decidirá, a la recepción de la muestra, la posibilidad de congelación para conservación en Banco de Tumores y/o fijación en formol para estudio en parafina. En caso de no disponer de Banco de Tumores las piezas serán remitidas en formol. El volumen de formol ha de ser al menos 10 veces superior al de la pieza, evitando siempre soluciones alcohólicas y suero fisiológico</p>

Anatomía Patológica

Actividades	Características de calidad
<p>3º PROCESADO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA</p>	<p>3.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida </p> <p>3.2 El informe del procesado y los resultados del estudio deberán tener los contenidos siguientes ^{(AG) 3}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos clínicos • Descripción macroscópica: <ul style="list-style-type: none"> - Dimensiones de la pieza quirúrgica y de la lesión - Descripción morfológica • Diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> - Melanoma in situ o infiltrante ^{(Recomendación B)Z} - Tipo histológico si procede ^{(Recomendación B)Z} <ul style="list-style-type: none"> • Melanoma extensión superficial • Melanoma nodular

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Lentigo maligno melanoma • Melanoma lentiginoso acral • Tipos especiales (desmoplásico) • Datos mínimos imprescindibles (para estadificación TNM) <ul style="list-style-type: none"> - Espesor en profundidad (en mm) (índice de Breslow) (Recomendación A) 7 - Ulceración (Recomendación A) 7 - Índice de mitosis (nº de mitosis/mm2) (Recomendación A) 7 - Satelitosis (Recomendación B) 7 - Nivel de Clark (interés en lesiones < 1 mm y no ulceradas) (Recomendación B) 7 - Estado de los márgenes (laterales y profundo) • Datos accesorios (Recomendación A) 9 <ul style="list-style-type: none"> - Fase de crecimiento (radial o vertical) - Regresión tumoral (mayor o menor del 75% de la lesión) Infiltrado linfoide (TIL) (peri-intratumoral) - Invasión linfática, vascular y perineural - Tipo de células predominantes (epitelioides, fusiformes..) - Descripción del estudio inmunohistoquímico - Lesiones asociadas (nevus, elastosis...)

Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS Y TRATAMIENTO</p>	<p>4.1 Se valorarán los resultados de las pruebas realizadas y la necesidad de nuevas pruebas complementarias para el estudio de extensión:</p> <p>Estadio 0. Melanoma in situ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se gestionará/planificará la cirugía para exéresis de márgenes de seguridad y ampliación de márgenes de 0,5cm (Grado de recomendación C) 4 • No es preciso la realización de ninguna prueba complementaria • En algunos tipos de melanoma <i>in situ</i> como el lentigo maligno: <ul style="list-style-type: none"> - Pueden ser necesarios márgenes mayores para alcanzar márgenes histológicos negativos. En estos casos puede considerarse la exéresis con control histológico micrográfico de los márgenes (recomendación categoría 2A) 4 • En los casos en los que no es posible realizar tratamiento quirúrgico (edad, estado general del paciente, comorbilidades, expectativa de vida, tamaño de la lesión, localización en zonas estéticas y funcionalmente comprometidas, accesibilidad o conveniencia y las preferencias del paciente) y en pacientes con buen estado general y buenas expectativas de vida, se considera la RT como el tratamiento más eficaz, recomendado la irradiación superficial de la piel afecta con un margen de 1,5cm (Grado de recomendación C) 9



- En caso de no poder realizar tratamiento con RT, se recomendará como alternativa imiquimod o crioterapia con intención paliativa *(Grado de recomendación C)7*

Estadio IA: T1a: Breslow ≤ 1 mm no ulcerado < 1 mitosis/mm²

- No es necesario solicitar pruebas de imagen de rutina en pacientes asintomáticos. En pacientes con signos y síntomas, se solicitarán pruebas radiológicas basales para estadificación (Rx tórax, TAC, PET)/TAC) según la sintomatología *(Recomendación categoría 2A)4*
- Se gestionará/planificará la cirugía para exéresis de 1 cm de margen de seguridad *(Grado de recomendación A)25*

Estadio IB-II: T1b-T4: Breslow < 1mm ulcerado o con índice de mitosis ≥ 1 mitosis/mm² o Breslow ≥ 1 mm. Sin ganglios clínicamente palpables

- No es necesario solicitar pruebas de imagen de rutina en pacientes asintomáticos. En pacientes con signos y síntomas, se solicitarán pruebas radiológicas basales para estadificación (Rx tórax, ecografía, TAC, PET/TAC) según la sintomatología *(Recomendación categoría 2A)4*
- Se gestionará/planificará la cirugía para exéresis de 1-2cm de margen de seguridad. *(Grado de recomendación A)7*
- Se debe discutir en el ámbito del CMT y ofrecer al paciente, la posibilidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) *(Grado de recomendación B)7*

Estadio III: N1, N2a, N2b, N3 (cualquier T con metástasis ganglionares)

- Cuando el ganglio centinela (GC) es positivo considerar pruebas de imagen estándares para el estadiaje y evaluación de signos y síntomas específicos (TC, PET/TC, RNM) *(Grado de recomendación 2B)4*
- Ante la presencia de ganglios clínicamente palpables se solicitará una ECO-PAAF o biopsia ganglionar *(Grado de recomendación 2B)4*
- Se solicitarán pruebas radiológicas basales para estadiaje y para valorar signos/síntomas (TAC, PET/TAC, RNM) *(Grado de recomendación categoría 2A)4*
- Se recomienda TC pélvica en el marco de una linfadenopatía inguinofemoral para descartar adenopatías retroperitoneales o pélvicas asociadas. *(Grado de recomendación 2B)4*
- Se recomienda la disección ganglionar regional completa acompañada de tratamiento adyuvante. *(Grado de recomendación 2B)4*
- Si PET/TAC es positivo se valorará tratamiento como estadio IV *(AG)*

Estadio III: N2c, N3 (metástasis en tránsito)

- Se planificará biopsia/extirpación confirmatoria *(Recomendación D)9*
- Se solicitarán pruebas radiológicas basales para estadiaje y para valorar signos/síntomas (TAC, PET/TAC, RNM) *(Recomendación categoría 2A)4*
- En presencia de ganglios inguinofemorales se solicitará TAC pélvico *(Recomendación A)8*

