

CÁNCER DE OVARIO

**Guía para la gestión integrada de procesos
asistenciales relacionados con el Cáncer:**

“PROYECTO ONCOGUÍAS”

Documento de trabajo

CÁNCER DE OVARIO

**Guía para la gestión integrada de procesos
Asistenciales relacionados con el Cáncer:**

“PROYECTO ONCOGUÍAS”

Documento de trabajo

CÁNCER DE OVARIO

Equipo de Trabajo

Amalia Gómez Bernal (1)
Francisca Capa Espejo (2)
Ana Berta Castrillo (3)
Enrique Crespo López (4)
Ángel García Iglesias (5)
Enrique García Toro (6)
Pilar González Pérez (7)
Gonzalo Sarsa Garrido (8)

- (1) Médico Especialista en Oncología Médica, del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Salamanca. (Coordinadora del grupo de trabajo).
- (2) Médico de Familia, del Centro de Salud de Villarramiel de Palencia
- (3) Enfermera de Atención Primaria, del Centro de Salud San Agustín de Burgos.
- (4) Médico Especialista en Ginecología, del Complejo Asistencial de Palencia
- (5) Médico Especialista en Ginecología, del Complejo Asistencial de Salamanca.
- (6) Médico Especialista en Anatomía Patológica, del Complejo Asistencial de Burgos.
- (7) Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria del Complejo Asistencial de León.
- (8) Consultor en Sistemas de Gestión Sanitaria, Consultores M&TT.

Edita: Junta de Castilla y León

© Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación y Ordenación

Maquetación y preimpresión: Consultores M&TT, S.L. y Maghenta S.L.

Printed in Spain. *Impreso en España*

Imprime: Imprenta Ibarquen, S.c.

Depósito Legal: VA-213-07

El cáncer es uno de los principales problemas de salud que ocasiona anualmente, en la Comunidad de Castilla y León, unos 10.000 casos nuevos, casi 7000 fallecimientos y más de 17.000 hospitalizaciones. La búsqueda de soluciones, para disminuir su frecuencia y gravedad y para mejorar la calidad de vida de los enfermos que lo padecen, constituye una prioridad para el sistema sanitario y una de las preocupaciones sociales más importantes.

La Consejería de Sanidad viene trabajando desde hace más de diez años en la detección precoz de ciertos cánceres a través de programas de salud específicos (cáncer de mama y cáncer de cérvix), desarrollados y coordinados por la Dirección General de Salud Pública y dirigidos a la población considerada de riesgo.

El segundo Plan de Salud de Castilla y León, publicado en el año 1998 y vigente hasta el 2007, constituye el marco de referencia en el establecimiento de prioridades, formulación de objetivos y orientación de actuaciones sanitarias.

La Estrategia Regional contra el Cáncer en Castilla y León, desarrolla lo marcado por el segundo Plan de Salud y establece prioridades de acción en todos los ámbitos de la lucha contra esta enfermedad: la prevención primaria, la detección precoz, la asistencia y curación, la mejora de la calidad de vida de los pacientes y los cuidados paliativos, y el desarrollo de los sistemas de información, formación e investigación sobre el cáncer.

Con este objetivo el proyecto, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, comienza su andadura con la elaboración de guías, que al amparo de la metodología de la gestión por procesos, establecen de forma clara y precisa los recorridos de la paciente oncológico por los distintos niveles del sistema sanitario, minimizando al máximo los tiempos de espera, facilitando la continuidad asistencial, y orientando la práctica clínica hacia la mejor evidencia científica disponible en cada caso.

La gestión por procesos incumbe directamente a la organización del trabajo y tiene por objetivo aumentar su efectividad y eficiencia. La metodología de la gestión por procesos permite analizar de forma sistemática cada secuencia de actividades, así como la responsabilidad y la implicación de los distintos profesionales en su desarrollo.

La Guía obedece, pues, al interés por dotar a los profesionales de un instrumento práctico que les permita analizar su realidad asistencial de manera homogénea, en orden a promover la incorporación de mejoras en el desarrollo de los diferentes procesos asistenciales en los que participan. El fin último: ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, de los ciudadanos y de los propios profesionales que los realizan.

La guía ha sido elaborada gracias al esfuerzo de un equipo de trabajo que, formado por profesionales asistenciales y de la administración sanitaria, ha trabajado aportando sus conocimientos y su experiencia, ha realizado una extensa revisión de la literatura y ha buscado las mejores prácticas entre los distintos servicios de salud.

Queremos expresar desde aquí nuestro más sincero agradecimiento a todo el grupo de profesionales que ha hecho posible la elaboración de esta guía.

Esperamos que este trabajo sea un soporte adecuado para el desarrollo de la estrategia de gestión por procesos y una herramienta útil que estimule y extienda la cultura de la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios de Castilla y León.

Los ciudadanos, serán los grandes beneficiados de la implantación y consolidación de este proyecto.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN	9
2. MISIÓN/RAZÓN DE SER DEL PROCESO	13
3. MAPA DEL PROCESO	17
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	21
■ 4.1 Definición funcional	23
■ 4.2 Límites del proceso	24
■ 4.3 Puertas de entrada y salida	25
■ 4.4 Destinatarios. Necesidades y expectativas	26
■ 4.5 Características de la calidad de los servicios	30
■ 4.6 Actividades del proceso	33
■ 4.7 Representación gráfica – algoritmos	83
■ 4.8 Características de la calidad de los documentos	89
■ 4.9 Evaluación del proceso (indicadores)	91
5. AJUSTE DE TIEMPOS DE ACUERDO A CRITERIOS DE CALIDAD	95
6. RESPONSABLE DEL PROCESO	99
7. FICHA DEL PROCESO	103
8. ANEXOS.....	107
■ Anexo I: Criterios de selección de pacientes para el cribado de cáncer de ovario	110
■ Anexo II: Criterios de selección de pacientes con sospecha de patología ovárica	111
■ Anexo III: Historia clínica de ginecología ante la sospecha de patología ovárica	112
■ Anexo IV: Tratamiento quirúrgico	113
■ Anexo V: Protocolo de estudio histológico	115
■ Anexo VI: Clasificación histológica	117
■ Anexo VII: Anatomía patológica de los tumores epiteliales de ovario	120
■ Anexo VIII: Unidad patológica ginecológica	124

■ Anexo IX:	Clasificación del carcinoma epitelial de ovario, según Figo	125
■ Anexo X:	Criterios Recist de respuesta	127
■ Anexo XI:	Cirugía de intervalo	129
■ Anexo XII:	Protocolo de seguimiento	130
■ Anexo XIII:	Plan de cuidados de enfermería en el cáncer de ovario	131
■ Anexo XIV	Clasificación de la Evidencia Clínica	135

9.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	139
10.	GLOSARIO DE SIGLAS	143
11.	BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	147

I INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde hace varias décadas, los servicios sanitarios se han preocupado por optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los pacientes y usuarios del sistema, así como a las de las personas que desarrollan su labor profesional prestando servicios de salud. Las estrategias de gestión centradas en la Calidad Total, han supuesto un paradigma al que aproximarse desde diferentes perspectivas, en función del marco socio-político y del proveedor de los servicios.

La gestión de la Calidad Total se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan.

En el ámbito sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que en un contexto de este tipo (necesidades cambiantes, rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos), sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes, y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total en un entorno de las características mencionadas. Es decir, procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma; un cambio que trata de construir una nueva realidad, no de destruir la anterior.

Por último, la continuidad de la asistencia, como objetivo fundamental. Se trata no sólo de mejorar el qué y cómo se realizan las actuaciones, sino también el cuándo, parámetro que se relaciona directamente con la efectividad y eficiencia de las mismas. Así, el objetivo se centra en romper las interfases, rellenar los espacios en blanco, y en eliminar las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso de atención.

La Consejería de Salud de Castilla y León ya ha iniciado este camino, construyendo paulatinamente un modelo de gestión integral de procesos, con el objetivo de servir de modelo al que han de ajustarse los documentos elaborados para cada uno de los procesos asistenciales oncológicos específicos: cáncer de mama, cuidados paliativos, cáncer de cerviz, cáncer colorrectal, cáncer gástrico, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de piel, cánceres hematológicos: linfoma y mieloma, cáncer de vejiga y cáncer de ovario.

2 MISIÓN/RAZÓN DE SER DEL PROCESO

El cáncer de ovario es el tumor más agresivo dentro de los tumores ginecológicos en la mujer siendo el que produce mayor mortalidad. En este tumor no puede realizarse un diagnóstico precoz y se diagnostica la mayor parte de las veces en estadios avanzados, lo que conlleva un peor pronóstico de la paciente y una estrategia de tratamiento más compleja.

El objetivo de esta guía es establecer una serie de directrices generales que nos faciliten el diagnóstico y manejo terapéutico de las pacientes con cáncer de ovario y que nos lleve a un aumento de su control y supervivencia.

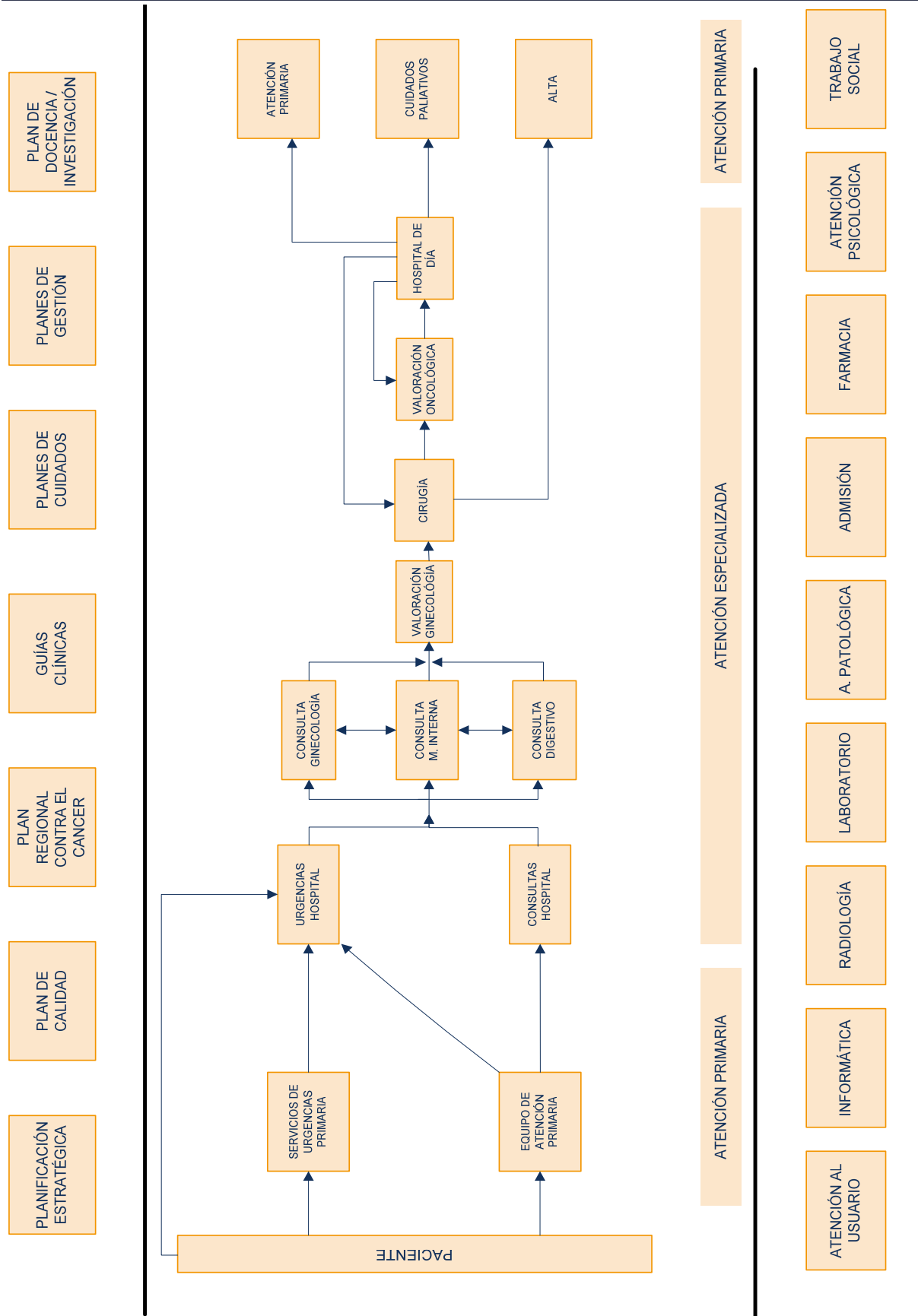
Con el trabajo realizado se ha pretendido organizar de forma secuencial las actividades, decisiones y actuaciones que configuran el proceso asistencial “Cáncer de ovario” dotándolo además de criterios de calidad con respecto a recursos humanos, materiales, tiempos, procedimientos y sistemas de registro.

