



# NuevoHospital versión digital

## Sumario

**Evolución y actividad desde su inicio de la Comisión Promotora del Comité Asistencial de Ética . Hospital Virgen de la Concha. Zamora.**

*Dra. Teresa Saldaña Fernández.*

2

**PROGRAMA DE INTERCAMBIO HOPE 2002 PORTUGAL (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)**

*Margarita Rodríguez Pajares*

7

**BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA CON RADIOCIRUGÍA EN EL CÁNCER DE MAMA**

*Juan Ignacio Rayo Madrid; Justo Serrano Vicente*

11

**Normas de publicación**

21





## **Evolución y actividad desde su inicio de la Comisión Promotora del Comité Asistencial de Ética . Hospital Virgen de la Concha. Zamora.**

### ***Dra. Teresa Saldaña Fernández.***

Presidenta de la Comisión de Ética Asistencial.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

- Se inicia la actividad a finales del año 1.997, a propuesta de la Dirección del Centro. Previamente, la Dirección propone que se formen en Bioética dos personas del hospital: una médico, que hará los estudios de Magister de Bioética y una enfermera que hará el Experto en Bioética. Ambas realizan los cursos en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. La médico pertenece al área de Medicina Intensiva y la enfermera al área de Urgencias. Posteriormente de forma voluntaria, otra médico hizo los estudios de Bioética en la Universidad de Comillas de Madrid. La médico pertenecía al área de Hematología.

La composición inicial de la Comisión Promotora, fue la siguiente: seis facultativos pertenecientes a distintas áreas (cirugía general, ginecología, pediatría, medicina interna, rehabilitación y UCI), cuatro enfermeras ( urgencias, ginecología, urología y servicio de atención al usuario), dos administrativos (atención al usuario y servicio de personal), un abogado, una trabajadora social, un profesor de filosofía y el capellán del hospital. En total 16 miembros. Posteriormente, durante el año 2002, por motivo de traslado y por renunciaciones voluntarias, se procedió a una renovación interna, incorporándose facultativos del área de oncología y neumología en los puestos que quedaron vacantes.

- Durante el año 1998, se elaboró el Reglamento de Régimen Interno para el futuro Comité Asistencial de Ética, y como orientación en el funcionamiento de la actual Comisión Promotora.
- Los miembros de la Comisión Promotora se reúnen periódicamente, siempre en horario de mañana (a partir de las 13 h). En estas reuniones se llevan a cabo labores de formación, elaboración de documentos, resolución de casos (reales y supuestos como método de aprendizaje) y programación de actividades futuras.
- La documentación correspondiente al CAE está guardada y custodiada en la secretaría de la UCI, en un armario preparado para este fin. El trabajo de secretaría lo realiza el

personal administrativo de la UCI. Desde allí se envía la información, se elaboran las actas y se hacen todos los trámites administrativos necesarios.



**Las actividades llevadas a cabo por la Comisión, se resumen en los siguientes apartados:**

**1. Formación:**

- El profesor Diego García inició en el tema de la Bioética al personal del Hospital, con la conferencia que llevaba por título “La Bioética en los hospitales”. Era el año 1998.
- En el año 1.999 se realiza en el hospital con ayuda de formación continuada, el “Curso de Derecho Sanitario y Bioética”. Acuden ponentes de gran prestigio a escala nacional, tanto legisladores como del campo de la Bioética.
- En Octubre de 2.001 se realiza un “Curso de Bioética” dirigido a todo el personal sanitario, con la colaboración de la Coordinación de Formación Continuada. El curso es impartido por el Dr. J.C. Alvarez, el Dr. M de los Reyes y el Dr. J.L. Trueba entre otros. Todos ellos son profesores en el Magister y Experto en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. A dicho curso asisten 30 personas del Hospital (médicos y enfermeras). El programa repartido en cinco jornadas fue el siguiente:
  - a) Bioética. Contexto histórico. Definición
  - b) Procedimiento de decisión.  
Fundamentación.  
Capacidad y Competencia
  - c) La relación clínica. La responsabilidad (ética y jurídica) del profesional sanitario. Justicia  
sanitaria: distribución de recursos.
  - d) Los CEA y los CEIC.
  - e) La información al paciente. El Consentimiento Informado.
- Dentro de la Comisión como modo de formación de los miembros, se ha distribuido documentación abundante y se han realizado puestas en común así como estudio de diversos temas.
- Con el fin de fomentar la extensión del conocimiento de la Bioética, se han publicado en la página Web de la Unidad de Coordinación de Calidad del hospital,



trabajos relacionados con la ética asistencial. Dicha documentación está dirigida a todos los profesionales interesados en estos temas.

