

MEMORIA DEL FUNCIONAMIENTO
DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA
DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

INDICE

- Introducción Pág. 3
- Oncología Médica: Concepto y contenido actual Pág. 5
- La Unidad de Oncología Médica:
 - Concepto y organización Pág. 9
 - Recursos Pág. 16
 - Normas generales de funcionamiento Pág. 17
 - Otras normas de funcionamiento Pág. 20
- Comités interdisciplinarios de tumores Pág. 22

INTRODUCCIÓN

La Oncología Médica surge como una subespecialidad de la Medicina Interna a mediados del siglo XX, con el empleo de agentes quimioterápicos para el tratamiento del cáncer. Las primeras Unidades de Quimioterapia en España fueron abiertas en la década de los 50. En la actualidad, la gran mayoría de los hospitales españoles dispone de una Unidad Oncológica en la que el enfermo recibe una atención especializada, se le administra tratamiento quimioterápico de forma controlada, se le hace un seguimiento y además se da apoyo a los enfermos terminales. Las Unidades de Oncología Médica están implicadas también en la realización de campañas de educación sanitaria oncológica y de diagnóstico precoz en la población.

El tratamiento del cáncer es un tratamiento multidisciplinario. Los Servicios o Unidades Médicas implicados deben trabajar de forma coordinada en el diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico, así como en el diseño de programas encaminados a la prevención de determinados cánceres. En estos equipos el oncólogo es pieza clave.

El Hospital Obispo Polanco (Nivel II) es centro de referencia de toda la provincia de Teruel y abarca una población asistencial aproximada de unos 95.000 habitantes. Esta población está envejecida encontrándose el 22 % por encima de los 65 años, lo que determina el tipo de patología que se atiende. El 24% de las defunciones en la provincia de Teruel son debidas al cáncer, constituyendo la segunda causa de fallecimiento. La tasa de incidencia bruta anual de cáncer es de 494,4 nuevos enfermos/100.000 habitantes, tasa que desciende hasta 368,1 casos nuevos/100.000 habitantes si no se incluye el cáncer de piel.

Durante los años 1995-96 en el Hospital Obispo Polanco se diagnosticaron 619 nuevas neoplasias (excluyendo tumores cutáneos). El 16,3% eran tumores colo-rectales, el 9,3% tumores ginecológicos, el 9,2% esofagogástricos, el 9% pulmonares, el 7,6 % prostáticos, el 7,9% de vejiga urinaria, el 6,6% de mama (que previsiblemente va a ir aumentando según se vaya desarrollando el programa de screening), el 5,7% oncohematológicos y el 4,8% de esfera ORL. Durante el año 1996 se registraron un total de 508 ingresos hospitalarios por patología tumoral maligna (7,2% del total de ingresos), en su mayoría en los Servicios de Medicina Interna y de Cirugía General, que originaron 5.235

estancias (10,5% del total de estancias) y tuvieron una estancia media de 10,3 días (3,3 días por encima de la media). Alrededor del 7% de las altas hospitalarias son secundarias a procesos neoplásicos, pero el número de enfermos atendidos como consecuencia de las complicaciones evolutivas de la enfermedad oncológica (tratamientos paliativos) o de los tratamientos citostáticos es muy superior. Entre estos 508 ingresados se produjeron 125 exitus (24,6%) que corresponden al 46% del total de fallecimientos acaecidos en el hospital durante ese año.

En los últimos años se ha experimentado un incremento en el número de los tratamientos quimioterápicos ambulatorios (aproximadamente un 10% entre 1996 y 1997, 525 frente a 569), con un coste en fármacos de 5.700.000 ptas. (2,85% del gasto farmacéutico). Previsiblemente en los próximos años va a continuar esa tendencia creciente, tanto en el número de tratamientos administrados como en el gasto farmacéutico derivado. Los motivos son claros: La quimioterapia está en franco desarrollo y continuamente aparecen nuevos fármacos (raramente más económicos que los ya existentes), incrementado las indicaciones terapéuticas en numerosos tumores que hasta la fecha carecían de fármacos activos para su tratamiento (en la actualidad el 60-65% de los pacientes neoplásicos reciben tratamiento quimioterápico en algún momento de la evolución de su enfermedad); además están surgiendo fármacos no quimioterápicos que mejoran la tolerancia y el control de la toxicidad de estos tratamientos (factores estimulantes de colonias, antieméticos, antibióticos, etc.). Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), se precisa un Oncólogo Médico por cada 100-200 nuevos casos/año ó 1,2 por cada 100.000 habitantes. En los Hospitales de Nivel II de ámbito provincial para atender una población de 250.000 habitantes, se necesitaba una Unidad de Oncología compuesta por 3 oncólogos médicos. Aproximadamente el 60-63% de todos los nuevos casos de cáncer necesitan ser vistos por el Oncólogo Médico, bien sea para su diagnóstico o para cualquiera de las diversas modalidades terapéuticas, o incluso para estudios de screening de población de riesgo