Se pretende así mismo satisfacer las necesidades de pacientes y familiares al mismo tiempo que se intenta facilitar la tarea de los profesionales.

3 MAPA DEL PROCESO

MAPA DEL PROCESO: CÁNCER DE OVARIO

P. ESTRA.



PROCESOS OPERATIVOS

P. APOYO

4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

4.1 DEFINICIÓN FUNCIONAL

Conjunto de actividades que van encaminadas a la confirmación diagnóstica, al tratamiento integral (médico, quirúrgico y de apoyo), y al seguimiento de pacientes con cáncer de ovario, con el objetivo de disminuir la mortalidad por ésta enfermedad, así como satisfacer las necesidades de pacientes y familiares al mismo tiempo que se intenta facilitar la tarea de los profesionales.

4.2 LÍMITES DEL PROCESO

2.A LÍMITE INICIAL

- Solicitud de asistencia por sospecha de patología ovárica.
- Mujeres con factores de riesgo para cáncer de ovario.

2.B LÍMITE FINAL

- Baja en el proceso por defunción, abandono voluntario o derivación a cuidados paliativos.

2.C LÍMITE S MARGINALES

- Tumores no epiteliales de ovario (germinales, estromales, sarcomas).
- Tumores metastáticos en el ovario.
- Tumor epitelial borderline.

4.3 PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA

3.A PUERTA DE ENTRADA

- Pacientes que acceden a la Consulta de Atención Primaria.
- Pacientes que acceden a la Consulta de Atención Especializada.
- Pacientes que acceden a los Servicios de Urgencias.
- Pacientes enviadas de otras Comunidades Autónomas

3.B PUERTA DE SALIDA

- Fallecimiento de la paciente.
- Derivación a cuidados paliativos.
- Deseo de la paciente de interrumpir el proceso.
- Traslado de la paciente a otra Comunidad Autónoma.
- Establecimiento de un diagnóstico diferente a cáncer epitelial de ovario.

4.4 DESTINATARIOS

- Pacientes
- Familiares
- Profesionales

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS

■ PACIENTES

Accesibilidad

- Acceso fácil y rápido a los distintos niveles de atención.
- Acceso a una atención continuada por los diferentes servicios asistenciales y que cuando esté imposibilitado o sea difícil su desplazamiento, se ponga en marcha un programa de atención domiciliaria adecuado a sus necesidades.
- Tener garantizado el acceso a un sistema de transporte, que le permita la asistencia al tratamiento ambulatorio, con la menor alteración posible sobre su calidad de vida.
- Acceso a un tratamiento oncológico basado en la mejor evidencia científica posible
- Acceso a la mejor atención psico-oncológica posible, en caso de necesidad.
- Acceso a los distintos profesionales participantes en el proceso, para demandar información sobre las necesidades o dudas que puedan ir surgiendo.

Información

- Recibir una información adecuada, veraz y útil para él y su familia, de la situación clínica, posibilidades de tratamiento y de los efectos secundarios del mismo (incluso por escrito), que faciliten la toma de decisiones, en la medida de sus deseos.
- Que se le ofrezca la posibilidad de obtener una segunda opinión.

Coordinación

- Coordinación entre los diferentes niveles organizativos y profesionales sanitarios que participan en el proceso.
- Continuidad de los mismos profesionales en la atención.

Efectividad

- Recibir una atención sanitaria ordenada en la que los circuitos administrativos sean sencillos y estén pensados para el beneficio de los pacientes.
- Ser atendido por un grupo de profesionales cualificados y motivados que orientan sus esfuerzos a hacer que su enfermedad sea lo más llevadera posible para él y su familia.
- Atención sanitaria lo más eficaz posible, tanto en lo referente a las pruebas diagnósticas como a los tratamientos prescritos.
- Que los tiempos de espera para consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos, estén dentro de los plazos de seguridad recomendados.

Trato

- Respeto a la dignidad, intimidad y secreto profesional.
- Trato amable y correcto.
- Recibir una atención en la que se respete su autonomía en la toma de decisiones, tanto en las pruebas complementarias, tratamiento, como en las intervenciones de reanimación o soporte vital, y en caso de rechazarlos no suponga un cambio en la calidad de la atención recibida.
- Estimulación del ánimo, evitando actitudes que fomenten el victimismo.

Atención Psicológica

- Apoyo psicológico al inicio, durante y después del proceso por profesionales capacitados en Psico-oncología.

■ FAMILIARES

- Recibir en todo momento una información adecuada, en un espacio físico que haga posible la confidencialidad y con suficiente tiempo para preguntar y resolver las dudas.
- Que los familiares puedan acompañar a la paciente y se respeten su intimidad y costumbres durante todo el proceso de diagnóstico y de tratamiento.
- Recibir atención y apoyo cuando sean los familiares cuidadores de la paciente con enfermedad en situación avanzada, detectando precozmente y tratando la claudicación emocional especialmente en las situaciones de agonía en el domicilio.
- Garantizar que el enfermo va a ser atendido en su domicilio cuando lo necesite.

■ COMÚN A TODOS LOS PROFESIONALES

- Disponer y participar en la elaboración de protocolos asistenciales de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, multidisciplinarios, consensuados y coordinados, que se revisen periódicamente.
- Que exista una adecuada coordinación entre los distintos profesionales.
- Dotación adecuada en medios técnicos, humanos y estratégicos para el desempeño adecuado de la función asignada, evitando masificaciones y retrasos.
- Que cualquier paciente pueda recibir una asistencia de igual calidad, independientemente del centro donde se le preste.
- Que exista una historia clínica única, a disposición de los distintos profesionales que atienden a la paciente independientemente del lugar donde se preste la asistencia.
- Disponer de una aplicación informática compartida por todos los profesionales implicados (“on-line”), donde se recoja toda la información clínica relevante actualizada, así como los datos precisos para la monitorización de indicadores.
- Que se monitoricen periódicamente indicadores de la actividad asistencial: demoras diagnósticas y terapéuticas, grado de cumplimiento de los protocolos y resultados oncológicos, test de calidad de vida, toxicidad y supervivencia, y se desarrollen sesiones periódicas multidisciplinarias para análisis de resultados.
- Recibir la formación adecuada para mantener el nivel científico y técnico adecuado.
- Disponer de acceso rápido (“on-line”) y gratuito a la literatura científica, bases de datos prefiltrados, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, etc.

- Que exista una buena adecuación y distribución de los recursos, tanto técnicos como humanos, que hagan posible desarrollar el trabajo cotidiano con las menores molestias para el paciente (listas de espera excesivas, desplazamientos innecesarios, etc.) y los profesionales.
- Disponer de circuitos administrativos ágiles que permitan que las solicitudes de pruebas diagnósticas y consultas a otros profesionales se lleven a cabo de una manera rápida.
- Contar con unidades de apoyo necesarias para ofrecer a la paciente y su familia una atención integral y respetuosa.
- Recibir entrenamiento en habilidades de comunicación y de relación con el paciente para conseguir mecanismos de defensa frente al agotamiento o el daño moral.
- Que Enfermería participe activamente en la información a la paciente (acerca de los procedimientos terapéuticos, recomendaciones, prevención de posibles complicaciones, etc.), en los cuidados durante el tratamiento y en la coordinación con Atención Primaria (AP).

■ ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Conocimiento de los circuitos de derivación de las mujeres con sospecha de patología ovárica.
- Elaboración y difusión de protocolos para el abordaje de la patología ovárica.
- Disponibilidad de comunicación fácil con la Unidad de Ginecología Oncológica.
- Recibir informes desde Atención Especializada referentes al diagnóstico y plan de cuidados para facilitar el abordaje del enfermo y su familia.

■ ESPECÍFICOS DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

- Entorno adecuado para desempeñar su función y preservar la intimidad de la paciente.
- Disponibilidad de los medios de diagnóstico según la mejor evidencia científica posible.
- Capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre la técnica más adecuada en cada caso, en función de los datos clínicos.

■ ESPECÍFICOS DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Integración de un patólogo en la UGO.
- Información clínico-radiológica adecuada.
- Disponibilidad de medios técnicos adecuados.
- Identificación precisa y clara de la muestra y su localización.
- Utilización de protocolos de Anatomía Patológica.

■ ESPECÍFICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA

- Integración de un especialista en cirugía en la UGO.
- Informe completo del patólogo y del radiólogo para poder llevar a cabo el tratamiento quirúrgico.

- Disponibilidad de medios para tratamiento quirúrgico, según la mejor evidencia científica posible.
- Definición consensuada de las actividades a realizar por enfermería.

■ **ESPECÍFICOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA**

- Integración de un Oncólogo médico en la UGO.
- Tiempo de consulta suficiente para la adecuada atención de los pacientes. En primera consulta el oncólogo médico, dispondrá al menos de 45 minutos. Para el control de toxicidad, un tiempo mínimo de 15 minutos por paciente, y 20 minutos para los controles de tratamiento.
- Dotación adecuada de medios técnicos y humanos para el desempeño de su función.
- Disponibilidad de personal de enfermería especializado en Enfermería Oncológica.

4.5 CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

■ PACIENTES

Asistencia

- Se garantizará el ejercicio del derecho a la libre elección de centro y facultativo.
- Acceso sin demora a la consulta de médico de Familia.
- Reducción de listas de espera en Atención Especializada.
- Supresión de barreras arquitectónicas en los centros para facilitar la accesibilidad.
- Salas de espera confortables.
- Unidades de Atención al Usuario de los centros situadas en lugar visible y de fácil acceso.
- Asistencia basada en la mejor evidencia científica posible.
- Garantizar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
- Realización coordinada de pruebas diagnósticas para evitar su repetición innecesaria.
- Asegurar la confidencialidad de los datos clínicos.
- Proporcionar un trato personalizado y respetuoso.
- Emisión de informes para permitir el seguimiento del proceso por otros profesionales.

Información

- Información clara e individualizada a cada paciente, o en su caso a familiares, de tal forma que les permita participar en las decisiones clínicas.
- Informar tras el diagnóstico sobre las características del proceso, pronóstico y tratamiento, proporcionando pautas de cuidados y recomendaciones en cada fase del proceso.

■ FAMILIARES

- Garantizar el acceso a los centros sanitarios.
- Salas de espera confortables.
- Identificación de los profesionales.
- Trato correcto y personalizado.
- Información clara y veraz.
- Facilitar el acompañamiento a la paciente si lo desean, siempre que sea posible.

■ PROFESIONALES

Equipo de Atención Primaria

- Protocolos y Guías clínicas que disminuyan la variabilidad de los profesionales.
- Tiempos de consulta suficientes.
- Remisión de la paciente al especialista con informe completo sobre sus antecedentes, patologías previas, estudios realizados...que faciliten el seguimiento del proceso por los diferentes profesionales.
- Gestión de la cita con Atención Especializada desde el Centro de Salud.

- Asegurar la primera consulta en Atención Especializada con demoras inferiores a 20 días.

Unidad de Ginecología Oncológica

- Reducción de listas de espera.
- Racionalizar las peticiones de interconsulta y las derivaciones.
- Coordinación eficaz con Atención Primaria.
- Existencia de un coordinador único que coordine el equipo profesional de la U.G.O. :
 - Ginecólogo especializado en cirugía oncológica.
 - Oncólogo Médico.
 - Patólogo.
 - Farmacéutico especializado en dispensación de quimioterapia.
 - Personal de apoyo:
 - Enfermería entrenada en el manejo de pacientes con cáncer de ovario.
 - Psicólogo para tratamiento de soporte.
- Conocimientos adecuados a su especialidad para contribuir al manejo de pacientes con cáncer de ovario.
- Reconocimiento oficial como grupo de trabajo por la Dirección-Gerencia Hospitalaria de cada Centro.
- Reuniones semanales de la UGO para valoración y discusión de los nuevos casos de cáncer de ovario así como para valorar el seguimiento y tratamiento si procede de los casos ya existentes.
- Valoración de al menos del 90% de los casos de cáncer de ovario entrantes en Atención Especializada.
- Disponibilidad en la UGO de los medios informáticos necesarios para constatación de su actividad y resultados.
- Disponibilidad en la UGO de protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento consensuados por los miembros del grupo.
- Elaboración de forma correcta del informe para el Médico de Familia.
- Emisión de informes de enfermería sin demora, con datos suficientes que permitan el seguimiento del proceso por otros profesionales.