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Se gestionará/planificará la cirugía para exéresis con márgenes negativos ^(AG) • Si no son resecables quirúrgicamente se informará de procedimientos alternativos de tratamiento de la enfermedad localmente avanzada previa evaluación por el CMT ^(AG) <p>Estadio IV: metástasis a distancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es posible se realizará PAAF/biopsia de la lesión para confirmación histológica ^{(Recomendación categoría 2A)4} • Deberá solicitarse: <ul style="list-style-type: none"> - LDH ^{(Recomendación categoría 2A)4} - TAC tóraco-abdomino-pélvico/PET/TAC, RM cerebral como imagen basal y para evaluar signos/síntomas específicos ^{(Recomendación categoría 2A)4} • Se gestionará/planificará la cirugía para exéresis si son resecables. ^{(Recomendación categoría 2A)4} Si no son resecables se informará de las alternativas terapéuticas una vez evaluado por el CMT ^(AG) • Se obtendrá tejido para determinación mutación de BRAF (V600E) para determinar elegibilidad ante un posible tratamiento con un fármaco inhibidor ^(AG) • En los pacientes con performance status adecuado se valorará su inclusión en un ensayo clínico ^(AG) <p>4.2 (i) Se informará al paciente y/o familiar de los resultados de los estudios, del plan terapéutico propuesto, de las alternativas posibles, de las pruebas a realizar, los riesgos, los beneficios y la intención pronóstica de la realización de biopsia selectiva del ganglio centinela, facilitándole la toma de decisiones compartidas.</p> <p>4.3 (i) Se informará al paciente sobre la existencia de un Registro de Voluntades Vitales Anticipadas y sobre su derecho a realizar una declaración de voluntad vital anticipada, así como de los pasos a seguir para poder llevarla a cabo.</p> <p>4.4 Se gestionarán las citas para la realización de pruebas, valoración anestésica y se planificará el ingreso para la cirugía en caso de aceptación.</p>


Comité Multidisciplinar de Tumores





Actividades	Características de calidad
<p>5º VALORACIÓN E INDICACIÓN DE BSGC</p>	<p>5.1 Se realizará en función del caso clínico, resultado del estudio, las características específicas del paciente (Performance status. Índice de Karnofsky) y su comorbilidad. ^(AG)</p>




Actividades	Características de calidad
	<p>5.2 Se valorará y definirá en cada caso, la indicación o no de la realización de BSGC <i>(Recomendación categoría 2A)</i>⁴ dejando constancia en la Historia de Salud.</p> <p>Se debe explicar a los pacientes la BSGC como un procedimiento de estadificación pero sin valor terapéutico así como los riesgos de la cirugía, la posibilidad de fracaso en encontrar el ganglio centinela y un posible resultado falso negativo. <i>(AG)</i></p> <p>5.3 Se tendrán en cuenta las recomendaciones para la indicación de BSGC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melanoma cutáneo primario $\geq T1n$ <i>(Recomendación categoría 2A)</i>⁴ <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Breslow $>1\text{mm}$ - $0,76 - 1\text{ mm}$ con ulceración y/o > 1 mitosis/mm^2 • Ausencia de ganglios regionales clínicamente palpables • Contraindicaciones <i>(AG)</i>⁴ <p>Absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad grave intercurrente. Infección activa - Mal estado general - Enfermedad metastásica - Cirugía radical o radioterapia del territorio ganglionar a estudiar - No entendimiento pleno de la naturaleza y objetivos de la técnica por parte del paciente. <p>Relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración del drenaje linfático de la zona: exéresis del tumor primario con márgenes amplios ($\geq 1\text{cm}$), cobertura mediante injerto/colgajo. - Edad avanzada, superior a 70 años <p>Situaciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo, no está contraindicada, pero se recomienda valorar de forma individualizada optimizando la técnica - Lactancia: interrumpir la lactancia hasta 24 horas después de la técnica - Niños y adolescentes: no está contraindicada, pero precisa de valoración individualizada del riesgo <p>5.4 Se realizará informe detallado, remitiéndolo al médico responsable del paciente</p>

Dermatólogo/o, Cirujano/a y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>6º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO BSGC</p>	<p>6.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona. </p> <p>6.2 Previa linfografía preoperatoria, se realizará la biopsia selectiva del ganglio centinela, tras la aprobación en el CMT y si no existe contraindicación se llevará a cabo en régimen de ingreso hospitalario. <i>(AG)</i></p>

Actividades	Características de calidad
	<p>6.3 Se comprobará en la Historia de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento quirúrgico a realizar y cumplimentación del Formulario de CI • El informe preoperatorio de anestesia en los procedimientos subsidiarios de anestesia general/locorregional • Se verificará con el paciente la correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica <p>6.4 Se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes   • Verificación quirúrgica mediante check-list  • Ampliación de márgenes del tumor primario según el índice de Breslow posteriormente a la exéresis del ganglio/ganglios detectados <i>(Grado de recomendación B)9</i> • Envío de las muestras junto a la petición del estudio a Anatomía Patológica en un recipiente con formol (proporción 10:1). <i>(AG)</i> <p>6.5 No se recomienda el estudio intraoperatorio del GC en congelado en pacientes con melanoma debido a la menor sensibilidad de esta técnica con respecto al estudio del GC fijado en formol e incluido en parafina. <i>(AG)</i></p> <p>6.6  Se informará a los familiares del desarrollo de la intervención quirúrgica en un entorno de privacidad y confidencialidad</p> <p>6.7 Al alta hospitalaria se le entregará al paciente informe de seguimiento provisional en espera de los resultados anatomopatológicos para facilitar la continuidad asistencial entre los distintos ámbitos de actuación</p> <p>6.8 Tras el resultado de la BSGC se realizará nueva valoración por el CMT y se establecerá propuesta terapéutica <i>(AG)</i></p>

Anatomía Patológica

Actividades	Características de calidad
<p>7º PROCESADO DEL GANGLIO CENTINELA Y PIEZA DE AMPLIACIÓN DE MÁRGENES</p>	<p>7.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida .</p> <p>7.2 Será medido y seriado en cortes sucesivos siguiendo el eje mayor. Se incluirán todos los cortes obtenidos. De cada bloque se realizarán 3 secciones histológicas, a diferentes niveles, que serán teñidas con hematoxilina-eosina, pS100, HMB45 y melanoA <i>(AG)</i></p>




Actividades	Características de calidad
	<p>7.3 El informe del GC incluirá la presencia o no de metástasis, su localización (subcapsular o parenquimatosas), la extensión extraganglionar y el tamaño en mm de la metástasis de mayor tamaño.</p> <p>7.4 La pieza de ampliación de márgenes se marcará con tinta china. Se incluirán todos los márgenes quirúrgicos y la zona central de la pieza</p> <p>7.5 Se recomienda remitir el informe al solicitante en menos de 10 días ^(AG)</p>