- Desde la comisión se ha colaborado con Formación Continuada, así como con el Colegio de Médicos y Escuela de Enfermería para la realización de charlas y conferencias cuando se ha solicitado nuestra colaboración.
- Se ha solicitado a la Biblioteca del hospital la incorporación de publicaciones relacionadas con temas de Bioética.

## **2. Información al paciente/ Consentimiento Informado:**

- Se ha elaborado una “Guía para la información y el Consentimiento Informado”, que se ha enviado a los distintos Servicios y se ha distribuido entre los distintos profesionales. Dicha guía también se ha publicado en la página Web del hospital, donde está a disposición de todos los profesionales.
- Desde la Comisión se han propiciado distintas charlas y conferencias sobre el tema de la información y el C.I.
- Anualmente se han revisado y validado los documentos de Consentimiento Informado de los distintos Servicios que lo han solicitado.

## **3. Consultas al Comité:**

- Durante el tiempo de funcionamiento de la Comisión, se han recibido consultas sobre casos, relacionados con los problemas de transfusión de los testigos de Jehová y sobre otros problemas asistenciales relacionados con los Servicios de Cirugía y Traumatología. Sobre estos casos, se elaboraron informes escritos y se buscó soluciones que fuesen aceptadas por las dos partes.
- Las consultas al Comité se deben dirigir a la secretaría del Comité (Secretaría de UCI).

## **4. Grupos de Trabajo:**

En el año 2002, se inicia un grupo de trabajo dentro de la Comisión Promotora con la intención de profundizar en el tema de La Confidencialidad. Este grupo actualmente sigue trabajando en esa dirección.



## **5. Reunión con otros Centros:**

- A solicitud de otros Centros, se ha participado en cursos y con conferencias relacionadas con temas de Bioética.
- Se ha participado en las jornadas sobre Comités de Ética Asistencial celebradas en Madrid a iniciativa del INSALUD.
- En el mes de Junio de 2002 se asiste a la primera reunión de los Comités Asistenciales de Ética de Castilla y León celebrada en el Complejo Hospitalario de León.

## **6. Relaciones con asociaciones/prensa:**

- A petición de asociaciones y de prensa, se han realizado charlas informativas y se han publicado entrevistas relacionadas con temas de ética asistencial.
- El Comité de Enlaces con los Hospitales de los testigos de Jehová se ha reunido con representantes de la Comisión a fin de transmitir sus inquietudes y aportar documentación, protocolos de procedimientos asistenciales alternativos a la hemoterapia, así como documentación sobre estos temas.

## **7. Acreditación como Comité:**

Tras lo expuesto, desde la Comisión creemos que en el momento actual se podría solicitar la acreditación como Comité. Debido a las transferencias del antiguo INSALUD y dado que actualmente se está organizando la Comisión de Bioética de Castilla y León, esperamos poder solicitarlo con la mayor brevedad posible.



## **8. Composición del CAE:**

**Actualmente la Comisión Promotora del CAE está compuesta por los siguientes miembros:**

### **PRESIDENTA:**

D<sup>a</sup> TERESA SALDAÑA FERNÁNDEZ.- Facultativa U.C.I.

### **VICEPRESIDENTA:**

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JOSE DONCEL HERNÁNDEZ.- Enfermera Servicio de Urgencias

### **SECRETARIA:**

D<sup>o</sup> ISABEL GARCIA ARROYO.- Facultativa. Neumóloga

### **VOCALES:**

D. JOSE LUIS NIETO BECERRIL.- Jurídico

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> ANGELES ESCAJA MUGA.- Trabajadora Social

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> JOSE BARTOLOME CUERDO.- Auxiliar Administrativo SAU