Hasta enero del 2000 el Hospital Obispo Polanco no disponía de Unidad de Oncología. Esta teórica deficiencia se suplía mediante una dispersión de los recursos humanos y económicos.

La Unidad de Oncología inició su andadura en enero del 2000. En aquel momento contaba con un oncólogo médico y una enfermera. Disponíamos de un local de consulta (que era una sala de curas), y de dos habitaciones contiguas en el área de pruebas funcionales, que cumplían la función de sala de tratamiento quimioterápico, con tres sillones. No disponíamos de camas hospitalarias propias. Durante el primer año de funcionamiento de la Unidad de Oncología fueron atendidas 942 consultas externas, incluidas 120 primeras visitas. Fueron administrados 900 tratamientos, mayoritariamente en régimen ambulatorio (99%). El año anterior habían sido administrados entre diversos servicios en todo el hospital 640 tratamientos; tan sólo el 68% en régimen ambulatorio. Además fueron actualizados los diferentes tratamientos quimioterápicos y hormonoterápicos, siendo incluidos en el Vademécum del Hospital aquellos fármacos que no habían sido utilizados hasta la fecha y que ya eran de uso común en otros centros.

De esta forma ya en el primer año de actividad se habían conseguido varios de los objetivos fijados: todos los pacientes diagnosticados de cáncer habían sido valorados por un oncólogo en su propio Sector, todos los tratamientos de quimioterapia, actualizados, del hospital habían sido administrados en un único local por un equipo especializado y se había reducido la ocupación hospitalaria y del número de ingresos por esta patología.

En los años posteriores la actividad de la Unidad de Oncología ha ido incrementándose (1600 tratamientos quimioterápicos en hospital de día, 2000 consultas externas, 200 pacientes nuevos por año) a pesar de lo cual la lista de espera no se ha resentido (es inexistente). Para ello ha sido preciso incrementar el personal de la Unidad: en la actualidad contamos con 2 oncólogos, 3 enfermeras y una auxiliar de clínica y aumentar la actividad de todo el personal de la Unidad. Contamos además con una sala nueva de hospital de día que dispone de 11 sillones para tratamiento, un baño (escaso) y una pequeña sala para descanso de personal, con un local nuevo de Consulta de Oncología, comunicado con la sala de tratamientos, una habitación anexa con dos camas y baño, para instilaciones vesicales, atención a pacientes con mal estado general, y realización de curas y colocación de vías centrales de acceso periférico y una segunda habitación para aerosolterapia y curas.

La Unidad dispone de una línea telefónica directa de asistencia a pacientes y familiares y Equipos de Atención Primaria, que evita muchos desplazamientos desde poblaciones alejadas de la capital, y muchas visitas al Servicio de Urgencias.

En los últimos años también se ha incrementado el número de tratamientos ambulatorios quimioterápicos en pacientes hematológicos, y de tratamientos endovenosos no quimioterápicos reumatológicos, dermatológicos y digestivos, que también se realizan en el hospital de día de Oncología, por el mismo equipo de enfermería.

En estos 6 años se han puesto en marcha el Comité de tumores digestivos, la Unidad de mama, el Comité de tumores pulmonares y torácicos, el Comité de tumores ginecológicos, y el Comité de Tumores de la esfera ORL, en los que Oncología ha intervenido de forma activa en su creación y funcionamiento. Estos comités permiten optimizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer así como detectar los déficits y problemas a subsanar.

Las relaciones con Atención Primaria y con el Hospital San José (Centro socio-sanitario) han sido estrechas. Fruto de las mismas fue la creación de la Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de la AECC, recientemente transformada en ESAD, de la que he sido Coordinador durante los últimos 4 años.