Unidad de citaciones

- Peticiones legibles y bien identificadas.
- Información suficiente para identificar el proceso y los criterios de prioridad.
- Coordinación eficaz entre Atención Primaria y Atención Especializada.

4.6 ACTIVIDADES DEL PROCESO

A - Cribado de mujeres con factores de riesgo

1. Selección de pacientes con factores de riesgo para cáncer de ovario.
2. Derivación de la paciente con factores de riesgo de cáncer de ovario.
3. Evaluación en Consulta de Ginecología.
4. Solicitud de pruebas complementarias.
5. Realización de pruebas complementarias.
6. Evaluación de pruebas complementarias.

B - Pacientes con sospecha de patología ovárica

1. Selección de pacientes que soliciten asistencia por sospecha de patología ovárica.
2. Derivación de la paciente con signos/síntomas de patología ovárica.
3. Evaluación clínica por el Servicio de Ginecología.
4. Solicitud de pruebas complementarias.
5. Realización de pruebas complementarias.
6. Solicitud de nuevas pruebas ante la sospecha de patología ovárica tumoral.
7. Realización de nuevas pruebas complementarias.
8. Realización de citología de líquido ascítico.
9. Estudio citológico de ascitis.
10. Planteamiento de la actitud quirúrgica.
11. Comunicación a la paciente.
12. Valoración pre-anestésica.
13. Ingreso y preparación para intervención Quirúrgica.

14. Intervención quirúrgica.
15. Cuidados post-operatorios.
16. Estudio Anatómico-Patológico de la pieza quirúrgica.
17. Comunicación a la paciente de los resultados y alternativas terapéuticas oncológicas.
18. Alta hospitalaria.
19. Derivación de la paciente al Servicio de Oncología.
20. Cita de 1ª consulta en Oncología.
21. Consulta para tratamiento sistémico en Oncología.
22. Preparación del tratamiento sistémico.
23. Reevaluación con pruebas radiológicas y analíticas.
24. Valoración de resultados por la UGO.
25. Cirugía de intervalo.
26. Evaluación de los resultados terapéuticos en la UGO.
27. Decisión de continuar con tratamiento sistémico en paciente no resecable o en progresión.
28. Seguimiento.
29. Detección de recaída o progresión.
30. Tratamiento de la recaída o progresión.
31. Inclusión en ensayos clínicos.
32. Quimioterapia en uso compasivo.
33. Derivación a Cuidados Paliativos.

**ACTIVIDADES DEL PROCESO:
A- CRIBADO DE MUJERES CON FACTORES
DE RIESGO**

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

I.-SELECCIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE OVARIO (ANEXO I).

Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• El facultativo que tenga contacto con la paciente y conozca que tiene esos factores de riesgo.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• El facultativo que tenga contacto con la paciente y conozca que tiene esos factores de riesgo.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none">• Los propios de una consulta convencional.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Consulta a demanda.• Detección de la paciente por otro motivo de consulta.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

2.-DERIVACION DE LA PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE OVARIO.

Participantes en la actividad

- El facultativo concedor de dicha paciente.
- Administrativo del Servicio de citaciones.

Profesional responsable

- El facultativo concedor de dicha paciente.
- Responsable del Servicio de citaciones.

Recursos materiales necesarios

- Breve informe del facultativo que atendió a la paciente.
- Documento/informe de derivación.

Modo de realizar la actividad

- Informar a la paciente del motivo de la derivación y de los pasos a seguir
- Cumplimentar el documento/informe de derivación

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.
- Registro de citas de consulta

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

3.- EVALUACIÓN EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA.

Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<ul style="list-style-type: none">• Aunque se recomienda el cribado de las pacientes recogidas en el Anexo III, tanto la sensibilidad como la especificidad del mismo son bajas.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Ginecólogo de un Servicio Jerarquizado de Ginecología.• Enfermera.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• Responsable del Servicio de Ginecología.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none">• Los de una consulta convencional de ginecología.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Se realizará: Anamnesis.• Exploración Ginecológica.• Solicitud de ecografía vaginal.• Solicitud de CA 125.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.- SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Documentos de solicitud de las distintas pruebas.

Modo de realizar la actividad

- Cumplimentando los distintos documentos de solicitud.

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

5.- REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo (ecografista).
- Enfermera.
- FEA de Análisis Clínicos.
- Técnico de Laboratorio.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.
- Responsable del Servicio de Análisis Clínicos.

Recursos materiales necesarios

- Ecógrafo y los de una consulta de ecografía ginecológica.
- Los de una Laboratorio de Análisis Clínicos.

Modo de realizar la actividad

- Se practicará una ecografía vaginal: valorando útero, anejos y la existencia o no de líquido libre en Douglas.
- Determinación del CA 125.

Registro de la actividad

- Informe de la ecografía.
- Informe del laboratorio.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	6.- EVALUACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogo.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del Servicio de Ginecología.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los de una consulta convencional de ginecología.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisará la Historia Clínica de la paciente y tras evaluar los resultados, si éstos son NEGATIVOS, se emitirá el correspondiente informe a la paciente en el que se le indicará nuevo control anual. Si son POSITIVOS, se solicitarán pruebas complementarias (pasando la paciente al grupo de sospecha. -actividad B6).
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Anotación en la Historia Clínica de la paciente. • Servicio de Citaciones (nueva cita).

**ACTIVIDADES DEL PROCESO:
B- CRIBADO DE MUJERES CON FACTORES
DE RIESGO**

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

I.- SELECCIÓN DE PACIENTES QUE SOLICITEN ASISTENCIA POR SOSPECHA DE PATOLOGÍA OVÁRICA

Participantes en la actividad

- El primer facultativo que tenga contacto con la paciente.

Profesional responsable

- El primer facultativo que tenga contacto con la paciente (MAP ó FEA).

Recursos materiales necesarios

- Los propios de una consulta convencional.

Modo de realizar la actividad

- Consulta a demanda.
- Detección casual por otro motivo de consulta. (Anexo II).

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

2.- DERIVACIÓN DE LA PACIENTE CON SIGNOS/SÍNTOMAS DE PATOLOGÍA OVÁRICA

Participantes en la actividad

- El primer facultativo que tenga contacto con la paciente.
- Administrativo del Servicio de citaciones.

Profesional responsable

- El primer facultativo que tenga contacto con la paciente.
- Responsable del Servicio de Citaciones.

Recursos materiales necesarios

- Breve informe del facultativo que atendió a la paciente.
- Documento/Informe de Derivación.

Modo de realizar la actividad

- Informar a la paciente del motivo de la derivación y de los pasos a seguir.
- Cumplimentar el Documento/Informe de Derivación.

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.
- Registro de citas de consulta.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

3.- EVALUACIÓN CLÍNICA POR EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

- Toda paciente con sospecha de patología ovárica debe ser evaluada por un Especialista en ginecología.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo de un Servicio Jerarquizado de Ginecología.
- Enfermera .

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Los propios de una consulta de ginecología.

Modo de realizar la actividad
(Anexo III).

- A toda paciente con sospecha de patología ovárica, se realizará una anamnesis, una exploración general y ginecológica.
- Se informará a la paciente de la sospecha existente y de la actitud a seguir.
- Solicitud de pruebas complementarias (citología y ecografía).

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.- SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Documentos de solicitud de las distintas pruebas.

Modo de realizar la actividad

- Cumplimentando los distintos documentos de solicitud.

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

5.– REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Ginecólogo.• Anatomopatólogo.• Enfermera.• Citotécnico.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• Responsable del Servicio de Ginecología.• Responsable del Servicio de Anatomía Patológica.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none">• Los propios de una consulta de ecografía ginecológica.• Los de un laboratorio de Anatomía Patológica.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• En la ecografía ginecológica se valorará el aparato genital interno (útero y anejos), la existencia o no de líquido libre en Douglas.• Estudio del frotis cervicovaginal.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Informe de ecografía.• Informe de Anatomía Patológica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

6.-SOLICITUD DE NUEVAS PRUEBAS ANTE LA PERSISTENCIA DE SOSPECHA PATOLÓGICA OVÁRICA TUMORAL

Participantes en la actividad

- Ginecólogo.
- Enfermera.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Los propios de una consulta convencional de ginecología.

Modo de realizar la actividad

- Cuando tras las pruebas anteriores persista la sospecha de patología tumoral ovárica se solicitará TAC abdominopélvico.
- Estudio doppler de la tumoración.
- Marcadores tumorales (CA 125, CA 19.9, alfafetoproteína, HCG).

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

7.-REALIZACIÓN DE NUEVAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

- Deben realizarse a todas las pacientes en las que persista la sospecha de patología tumoral ovárica.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo (ecografista).
- Radiólogo.
- FEA Análisis.
- Enfermera.
- Técnico de RX.
- Técnico de Laboratorio.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.
- Responsable del Servicio de RX.
- Responsable del Laboratorio.

Recursos materiales necesarios

- Ecógrafo con doppler.
- TAC.
- Los de un laboratorio de análisis clínicos.

Modo de realizar la actividad

- Valoración mediante eco doppler de la tumoración ovárica: existencia de vascularización anómala (tabiques, papilas, ...) y medida de sus índices de resistencia.
- Valoración de pelvis y abdomen por un Radiólogo con experiencia en TAC.
- Determinación y cuantificación de los marcadores.

Registro de la actividad

- Informe ecográfico.
- Informe del TAC.
- Informe del Laboratorio.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

8.-REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA DE LÍQUIDO ASCÍTICO

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

- A toda paciente con sospecha de patología tumoral ovárica que presente ascitis, se le practicará una paracentesis para estudio citológico del líquido ascítico.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo.
- Enfermera.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Material de punción y eventualmente ecógrafo.

Modo de realizar la actividad

- En caso necesario la paracentesis se realizará con control ecográfico. El líquido obtenido se remitirá a Anatomía Patológica para su estudio.

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

9.-ESTUDIO CITOLÓGICO DE LA ASCITIS

Participantes en la actividad

- Médicos especialistas en Anatomía Patológica.
- Técnicos especialistas en Anatomía Patológica.
- Citotécnicos.

C.C: Experiencia contrastada y dedicación habitual a citopatología.

Profesional responsable

- Responsable del servicio de Anatomía Patológica.

Recursos materiales necesarios

- Recursos habituales del servicio de Anatomía Patológica.

Modo de realizar la actividad

- Remitir el líquido a Anatomía Patológica en fresco.
- Registro.
- Procesamiento en citocentrífuga.
- Tinción (generalmente técnica de Papanicolaou).
- Lectura y emisión de informe (conforme a las siguientes categorías):
 - POSITIVO (con orientación diagnóstica)
 - SOSPECHOSO (con orientación diagnóstica)
 - NEGATIVO.
 - NO VALORABLE (especificar motivo)
- Codificación y archivado.

C.C. El 90% de las citologías se informarán en menos de 4 días.

Registro de la actividad

- Aplicación informática específica del servicio de Anatomía Patológica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

10.- PLANTEAMIENTO DE LA ACTITUD QUIRÚRGICA

Participantes en la actividad

- Ginecólogos integrantes de la Unidad de Ginecología Oncológica.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Modo de realizar la actividad

- Una vez confirmada la sospecha de patología tumoral de origen ovárico, debe realizarse un abordaje quirúrgico de la cavidad abdominal (ya sea por vía laparoscópica o laparotómica) para valorar:
 - Si el tumor es resecable totalmente y se puede realizar una cirugía radical.
 - Si es resecable parcialmente y se puede realizar una citorreducción.
 - No es quirúrgico, y únicamente se tomarán biopsias para diagnóstico anatómopatológico.

Registro de la actividad

- Protocolo de intervención quirúrgica que constará en la Historia Clínica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

11.- COMUNICACIÓN A LA PACIENTE

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

- La paciente debe participar en la decisión del tratamiento que se le va a realizar (Grado-C).
- En este momento de la comunicación se recomienda la valoración de los aspectos psicológicos y la necesidad de apoyo psicológico (Grado-A).