D<sup>a</sup> MANUELA MARTIN HERNÁNDEZ.- Administrativo Servicio de Personal

D. FRANCISCO JAVIER GARCIA-FARIA DEL CORRAL.- Facultativo Cirugía General

D. MANUEL MESONERO GRIS.- Facultativo. Obstetricia y Ginecología

D. ANTONIO MARTIN LLAMAS .- Sacerdote

D<sup>a</sup> MERCEDES SANCHEZ JACOB.- Facultativa. Hematología

D<sup>a</sup> ENCARNACION LORENZO COCO.- Matrona

D<sup>a</sup> ANA CRESPO CRESPO.- Enfermera Consulta Ext. Urología

D<sup>o</sup> ANA GÓMEZ VILLAVERDE.- Enfermera Supervisora del SAU

D. VICTOR MARUGAN ISABEL.- Facultativo. Pediatra

D<sup>o</sup> MARTA NAVALON JIMÉNEZ.- Facultativa. Oncología. Hospital Provincial



## PROGRAMA DE INTERCAMBIO HOPE 2002 PORTUGAL (HOPE EXCHANGE PROGRAMME 2002)

Margarita Rodríguez Pajares

Unidad de Gestión Analítica. Unidad de calidad  
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA

### INTRODUCCIÓN

Ya sabemos el camino, existen trabajos, proyectos y actividades relacionadas con el nuevo mundo donde la calidad asistencial se mide, además de por el profesional, por el propio paciente: Guidelines, Vías clínicas, comunicación usuario-profesional, encuestas de satisfacción del usuario como indicadores de calidad, mejora en los servicios hoteleros, tecnologías nuevas... Después de largos años de meditaciones y a través de la economía hemos entendido que una de las claves del ahorro está en el propio paciente como elemento subjetivo, considerando las necesidades situacionales del paciente además de sus necesidades médicas para que este disponga de los criterios suficientes y necesarios para realizar una evaluación de la calidad del servicio recibido. Bienvenidas sean esas meditaciones. El estudio del ahorro en un sistema complejo y de alto coste como es la Sanidad nos ha llevado a conocer que el sentido humano y la calidad asistencial enfocada hacia ese paciente da buenos resultados que aminoran los costes al mismo tiempo que se consigue la calidad en la asistencia sanitaria y en la salud. Se ha dado un empujón desde la sociedad con los cambios en la calidad de vida proporcionados por la mejora en la economía, mejora de la comunicación, libertad, cultura y por lo tanto exigencias en cuanto a los productos en general y en particular los servicios sanitarios.

### HOPE EXCHANGE PROGRAM

Es un Programa de intercambio a nivel europeo. HOPE – **Hospitals for Europe** - se ha desarrollado durante el mes de mayo del 2002 con el tema : “Continuons Quality Improvement in Health Care” “LA CONTINUIDAD EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA”. Está patrocinado por el Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea que es una asociación no gubernamental, creada en 1966, y que está compuesta por Asociaciones Nacionales Hospitalarias, así como por representantes de los Sistemas Nacionales de Salud de los 15 Estados miembros de la Unión Europea más Suiza, Rumanía, Chipre, Bulgaria, Malta, Eslovaquia y Hungría que tienen el estatus de miembros observadores. Se trata de una Organización Internacional que representa a más de 14.000 hospitales de la Región Europea. Su objetivo desde 1989 es conseguir una mejor comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud y hospitalario en la Unión Europea y los países de Europa Central y Europa Oriental y, más particularmente, facilitar la cooperación, el intercambio y la libre circulación de profesionales sanitarios. Su fin es **formar al personal hospitalario abocado a trabajar en un contexto europeo.**

Mi programa se desarrolló en Portugal, allí, junto a un grupo de siete personas más, repartidos en diversos hospitales del país, recogimos información durante un mes para resumirla en un proyecto final que se comunicó al resto de los participantes y coordinadores de los diferentes países en la reunión final



que tuvo lugar en Uppsala (Suecia) donde cada grupo perteneciente a cada país expuso su proyecto. Un resumen del informe elaborado por el grupo participante en Portugal es el que intentaré exponer a continuación.

### Grupo participante:

Dietmar Bretter (Austria) – Administrador  
Henrik Seaman (Dinamarca) – Economista  
Per Andresen (Dinamarca) – Investigador Reumatólogo  
Annie Hornemann-Helms (Dinamarca) – Fisioterapeuta  
Nikolaos Vatistas (Grecia) – Enfermero  
Konstantía Belali (Grecia) – Enfermera  
Elisaberh Lund-Ihre (Suecia) – Directora Enfermería  
Margarita Rodríguez (España) – Diplomada Empresariales

## HOPE PORTUGAL

Portugal es un país con 10.355.824 habitantes al 12 de marzo de 2001. 5.355.860 mujeres y 4.999.964 hombres. El 16.4% mayor o igual que 65 años, el 16% menor o igual que 14 con lo que queda un 67,6% de habitantes entre 15 y 64 años.