La actividad diaria en la Unidad comienza con la asistencia a los pacientes que acuden al hospital de día para tratamiento quimioterápico y que incluye extracción analítica (si no ha sido realizado previamente en los correspondientes Centros de Salud), control de toxicidades, consulta médica y administración de tratamiento. El paciente abandona la Unidad tras finalizar dicho tratamiento, con las fechas de siguientes controles analíticos, pruebas complementarias (citadas desde la Unidad) y cita del siguiente tratamiento, así como con orden de tratamiento postquimioterápico pormenorizado, que incluye consejos higiénico-dietéticos, motivos obligados de consulta con la Unidad y nota para el Servicio de Urgencias por si precisara acudir al mismo.

Posteriormente se atiende a los pacientes ingresados en planta por toxicidades de la quimioterapia o por complicaciones de su enfermedad, así como a las interconsultas intrahospitalarias cursadas por otros servicios.

Por último se atiende a los pacientes citados en la Consulta de Oncología y las consultas telefónicas. Además de 8:00 a 15:00 horas se atienden a aquellos pacientes que sin tener cita previa precisan asistencia preferente o urgente, evitando la necesidad de acudir y/o esperar en el Servicio de Urgencias (incluidas transfusiones sanguíneas).

La Oncología Médica es una especialidad en continua y rápida evolución. Cada día nuestros pacientes viven más tiempo y en mejores condiciones, abriendo la puerta a poder recibir más, mejores y novedosos fármacos que demuestran tener actividad contra el cáncer. La complejidad de dichos tratamientos es creciente, dando lugar a una subespecialización de la Oncología por patologías. Por otro lado tratamos a unos pacientes que crecen en número y en nivel de información. Por todo ello se hace imprescindible una formación continuada intensa, que implica contacto continuo con los centros de referencia regionales y nacionales, desarrollo de ensayos clínicos en el seno de los grupos nacionales de tumores (TTD, GECP, GEICAM, GEICO, GEIS, ONCOPAZ), asistencia a cursos y congresos nacionales e internacionales, revisiones bibliográficas continuas. Todo ello implica un esfuerzo considerable, especialmente a cualquier oncólogo que pretenda tratar todo tipo de tumores, que en mi caso es obligado al estar solo.

Proyectos futuros de la Unidad de Oncología

Proyectos a corto-medio plazo:

- Activación de nuevos ensayos clínicos:
 - Ca. de mama (ACROSS, GEICAM)
 - Ca colon (ONCOPAZ)
 - Ca. Páncreas (TTD)
- Reclutamiento de pacientes en ensayos clínicos abiertos:
 - Ca de pulmón (GECP)
 - Sarcomas (GEIS)
- Desarrollo de proyectos propios de la Unidad
 - Control de toxicidad neurológica a Oxaliplatino
 - Control de toxicidad dermatológica a Capecitabina

- Organización de 3ª Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Presidente de Comité Científico)
- Asistencia periódica a Comités de Tumores de centros de referencia
- Formación continuada:
 - Asistencia a cursos de revisión y monográficos.
 - Asistencia a congresos nacionales e internacionales.
 - Cursos de formación en Oncología para MIR y Médicos de Familia
- Consulta de Enfermería
 - Recomendaciones prácticas sobre toxicidad a tratamientos
- Protocolos de enfermería de administración de nuevos fármacos
- Incremento de la actividad de Hospital de Día
 - Tratamientos no oncológicos: Dermatología (psoriasis), Digestivo (EII), Infecciosos (VIH), Neumología (fibrosis pulmonar, inmunodeficiencias), Reumatología (artropatías).
- Docencia en enfermería (manejo de vías centrales PICC en el Sº de Urgencias y plantas)

Proyectos a largo plazo:

- Desarrollo de líneas de investigación: cáncer de colon
- Subespecialización de Consulta de Oncología por tipos de cáncer
- Obtención de especialidad en Enfermería Oncológica

ONCOLOGÍA MÉDICA. CONCEPTO Y CONTENIDO ACTUAL

La Oncología Médica es una subespecialidad de la Medicina Interna, dedicada al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas mediante quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia.

El oncólogo médico coordina la asistencia global del enfermo neoplásico. Debe por tanto estar familiarizado con todos los aspectos que concurren en las enfermedades neoplásicas: biología celular, inmunología, metabolismo, epidemiología del cáncer, diagnóstico, farmacología y estrategias terapéuticas, planificación y desarrollo de ensayos clínicos. Pero el oncólogo médico no pretende obtener la exclusiva sobre las enfermedades neoplásicas. La Oncología es fundamentalmente medicina en equipo, en la que deben intervenir las distintas unidades implicadas en el diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer (cirugía, radioterapia, anatomía patológica, laboratorio de bioquímica, radiodiagnóstico, medicina preventiva y servicios de especialización), y el oncólogo un miembro del mismo con tareas concretas.