Dermatóloga/o y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>8º INFORMACIÓN RESULTADOS ESTADIO TNM PLAN TERAPÉUTICO POSTQUIRÚRGICO</p>	<p>8.1 Se valorarán los resultados de la BSGC y resto de pruebas complementarias para hacer una propuesta terapéutica desde CMT.</p> <p>8.2 Se indicará la linfadenectomía del territorio ganglionar afecto ^{(Recomendación categoría 2A)4} y valoración de tratamiento adyuvante con interferón-α2b a altas dosis durante un año o interferón pegilado α-2b durante 5 años ^{(Recomendación categoría 1)4} ante un resultado positivo (estadio III) ^{(Recomendación categoría 2B)4}. El tratamiento con interferón mejora la supervivencia libre de enfermedad ^{(Recomendación categoría 1)4} aunque su impacto en la supervivencia global no está claro ^{(Recomendación categoría 2B)4}. Por este motivo y debido a su toxicidad, el tratamiento adyuvante con interferón debe valorarse de forma individualizada.</p> <p>8.3 En pacientes con melanoma metastásico estadio IV con enfermedad limitada, se reevaluará para proponer cirugía y/o radioterapia. ^{(Recomendación categoría 2A)4}</p> <p>8.4 En pacientes con melanoma metastásico estadio IV con enfermedad diseminada debe utilizarse terapia sistémica. ^{(Recomendación categoría 2A)4} Considerar su inclusión en ensayos clínicos ^(AG)</p> <p>8.5 (I) Se informará sobre los resultados del estudio, los tratamientos posibles y el procedimiento a seguir, en caso de aceptación se le entregará Formulario de Consentimiento Informado para aquellos procedimientos que lo precisen, dejando constancia en la Historia de Salud.</p> <p>8.6 Se gestionarán las citas para las diferentes opciones de tratamiento (cirugía, anestesia, oncología médica, radioterapia) que iniciará en menos de 10 días ^(AG) y se dejará constancia en la Historia de Salud de las actividades realizadas, plan terapéutico, los momentos y contenidos de información al paciente y/o familiar.</p> <p>8.7 En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles, estado clínico avanzado o Performance status malo sin posibilidad de tratamiento específico, se propondrá seguimiento compartido AH-AP y/o Cuidados Paliativos ^(AG)</p>

Anatomía Patológica

Actividades	Características de calidad
<p>9º PROCESADO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA</p>	<p>9.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida </p> <p>9.2 En los casos de linfadenectomía el informe incluirá el número total de ganglios aislados, existencia o no de ganglios afectados y si existe extensión extracapsular de la neoplasia ^(AG)</p> <p>9.3 En los casos de metastasectomía el informe deberá incluir tamaño de la lesión y afectación o no de los márgenes. ^(AG)</p>

Dermatóloga/o y Enfermera



Actividades	Características de calidad
<p>10º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>10.1 Se aplicará el sistema de cribado nutricional MUSY para la valoración del estado nutricional y se registrará el resultado obtenido (Ver proceso de soporte Nutrición Clínica y Dietética) ^{(AG)26}</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos: riesgo bajo • 1 punto: riesgo medio • 2 puntos: riesgo alto <p>10.2  Se informará al paciente y/o familiar facilitándole la toma de decisiones compartidas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados del informe anatomopatológico • Plan terapéutico previsto y alternativas, riesgos y beneficios de conformidad con el plan propuesto desde el CMT. • El seguimiento del proceso, la posible aparición de síntomas y signos relacionados con la intervención, los cuidados postoperatorios inmediatos (dolor, sangrado, etc.) • Los profesionales de referencia <p>10.3 Si el estadio es informado como: Estadio III, se aplicará: ^{(Recomendación categoría 2B)4}</p> <ul style="list-style-type: none"> • IIIa tratamiento adyuvante sistémico con interferón-α • IIIb y IIIc ganglionar. Tratamiento adyuvante con interferón-α y/o valoración de RT locorregional



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • IIIc con enfermedad en tránsito, valorar opciones de tratamiento local con exéresis o inyección intralesional o terapia de ablación local con imiquimod tópico o radioterapia paliativa. Valorar también la posibilidad de tratamiento regional con perfusión de miembro aislado en cuyo caso se deberá derivar al paciente a centros de referencia acreditados. • IIIc no resecable. Tratamiento como enfermedad metastásica estadio IV Estadio IV se realizará: (Recomendación categoría 2B)4. • Seguimiento específico y valorar RT en enfermedad metastásica cerebral • Se propondrá al paciente su inclusión en un ensayo clínico <p>10.4 Se realizará estudio de mutación de BRAF (V600E) en el tejido tumoral disponible, con prioridad por el tejido de las metástasis en los pacientes en estadio IV y estadio III irresecable (AG)</p> <p>10.5 En esta fase los cuidados de enfermería irán encaminados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 0311 Preparación para el alta: vida independiente • NOC 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario • NIC 7370 Planificación al alta • NIC 8100 Valorar la necesidad de derivación a la Enfermera Gestora de Casos <p>10.6 En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles o estado clínico avanzado o Performance status sin posibilidad de tratamiento específico, se propondrá seguimiento compartido AH-AP y/o cuidados paliativos (AG)</p> <p>10.7 Se gestionarán las citas para las diferentes opciones de tratamiento, dejando constancia en la Historia de Salud</p>

Oncólogo/a Radioterápico y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>11º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO</p>	<p>11.1 En la Unidad de Día de Oncología Radioterápica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará valoración del paciente, se reforzará la información dada sobre el procedimiento, toxicidades y se le darán recomendaciones para su cuidado • Se facilitará el acompañamiento por un familiar o cuidador principal • (i) Se informará al paciente sobre la existencia de un Registro de Voluntades Vitales Anticipadas y sobre su derecho a realizar una declaración de voluntad vital anticipada, así como de los pasos a seguir para poder llevarla a cabo.


Actividades	Características de calidad
	<p>11.2 El tratamiento se aplicará según las pautas establecidas en la orden de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento radioterápico exclusivo del tumor primario y/o de las áreas de drenaje ganglionar <i>(Recomendación categoría 2A)4</i> • Radioterapia adyuvante, después de la cirugía del tumor primario y/o de las áreas de drenaje ganglionar <i>(Recomendación categoría 2A)4</i> • Radioterapia ablativa sobre la enfermedad oligometastásica <i>(Recomendación categoría 2A) 4</i> • Tratamiento paliativo por enfermedad cerebral múltiple o enfermedad metastásica sintomática <i>(Grado de recomendación B)9</i> <p>11.3 Se entregará al paciente el informe del esquema terapéutico previsto y las revisiones periódicas establecidas durante el mismo, garantizando la transmisión de la información entre los diferentes ámbitos de atención (AH-AP)</p> <p>11.4 Los cuidados en esta fase irán encaminados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico • NOC 1608 Control de síntomas • NOC 1101 Integridad tisular: piel y mucosas <p>11.5 El Técnico Especialista de Radioterapia (TERT) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificará la identidad inequívoca del paciente  • Realizará inmovilización no cruenta del paciente en la posición adecuada • Solicitará TAC de planificación siguiendo las especificaciones establecidas por el Servicio de Oncología Radioterápica • Verificará las características geométricas del tratamiento • Hará las comprobaciones portales • Administrará el tratamiento • Consultará con el oncólogo radioterápico o radiofísico cuando se produzcan variaciones que superen los límites establecidos por el programa de control de calidad • Remitirá al paciente periódicamente a enfermería/médico para control evolutivo <p>11.6  Se informará al paciente y/o familiar sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento, la necesidad de un adecuado cumplimiento, el esquema de tratamiento que recibirá, los derechos y garantías que le asisten y se le entregará el informe del esquema terapéutico previsto y las revisiones periódicas durante el mismo, garantizando la información entre los distintos ámbitos de actuación</p>