La Constitución Portuguesa en su art. 64 de la Ley 1/97 dice que los servicios de salud han de ser universales, generales y han de intentar ser gratuitos.

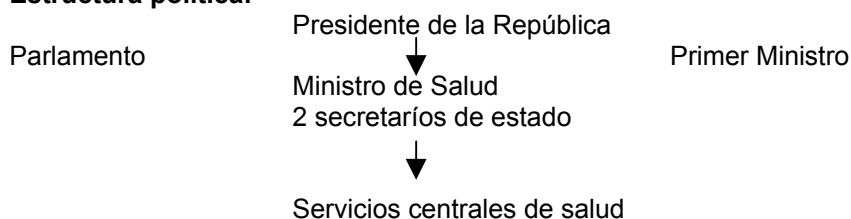
- El servicio nacional de salud es descentralizado a nivel de gestión y organización de los servicios en cinco regiones de salud. En términos de financiamiento continua siendo centralizado.
- El estado debe:
  - . Asegurar el acceso a todos y en todas las partes.
  - . Proporcionar cobertura eficiente.
  - . Disciplina y disposición de una inspección sanitaria.

SNS – Sistema nacional de salud. Existe un sistema nacional de salud y subsistemas relacionados con áreas profesionales (ADSE para funcionarios públicos, ADMG para militares, SAMS para banqueros, etc...)

La ley básica de salud, ley 48/90 define el sistema de salud como el resultado de las iniciativas públicas y privadas

- SNS como parte del ministerio de sanidad.
- Red de salud como el SNS más los prestadores privados.
- Libertad de elección dentro de las normas de la organización y sus posibilidades.

### Estructura política:







### **Servicio Nacional de Salud (organización administrativa):**

5 administraciones regionales de salud  
18 autoridades de salud subregionales

Recursos Humanos: 485 (440-639) habitantes por médico. 302 habitantes por enfermera.

### **IQS – INSTITUTO DE CALIDAD EN SALUD.**

Fue creado en el ámbito del Ministerio de Salud el 27 de Abril de 1.999. Está dotado de autonomía científica, técnica y administrativa que ejerce su actividad a nivel nacional. La Sede está en Lisboa y tiene delegaciones en Coimbra y Oporto.

#### **OBJETIVOS DE IQS:**

1. Promover la investigación y el desarrollo de la mejora de la asistencia sanitaria, métodos, herramientas y programas.
2. Promover y desarrollar los métodos de acreditación y certificación de la calidad en la asistencia sanitaria.
3. Desarrollar una investigación y la formación continua de todos los profesionales de la salud.
4. Dar apoyo técnico y científico a los profesionales de la salud y a las instituciones sanitarias que forman parte del programa de mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria.

#### **KING'S FUND:**

Programa nacional de calidad

El King's Fund es un organismo sin fines lucrativos fundado en 1897 por Eduardo VII, con sede en Londres. Posee entidad corporativa y actividad independiente. Su objetivo actual es contribuir a estimular la buena práctica y la innovación en todos los aspectos de la asistencia y de la gestión sanitarias. Presenta un único proceso de mejora de la calidad creado para las organizaciones sanitarias tanto para el sector público como para el privado, constituyendo la principal organización que otorga acreditación en Gran Bretaña y a quien el IQS adquirió los derechos de la respectiva norma de acreditación para Portugal, esta acreditación no es un fin en sí misma sino un instrumento para la mejora continua de la calidad. El proceso de acreditación engloba patrones, normas y criterios de actuación, autoevaluación y desarrollo organizacional, y un informe final.