Para la Comisión Nacional de Oncología Médica, el campo de acción y el contenido de la especialidad incluyen seis aspectos fundamentales, que familiarizarán al oncólogo médico con las enfermedades neoplásicas, para asistirles y coordinarlas correctamente:

- Etiología, epidemiología y prevención
- Diagnóstico precoz y diagnóstico de extensión
- Biología tumoral
- Terapéutica
- Efectos del tumor sobre el huésped
- Metodología de la investigación clínica

LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA

CONCEPTO Y ORGANIZACIÓN

Un Hospital General dispone de los diferentes medios y especialidades que le hacen, potencialmente, el mejor "Hospital Oncológico". Para ello, se deben integrar todos los recursos tecnológicos y humanos en una acción coordinada

dirigida a plantear la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica posible ante un paciente, portador de una neoplasia. Esta debe ser la misión principal de una Unidad de Oncología Médica. Para ello el Hospital debe contar con Comités abiertos a todos los especialistas en los que discutan o diseñen los diferentes protocolos para los distintos tumores y para cada caso concreto, cuando sea necesario.

De todo lo expuesto hasta ahora se deduce que la Unidad de Oncología debe tener una concepción "horizontal" y estar abierta a la participación de todos los especialistas que lo deseen. Dado que el número de pacientes con neoplasias que ingresan o son asistidos en un Hospital General es muy numeroso, una Unidad de Oncología no puede pretender diagnosticar, tratar o dirigir estas acciones para todos los pacientes neoplásicos, más bien su misión debe tender a potenciar a los demás Servicios. En aquellos hospitales en los que el Servicio de Oncología ha adoptado una concepción clásica "vertical", se ha producido una gran "hipertrofia" de dicho servicio, a pesar de lo cual, ha sido insuficiente para manejar directamente el gran número de enfermos oncológicos.

La actividad clínica de la Unidad de Oncología Médica debe basarse en la *consulta ambulatoria* y en el *Hospital de Día* para pacientes ambulatorios, por dos motivos fundamentales:

1. El desarrollo de la quimioterapia antineoplásica ha determinado que haya un gran número de pacientes oncológicos tributarios de dicha modalidad terapéutica. Su manejo no es exclusivo de los oncólogos médicos, pero sí un campo preferente de su actuación, junto con el control y seguimiento de estos pacientes. Si todo ello se realizara en un régimen de hospitalización, ningún Hospital dispondría de camas suficiente, se generarían largas listas de espera y una relación eficacia/coste altamente desfavorable.
2. Esta patología frecuentemente tiene una larga evolución, con la consiguiente necesidad de realización de numerosos procesos diagnósticos y terapéuticos; además en un elevado porcentaje de casos es fatal. Por ello es necesario buscar el mayor confort haciendo que el paciente sea aislado lo menos posible de su contexto familiar, social y laboral.

Consulta de Oncología.

Finalidades:

- Orientar el diagnóstico inicial de aquellos pacientes que sean enviados para estudio o consulta por médicos de atención primaria o por médicos especialistas de fuera o dentro del Hospital.
- Realizar el máximo número de exploraciones y planificaciones de tratamiento en régimen ambulatorio.
- Controlar y realizar el seguimiento de pacientes fuera de tratamiento.

Hospital de Día.

Finalidad:

- Tratar a los pacientes en régimen ambulatorio. Dadas las características de estos fármacos y sus efectos adversos, el Hospital de Día debe constar de una ubicación adecuada en cuanto a ventilación, luminosidad y confort, así como de personal sanitario especializado.
- Control de tolerancia y de toxicidades de pacientes en tratamiento.

La unidad de quimioterapia ambulatoria puede ser utilizada no sólo por la Unidad de Oncología; también por otros Servicios que manejen este tipo de tratamientos u otros afines, como Hematología.

Para el buen funcionamiento del Hospital de Día son de vital importancia:

- Existencia de una conexión adecuada, reglada y convenida con el laboratorio central y la farmacia del Hospital, para obtener los resultados de los análisis (al menos de los hemogramas) en el menor tiempo posible y los citostáticos en los tiempos convenidos, evitando incomodidades al paciente.
- Buena coordinación con el Servicio de Asistencia Social, ya que estos pacientes presentan una serie de problemas que requieren una especial atención (económicos, familiares, laborales, traslados,...)