Actividades	Características de calidad
<p>12º TRATAMIENTO SISTÉMICO</p>	<p>12.1 En la Unidad de Oncología Médica se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Verificará la identidad inequívoca del paciente (Δ)• Entregará la guía informativa y se realizará una valoración inicial, se reforzará la información dada sobre los procedimientos y toxicidades y se le darán recomendaciones para su cuidado• Facilitará el acompañamiento por un familiar o cuidador principal• (II) Se informará al paciente sobre la existencia de un Registro de Voluntades Vitales Anticipadas y sobre su derecho a realizar una declaración de voluntad vital anticipada, así como de los pasos a seguir para poder llevarla a cabo. <p>12.2 Los cuidados en esta fase irán encaminados a :</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad• NOC 1833 Conocimiento: Manejo del cáncer• NOC 1302 Afrontamiento de problemas• NOC 1404 Autocontrol del miedo• NOC 1601 Conducta de cumplimiento• NOC 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento• NOC 0003 Descanso• NOC 1004 Estado nutricional• NIC 1450 Manejo de las náuseas• NIC 2240 Manejo de la quimioterapia• NIC 5880 Técnica de relajación <p>12.3 Se aplicará el siguiente plan terapéutico en función del estadio clínico: Estadio IV y Estadio III irresecable</p> <ul style="list-style-type: none">• En los pacientes:<ul style="list-style-type: none">- Considerados candidatos a tratamiento sistémico, se debería realizar el estudio de la mutación de BRAF (V600E) en el tejido tumoral disponible, con prioridad por el tejido de las metástasis si es posible. (AG)- Con PS adecuado se valorará su inclusión en un ensayo clínico. (AG)- Con PS deteriorado se valorará tratamiento paliativo de soporte (Grado de recomendación B)9 <p>12.4 Se potenciará el uso seguro del tratamiento quimioterápico para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación preparación y administración (Δ)</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>12.5 (i) Se informará en un entorno de privacidad al paciente y/o familiar sobre los posibles efectos secundarios de la medicación, la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, el esquema de tratamiento que recibirá, las analíticas necesarias y los derechos y garantías que le asisten, con una actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas</p> <p>12.6 Se garantizará la transmisión de información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención, mediante un procedimiento estandarizado (informe de seguimiento) para la comunicación durante los traslados del paciente y la continuidad asistencial (Δ)</p>

Médico/a de Familia, Dermatóloga/o, Enfermera, Oncólogo/a Radioterápico, Oncólogo/a Médico/a

Actividades	Características de calidad
<p>13º SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO SISTÉMICO</p>	<p>13.1 Se evaluará el estado clínico del paciente incluyendo (Anexo 4) (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de la administración del tratamiento • Diagnóstico y tratamiento de las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento • Resolución y tratamiento de los efectos secundarios de los tratamientos recibidos • Solicitud de analíticas precisas para seguimiento del esquema terapéutico <p>13.2 En esta fase los cuidados de enfermería irán dirigidos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1824 Conocimiento: Cuidados en enfermedad • NOC 1608 Control de síntomas • NOC 1601 Conducta de cumplimiento • NOC 1302 Afrontamiento de problemas • NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia <p>13.3 Se realizará una reevaluación de la respuesta y la toxicidad asociada al tratamiento y se dejará constancia documental en la Historia Clínica de la tolerancia al tratamiento recibido y el grado de toxicidad presentado</p> <p>13.4 (i) Se informará al paciente y/o familiar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El seguimiento del proceso, la aparición de síntomas y signos • Los cuidados • Los profesionales de referencia • Los procedimientos para el acceso a consulta de seguimiento

Actividades	Características de calidad
	<p data-bbox="392 186 1359 261">13.5 El informe de fin de tratamiento garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención e incluirá  (AG):</p> <ul data-bbox="459 273 1359 400" style="list-style-type: none"><li data-bbox="459 273 932 308">• Los tratamientos oncológicos realizados<li data-bbox="459 318 762 353">• Continuidad de cuidados<li data-bbox="459 363 1359 400">• Recomendaciones para autocuidados, vida saludable y reducción de riesgos <p data-bbox="392 425 1359 500">13.6 En caso de haberse administrado tratamiento neoadyuvante deberá ser evaluado nuevamente por el CMT (AG)</p>

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial, se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Recursos y Unidades de soporte específicos

Los recursos y unidades se han estimado en referencia a las necesidades específicas para la consecución de objetivos del PAI y los resultados esperados del mismo.

Recursos

Dermatoscopio de luz polarizada

Características de calidad

Debe cumplir las especificaciones técnicas conforme a normas armonizadas según directiva 93/42 (Real Decreto 414/1996)