En 1999 celebraron contratos de participación en el programa de acreditación por el KFHQS siete hospitales piloto: Matosinhos, Viseu, Portalegre, Amadora-Sintra, Santa Marta, Almada y Portimao. En el año 2.000 celebraron contrato de participación nueve hospitales más: Sao Marcos, Sao Joao, Santo António, IPO-Porto, Ovar, IPO-Coimbra, Anadia, Sao José y Estefânia. En la actualidad existen en total 25 hospitales que han mostrado su interés en trabajar con King's Fund., 1 hospital ha logrado la total acreditación y 2 están en fase de conseguirlo. El 75% de los costes son financiados por la Unión Europea.

El objetivo principal es que la **mejora continua de la calidad de los servicios de los hospitales** forme parte integrante e indisoluble de todas sus actividades.

#### **Clasificación de los criterios de Acreditación:**

- A – Práctica indispensable. Criterios necesarios para la acreditación (aspectos legales esenciales, de seguridad para el paciente y para el personal)
- B – Buena práctica. A contratar en el año siguiente a la acreditación.
- C – Práctica excelente. Más difícil de cumplir.



## IQIP (USA): THE QUALITY CLINICAL INDICATOR PROJECT

Comienza en Estados Unidos en 1.985, fuera de los Estados Unidos comienza en 1.991. Se utilizan siempre los mismos indicadores clínicos y administrativos rigurosamente definidos y con demostrada validez de campo que evalúan la calidad de la asistencia sanitaria, indicadores que miden por ejemplo la infección en la unidad de cuidados intensivos, la mortalidad de los pacientes ingresados, la mortalidad en el servicio de Neonatos... Es una actividad compleja que consume mucho tiempo. Una vez recogidos estos indicadores cada hospital los envía al IQIP en Estados Unidos donde son estudiados y comparados y una vez obtenidos los resultados de esa valoración el IQIP envía un informe de calidad al hospital responsable.

## EJEMPLOS DE PROGRAMAS INTERNOS DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE ACOGIDA

**El Hospital da Oliveira de Guimaraes**, mi hospital de acogida, está incluido en el grupo de hospitales que realizan el proyecto IQIP. Además en el hospital existe un grupo de calidad desde febrero de 2000, un gabinete de calidad creado en Noviembre del 2000, un Manual de Calidad para la admisión de los usuarios en Consulta Externa, aplicación de encuestas a los usuarios de Consulta Externa, guía del usuario, Manual de admisión de los usuarios en Urgencias etc.

En el **Hospital de Sao Sebastiao en Feira** en el preoperatorio para el reemplazamiento de cadera y rodilla se reúnen paciente, familiares, médicos, enfermeras y trabajador social.

En el **Hospital de Nossa Senhora do Rosario en Barreiro** existe un proyecto para reducir las listas de espera en consulta externa.

Investigaciones realizadas por el Centro Universitario de Coimbra para evaluar la satisfacción de los pacientes en el **Instituto de Oncología de Coimbra**.

Equipo de urgencias (Médico-Enfermera) para estabilizar al paciente antes de que la ambulancia llegue al **Hospital García de Orta en Almada**.

Programa de educación para pacientes con Tuberculosis en el **Hospital Pulido Valente en Lisboa**.