Hospitalización de pacientes oncológicos.

Los principales motivos de ingreso son:

- Tratamientos quimioterápicos de pacientes que, por razones de distancia y desplazamiento no pueden recibir tratamiento ambulatorio (evitando, por otro lado, el gasto que supone el transporte repetido al Hospital de Día).

- Tratamientos complejos que requieren controles más estrechos: perfusiones continuas, tratamientos con rescate, etc. La mayoría de éstos podrán obviarse mediante la utilización de bombas de perfusión ambulatorias.
- Pacientes que así lo solicitan por mala tolerancia al tratamiento.
- Realización de exploraciones complementarias. Estas deben ser programadas previamente al objeto de reunir en un solo día varias pruebas (biopsias medulares, hepáticas, exploraciones isotópicas, etc.)
- Pacientes agudos, graves o en situaciones complejas: infecciones, fiebre neutropénica, compresión medular, anemia con repercusión hemodinámica, síndrome de vena cava, dolor no tratable por medios habituales, trastornos metabólicos, etc.
- Pacientes terminales. Existe toda una metodología de cuidados terminales que es preciso aplicar a estos pacientes y que de nuevo exige la cooperación de diferentes servicios y especialidades (Oncología, Cirugía, Radioterapia, Psiquiatría, Asistencia Social y Religiosa, y Unidad del Dolor).

Todos estos ingresos deben ser de corta duración (horas a días).

El desarrollo de una adecuada estructuración de la asistencia oncológica, basada en Consulta, Hospital de día y Hospitalización, permite progresar en tres aspectos:

1. Elevar y organizar el nivel de asistencia para el paciente neoplásico o que potencialmente lo pueda ser.
2. Reducir el gasto invertido en la asistencia oncológica al tiempo que se incrementa la eficacia.
3. Mejorar la formación profesional de todo el personal que trabaja en este área de la asistencia clínica.

La Unidad de Oncología debe practicar una Medicina basada en la *Evidencia Científica* tanto en el tratamiento como en el seguimiento de los pacientes (debido a los costes añadidos que puede suponer una mala orientación de dichas prácticas). A falta de evidencias, será preciso aplicar el mayor rigor científico a la hora de decidir un tratamiento, huyendo de cualquier concepto paternalista y abandonando las mal llamadas ofertas terapéuticas que no tienen basada su rentabilidad en hechos constatados.

Ante la falta de Evidencia Científica, será preciso colaborar en **ensayos clínicos** como camino a la optimización terapéutica. Existen numerosos grupos cooperativos españoles y europeos con los cuales es fácil colaborar, como son el TTD (Tratamientos de Tumores Digestivos), GECP (Grupo Español de Cáncer de Pulmón), GEICAM (Grupo Español de Investigación del Cáncer de Mama), la EORTC de ámbito europeo, etc.

Además la Unidad de Oncología Médica deberá proponer ensayos clínicos propios fase II o fase III, en colaboración con los Servicios Quirúrgicos. Dichos ensayos determinan una forma de trabajo con exquisito rigor científico, legal y asistencial, al implicar el diseño del ensayo, la valoración del Comité de Ensayos y del Comité Ético, la utilización de consentimientos informados, y el hecho constatable de que en los pacientes incluidos en ensayos se obtiene una elevada calidad de sus cuidados y una mejoría en los resultados de los mismos. La participación en Ensayos clínicos, al margen del beneficio científico y clínico, conlleva un beneficio económico nada desdeñable. Dicha fuente de recursos económicos debe redundar en beneficio de la Institución y del profesional que realiza el trabajo. Para la gestión de dichos recursos será preciso la creación de una Fundación Científica de la que nazcan nuevos proyectos de investigación para el propio Hospital.

Esta forma de trabajar implica una *actualización permanente* de los protocolos Quimioterápicos por parte del Oncólogo Médico.

Toda Unidad o Servicio de Oncología Médica ha de cumplir una serie de condiciones:

1. *Eficacia*: Es el cumplimiento de los objetivos asistenciales, docentes y de investigación predeterminados.
2. *Eficiencia*: Es la consecución de dichos objetivos al menor coste. Para ello es imprescindible obtener el rendimiento adecuado del personal, elemento más significativo en todos los aspectos, incluido el económico, y establecer criterios adecuados en la elección de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que aporten el mayor beneficio con el menor gasto.
3. *Equidad*: Se deben protocolizar y priorizar los motivos de ingreso, de forma que ingresen aquellos pacientes que más se puedan beneficiar, reduciendo al máximo las estancias.