Unidades de soporte

Técnicas de imagen

Las descritas en el Proceso de soporte

Laboratorios clínicos

Las descritas en el Proceso de soporte

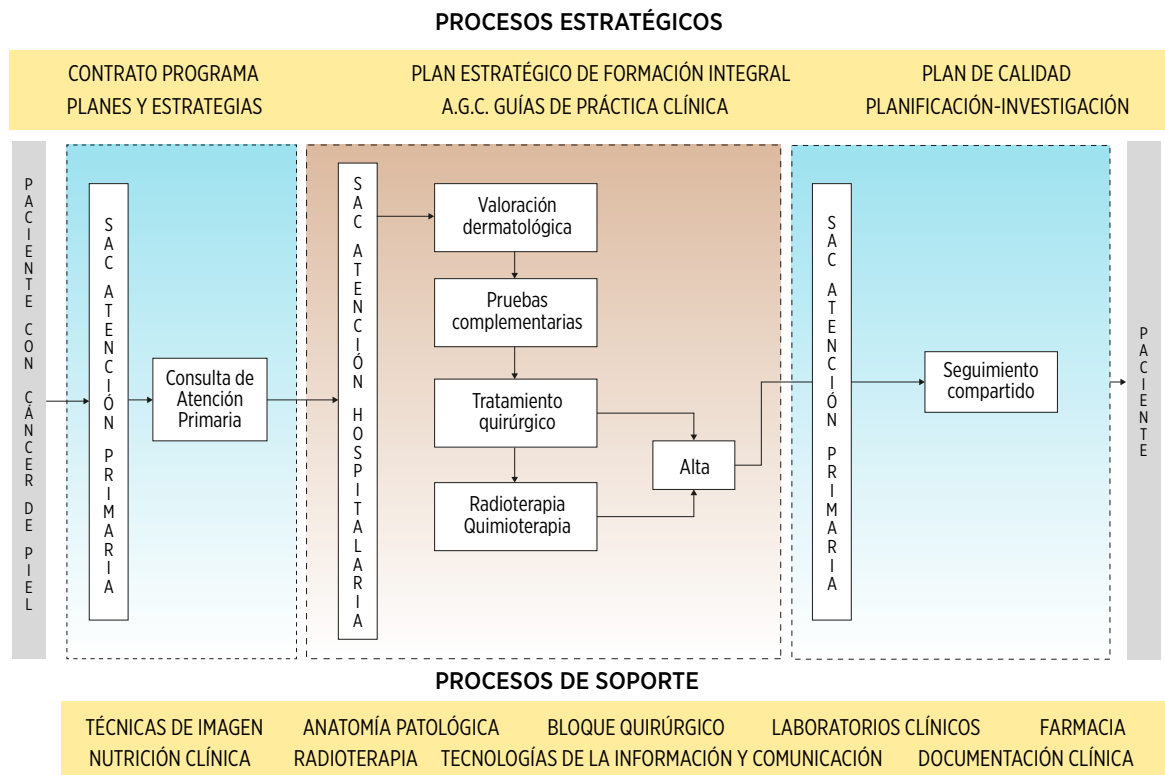
Nutrición clínica y dietética

Las descritas en el Proceso de soporte

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria. La continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	Pacientes con carcinoma de células escamosas o carcinoma basocelular con informe histológico completo
FÓRMULA	Nº de pacientes con carcinoma de células escamosas con informe histológico completo x 100 / Total de pacientes con carcinoma de células escamosas o carcinoma basocelular a los que les solicita informe del estudio anatomopatológico
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El informe anatomopatológico es la base sobre la que se toman las decisiones posteriores del manejo del paciente, por lo que es imprescindible que todos los pacientes diagnosticados de carcinoma de células escamosas o carcinoma basocelular contengan esta información en su informe.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con carcinoma de células escamosas extirpado
FUENTE	Historia de salud. Base de datos de Anatomía Patológica
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	> 90%
ACLARACIONES	El informe histológico completo se describe en la página número 29 del PAI. En el carcinoma de células escamosas in situ no procede el índice de Breslow, grado de diferenciación nivel de Clark, ulceración, invasión perineural y grado de diferenciación.

DENOMINACIÓN	Pacientes con carcinoma de células escamosas o carcinoma basocelular extirpado con bordes libres
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con cáncer cutáneo no melanoma extirpado con bordes libres}}{\text{Total de pacientes con cáncer cutáneo no melanoma intervenidos}} \times 100$
DEFINICIÓN	La exéresis incompleta de estos tumores se asocia a una mala evolución de los mismos, con recidivas frecuentes y cirugía cada vez más mutilante.
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Es importante adecuar de la técnica quirúrgica a cada tipo de tumor. La exéresis completa de estos tumores disminuye significativamente la morbilidad posterior
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con carcinoma de células escamosas o carcinoma basocelular extirpado
FUENTE	Informe de Anatomía Patológica
PERIODICIDAD	anual
ESTÁNDAR	> 80%
ACLARACIONES	Se excluye de este indicador aquellos carcinomas basocelulares y carcinomas de células escamosas tratados mediante terapia fotodinámica, Imiquimod, 5-fluoracilo tópico, crioterapia o radioterapia.

DENOMINACIÓN	Pacientes con lesión sospechosa de melanoma remitido desde atención primaria al dermatólogo y valorado antes de 10 días hábiles
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con lesión sospechosa de melanoma remitido desde primaria valorados antes de 10 días hábiles}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con lesión sospechosa de melanoma remitido desde atención primaria}} \times 100$
DEFINICIÓN	Se considera lesión sospechosa de melanoma si presenta los criterios definidos en el Anexo
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Una exéresis precoz del melanoma es el factor de mejor pronóstico en la supervivencia de estos pacientes.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de melanoma
FUENTE	Historia de salud. Citaweb Registro de teledermatología
PERIODICIDAD	anual
ESTÁNDAR	> 80%
ACLARACIONES	Los pacientes que no acudan a la consulta o aquellos en los que no se sospecha el diagnóstico de melanoma por parte del Médico de Familia o por parte del dermatólogo (en pacientes atendidos por teleconsulta) no se tendrán en cuenta en el cómputo final.

DENOMINACIÓN	Pacientes con lesión sospechosa de melanoma a los que se les realiza la exéresis de la lesión en menos de 7 días hábiles
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con lesión sospechosa de melanoma con exéresis de la lesión en menos de 7 días hábiles} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con lesión sospechosa de melanoma en los que se realiza exéresis}}$
DEFINICIÓN	Se considera lesión sospechosa de melanoma si presenta los criterios definidos en el Anexo
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Una exéresis precoz del melanoma es el factor de mejor pronóstico en la supervivencia de estos pacientes.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de melanoma
FUENTE	Historia de salud Registro de demanda quirúrgica Informes de Anatomía Patológica
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	90%
ACLARACIONES	Quedarán excluidos aquellos pacientes que no se presenten en el momento de la intervención quirúrgica o que no quieran ser intervenidos en ese tiempo por razones ajenas al sistema. Deberá constar por escrito su consentimiento de aplazamiento de la intervención una vez hayan sido informados de las consecuencias de dicha actuación. No se computarán aquellas derivaciones mal realizadas por falta de datos personales del paciente o falta de sospecha diagnóstica.


DENOMINACIÓN	Pacientes con melanoma con informe histológico emitido antes de los 7 días hábiles desde la solicitud
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes histológicos emitido en el curso de 7 días hábiles con diagnóstico de melanoma} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de informes histológicos solicitados con sospecha diagnóstica de melanoma}}$
DEFINICIÓN	Proceso
TIPO DE INDICADOR	Efectividad
DIMENSIÓN	El informe anatomopatológico es la base sobre la que se tomarán las decisiones posteriores de manejo del paciente, por lo que debe estar disponible para su valoración lo antes posible.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El informe anatomopatológico es la base sobre la que se tomarán las decisiones posteriores de manejo del paciente, por lo que debe estar disponible para su valoración lo antes posible



FUENTE	Base de datos de Anatomía Patológica. Historia de salud
PERIODICIDAD	Semestral
ESTÁNDAR	90%
ACLARACIONES	Para el cálculo de este indicador no se pueden contabilizar aquellos informes de Anatomía Patológica con diagnóstico de melanoma en los que el clínico no sospechase dicha entidad, ya que en estos casos la petición no irá etiquetada como “biopsia urgente” No se tendrán en cuenta para el cómputo final aquellos casos en los que el patólogo necesite realizar técnica de inmunohistoquímica especiales o consultar con un experto externo.