**"IF YOU ALLWAYS DO - WHAT YOU ALLWAYS DID - YOU ALLWAYS GET - WHAT YOU ALLWAYS GOT."**

### Bibliografía:

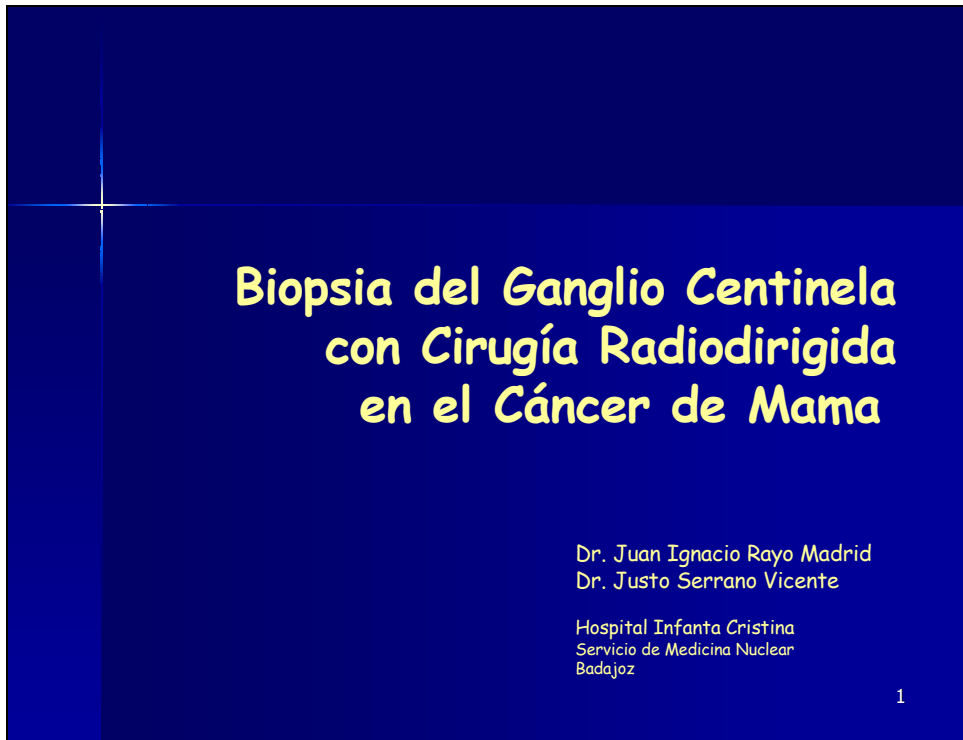
- Gestao da doença – Qualidade em Saude. Año 2000
- O Processo de Acreditação do Hospital de Sao Marcos – Braga, Lino Mesquita Machado Coordinador del grupo director. Año 2002.
- Calidad, Complejidad, Vías Clínicas y Eficiencia: Fernández-González F. y López Fresno P. Revista de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios vol.3-nº2 Abril-Junio 2002
- Proyecto HOPE Portugal 2002. Grupo participante.



## BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA CON RADIOCIRUGÍA EN EL CÁNCER DE MAMA

*Juan Ignacio Rayo Madrid; Justo Serrano Vicente*

HOSPITAL INFANTA CRISTINA. BADAJOZ.  
Servicio de Medicina Nuclear





## Hospital Infanta Cristina. Badajoz Servicio de Medicina Nuclear

- 1993-2002
- 3 M.Nucleares
- 1 RFarmacéutico
- 3 DUE
- 4 TEMN
- 1 AA
- 1 C
- 3 Gammacámaras (Spect)
  - 1991
  - 1996
  - 2001
- 1 Densitómetro
  - 2001
- 2 Sondas para cirugía radiodirigida.
  - 1999
  - 2001

2

## Hospital Infanta Cristina. Badajoz Servicio de Medicina Nuclear



1991



1996



2001

3





## Ganglio Centinela

# Definición y Conceptos

- Primer Ganglio que recibe el drenaje de un territorio anatómico
- Recogerá las primeras metástasis
- Será el primero en afectarse
- En caso de no estar infiltrado se excluye con gran seguridad la afectación del resto de ganglios

4

# ¿Es posible detectar este ganglio?

- Linfogramagrafía dinámica permite evidenciar este ganglio en prácticamente el 100%
- Linfogramagrafía: inyección peri o intratumoral de radiotrazador linfófilo y seguir su migración fisiológica: Mapeo e identificación de 1º ganglio
- Con una mínima incisión y con sonda de cirugía radiodirigida se extrae con facilidad

5





### Ganglio Centinela

## Actitud a tomar

- Técnicas histoquímicas de gran sensibilidad para micrometástasis
- Si está libre de micrometástasis. Cierre y pasa a Oncólogo
- Si aparecen infiltración del ganglio: linfadenectomía (?) y Oncología

6

### Ganglio Centinela

## ¿Por qué?

- Evitará entre un 70-80% de linfadenectomías en T1N0
- Linfadenectomías: alta morbilidad, linfedema
- Altos costes directos e indirectos
- Empobrece la calidad de vida en pacientes con gran esperanza de vida

7





## Ganglio Centinela Ventajas

- Simplificación (pacientes ambulatorios)
- Disminución drástica de morbilidad LE
- **Identifica vías linfáticas no habituales**  
(Cadena Mamaria Interna, Intramamarias)
- Disminución costes ingresos y morbilidad
- Aumento satisfacción del paciente