Participantes en la actividad

- Ginecólogo de la Unidad de Ginecología Oncológica.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.

Recursos materiales necesarios

- Los de una consulta de ginecología.

Modo de realizar la actividad

- Información a la paciente del resultado de las pruebas diagnósticas realizadas y del diagnóstico ó diagnóstico de sospecha al que se ha llegado; todo ello con un lenguaje comprensible.
- Solicitud de estudio preoperatorio.
- Valoración de la necesidad de apoyo psicológico y derivación a Salud Mental si procede.
- Informe de las opciones terapéuticas, así como de sus consecuencias posibles o ciertas.
- Presentación del documento de Consentimiento Informado para que la paciente lo pueda leer y valorar en su domicilio.

Registro de la actividad

- Anotación en la Historia Clínica.
- Documentos de salida: Informe a petición de la paciente.
- Solicitud de estudio preoperatorio.
- Cumplimentación documento derivación a Salud Mental.
- Cumplimentación documento de Consentimiento Informado.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

12.– VALORACIÓN PREANESTÉSICA

Participantes en la actividad

- Ginecólogo de la Unidad de Ginecología Oncológica.
- Anestesiista.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Ginecología.
- Responsable del Servicio de Anestesia.

Recursos materiales necesarios

- Los de una consulta de ginecología.
- Los de una consulta de anestesia.

Modo de realizar la actividad

- Antes de practicar la intervención quirúrgica el Ginecólogo responsable de la misma, revisará y reevaluará en la Historia Clínica los siguientes apartados (que en caso de no constar, deberán realizarse):
- Anamnesis y exploración general.
 - Exploración ginecológica (con citología).
 - Analítica: sistemático de sangre, bioquímica hepática y renal, coagulación, sistemático de orina, marcadores tumorales (CA 125, CA 19.9, CEA, alfafetoproteína, HCG).
 - RX tórax PA y lateral.
 - Electrocardiograma.
 - Ecografía vaginal (con doppler) y abdominal.
 - TAC abdominopélvico.
 - Paracentesis y/o toracocentesis (en el caso de existir ascitis y/o derrame pleural), con citología del líquido.
 - PAAF de adenopatías supraclaviculares e inguinales.
 - Opcionalmente: Citología de orina.
 - Cistoscopia.
 - Urografía intravenosa.
 - Enema opaco.
 - Colonoscopia.
 - Gastroscopia.

Registro de la actividad

- Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

13.-INGRESO Y PREPARACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Administrativo de la planta.• Personal sanitario de la planta.• Ginecólogo.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• Responsable del Servicio de Ginecología.• Responsable del Servicio de Citaciones.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none">• Área de Hospitalización.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Ingreso el día previo a la intervención quirúrgica, excepto en caso de comorbilidad médica que requiera ajustes previos.• Se aplicará el protocolo específico en la Planta de Hospitalización.• Recoger y verificar Consentimiento Informado.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Registro de ingreso en admisión.• Anotación en el dossier de enfermería de la historia clínica.• Unificar terminología de Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

14.-INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<ul style="list-style-type: none">• El tratamiento quirúrgico es parte esencial del control local de la enfermedad y es herramienta esencial en la estadificación (Ia).
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Ginecólogos de la Unidad de Ginecología Oncológica.• Personal de Quirófano.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• Responsable del Servicio de Ginecología.• Responsable de Quirófano.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none">• Quirófano.• Servicio de Anatomía Patológica con disponibilidad inmediata para realización de biopsia intraoperatoria.• Banco de Sangre, con sangre compatible reservada y disponible.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Programación por escrito de la intervención (“Parte de Quirófano”).• La actividad se llevará a cabo siguiendo el Anexo IV: “Protocolo de tratamiento quirúrgico”.• Anotación en la hoja de quirófano del procedimiento realizado.• Solicitud de estudio anatomopatológico postquirúrgico.• Información a los familiares tras la intervención.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Registro de la hoja de quirófano.

Participantes en la actividad

- Ginecólogo.
- Personal de planta quirúrgica.

Profesional responsable

- Responsable del servicio de Ginecología.
- Supervisora de Planta.

Modo de realizar la actividad

- Cuidados diarios en el área de Hospitalización.
- Visita diaria y atención integral de la paciente.
- Valoración de la necesidad de apoyo psicológico.
- Plan de cuidados (Anexo XIII).

Registro de la actividad

- Anotación en la historia de la paciente.
- Registro de la petición de interconsultas.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	16.- ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos especialistas en Anatomía Patológica. • Técnicos especialistas en Anatomía Patológica. <p>C.C. Experiencia contrastada y dedicación a patología ginecológica.</p>
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del servicio de Anatomía Patológica.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los habituales de un servicio de Anatomía Patológica.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Según Anexo “Protocolo de Estudio Histológico” (Anexo V). <p>C.C. : El 90% de los estudios deberán adecuarse a los criterios.</p>
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación informática específica de Anatomía Patológica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	17.-COMUNICACIÓN A LA PACIENTE DE LOS RESULTADOS Y ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS ONCOLÓGICAS.
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Grado C: El paciente debe participar en la decisión del tratamiento que se le va a realizar. • Grado A: Se recomienda la valoración de la necesidad de tratamiento psicológico.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros de la UGO (Anexo VIII).
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la UGO.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Ginecología. • Informe del estudio realizado y resultado anatomopatológico.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar el resultado de las pruebas a la paciente y familiares. • Comunicar el plan terapéutico a la paciente y familiares. • Petición de cita para Oncología Médica.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Anotación en el Documento de Patología Ginecológica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	18.-ALTA HOSPITALARIA
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> ● Ginecólogo. ● Enfermero de planta. ● Administrativo de planta.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsable del servicio de Ginecología.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumplimentación del “Informe de Alta Hospitalaria”. ● Cumplimentación del Informe de Enfermería (Anexo XIII). ● Información a la paciente y familiares. <p>CC: Se debe entregar el Informe de Alta Hospitalaria en mano en el momento de abandonar el hospital.</p>

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD**19.- DERIVACIÓN DE LA PACIENTE AL SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

Participantes en la actividad

- Administrativo del Servicio de Citaciones.
- Ginecólogo que haya visto a la paciente.

Profesional responsable

- Responsable de la Unidad de Citaciones.
- Ginecólogo responsable de la UGO.

Recursos materiales necesarios

- Informe de Derivación donde conste todo lo relativo al diagnóstico y al tratamiento previos realizados.

Modo de realizar la actividad

- Cumplimentación del Informe de Derivación.
 - Informar a la paciente de los pasos a seguir.
- CC:
- Al menos el 75% de las derivaciones se harán de acuerdo a los criterios de selección establecidos.
 - El 90% de las derivaciones tendrán cumplimentados todos los ítems del documento.

Registro de la actividad

- Registro de Citas de Consulta.
- Historia general de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

20.– CITA DE PRIMERA CONSULTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA

Participantes en la actividad

- Administrativo del Servicio de Oncología.

Profesional responsable

- Responsable del Servicio de Citaciones en Oncología.

Recursos materiales necesarios

- Documento de derivación para tratamiento oncológico.
- CC:
- El 90% de los pacientes derivados deben cumplir con los requisitos de calidad que se especifican en los informes requeridos.

Modo de realizar la actividad

- Citación de la paciente de acuerdo con la Guía de Gestión de Consultas Externas.

Registro de la actividad

- Anotación en el Registro habitual de Citaciones.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

21.- CONSULTA PARA TRATAMIENTO SISTÉMICO EN ONCOLOGÍA

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

Grado de recomendación A: el tratamiento sistémico del cáncer de ovario mejora la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global.

Participantes en la actividad

- Oncólogo médico
 - ATS/DUE del Hospital de Día Oncológico
 - Auxiliar de enfermería del Hospital de Día Oncológico.
- CC:
- Formación específica y experiencia contrastada en administración de tratamientos citostáticos.
 - Todo personal no facultativo que desarrolla su labor en esta actividad deberá acreditar ante el responsable del Servicio de Oncología la formación y experiencia contrastada en la administración de tratamientos citostáticos.

Profesional responsable

- Responsable Oncología Médica.
- Responsable de Enfermería del Hospital de Día.

Recursos materiales necesarios

- Dotación habitual de una Consulta de Oncología Médica (incluyendo tallímetro, báscula y ordenador en red).
- Hospital de Día Oncológico con dotación suficiente para el desarrollo de la actividad incluyendo sala de tratamiento con la dotación de material necesario, sala de camas para hospitalización de día, sala de espera acondicionada, sala-comedor para pacientes con varias horas de estancia.
- Planta de hospitalización.

Modo de realizar la actividad

- Realización de la historia clínica y exploración de la paciente.
- Revisión de pruebas complementarias e informes recibidos de la UM.
- Clasificación del estadio del paciente (Anexo IX)
- Selección de la modalidad terapéutica según los protocolos de tratamiento establecidos.
- Cumplimentación del impreso de tratamiento citostático (o los apartados necesarios en caso de prescripción informatizada).

Modo de realizar la actividad

- Información a la paciente/familiares del tratamiento seleccionado y sus riesgos, así como de la técnica de administración del tratamiento y de las posibles complicaciones durante la administración del mismo, por parte del oncólogo médico, del personal de enfermería y/o del farmacéutico.
- Cumplimentación del Consentimiento Informado.
- Cumplimentación de la hoja de tratamiento de quimioterapia.
- Evaluación de vías periféricas, por parte del personal de enfermería y solicitud de colocación de reservorio en caso de que se requiera.
- Comunicación al Servicio de Farmacia de los tiempos y de la modalidad terapéutica (protocolo convencional, uso compasivo, medicamento extranjero, ensayo clínico).
- Solicitud de pruebas complementarias para la evaluación de la toxicidad, según lo indique el protocolo de tratamiento correspondiente.
- Control médico de toxicidad, previo a la dispensación del siguiente ciclo de tratamiento, según protocolos específicos de cada Servicio o Unidad de Oncología Médica.
- Control de toxicidad por el personal de enfermería, previo a la administración del siguiente ciclo de tratamiento, incluyendo evaluación del estado de la vía de administración y todos aquellos procedimientos que les correspondan.
- Consulta de Fin de Tratamiento Citostático:
- Explicación del seguimiento.
- Realización del informe final de tratamiento sistémico.

CC:

- El oncólogo médico debe disponer de, al menos 45 minutos para la primera consulta; 15 minutos para el control de toxicidad y 20 minutos para el final de tratamiento por paciente. Al menos el 90% de las consultas deben respetar estos tiempos.
- Todas las Unidades de Oncología Médica deberán disponer de protocolos de tratamiento sistémico consensuados según la mejor evidencia disponible.

Modo de realizar la actividad

- Todas las Unidades de Hospital de Día Oncológico dispondrán de impresos específicos de tratamiento citostático o una unidad de prescripción informatizada.
- Todas las Unidades de Hospital de Día Oncológico dispondrán de:
 - Protocolos de toxicidad.
 - Protocolo de extravasaciones.
 - Protocolo de actuación en derrames de sustancias citotóxicas.
 - Protocolo de eliminación de residuos.

Registro de la actividad

- Documento de Patología del tipo tumoral (si existe).
- Historia Clínica de Oncología de la paciente.
- Historia Clínica de Enfermería.

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

Cada Institución debe establecer un procedimiento normalizado de trabajo en el que se defina el proceso de prescripción, validación, preparación, dispensación y administración de la quimioterapia, así como las responsabilidades en cada fase del proceso. Este procedimiento, que debe orientarse a la prevención de errores, protección del personal manipulador y optimización de recursos, será aprobado institucionalmente.

Participantes en la actividad

- Farmacéutico.
- ATS/ DUE/ Técnico de Farmacia.
- Auxiliar de Farmacia.

CC: Definición en cada fase del proceso del perfil profesional necesario, garantizándose el nivel de formación y adiestramiento del personal .

Profesional responsable

- Farmacéutico asignado a la Unidad Centralizada de Preparación de Citotóxicos.

Recursos materiales necesarios

- Soporte informático para la prescripción electrónica y/o el registro del perfil quimioterápico de la paciente, la emisión de hojas de trabajo y las etiquetas identificativas de las preparaciones.
- Área de trabajo de uso exclusivo para la preparación de citotóxicos, con estructura y dotación adecuadas, según la reglamentación y directrices vigentes.
- Equipo de protección individual para los manipuladores.
- Material de acondicionamiento para la preparación.
- Documentación: procedimientos normalizados de trabajo, procedimientos de preparación y estabilidad de cada fármaco, protocolos de quimioterapia aprobados en el hospital, protocolo de derrames y tratamiento de residuos.