DENOMINACIÓN	Pacientes con melanoma con informe histológico completo
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con melanoma e informe histológico completo} \times 100}{\text{Total de pacientes con melanoma a los que les solicita informe del estudio anatomopatológico}}$
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El informe anatomopatológico es la base sobre la que se toman las decisiones posteriores del manejo del paciente, por lo que es imprescindible que todos los pacientes diagnosticados de melanoma contengan esta información en su informe. El 100% de los informes (excepto in situ) tienen que contener la información: espesor de Breslow, índice mitótico/mm ² , ulceración y distancia a márgenes
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Todos los pacientes con un melanoma extirpado
FUENTE	Historia de salud. Base de datos de Anatomía Patológica
PERIODICIDAD	Semestral
ESTÁNDAR	100%
ACLARACIONES	El informe histológico completo se describe en la página número 40 del PAI, en caso de melanoma in situ no procede informar sobre el índice de Breslow, nivel de Clark, ulceración e índice mitótico

DENOMINACIÓN	Pacientes con melanoma valorados por el comité multidisciplinar de tumores
FÓRMULA	Pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma valorados en el Comité Multidisciplinar de Tumores x 100 / Pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma
DEFINICIÓN	Los pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma deberán ser valorados por el Comité Multidisciplinar de Tumores Cutáneos/Melanoma, para discusión, toma de decisiones y propuesta de estadificación y terapéutica en cada caso.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Calidad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	En el manejo de los pacientes con melanoma, a lo largo de su evolución, pueden intervenir dermatólogos, patólogos, oncólogos, oncólogos radioterapéuticos, radiólogos, médicos de medicina nuclear, cirujanos generales, maxilofaciales, plásticos, cardiovasculares, farmacéuticos, por lo que es fundamental que desde el principio el abordaje sea multidisciplinar y consensuado.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Todos los pacientes diagnosticados de melanoma
FUENTE	Actas de Comité Multidisciplinar de Tumores Registro de la Historia de salud Base de datos de Anatomía Patológica
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	100%
ACLARACIONES	Todos los pacientes con diagnóstico de melanoma deben ser presentados, incluidos los T1a aunque sea con carácter informativo a los miembros del comité.

DENOMINACIÓN	Pacientes con melanoma a los que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico histológico y la propuesta de tratamiento adyuvante es inferior a 60 días
FÓRMULA	Nº pacientes a los que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico histológico y la propuesta de tratamiento adyuvante es inferior a 60 días x 100 / Nº pacientes con melanoma susceptible de tratamiento adyuvante
DEFINICIÓN	El indicador comprende el tiempo transcurrido desde el diagnóstico anatomopatológico hasta la propuesta de tratamiento adyuvante en el comité de tumores. Mide por tanto el tiempo en el cual se procede al tratamiento quirúrgico de la lesión y de las áreas ganglionares afectas y se obtiene la información necesaria para valorar si precisa tratamiento adyuvante posterior
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad 

FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	No existen evidencias basadas en estudios científicos, pero no cabe duda del beneficio que pueda tener el acortamiento de los tiempos hasta obtener una idea clara del estadio clínico-patológico del paciente y un tratamiento quirúrgico completo locorregional. Estos beneficios son mayores si además tenemos en cuenta el carácter agresivo y rápidamente progresivo de esta enfermedad y la angustia del paciente que desea un rápido desenlace y un enfoque adyuvante posterior
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Todos los pacientes con melanoma susceptibles de tratamiento adyuvante
FUENTE	Historia de salud
PERIODICIDAD	anual
ESTÁNDAR	>90%
ACLARACIONES	Se excluirán aquellos pacientes cuyo Performance Status contraindique el tratamiento adyuvante y aquellos pacientes que rechacen el tratamiento una vez explicadas todas las alternativas terapéuticas.

DENOMINACIÓN	Utilización del listado de verificación quirúrgica (“check list”) en las personas intervenidas por cáncer de piel
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes intervenidas por cáncer de piel en las que se ha aplicado el listado de verificación quirúrgica}}{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de piel}} \times 100$
DEFINICIÓN	El listado de verificación quirúrgica es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La instauración del listado de seguridad quirúrgica ha demostrado que disminuye significativamente la morbilidad evitable
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Todos los pacientes con un melanoma extirpado
FUENTE	Historia de salud
PERIODICIDAD	anual
ESTÁNDAR	100%

PERFORMANCE STATUS

ÍNDICE DE KARNOFSKY PARA LA EVALUACIÓN DEL PERFORMANCE STATUS²⁷

%	Definición
100	Normal, sin signos de enfermedad
90	Capaz de una actividad normal, enfermedad con escasos síntomas
80	Actividad normal con alguna dificultad, algunos signos o síntomas
70	Capaz de autocuidarse, no capaz de actividad laboral normal
60	Requiere alguna ayuda, puede cuidar de sus necesidades más personales
50	Requiere ayuda a menudo, requiere cuidados médicos frecuentes
40	Incapacitado, requiere cuidado especial y ayuda
30	Incapacitado gravemente, ingreso hospitalario indicado sin riesgo de muerte
20	Muy enfermo, requiere ingreso urgente, medidas o tratamiento de soporte
10	Moribundo, enfermedad fatal rápidamente progresiva
0	Muerte

Fuente: Cuestionarios test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud

ECOG-PERFORMANCE STATUS²⁸

ECOG-PS	Definición
0	Activo Capaz de realizar la misma actividad que antes del diagnóstico
1	Sintomático Ambulatorio y capaz de llevar a cabo un trabajo sedentario Cierta restricción en sus actividades
2	Sintomático Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo de vigilia
3	Sintomático Permanece en cama o sentado más del 50% del tiempo de vigilia
4	Postrado en cama el 100% del tiempo de vigilia
5	Exitus

Fuente: Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol.1982;5:649-55

CLASIFICACIÓN TNM American Joint Committee on Cancer 2014⁴

MELANOMA CUTÁNEO. CLASIFICACIÓN TNM

T	Espesor de Breslow (en mm)	Ulceración/mitosis
Tis	No aplicable	No aplicable
T1	≤ 1 mm	a. Sin ulceración o < 1 mitosis/mm ² b. Con ulceración o ≥ 1 mitosis/mm ²
T2	1,01 – 2,00 mm	a. Sin ulceración b. Con ulceración
T3	2,01 – 4,00 mm	a. Sin ulceración b. Con ulceración
T4	> 4 mm	a. Sin ulceración b. Con ulceración
N	Número de ganglios metastásicos	Carga tumoral ganglionar
N0	0	No aplicable
N1	1	a. Micrometástasis* b. Macrometástasis **
N2	2-3	a. Micrometástasis* b. Macrometástasis ** c. Metástasis en tránsito o satelitosis sin metástasis ganglionar
N3	. 4 ó más ganglios metastáticos . 4 o más ganglios metástasis, o ganglios consistentes o metástasis satélites, o metástasis en tránsito con 1 ó más metástasis ganglionares	
M	Localización	LDH
M0	Sin metástasis a distancia	No aplicable
M1a	Metástasis cutáneas, subcutáneas o en ganglios linfáticos distantes	Normal
M1b	Metástasis pulmonares	Normal
M1c	Metástasis a otras vísceras Cualquier metástasis a distancia	Normal Elevada