8

## Ganglio Centinela Ventajas *Minerva Chir 2001;56(1):55-9*

- **Procedimiento ambulatorio:**
  - Cuadrantectomía o Tumorectomía + Biopsia GC
- **Anestesia local en 71 pacientes**
  - 53 comentaron el procedimiento como muy satisfactorio
  - 13 satisfactorio
  - 5 insatisfactorio
- El comentario general fue la satisfacción de volver a casa una vez terminado el procedimiento haciendo hincapié en la facilidad de la recuperación

9





### Ganglio Centinela

## ¿Cuándo se puede realizar?

- **Indicaciones precisas estrictas**
  - T1-T2N0 (< 3 cms.)
- **Indispensable colaboración Cirujano, Patólogo, Médico Nuclear**
- **Curva de aprendizaje con acreditación específica**
- **Vía linfática tumoral intacta**

10

### Ganglio Centinela

## ¿Es segura la técnica?

- **Indicaciones estrictas**
- **Realizar curva de aprendizaje**
- **Múltiples referencias bibliográficas**
- **Protocolo optimizado y consensuado**
  - **Salamanca 5 de Octubre de 2001**
    - 21 centros nacionales
    - 28 puntos de consenso

11







## Ganglio Centinela. ¿Es segura la Técnica?

*J Surg Oncol 2001; 77(3):165-70 -- Schrenk*

### •Seguimiento de pacientes

- 247 pacientes (jun/1996-sept/2000)
- 145 GC(-) sin linfadenectomía
- Seguimiento medio de 22 meses
- No recurrencias axilares
- No morbilidad significativa

12

## Ganglio Centinela. ¿Es segura la Técnica?

*Eur J Cancer 2001;37(4):454-8 -- Veronesi*

### •Seguimiento de pacientes

- 280/373 pacientes con GC(-) sin LE
- Desde Marzo 1996 a Diciembre 1999
- Un total de 343 años de riesgo estudiados
- No recurrencias axilares
- No morbilidad significativa

13





## Ganglio Centinela

- Técnica disponible
- Ofrece Ventajas Evidentes

■ ¿Por qué no utilizarla?

14

## Ganglio Centinela

- Saltos nivel I a nivel II y III
  - La linfogammagrafía dinámica es la única técnica aparte de la necropsia capaz de comprobar el recorrido linfático del tumor, e identificar si hay saltos o no

15





## Ganglio Centinela. Ventajas Futuras

*Eur J Nucl Med 2001;28(1):1589-1596*

### • Tumorectomía + Biopsia GC

- En Linfogramagrafía 24 h antes (ECOdirigido):
  - Inyección intratumoral
  - Inyección peritumoral en margen de 2 cm.
- Se traduce en:
  - Tumorectomía dirigida con seguridad absoluta de exirparlo con un margen de 2 cm  
(lecho tumoral: actividad de fondo)
  - Biopsia de Ganglio Centinela

16

## Ganglio Centinela. Ventajas Futuras

*Eur J Nucl Med 2001;28(1):1589-1596*

### • Tumorectomía + Biopsia GC

- Tumorectomía dirigida: información continua de donde está la lesión. (Arpón puede no ser lo más práctico -> criterios radiológicos)
- Verificar la ausencia de actividad en lecho tumoral asegura tumorectomía completa y el margen de 2 cm
- Elimina las desventajas del arpón: molestias locales, desplazamientos, transecciones accidentales debidos a fragmentos retenidos de arpón

17





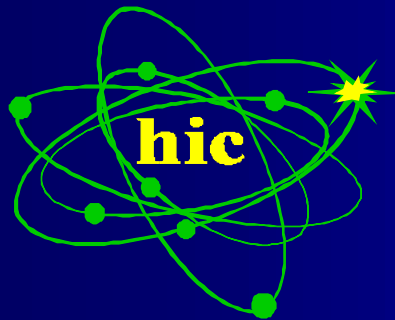
## Ganglio Centinela. Ventajas Futuras

*Eur J Surg Oncol 2001;27(8):719-22*

### • Biopsia GC -> Predictor del nº de ganglios afectados

- 498 pacientes. Correlación grado extensión ganglionar local y nº de ganglios afectados
  - NEE: no extensión extraganglionar:
    - VPP para  $\geq 4$  ggl axilares afectos = 14,5%
  - EEE: Extensión extraganglionar extensa
    - VPP para  $\geq 4$  ggl axilares afectos = 84,6%
- La EE puede ser un buen predictor del nº de ganglios afectados
- EE puede determinar la Quimioterapia adyuvante con Radioterapia axilar y sin necesidad de linfadenectomía axilar