4. *Máxima calidad*: La calidad es un parámetro que cada vez está más presente en la profesión médica. Se podría definir como lo mejor que se puede hacer con los medios y conocimientos actuales y al menor coste posible. La calidad consta de un componente intrínseco, que consiste en devolver la salud de acuerdo con el avance de la ciencia y los medios técnicos y un componente aparente, que es el que el individuo siente como ciudadano y como persona, y que depende en gran parte de la comunicación médico-enfermo, relación muy deteriorada en la práctica médica de nuestros días, de tal forma que suele ser la incomunicación una causa muy frecuente de las quejas que manifiestan los enfermos o sus familiares. La calidad es la suma de ambas.

Otro de los aspectos o misiones de carácter general de una Unidad de Oncología es promocionar y participar en la recogida de datos junto con otros servicios, como Medicina Preventiva y Anatomía Patológica, a través del **Archivo o Registro de Tumores**, imprescindible en un moderno hospital. Esta recogida de datos proporciona numerosos beneficios:

- Para los Servicios: El rellenar un formulario por cada paciente portador de una neoplasia, a medio y largo plazo le permite obtener información fácilmente asequible sobre número de casos de las diferentes neoplasias, estadios, supervivencia, etc.
- Para el Hospital: Proporciona uniformidad y mejora en la calidad de la asistencia a los enfermos oncológicos, al unificar el lenguaje médico (diagnósticos histológicos, clasificaciones por estadios, supervivencia, etc.), para lo cual los diferentes especialistas se ven obligados a intercambiar información y opiniones, y al afinar más en los procedimientos diagnósticos con el fin de obtener información detallada de la histología y/o de estadiaje. Por los mismos motivos aumenta la proporción de necropsias realizadas. Todo ello permite un control de la asistencia, de la efectividad de las terapias aplicadas, etc.
- Para el paciente: Por todas las razones aducidas anteriormente, mejora la calidad de la asistencia que recibe.

- Para la Comunidad: Permite obtener un registro de la epidemiología, repercusión socioeconómica de los diferentes tumores e incluso de agentes etiológicos (hábitos sociales, alimenticios,...) que a largo plazo pueden promover campañas de prevención o de detección precoz.

RECURSOS DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Recursos humanos

- 2 Médicos Especialistas en Oncología Médica
- 3 Diplomadas Universitarias en Enfermería (DUE)
- 1 Auxiliar de Clínica (AC)
- 1 Secretaria / Administrativo a tiempo parcial

Recursos materiales

- 2 Consultas de Oncología
- 1 Hospital de Día con
 - 11 sillones (para tratamientos cortos)
 - 2 camas (para tratamientos largos)
 - 1 zona aislada para tratamientos especiales (instilaciones vesicales)
 - 1 sala de espera.
- 3 Ordenadores conectado a red
 - Bombas de infusión: 4 triples, 8 sencillas
 - Material fungible
 - Disponibilidad de camas para ingresos y de bombas de infusión para uso hospitalario

NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD

Horario

8:00-9:00 horas: Asistencia a Comités de Tumores / Sesiones Clínicas
9:00-10:30 horas: Consultas de 1º Día (Pacientes nuevos)
10:30-11:45 horas: Consultas de H. de Día (Ptes. en tratamiento) horas: Pase de visita de pacientes ingresados / Interconsultas
12:45-14:30 horas: Consultas de revisión
horas: Realización de Informes Médicos

Consulta de Oncología:

En la Consulta de 1º Día se abrirá historia clínica y el protocolo correspondiente y se orientarán las pruebas diagnósticas y las medidas terapéuticas necesarias.

En las Consultas de revisión, se realizará un seguimiento periódico de los pacientes una vez finalizado el tratamiento quimioterápico. Su finalidad será la valoración de efectos secundarios agudos y tardíos del tratamiento y el diagnóstico precoz de las recidivas. El seguimiento se basará en la Hª Clínica, en la exploración física y en pruebas complementarias. Será preciso diseñar modelos de seguimiento de las diferentes patologías en colaboración fundamentalmente con el Servicio de Cirugía, evitando la duplicidad de los mismos y teniendo como objetivos el diagnóstico precoz de las recidivas, el análisis de las mismas y el valor que dicho diagnóstico conlleva en la supervivencia.