* Metástasis diagnosticadas mediante biopsia selectiva del ganglio centinela

** Metástasis clínicamente detectables y confirmadas histológicamente

LDH: lactato deshidrogenasa

MELANOMA CUTÁNEO. ESTADIOS CLÍNICOS⁴

	Estadios clínicos			Estadios patológicos		
	T	N	M	T	N	M
0	Tis	N0	M0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0	T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0	T4b	N0	M0
III	Cualquier T	N1	M0			
	Cualquier T	N2	M0			
	Cualquier T	N3	M0			
IIIA				T1-4a	N1a	M0
				T1-4a	N2a	M0
IIIB				T1-4b	N1a	M0
				T1-4b	N2a	M0
				T1-4a	N1b	M0
				T1-4a	N2b	M0
				T1-4a	N2c	M0
IIIC				T1-4b	N1b	M0
				T1-4b	N2b	M0
				T1-4b	N2c	M0
				Cualquier T	N3	
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: American Joint Committee of Cancer melanoma of the skin. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC et al., eds. AJCC Cancer Staging Manual 7 th ed. New York. NY: Springer, 2014 <http://www.springer.com/medicine/surgery/book/978-0-387-88440-0>

CALENDARIO DE SEGUIMIENTO ^(AG)

9.1 Calendario de seguimiento del paciente con carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas

9.2 Calendario de seguimiento del paciente con melanoma

9.1 CALENDARIO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CARCINOMA BASOCELULAR Y CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

	1er año	2º año	3er año	4º año	5º año	Siguientes
	Cadencia ²	Cadencia	Cadencia	Cadencia	Cadencia	Cadencia
CBC de bajo riesgo¹	ALTA					
CBC de riesgo Intermedio¹	V+A+EF 6 meses	V+A+EF 6 meses	V+A+EF 12 meses	ALTA ⁴	ALTA ⁴	ALTA ⁴
CBC de alto riesgo¹	V+A+EF 3 meses	V+A+EF 6 meses	V+A+EF 12 meses	V+A+EF 12 meses	V+A+EF 12 meses	ALTA ⁴
CCE de bajo riesgo¹	V+A+EF 6 meses	V+A+EF 6 meses	V+A+EF 12 meses	V+A+EF 12 meses	V+A+EF 12 meses	ALTA ⁴
CCE de alto riesgo²	V+A+EF 3 meses ECO-GR 6 meses TAC/RNM ⁵ 12 meses	V+A+EF 6 meses ECO-GR 12 meses TAC/RNM ⁵ 12 meses	V+A+EF 12 meses ECO-GR 12 meses TAC/RNM ⁵ 12 meses	V+A+EF 12 meses ECO-GR 12 meses TAC/RNM ⁵ 12 meses	V+A+EF 12 meses ECO-GR 12 meses TAC/RNM ⁵ 12 meses	Manejo individualizado ⁶

CBC, carcinoma basocelular; CCE, carcinoma de células escamosas; V, visita; A, anamnesis; EF, exploración física; ECO-GR, ecografía ganglionar regional

¹ Tipo de riesgo: ver anexo

² Se describe la cadencia de las consultas, "6 meses" = visita cada 6 meses

³ CCB de bajo riesgo, extirpado con bordes libres. Al alta se acompañará siempre de un informe para su Médico de Familia, facilitándole una posible futura consulta /física o teledermatológica) si fuera necesario

⁴ Al alta se acompañará siempre de un informe para su Médico de Familia, facilitándole una posible futura consulta (física o teledermatológica) si fuera necesario

⁵ En pacientes inmunodeprimidos o casos con infiltración perineural

⁶ En aquellos pacientes en situación de especial riesgo (inmunosupresión, trasplantados, tumor aparecido sobre úlceras, procesos inflamatorios crónicos, etc) se recomienda revisiones de por vida

Fuente: Elaboración propia

9.2 CALENDARIO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON MELANOMA

TNM		1er año		2º año		3er año		4º año		5º año		Siguientes
			Cadencia		Cadencia		Cadencia		Cadencia		Cadencia	Cadencia
0	DERMATOLOGÍA	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	12 meses	ALTA				
IA		V+A+EF	6 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	12 meses	V+A+EF	12 meses	V+A+EF	12 meses	ALTA
IB-IIB		V+A+EF	4 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	12 meses	V+A+EF	12 meses	ALTA
		ECO-GR	12 meses	ECO-GR	12 meses	ECO-GR	12 meses	ECO-GR	12 meses	ECO-GR	12 meses	
IIC-III	ONCOLOGÍA MÉDICA	V+A+EF	4 meses	V+A+EF	4 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF	6 meses	V+A+EF 12 meses
		ECO-GR	6 meses	ECO-GR	6 meses	ECO-GR	6 meses	ECO-GR	12 meses	ECO-GR	12 meses	
		TAC	12 meses	TAC	12 meses	TAC	12 meses	TAC	12 meses	TAC	12 meses	
		PET	12 meses	PET		PET						
IV		V+A+EF	4 meses	Individualizado según manejo terapéutico En caso de paciente libre de enfermedad seguir recomendaciones de estadio IIC-III								
	ECO-GR	6 meses										
	TAC	12 meses										
	PET	12 meses										

A, anamnesis; ECO-GR, ecografía ganglionar regional; EF, exploración física, V, visita

*Se describe la cadencia de consultas, "6 meses" = visita cada 6 meses

**Mientras el paciente esté asintomático

Fuente: Elaboración propia

REGLA DE LOS TRES PUNTOS ³⁰

Este algoritmo dermatoscópico se diseñó con el objeto de establecer un método sencillo para despistaje de lesiones sospechosas, fácilmente aplicable por no expertos en dermatología.

La presencia de 2 de los 3 criterios, define una lesión cutánea sospechosa

Aplicación del algoritmo

Los 3 criterios dermatoscópicos positivos, puntúan de igual manera

- **Asimetría global**, ya sea en cuanto a distribución de colores o de estructuras, en uno o más ejes. Simplemente cualquier lesión que al ser “seccionada” por cualquier diámetro imaginario, ambas mitades sean diferentes, sería una lesión asimétrica.
- **Retículo pigmentado atípico**. La presencia de red de pigmento con líneas gruesas, orificios irregulares, o irregular a lo largo de la lesión
- **Estructuras blanco-azuladas**, de cualquier tipo. La mera observación de áreas de tonalidad azulblanquecina ya se puntúa.

Fuente: Sociedad Española de Calidad Asistencial y Grupo Español Multidisciplinar de Melanoma GEM. La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Proceso de atención al paciente con melanoma cutáneo. Cádiz: SADECA y GEM; 2012. <http://goo.gl/bFvEvL>

ANÁLISIS DE PATRONES ³⁰

Representa el abordaje más completo del diagnóstico dermatoscópico del melanoma

Análisis de patrones para el diagnóstico dermatoscópico de melanoma

Retículo	Típico Atípico	Nevo Melanoma
Puntos-glóbulos	Regulares Irregulares	Nevo Melanoma
Proyecciones	Simétricas Asimétricas	Nevo Melanoma
Velo blanco-azulado	Presencia	Melanoma
Regresión	Presencia	Melanoma
Hipopigmentación	Regulares Irregulares	Nevo Melanoma
Manchas de pigmento	Regulares Irregulares	Nevo Melanoma
Estructuras vasculares	Vasos en horquilla Lineales irregulares Puntiformes En coma Glomerulares En corona Telangiectasias ramificadas	Queratosis seborreica Queratoacantoma Melanoma Nevo de Spitz, melanoma Nevo intradérmico Bowen, melanoma Hiperplasia sebácea Carcinoma basocelular

Fuente: Sociedad Española de Calidad Asistencial y Grupo Español Multidisplinar de Melanoma GEM. La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Proceso de atención al paciente con melanoma cutáneo. Cádiz: SADECA y GEM; 2012. <http://goo.gl/bFvEvL>

REGLA DE LOS 7 PUNTOS DE ARGENZIANO ³⁰

Este algoritmo representa un abordaje de menor complejidad. Consiste en la identificación de una serie de criterios dermatoscópicos mayores a los que se asignan 2 puntos y una serie de criterios menores a los que se asigna 1 punto. Una puntuación total igual o mayor de 3 identificaría la lesión como melanoma.