18



[www.medicinanuclear.org](http://www.medicinanuclear.org)

19





## NORMAS DE PUBLICACIÓN

NuevoHospital recogerá trabajos de todas las áreas y se comportará como transmisor y amplificador de la actividad:

- Noticias: cualquier noticia o comunicación relacionada con la Calidad (congresos, reuniones, libros, etc.)
- Colaboraciones: artículos relacionados con Calidad Asistencial que envíen nuestros lectores.
- Plan de Calidad: información referente a la evolución del plan de Calidad (objetivos, metodología, investigación, resultados de actividad)

### Objetivos:

- Difundir conocimientos sobre Calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de Calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la Calidad.
- Mejorar la comunicación dentro del Hospital
- Mejorar la información sobre la actividad sanitaria en el Área de Salud de Zamora
- Aumentar el nivel formativo en cultura de la Calidad
- Incrementar y mejorar la información del Hospital a la Sociedad
- Incentivar la investigación en Calidad

### Temas:

Cualquier tema relacionado con Calidad asistencial (objetivos de Calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.). Se clasificarán en editorial, conceptuales, gestión de procesos, tecnología y cartas al editor.

### Los temas se agruparán en distintas secciones:

- **EDITORIAL:** colaboraciones especiales de expertos en temas de Calidad
- **CONCEPTUALES:** artículos que desarrollan temas básicos de conocimientos en Calidad (metodología, estadística, epidemiología, etc.)
- **GESTIÓN DE PROCESOS:** en este apartado se darán cabida a la mayoría de los artículos referidos a la actividad sanitaria ("calidad es todo")
- **TECNOLOGÍA:** artículos relacionados con la implantación de nuevas tecnologías (fundamentos técnicos, protocolos, indicaciones, etc.)
- **CARTAS AL EDITOR:** comentarios sobre artículos aparecidos en la revista
- **NÚMEROS MONOGRÁFICOS:** temas y documentos que por su extensión precisen número especial

### NuevoHospital se publica en dos formatos:

- Electrónica: en formato pdf, alojada en la página web de la Unidad de Calidad. Tendrá contenidos propios. Todos los trabajos se publicarán en este formato.

- Papel: en tamaño A3 y edición limitada para reparto por servicios unidades y órganos de representación. Habrá dos tipos de publicación: una **trimestral** que contendrá el resumen de la actividad en el trimestre y otra **serie monográfica** en la que se publicarán los manuales y guías del hospital.

### - Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es (nombre/s y apellidos)
- Área - servicio ó unidad
- Función o cargo que desempeña/n
  
- Resumen
- Introducción (motivación, justificación, objetivos)
- Texto: según el tema que se trate
- en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
- en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión
  - Conclusiones
  - Bibliografía

### - Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)
- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**
- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)
- **extensión máxima 4 folios.** Los trabajos de mayor extensión podrán ser publicados como monografías
  - pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)
  - en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color

**- los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

### - Modo de envío de los trabajos:

- **por correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo N° 35. 49022 Zamora depositándolos **directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista NuevoHospital)
- **por correo electrónico:** [calidad\\_zamora@yahoo.es](mailto:calidad_zamora@yahoo.es) (disponible en la web: [www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))





## Recomendaciones para los autores

Recordamos que NuevoHospital publicará artículos relacionados con la **Salud Pública y Calidad Asistencial**.

Los trabajos se clasifican en:

- EDITORIALES
- CONCEPTUALES
- GESTIÓN DE PROCESOS
- TECNOLOGÍA
- CARTAS AL EDITOR
- MONOGRÁFICOS

Los trabajos que por su extensión e interés superen los 10 folios se publicarán como monográficos

Las normas para la publicación pueden consultarse en el Número 1 y en la web principal de la Unidad de Calidad ([www.calidadzamora.com](http://www.calidadzamora.com))

El principal objetivo de la revista está en facilitar la información para que esta llegue a todos y hacer pública la actividad del Hospital.

Todos los temas son interesantes. El Comité de Redacción anima a todos a participar, desde cualquiera de las áreas de trabajo.

**NuevoHospital agradece la colaboración de profesionales de otros centros que nos envían sus trabajos**