Aquellos pacientes, en los que el facultativo considere que no es necesario su seguimiento por la Unidad de Oncología (es razonable que esto ocurra para la mayoría de los procesos a los cinco años de evolución libre de enfermedad), serán dados de alta con un informe médico donde conste el diagnóstico, tratamiento recibido, las recomendaciones de seguimiento o cuidados que se estimen oportunos y además, se indicará la posibilidad de contactar con la Unidad de Oncología y el teléfono de contacto. Este informe se le dará al paciente con la recomendación de que entregue una copia a su Equipo de

Atención Primaria y/o al especialista oportuno. Al paciente se le deberá advertir de que es posible que a través del correo o del teléfono, bien directamente o a través de su Médico de Cabecera, la Unidad de Oncología Médica o el Registro de Tumores del Hospital se interesen periódicamente por su situación.

Hospital de Día:

Tiene como misiones fundamentales la realización de tratamientos quimioterápicos ambulatorios e incluso de procedimientos diagnósticos, así como el control de las toxicidades agudas, valorando en función de las mismas la posibilidad de administración de tratamientos adyuvantes (antieméticos, antibióticos, enjuagues para mucositis, etc.) o cambios en la dosificación o incluso en el esquema terapéutico.

Las órdenes de tratamiento se realizarán en un formato apropiado donde deben constar los datos de identificación del paciente, su diagnóstico, número de protocolo, peso y superficie corporal, número de ciclo, tratamiento pormenorizado con dosificación, vía de administración, modo de administración (perfusión, bolus, etc.), tratamientos acompañantes (medidas de hidratación, terapia antiemética, etc.) y otras recomendaciones, así como la fecha de iniciación y finalización del tratamiento (Ver anexo). Estas hojas se realizarán por partida doble, remitiéndose una copia a Farmacia y otra al Hospital de Día, o en su caso a Hospitalización. En Farmacia se procederá a la comprobación y comparación con el protocolo correspondiente procediendo a la preparación con los procedimientos de seguridad establecidos por dicho Servicio. En el Hospital de Día, y en su caso en Hospitalización, se comprobará que el tratamiento remitido corresponde al paciente, así como las dosificaciones y vía de administración, siendo firmada dicha comprobación.

El Personal de Enfermería adscrito al mismo será el de la Unidad de Oncología. Es conocedor de la problemática de los pacientes oncológicos, está integrado con el Oncólogo Médico, sintiéndose implicado en la secuencia diagnóstica y terapéutica de los pacientes, evita errores o al menos permite que se detecten algunos como los de dosificación, al estar familiarizado con dichas terapéuticas. El Personal de Enfermería debe contar con un área de descanso psicológico en el Hospital de Día.

En el Hospital de Día debe existir una *planificación* del trabajo de tal modo que se evite la espera innecesaria del paciente o el acúmulo de pacientes en una misma hora, y que en líneas generales puede ser la siguiente:

- Inicio de los tratamientos (8:00 horas), empezando con los intravesicales en los pacientes urológicos, que se realizarán en una zona separada, provista con medidas de ventilación adecuadas, especialmente importante para la terapia intravesical con BCG. Estos tratamientos deben de realizarse con las medidas de seguridad oportunas para el paciente y para el personal de Enfermería (guantes, gafas protectoras, mascarilla, etc.). Las normas de seguridad serán las que en cada caso estimen oportunas las organizaciones de Medicina Laboral.
- Los tratamientos quimioterápicos sistémicos en el Hospital de Día se programarán atendiendo a las siguientes circunstancias:
 - Los tratamientos de larga duración se programarán preferentemente en las primeras horas.
 - Los tratamientos que deban ser administrados varios días seguidos, se iniciarán los lunes, de tal manera que queden libres los fines de semana
- En el caso de pacientes que por razones médicas o de otra índole precisen realizar el tratamiento en el mismo día de la consulta se realizará la analítica correspondiente (en la mayoría de las ocasiones un hemograma) por el procedimiento preferencial y se les citará en la segunda mitad de la mañana para dar tiempo a su revisión en la consulta de Hospital de Día y a la recepción del resultado de dicha analítica.

Al paciente se le orientará y aconsejará con respecto a hábitos alimenticios o de descanso y se anotarán todas aquellas incidencias que se crean oportunas en su hoja de protocolo (náuseas, dolor, irritación, etc.).

En caso necesario el personal de Enfermería podrá consultar o requerir siempre al Oncólogo Médico o en su caso al personal de guardia.