Regla de los 7 puntos de Argenziano para el diagnóstico de melanoma

Criterios mayores:	
Retículo pigmentado atípico	2
Velo azul-blanco	2
Patrón vascular atípico	2
Criterios menores:	
Proyecciones irregulares	1
Manchas de pigmento irregular	1
Puntos-glóbulos irregulares	1
Estructuras de regresión	1
Sospecha de melanoma	≥ 3

Fuente: Sociedad Española de Calidad Asistencial y Grupo Español Multidisciplinar de Melanoma GEM. La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Proceso de atención al paciente con melanoma cutáneo. Cádiz: SADECA y GEM; 2012. <http://goo.gl/bFvEvL>

Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; c2001-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/B4ETBH>
2. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [s.l.]: GRADE; c2005-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/3cH4w>
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Versión 2.2013 (internet). Basal cells and squamous cell skin cancer [citado 20.03.2014]. URL: <http://www.merkelcell.org/usefulInfo/documents/NCCNMCC2014.pdf>
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Version 2.2014 (internet) Melanoma [citado 20.03.2014]. URL: https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/melanoma.pdf
5. Telfer NR, Colver GB, Morton CA, Guideline for the Management of Basal cell carcinoma [Internet]. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol. 2008; 159 (1): 35-48 [citado 20.02.2014]. URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/577176>
6. Bonerandi JJ, Beauvillain C, Caquant L, Chassagne JF, Chaussade V, Clavère P, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions [Internet] J. Eur Acad Dermatol Venereol. 2011; 25 (Suppl): 1-51 [citado 20.03.2014]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2011.04296.x/abstract>
7. Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. [Internet] American Academy of Dermatology. J Am Acad Dermatol. 2011;65(5):1032-47 [citada 20.03.2014]. URL: <http://www.aad.org/File%20Library/Global%20navigation/Education%20and%20quality%20care/guideline-treatment-of-cutaneous-melanoma.pdf>
8. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH, et al. Revised U.K. guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010 [Internet] Br J Dermatol. 2010;163(2):238-56. [ciatada]. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174868151000416X>
9. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand [Internet] The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group, Wellington (2008) [citada 20.03.2014]. URL: <http://www.health.govt.nz/publication/clinical-practice-guidelines-management-melanoma-australia-and-new-zealand>
10. Clark WH. Tomour progressionand the nature of cáncer. [internet] Br J Cancer. 1991;64(4):631-44. [citada 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/edrx88>
11. Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la seguridad del paciente. [Internet]Washington: Ginebra: OMS; 2007 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/CTh6Vc>
12. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortés-Martínez C, Fernández-de la Mota E. Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/uHJje0>
13. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado nº. 274. (15-11-2002) [citado 03/03/2002]. URL: <http://goo.gl/uHJje0>
14. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan ins-

- trucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 152, [citado 03/03/2014] URL: http://www.comcordoba.com/contenidos/adjuntos/BOJA_2009-08-06_N152_Consentimiento_informado.pdf
15. Simón-Lorda P, Esteban-López S, (Coord). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 [citado 24/02/2014]. URL: <http://goo.gl/B6U3c1>
 16. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. [citado 27/02/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>
 17. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). 4ª ed. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier 2009 Barcelona
 18. Bulechek GM, Butcher HK, Mcloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta Edición. Elsevier Mosby. Barcelona. 2009
 19. Vilar-Coromina N, Miró-Queralt J, Cano-Bautista A, Vilardell-Gil L, Torres Babié P, Marcos-Gragera R. Non-melanoma skin cancer: incidente time trenes análisis in Girona, Spain [Internet] 1004-2007. Med Clin (Barc). 2011; 137 (4):145-51 [citada 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/1I50dk>
 20. American Joint Committee on Cancer .Melanoma of the skin. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC et al., eds. AJCC Cancer Staging Manual 7 th ed. New York. NY
 21. Ganti AK, Kessinger A. Systemic therapy for disseminated basalcell carcinoma: An uncommon manifestation of a common cancer [internet]Cancer Treat Rev 2011 [citada 20.03.2014]. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305737210002136>
 22. Guthrie TH, Porubsky ES, Luxenberg MN, et al. Cisplatin-based chemotherapy in advanced basal and squamous cell carcinomas of the skin: results in 28 patients including 13 patients receiving multimodality therapy[internet]. J Clin Oncol 1990; 8: 342-346. [citada 20.03.2014]. URL: <http://jco.ascopubs.org/content/8/2/342.long>
 23. Denis S. Preoperative treatment of advanced skin carcinoma with cisplatin and bleomycin [internet] Am J Clin Oncol 1999; 22: 32-34. [citada 20.03.2014]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10025376>
 24. Cranmer Id, Engelhardt C, Morgan SS, et al. Treatment of unresectable and metastatic cutaneous squamous cell carcinoma [internet]. Oncologist 2010; 15: 1320-28. [citada 20.03.2014]. URL: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/15/12/1320.full>
 25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (SIGN) nº.72. Cutaneous melanoma. A national clinical guideline. Edinburg: SIGN[internet] july 2003 [citada 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/MIVSmc>
 26. Procesos de Soporte. Nutrición Clínica y Dietética [Internet] Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006[citada 20.03.2014]. URL: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/nutricion_v2?perfil=org
 27. Cuestionarios test e índices para la valoración del paciente [Internet] Servicio Andaluz de Salud [citada 20.03.2014]. URL: http://www.sas.junta-andalucia.es/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_Esc-Karnofsky.pdf
 28. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group[Internet]. Am J Clin Oncol.1982;5:649-55][citada 20.03.2014]. URL: http://www.ecog.org/general/perf_stat.html
 29. American Joint Committee of Cancer melanoma of the skin. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC et al.,[internet] eds. AJCC Cancer Staging Manual 7 th ed. New York. NY: [citada 20.03.14] URL: Springer, 2014
 30. Sociedad Española de Calidad Asistencial y Grupo Español Multidisciplinar de Melanoma GEM. La calidad en la atención a pacientes con melanoma cutáneo. Proceso de atención al paciente con melanoma cutáneo [internet]. Cádiz: SADECA y GEM; 2012.[citada 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/bFvEvL>