Modo de realizar la actividad

- Validación farmacéutica de la prescripción médica y verificar la compatibilidad y la estabilidad de los fármacos en las condiciones prescritas.
- Emisión de hojas de trabajo, que incluyan al menos: identificación de la paciente y su ubicación en el hospital; nombre del fármaco y presentación, número de viales o ampollas a utilizar y volumen que contiene la dosis prescrita, diluyente y volumen a emplear, estabilidad y condiciones de conservación e instrucciones especiales de preparación, si procede.
- Emisión de Etiquetas, que incluyan al menos: identificación de la paciente y su ubicación en el hospital; identificación de la preparación (fármaco, dosis, diluyente, volumen, hora y fecha de preparación); condiciones de administración (vía, tiempo y velocidad de infusión); condiciones de conservación; caducidad y precauciones, si procede.
- Preparación de las mezclas de acuerdo al protocolo normalizado de trabajo establecido en la Unidad de Preparación de Citostáticos.
- Verificación del producto elaborado, previa a la dispensación.

CC: Programa informático adecuado para la preparación y seguimiento de los tratamientos quimioterápicos. Evaluación de la calidad del proceso (indicadores).

Registro de la actividad

En papel o mediante soporte informático:

- Hojas de trabajo (personal elaborador y farmacéutico que la revisa).
- Registro en ficha individualizada de la quimioterapia administrada.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

23.– REEVALUACIÓN CON PRUEBAS RADIOLÓGICAS Y ANALÍTICAS

Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Radiólogo.• Analista del laboratorio.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none">• Responsable del Servicio de Radiología.• Responsable del Servicio de Laboratorio.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de la respuesta al tratamiento según los criterios RECIST (Anexo X). CC: El 90% de los informes emitidos estará de acuerdo con los criterios establecidos.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Registro en el Documento de Patología Ginecológica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD**24.– VALORACIÓN DE PRUEBAS POR LA UGO Y DECISIÓN TERAPEÚTICA A SEGUIR**

Participantes en la actividad

- Integrantes de la UGO.

Profesional responsable

- Responsables de la UGO.

Recursos materiales necesarios

- Informe de los estudios realizados.
- Valoración de la evolución clínica considerando la historia previa y los resultados actuales.

Modo de realizar la actividad

- Reuniones periódicas de la UGO.
 - Seguimiento del protocolo de tratamiento.
- CC:
- El 90% de las reuniones de la UGO se harán con periodicidad semanal.
 - El 90% de las decisiones terapéuticas se harán según el protocolo de tratamiento

Registro de la actividad

- Documento de UGO.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	25.– CIRUGÍA DE INTERVALO
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogos de la Unidad de Ginecología Oncológica. • Personal de Quirófano.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del Servicio de Ginecología. • Responsable de Quirófano.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Quirófano. • Servicio de Anatomía Patológica con disponibilidad inmediata para realización de biopsia intraoperatoria. • Banco de Sangre, con sangre compatible reservada y disponible.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Programación por escrito de la intervención (“Parte de Quirófano). • La actividad se llevará a cabo siguiendo el Anexo XI: “Protocolo de tratamiento quirúrgico”. • Anotación en la hoja de quirófano del procedimiento realizado. • Solicitud de estudio anatomopatológico postquirúrgico. • Información a los familiares tras la intervención.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de la hoja de quirófano.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	26.– EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS TERAPEÚTICOS
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad de singular interés que permite valorar los resultados del tratamiento de todo el proceso clínico realizado.(A)
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de la Unidad de Ginecología Oncológica.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogo de la UGO.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Aula de sesiones del Departamento de Ginecología.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los resultados quirúrgicos y de quimioterápicos mediante el análisis de estos, así como de los estudios complementarios realizados para el control y evolución de la enfermedad. • Realizando la toma de decisiones adecuadas dependientes de los resultados obtenidos.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Anotación en la historia clínica de las conclusiones del comité de tumores. • Registro informático.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	27.- DECISIÓN DE CONTINUAR CON TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTE IRRESECABLE O EN PROGRESIÓN
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación A: “El tratamiento de la enfermedad no resecable o en progresión mejora la calidad de vida de la paciente”.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Miembros de la UGO.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la UGO.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los habituales de una consulta de Oncología. • Protocolos consensuados para tratamiento sistémico de segunda línea. <p>CC: Los hospitales que traten a pacientes con cáncer de ovario deben de disponer de los recursos adecuados para impartir estos tratamientos.</p>
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Completar estudios para valorar la extensión tumoral. • Confirmación histológica si procede. • Aplicación de los protocolos de quimioterapia designados. • Información a la paciente y los familiares.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de la paciente. • Documento de la UGO.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD**28.– SEGUIMIENTO**

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

- Nivel de evidencia Ia: “El seguimiento intensivo no mejora la supervivencia”.

Participantes en la actividad

- Miembros de la UGO.

Profesional responsable

- Responsable de la UGO.

Recursos materiales necesarios

- Los habituales de una Consulta de Atención Especializada.

Modo de realizar la actividad

- Según el protocolo de seguimiento (Anexo XII).
- Complimentación del documento de seguimiento en la historia clínica.

CC:

El especialista debe disponer de al menos 20 minutos por paciente para la realización de la consulta de seguimiento.

Registro de la actividad

- Documento de Historia Clínica y UGO.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

29.- DETECCIÓN DE LA RECAÍDA O PROGRESIÓN

Participantes en la actividad

- Oncólogo Médico encargado de la paciente
- Ginecólogo encargado de la paciente.

Profesional responsable

- Responsable de la U de Ginecología.
- Responsable de la U de Oncología.

Recursos materiales necesarios

- Exploración Ginecológica.
- Realización de pruebas analíticas.
- Realización de pruebas de imagen.

Modo de realizar la actividad

- Presentación del caso en la reunión de la UGO.
- Toma de decisiones acerca del tipo de recaída o progresión para asignar el tratamiento más adecuado.

CC:

Las unidades de UGO dispondrán de protocolos de tratamiento para las recaídas o progresiones tumorales de las pacientes.

Registro de la actividad

- Documento de Patología Ginecológica.
- Historia Clínica de la paciente.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	30.– TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA O PROGRESIÓN
Nivel de evidencia/Grado de recomendación	Grado de recomendación A: “El tratamiento de la enfermedad no resecable o en progresión mejora la calidad de vida de la paciente”.
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogo. • Oncólogo Médico.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de Ginecología. • Responsable de Oncología .
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de cirugía . • Protocolos de quimioterapia consensuados para los tratamientos de rescate. <p>CC: Los hospitales que traten a pacientes con cáncer de ovario deben de disponer de los recursos adecuados para impartir estos tratamientos.</p>
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Completar estudios para valorar la extensión tumoral. • Confirmación histológica si procede. • Aplicación de los tratamientos para enfermedad recurrente o progresión. • Valoración de respuesta. • Información a la paciente y los familiares.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica de la paciente. • Documento de UGO.

Nivel de evidencia/Grado de recomendación	<p>Grado de recomendación A: Cuando la terapia convencional no ofrezca los resultados esperados o en el caso de que los beneficios potenciales para el paciente superen los riesgos previsibles, podrá valorarse la posibilidad de incluir a la paciente en un ensayo clínico.</p>
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Investigador principal (Oncólogo). • Responsable del Servicio de Farmacia. • Comité Ético de Investigación Clínica. • Dirección Médica. <p>CC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinencia del ensayo clínico, teniendo en cuenta el conocimiento disponible. • Idoneidad del investigador principal, de las instalaciones del centro y cumplimiento del protocolo. • Formación específica en ensayos clínicos y experiencia contrastada en el manejo de pacientes oncológicos.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Investigador principal. • Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). • Director Médico. • Jefe del Servicio de Farmacia.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad centralizada de preparación de mezclas citotóxicas. • Dotación informática.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio previo por parte del CEIC del hospital, y en caso de estudio clínico multicéntrico, el dictamen único favorable del CEIC de referencia. • Autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). • Contrato del promotor con la Dirección del Centro. • Recepción de muestras y aleatorización. • Verificación del cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión de la paciente, específicos de cada ensayo clínico. • Información detallada a la paciente del procedimiento.

Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación del posible ingreso de la paciente en el Ensayo Clínico al investigador principal. • Firma del Documento de Consentimiento Informado. • Cumplimentación de los requisitos legales documentales para la realización del ensayo. • Tratamiento y medidas de apoyo para paliar los efectos adversos: posibilidad de abandono voluntario en cada momento. • Solicitud de pruebas analíticas y/o radiológicas para próximas consultas. • Citaciones según protocolo del ensayo clínico y toxicidad.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Registro específico del ensayo clínico. • En la historia clínica.

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

32.– QUIMIOTERAPIA EN USO COMPASIVO

Nivel de evidencia/Grado de recomendación

Grado de recomendación A: Cuando la terapia convencional no ofrezca los resultados esperados o en el caso de que los beneficios potenciales para el paciente superen los riesgos previsible, podrá valorarse la posibilidad de solicitar el tratamiento como “uso compasivo” para un paciente concreto según lo dispuesto sobre “Uso compasivo de medicamentos” en el art. 28 del Real Decreto 223/2004.

Participantes en la actividad

- Responsable del Servicio de Farmacia.
- Oncólogo Médico.
- Dirección Médica.
- Administrativo de los Servicios de Oncología y de Farmacia.

CC:

- Adecuación a lo establecido en el algoritmo de decisión del tratamiento sistémico.
- Cumplimentación adecuada de todos los requisitos documentales necesarios para solicitar el uso compasivo.

Profesional responsable

- Oncólogo que tiene asignado a la paciente.
- Responsable del Servicio de Farmacia.
- Director Médico.

Recursos materiales necesarios

- Dotación informática para realización de informes y registro de documentación.
- Unidad Centralizada de Preparación de Mezclas Citotóxicas.

Modo de realizar la actividad

- Decisión por parte del Oncólogo de aplicar el procedimiento de uso compasivo a un paciente concreto.
- Información sobre esta modalidad de tratamiento a la paciente y a la familia, explicando las alternativas y los riesgos.
- Obtención del consentimiento informado
- Elaboración del informe médico detallado en el que se justifique la necesidad del tratamiento.