Hospitalización:

Pase de visita en planta (11:45-12:45 horas). Se realiza por el Oncólogo Médico y la enfermera adscrita a dichas camas. En el caso de pacientes en tratamiento paliativo, y en aquellos otros que fueran necesarios se personarán la asistente social y/o el psicólogo.

En el pase de visita se cumplimentarán diariamente la historia clínica, hojas de evolución y tratamiento, y se comentará con los familiares presentes las novedades más importantes en los cambios evolutivos del paciente y en su tratamiento. La información pormenorizada y sosegada se realizará siempre que se requiera (primer diagnóstico, pronóstico y terapia a seguir, cambios evolutivos importantes, etc.) a juicio del médico, asistente social o petición familiar, a partir de las 12:45 horas y mediante citación concertada. Una vez finalizada la visita se comunicará al Servicio de Admisión las altas programadas y se procederá a realizar las interconsultas precisas con otros Servicios, que deberá realizarse preferentemente el mismo día en que se solicite, anotarse en los registros correspondientes y emitir un informe.

OTRAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA

- Memoria anual: Al final de año se realizará una evaluación general de las actividades de la Unidad de Oncología Médica en la que se harán constar al menos los siguientes puntos:
 1. Número de pacientes atendidos
 2. Número de casos nuevos
 3. Número de tratamientos administrados
 4. Número de interconsultas realizadas
 5. Trabajos publicados
 6. Comunicaciones a Congresos
 7. Asistencia a reuniones y congresos científicos
- Asistencia periódica (1-2 días/mes) a Centros de Referencia para la presentación de casos en los Comités de Tumores para valoración diagnóstico/terapéutica mediante técnicas ausentes en este Hospital (RNM, neurocirugía, cirugía torácica, radioterapia, altas dosis de quimioterapia con autotransplante, etc.).

- Asistencia a Cursos/Congresos de Oncología.
- Docencia a MIR de Medicina de Familia y Comunitaria y de Medicina Interna (a valorar por la Unidad Docente del Hospital).

- Otras normas:

Las historias clínicas se realizarán siguiendo las normas generales de funcionamiento del Hospital con el modelo unificado.

Acompañando a dicha historia es necesario realizar los registros propios de la Unidad, hoja de protocolo, apertura de protocolo y número correspondiente.

Las evaluaciones subsiguientes así como los distintos tratamientos debe ser registrados, además de en la historia, en las hojas de protocolo de cada paciente.

En el informe de alta deberá constar un resumen de historia, evolución, juicio diagnóstico, tratamiento médico y plan de cuidado, si lo precisara. También deberá constar en él, la citación para la próxima consulta o ingreso, así como las peticiones analíticas o de otras exploraciones complementarias que requiriera para la misma. En la agenda de la Unidad se señalará dicha citación. Deberá constar en el informe el teléfono de contacto o de consulta y se realizarán las copias que la Administración del Hospital requiera, así como una para el paciente y otra para su Médico de Cabecera y/o especialista correspondiente.

En el caso de los fallecimientos ocurridos en el Hospital, deberá realizarse una epicrisis siguiendo la misma estructuración.

COMITÉS INTERDISCIPLINARIOS DE TUMORES

En la actividad de la Unidad de Oncología Médica es fundamental la coordinación con otros especialistas, tanto en los procesos diagnósticos como

terapéuticos. Esta coordinación se realiza a través de Comités Específicos y se plasma en la realización, evaluación y seguimiento de protocolos.

El organigrama de esta coordinación debe ser el siguiente:

- *Comisión General o Central de Tumores*: Es necesario que en ella participen al menos el Oncólogo Médico, un Cirujano, un Patólogo. La función de esta Comisión es emitir unas normas generales para el funcionamiento de las Comisiones Específicas y controlar la realización y registro de protocolos y seguimiento y evaluación de los mismos. De esta Comisión depende a su vez los Comités Específicos y el Archivo de Tumores del Hospital, cuya responsabilidad directa recae sobre el Especialista de Medicina Preventiva y Salud Pública.

- *Comités Específicos*: En ellos intervienen el Oncólogo Médico, un Patólogo, un Radiólogo, un Epidemiólogo, un Cirujano y un Médico Especialista implicados en la patología de la que sea objeto dicho Comité. Serían deseables al menos los cinco siguientes:

- Comité de Pulmón.
- Comité de Mama y de Patología Oncológica Ginecológica.
- Comité de Digestivo.
- Comité de Urología.
- Comité de Otorrinolaringología.

El Oncólogo Médico es el responsable de la puesta al día y control de los protocolos en dichos comités.