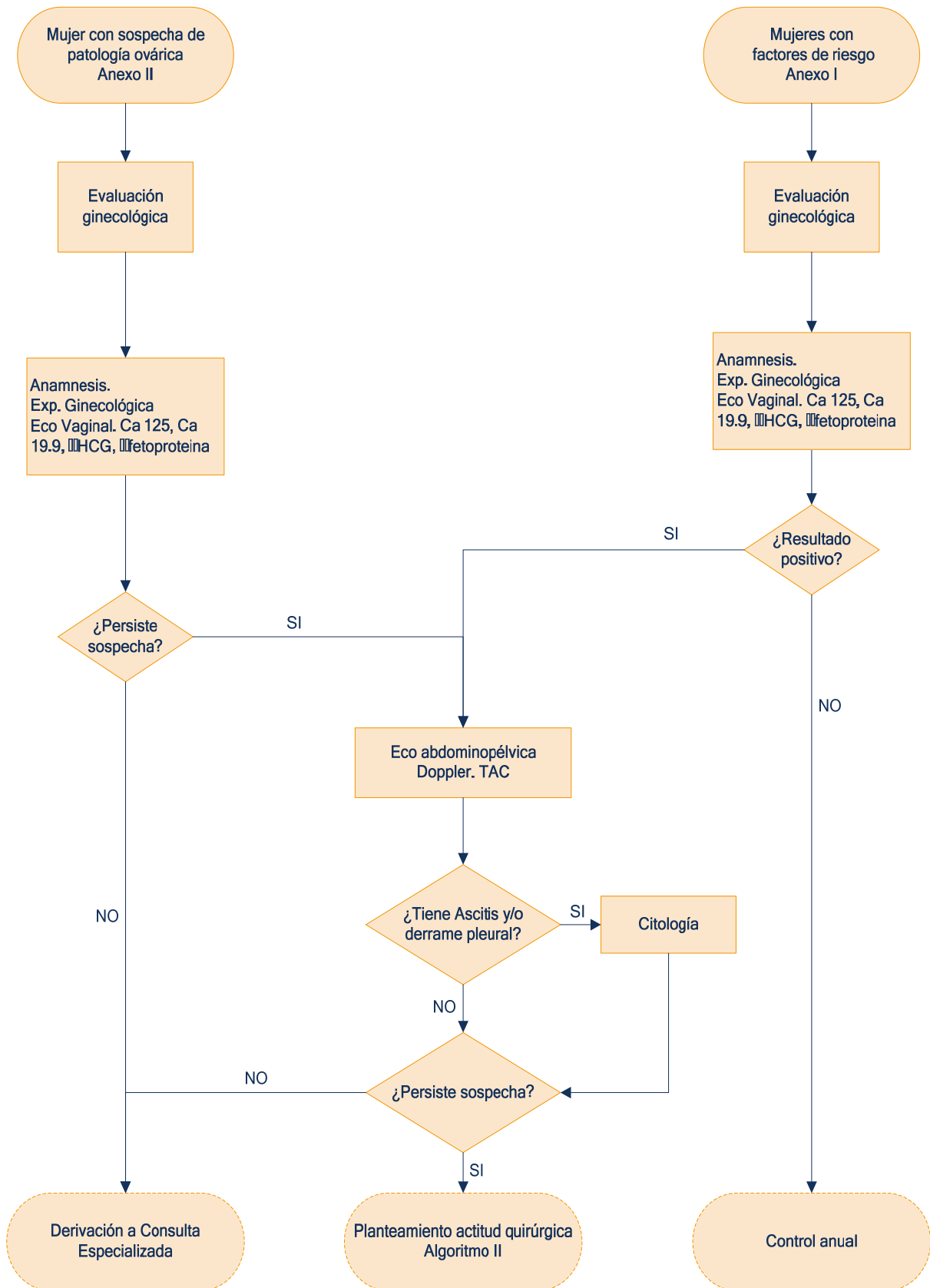
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Informe de conformidad de la dirección del centro.• Tramitación de la documentación y solicitud de aprobación a la AEMPS.• Recepción de la autorización de la AEMPS• Solicitud de pruebas analíticas y/o radiológicas.• Citación para consulta de toxicidad.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• En la historia clínica.• En el Servicio de Farmacia (registro de usos compasivos).

DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD	33.– DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS
Participantes en la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativo del Servicio de Citaciones. • Ginecólogo/Oncólogo que haya visto a la paciente.
Profesional responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la Unidad de Citaciones. • Ginecólogo/Oncólogo responsable de la UGO.
Recursos materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de derivación donde conste todo lo relativo al diagnóstico y al tratamiento previos realizados y situación actual de la paciente. • Oncoguía de Cuidados Paliativos.
Modo de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentación del Informe de derivación • Informar a la paciente y familiares. • Contacto y gestión de inclusión en el proceso de Cuidados Paliativos. <p>CC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos el 75% de las derivaciones se harán de acuerdo a los criterios de selección establecidos. • El 90% de las derivaciones tendrán cumplimentados todos los ítems.
Registro de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica de la paciente.

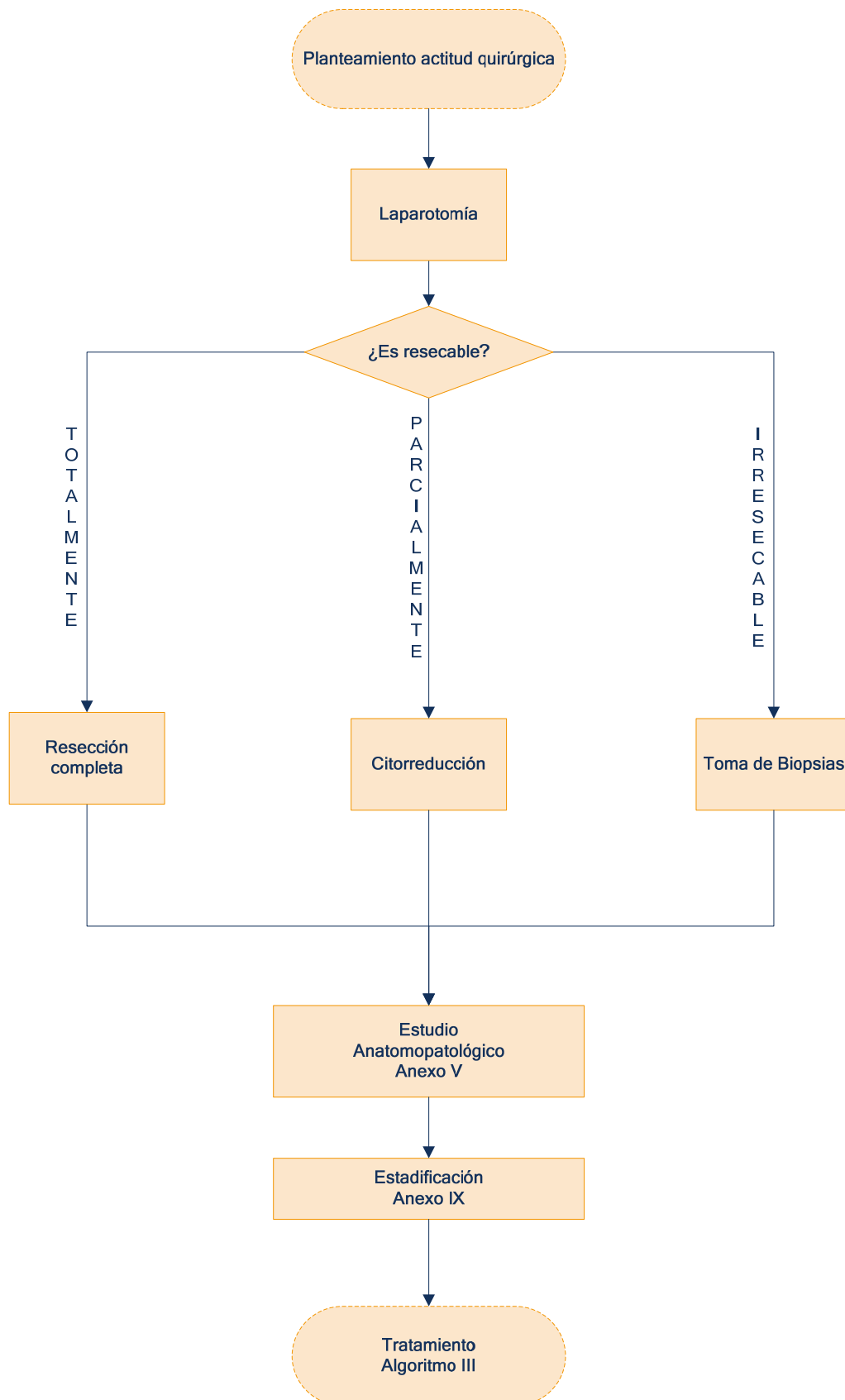
4.7 REPRESENTACIÓN GRÁFICA / ALGORITMOS

- ALGORITMO I: DIAGNÓSTICO
- ALGORITMO II: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ESTADIAJE
- ALGORITMO III: TRATAMIENTO
- ALGORITMO IV: SEGUIMIENTO
- ALGORITMO V: TRATAMIENTO DE RESCATE

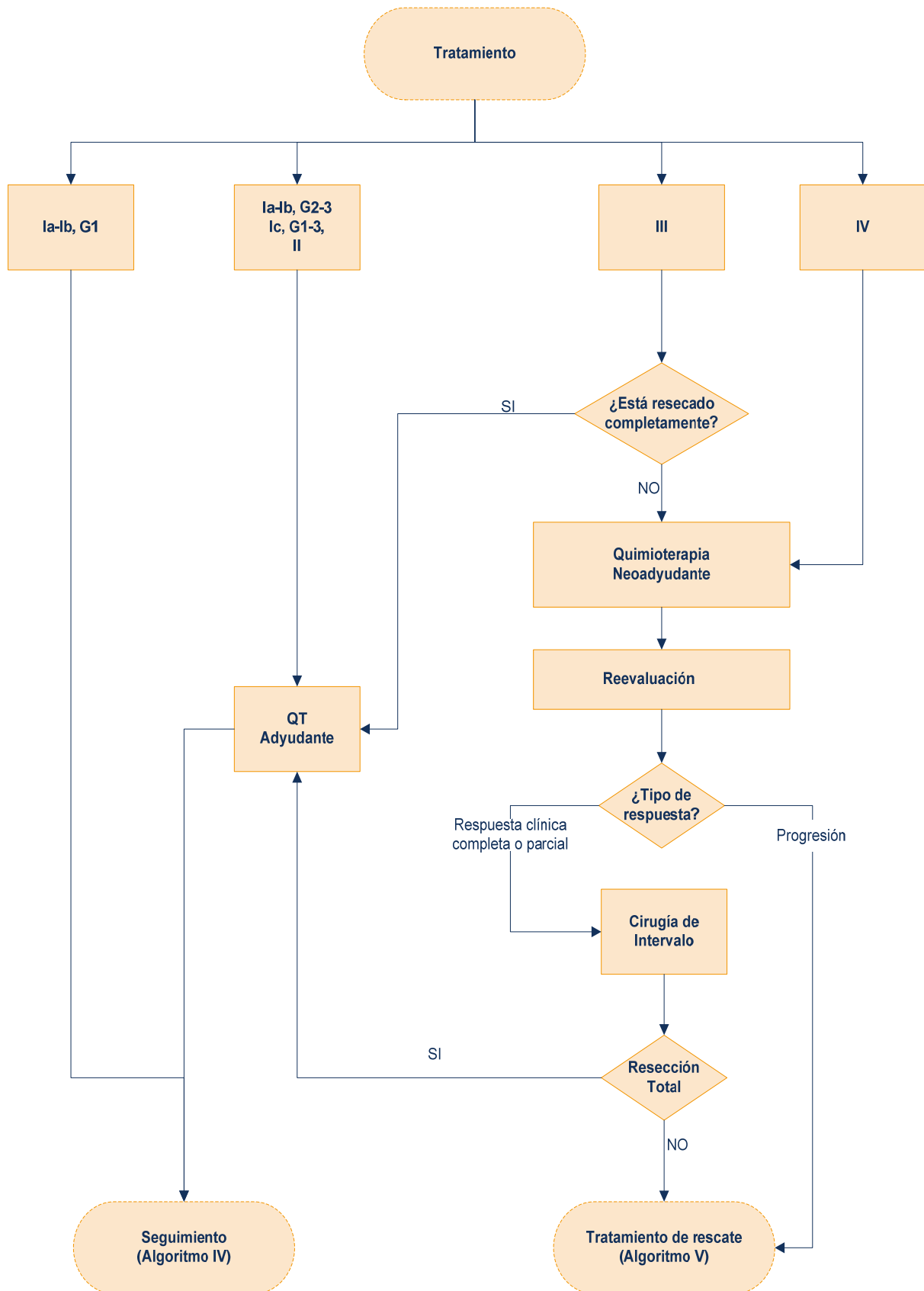
ALGORITMO I : DIAGNÓSTICO



ALGORITMO II: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ESTADIAJE



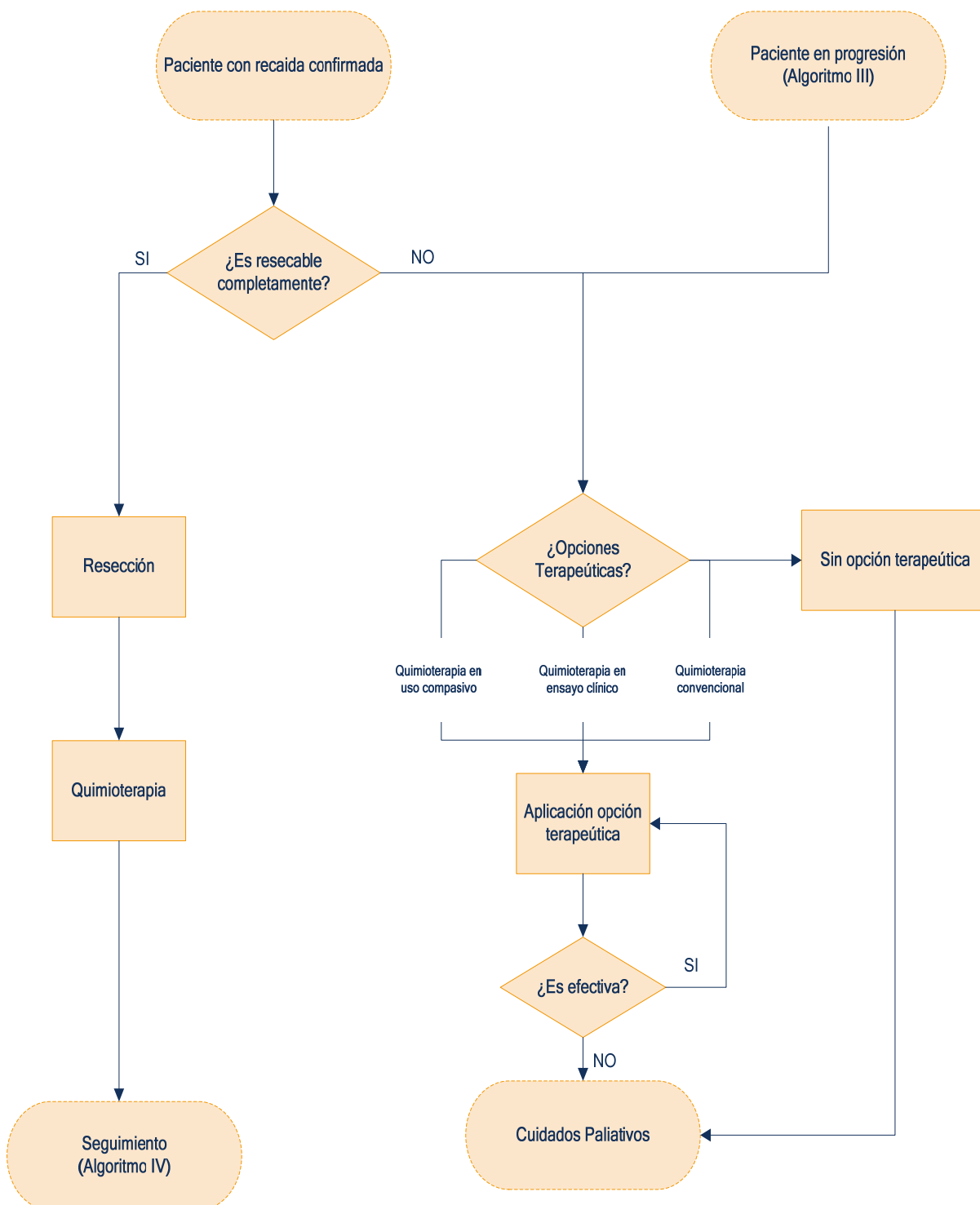
ALGORITMO III: TRATAMIENTO



ALGORITMOIV: SEGUIMIENTO



ALGORITMO V: TRATAMIENTO DE RESCATE



4.8: CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE LOS DOCUMENTOS

Profesional o unidad generadora del documento	Documento generado	Profesional o unidad receptora del documento	Requisitos/características de calidad del documento
El primer facultativo que tenga contacto con la paciente.	Documento de derivación a atención especializada.	Ginecólogo de la UGO.	Nombre del facultativo que realiza la atención. Campos básicos de cumplimiento.
Consulta de Atención Especializada.	Historia clínica de la paciente sospechosa de patología ovárica.	Se va cumplimentando a lo largo del proceso por los distintos profesionales, de forma sucesiva.	Datos necesarios, según Anexo III.
Consulta de atención Especializada.	Informe de evaluación clínica.	Médico que motivó la consulta.	Datos de filiación. Juicio clínico. Actitud a seguir.
Ginecólogo.	Documentos de solicitud de pruebas complementarias.	Los diferentes Servicios a quienes se solicitan las pruebas.	Requisitos mínimos especificados por el Servicio receptor en cada caso.
Servicio de Ginecología.	Informe Ecográfico.	Ginecólogo de la UGO.	Descripción de las características de la lesión y su localización.
Servicio de Anatomía Patológica.	Informe de Anatomía Patológica.	Ginecólogo de la UGO.	Descripción macroscópica de la lesión tumoral y microscópica especificando el tipo y grado histológico (Ver Anexo V).
Servicio de Radiología.	Informe del TAC.	Ginecólogo de la UGO.	Descripción radiológica del tumor, su localización y relación con órganos adyacentes, extensión loco-regional y descripción de metástasis si las hubiere.
Laboratorio de Análisis Químicos.	Informe del Laboratorio.	Ginecólogo de la UGO.	Datos de hemograma y bioquímica completos así como de los marcadores tumorales específicos de esta entidad.

Profesional o unidad generadora del documento	Documento generado	Profesional o unidad receptora del documento	Requisitos/características de calidad del documento
Ginecólogo.	Informe a requerimiento de la paciente.	Paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas realizadas. • Juicio clínico. • Propuesta de tratamiento.
Ginecólogo.	Solicitud de estudio preoperatorio.	Servicio de Anestesia.	Requisitos mínimos especificados por el Servicio Receptor.
Ginecólogo.	Documento de derivación a Salud Mental.	Servicio de Salud Mental.	Requisitos mínimos especificados por el Servicio Receptor.
Ginecólogo.	Documento de Consentimiento Informado para cirugía.	Paciente.	De acuerdo a la normativa de regulación.
Ginecólogo.	Documento de solicitud de estudio Anatómopatológico post-quirúrgico.	Servicio de Anatomía Patológica.	Características y extensión de la tumoración. Tipo de intervención quirúrgica realizada con identificación de los órganos y lesiones biopsiadas o extirpados.
Unidad de Patología Ginecológica.	Documento de derivación para tratamiento oncológico.	Servicio de Oncología Médica.	Informe con: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. • Pruebas complementarias. • Resultado quirúrgico y Anatómopatológico.
Servicio de Oncología Médica.	Consentimiento informado para tratamiento oncológico.	Paciente.	De acuerdo con la normativa de regulación.
Ginecólogo de la UGO. Oncólogo de la UGO.	Documento de seguimiento.	Miembros de la UGO.	Requisitos según Anexo XII.
Oncólogo.	Consentimiento Informado para ensayo clínico.	Paciente.	De acuerdo a la normativa de ensayo clínico.
Oncólogo.	Solicitud de quimioterapia en uso compasivo.	Servicio de Farmacia.	Según la normativa vigente.
Oncólogo.	Consentimiento Informado para quimioterapia en uso compasivo.	Paciente.	De acuerdo a la normativa de tratamiento quimioterápico por uso compasivo.
UGO	Documento de derivación a Cuidados Paliativos.	de Unidad de Cuidados Paliativos. MAP.	De acuerdo con lo requerido por la unidad receptora.

4.9 EVALUACIÓN DEL PROCESO

EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES DE CALIDAD DE LAS PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO

■ CONTROL DE CALIDAD DE LA PUERTA DE ENTRADA

- **Criterio:** porcentaje de pacientes que son enviados a valoración por sospecha de cáncer de ovario procedentes de los Servicios de Urgencias.
- **Estándares:** menos de un 5% procederán de los Servicios de Urgencias.

■ CONTROL DE CALIDAD DE LA PUERTA DE SALIDA

- **Criterio:** porcentaje de pacientes que son enviados al Proceso Cuidados Paliativos.
- **Estándares:** al menos el 90% de los pacientes serán derivados cumpliendo con los criterios de derivación establecidos.

EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS EN LAS ACTIVIDADES SECUENCIADAS

Los criterios establecidos se consideran parámetros de buena calidad.

Desde los Servicios Centrales se han fijado una serie de indicadores, que se considera obligado recoger y que permitan monitorizar algunos de los aspectos críticos del proceso. Ello no va en perjuicio de que en cada Área de Salud se utilicen, además de los propuestos, aquellos otros indicadores que se consideren oportunos.

Deben especificarse en cada caso las vías de acceso a la información requerida para la evaluación, tanto para la identificación de los casos como para la revisión y grado de cumplimiento de los criterios definidos.

1. Selección de pacientes que soliciten asistencia por sospecha de patología ovárica

- **Criterio:** los Médicos de Atención Primaria deben tener formación en patología ovárica (información escrita, cursos de formación).
- **Estándar:** el 100% de los MAP deben haber recibido formación específica en patología ovárica

2. Derivación de la paciente con signos/síntomas de patología ovárica

- **Criterio:** cumplimiento de los criterios de derivación establecidos en Anexo II.
- **Estándar:** al menos el 100% de los pacientes derivados cumplirán los criterios de derivación establecidos

- **Criterio:** deben cumplimentarse los ítems establecidos en el documento de derivación y figurar el nombre del facultativo que realiza la derivación.
- **Estándar:** al menos el 100% de los documentos de derivación tendrán cumplimentados todos los ítems.

3. Evaluación clínica

- **Criterio:** los pacientes serán evaluados por especialistas adscritos a la UGO.
- **Estándar:** el 100% de los pacientes serán evaluados por especialistas de la UGO.

- **Criterio:** en la historia clínica específica de patología ovárica deben figurar los datos básicos establecidos.
- **Estándar:** en el 95% de las historias figurarán el 100% de los datos básicos establecidos.

4. Estudios diagnósticos

- **Criterio:** todos los estudios de imagen realizados serán realizados e informados por el mismo profesional.
- **Estándar:** al menos el 80% de los estudios de imagen realizados a la paciente serán revisados por el mismo profesional.

- **Criterio:** todos los estudios histológicos realizados serán realizados e informados por el mismo profesional de acuerdo con lo establecido en el protocolo.
- **Estándar:** al menos el 80% de los estudios histológicos realizados a la paciente serán revisados por el mismo profesional de acuerdo con lo establecido en el protocolo.

5. Tratamiento quirúrgico

- **Criterio:** se entregará en mano el informe de alta en el momento de abandonar el hospital.
- **Estándar:** en el 95% de los casos se cumplirá este criterio.

- **Criterio:** la atención postoperatoria de cada paciente se realizará por el mismo profesional que practicó la intervención.
- **Estándar:** en al menos el 90% de los casos se cumplirá este criterio.

- **Criterio:** la intervención quirúrgica será realizada por un ginecólogo con experiencia en Ginecología Oncológica.
- **Estándar:** al menos el 90% de los pacientes serán intervenidos según los protocolos establecidos.

6. Tratamiento oncológico

- **Criterio:** los pacientes derivados deben cumplir los requisitos que se especifican en los informes requeridos.
- **Estándar:** el 90% de los pacientes deben cumplir los requisitos requeridos.

- **Criterio:** la administración del tratamiento oncológico se realizará por profesionales con formación específica y experiencia contrastada en cáncer de ovario.
- **Estándar:** en el 100% de los casos se cumplirán estos criterios.

- **Criterio:** todo personal no facultativo que desarrolla su labor en esta actividad, deberá acreditar ante el Responsable del Servicio de Oncología, la formación y experiencia contrastada en el manejo de estos pacientes.
- **Estándar:** en el 100% de los casos se cumplirán estos criterios.

7. Seguimiento

- **Criterio:** el especialista debe disponer de al menos 20 minutos para la realización de la consulta de seguimiento.
- **Estándar:** el criterio se cumplirá en el 90% de los casos.

8. Quimioterapia en uso compasivo

- **Criterio:** adecuación a lo establecido en el Algoritmo V.
- **Estándar:** en el 100% de los casos se cumplirán estos criterios.

- **Criterio:** cumplimentación adecuada de todos los requisitos documentales necesarios para solicitar el uso compasivo.
- **Estándar:** en el 100% de los casos se cumplirán éstos criterios.

9. Unidad de Ginecología Oncológica

- **Criterio:** los pacientes con sospecha de cáncer de ovario deberán ser vistos en la UGO.
- **Estándar:** al menos el 90% de los pacientes serán valorados por la UGO.

- **Criterio:** cada miembro de la UGO deberá tener los conocimientos adecuados a su especialidad para contribuir al manejo de pacientes con cáncer de ovario.
- **Estándar:** se cumplirá el criterio en el 100% de los casos.

- **Criterio:** la UGO se reunirá al menos semanalmente para valoración y discusión de los nuevos casos de cáncer de ovario así como para valorar el seguimiento y tratamiento si procede de los casos ya existentes.
- **Estándar:** al menos el 90% de los casos de cáncer de ovario deben ser valorados por este grupo.

- **Criterio:** la UGO dispondrá de los medios informáticos necesarios para constatación de su actividad y resultados.
- **Estándar:** se cumplirá el criterio en el 100% de los casos.

- **Criterio:** la UGO dispondrá de protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento consensuados por los miembros del grupo.
- **Estándar:** se cumplirá el criterio en el 100% de los casos.

Evaluación de los tiempos de demora

- **Criterio:** las actividades se ajustarán a los tiempos establecidos.
- **Estándar:** los tiempos establecidos no se desviarán en más de un 10% de lo marcado.

■ **Evaluación de las características de calidad de los documentos**

- En cada Área deberá señalarse la forma de evaluar el cumplimiento de las características de calidad señaladas para los documentos generados a lo largo del proceso.

■ **Evaluación de la satisfacción de los destinatarios**

- La satisfacción se medirá utilizando encuestas de satisfacción validadas. Además se determinará en cada Área las otras formas de evaluar la calidad percibida del proceso por parte de los destinatarios (por ejemplo mediante el análisis sistemático de las quejas y sugerencias recibidas).

5 AJUSTE DE TIEMPOS DE ACUERDO A CRITERIOS DE CALIDAD

Desde que en Atención Primaria se indica la derivación a la UGO, hasta que dicha derivación es tramitada por la propia unidad de Atención Primaria.	Máximo 3 días
Desde que la UGO recibe la solicitud de consulta, hasta que la consulta se lleva a cabo.	Máximo 8 días
Desde la primera consulta en la UGO hasta el primer informe diagnóstico.	Máximo 21 días (excluida la intervención)
Desde la sospecha de diagnóstico, hasta la intervención quirúrgica.	Máximo 14 días
Desde la intervención quirúrgica, hasta el resultado anatomopatológico.	Máximo 10 días.
Desde el primer informe diagnóstico hasta la evaluación en la UGO.	Máximo 7 días
Desde la evaluación en la UGO hasta la primera cita en Oncología Médica.	Máximo 14 días
Desde el último tratamiento de quimioterapia hasta la primera consulta de seguimiento.	30-60 días
Consulta en la UGO por sospecha de recaída.	Máximo 7 días
Inicio de tratamiento de la recaída tras su diagnóstico.	Máximo 14 días

6 RESPONSABLE DEL PROCESO

Se entiende por **responsable del proceso** al profesional que va a tener encomendado el compromiso de la gestión y mejora del proceso.

En general, debería ser el profesional o departamento con mayor grado de actividad o impacto en el proceso, debiendo cumplir una serie de requisitos:

- Que conozca en profundidad el proceso.
- Que tenga conocimientos básicos de la metodología de gestión por procesos.
- Que tenga capacidad para tomar decisiones.
- Que quiera asumir la responsabilidad de la gestión del proceso.

Idealmente el responsable de supervisar el proceso será el Coordinador de la Unidad de Ginecología Oncológica.

Las principales funciones del responsable del proceso serán:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y compromiso de todos los implicados.
- Garantizar el control y mejora continua del proceso.
- Comprobar que el producto final satisface las necesidades del usuario.

7 FICHA DEL PROCESO

FICHA DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	<ul style="list-style-type: none">• Proceso Clínico-Asistencial.
TÍTULO DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de ovario.
PROPIETARIO	<ul style="list-style-type: none">• Coordinador de la Unidad de Ginecología Oncológica..
MISIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Estandarizar el proceso asistencial de “Cáncer de Ovario” para disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención sanitaria a pacientes con esta neoplasia. Como objetivos específicos, se pretende establecer una serie de directrices generales que nos faciliten el diagnóstico y tratamiento terapéutico de las pacientes con cáncer de ovario y que nos lleve a un aumento de su control y supervivencia, así como satisfacer las necesidades de pacientes y familiares, al mismo tiempo que se intenta facilitar la tarea de los profesionales.
EQUIPO	<ul style="list-style-type: none">• Equipo de la Unidad de Ginecología Oncológica.

LÍMITES DEL PROCESO

LÍMITE INICIAL	<ul style="list-style-type: none">• Paciente con sospecha de patología ovárica.• Mujeres con factores de riesgo para cáncer de ovario.
LÍMITE FINAL	<ul style="list-style-type: none">• Baja en el proceso por abandono voluntario, derivación a cuidados paliativos o fallecimiento.

PUERTAS DE ENTRADA Y SALIDA

PUERTA DE ENTRADA	<ul style="list-style-type: none">• Consulta de Atención Primaria.• Consulta de Atención Especializada.• Servicios de Urgencias.
PUERTA DE SALIDA	<ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de un diagnóstico diferente a cáncer epitelial de ovario.• Traslado a otra Comunidad Autónoma.• Deseo de la paciente de interrumpir el proceso.• Derivación a cuidados paliativos.• Fallecimiento de la paciente.

REQUERIMIENTOS DE LOS CLIENTES

- Accesibilidad a los distintos niveles de atención sanitaria.
- Información a lo largo del proceso.
- Coordinación y comunicación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Trato adecuado.
- Efectividad diagnóstica y terapéutica.
- Atención Psicológica.

INDICADORES DE MEDIDA

- **En puerta de entrada:** Porcentaje de mujeres enviadas a valoración por sospecha de cáncer de ovario procedentes de los Servicios de Urgencias.
- **En puerta de salida:** Porcentaje de mujeres que son enviadas al proceso de Cuidados Paliativos cumpliendo con los criterios de derivación.
- **De control del proceso:**
 - Porcentaje de Médicos de Atención Primaria con formación específica en criterios de sospecha de cáncer de ovario.
 - Porcentaje de pacientes derivados a Atención Especializada que cumplen los criterios de derivación establecidos.
 - Porcentaje de pacientes evaluadas por especialistas adscritos a la UGO.
 - Porcentaje de casos con indicaciones inadecuadas de los estudios de imagen.
 - Porcentaje de informes de estudios diagnósticos que cumplen con los criterios de calidad establecidos.
 - Porcentaje de informes de atención especializada y de alta que incluyen una correcta estadificación del tumor.
 - Porcentaje de informes de alta entregados en mano.
 - Porcentaje de profesionales con acreditación para la administración de tratamientos citostáticos, radioterápicos y quimioterápicos.
 - Porcentaje de cumplimiento de los criterios de administración de quimioterapia en uso compasivo.

PARTICIPANTES EN EL PROCESO

- Médico de familia.
- Ginecólogo especializado en cirugía oncológica.
- Oncólogo Médico.
- Patólogo.
- Farmacéutico especializado en dispensación de quimioterapia.
- Psicólogo para tratamiento de soporte.
- Enfermera.
- Auxiliar de Clínica.
- Celador.
- Administrativo de Citaciones.

8 ANEXOS

- Anexo I:** Criterio de selección de pacientes para el cribado de cáncer de ovario.
- Anexo II:** Criterios de selección de pacientes con sospecha de patología ovárica.
- Anexo III:** Historia clínica de Ginecología ante la sospecha de patología ovárica.
- Anexo IV:** Tratamiento quirúrgico.
- Anexo V:** Protocolo de estudio histológico.
- Anexo VI:** Clasificación histológica.
- Anexo VII:** Anatomía patológica de los tumores epiteliales de ovario
- Anexo VIII:** Unidad de Ginecología Oncológica.
- Anexo IX:** Clasificación del carcinoma epitelial según Figo.
- Anexo X:** Criterios recist de respuesta.
- Anexo XI:** Cirugía de intervalo.
- Anexo XII:** Protocolo de seguimiento.
- Anexo XIII:** Plan de cuidados de enfermería en el cáncer de ovario.
- Anexo XIV:** Clasificación de la evidencia clínica.

ANEXO I: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE OVARIO

Objetivo:

- Seleccionar a aquellas pacientes tributarias de screening de cáncer de ovario.

Descripción:

- Pacientes con uno ó más familiares con cáncer de ovario.
- Pacientes con síndromes familiares que incluyen cáncer de ovario (mutación BRCA1, Síndrome de Lynch, Síndrome de Li-Fraumeni, ...).
- Pacientes con antecedentes personales de cáncer de mama.

ANEXO II: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE PATOLOGÍA OVÁRICA

Objetivo: Seleccionar a aquellas pacientes que presenten signos y/o síntomas más frecuentemente asociados a la existencia de un cáncer de ovario.

Descripción:

- Hinchazón abdominal (45'7%).
- Dolor abdominal (25%).
- Metrorragia (16'5%).
- Asintomática (4'9%).
- Pérdida de peso (3'7%).
- Síntomas digestivos (2'4%)
- Otros: disuria, leucorrea, fatiga, fiebre, etc. (0'6%).

ANEXO III: HISTORIA CLÍNICA DE GINECOLOGÍA ANTE LA SOSPECHA DE PATOLOGÍA OVÁRICA

1. Datos de filiación incluyendo medio de contacto.
2. Médico que realiza la derivación y fecha de la misma.
3. Médico que realiza la Historia Clínica y fecha de recepción de la paciente.
4. Antecedentes familiares oncológicos.
5. Antecedentes personales.
6. Antecedentes ginecológicos: menarquia, tipo menstrual, última regla, tratamientos hormonales recibidos (ACH, THS, tratamientos por esterilidad, ...) indicando tipo de tratamiento, inicio, duración y finalización.
7. Antecedentes obstétricos.
8. Enfermedad actual: motivo de consulta, síntomas, tiempo de evolución ...
9. Exploración física: se recogerán los hallazgos exploratorios de interés.
10. Exploración ginecológica: se recogerán los hallazgos exploratorios de interés.
11. Exploraciones complementarias: figurarán las pruebas solicitadas (con fecha de solicitud) y los resultados (con fecha de recepción).
12. Juicio Clínico.
13. Valoración de las distintas alternativas terapéuticas.
14. Opción terapéutica indicada.

ANEXO IV: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

IV-A: Estadiaje:

Tanto el tratamiento como el pronóstico del cáncer de ovario se hallan estrechamente relacionados con la corrección y el rigor con el que sea llevada a cabo la exploración quirúrgica inicial.

Es fundamental la vía de acceso, la incisión laparotómica necesaria para poder acceder a todas las zonas de riesgo, debe ser amplia (en línea media, desde pubis hasta xifoides).

En los casos en los que exista ascitis, se tomará muestra para citología, antes de completar la apertura del peritoneo. Cuando no haya ascitis, se realizarán lavados peritoneales en ambos espacios parietocólicos, fondo de saco de Douglas y cúpula subdiafragmática.

Se realizará una inspección completa de toda la cavidad abdominal y se biopsiará cualquier nódulo o implante peritoneal de aspecto sospechoso.

Las directrices que debemos seguir para el estadiaje son las siguientes:

- Lavados peritoneales.
- Inspección y palpación de toda la superficie peritoneal: cúpulas diafragmáticas, hígado, estómago, bazo, epiplón, colon y mesos, intestino delgado y mesenterio, ciego y apéndice, peritoneo parietal, rectosigma y órganos pélvicos.
- Histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral.
- Biopsia de las lesiones sospechosas de metástasis.
- Omentectomía infracólica.
- Apendicectomía.
- Biopsia o resección de adherencias adyacentes al tumor primario.
- Biopsias ciegas (≥ 2) del peritoneo vesical y fondo del saco de Douglas.
- Biopsias ciegas (≥ 3) de ambos espacios parietocólicos.
- Biopsias ciegas (≥ 2) o citología de hemidiafragma derecho.
- Biopsias ciegas (≥ 2) del peritoneo del lugar donde se encuentra el tumor primitivo.
- Linfadenectomía de las arterias y venas ilíacas externas y comunes.
- Linfadenectomía aortocava incluyendo el nivel entre mesentérica inferior y vena renal izquierda.

En pacientes jóvenes que deseen conservar la fertilidad, puede hacerse anexectomía unilateral en estadios Ia, con histología favorable.

IV-B: Cirugía radical (estadios iniciales):

La cirugía en los estadios iniciales debe incluir obligatoriamente:

- Histerectomía.
- Anexectomía bilateral.
- Apendicectomía (en los tumores mucinosos).
- Omentectomía.
- Linfadenectomía pélvica y paraórtica.

En ocasiones la afectación de estructuras estragenitales, puede hacer necesario un abordaje retroperitoneal.

IV-C: Cirugía citorreductora (estadios avanzados):

Lo primero que debe hacerse es una valoración y palpación completa de la cavidad abdominal, para intentar cuantificar la extensión del tumor primario y de los implantes metastásicos.

Esta valoración nos permitirá tomar una decisión acerca de la viabilidad técnica de la citorreducción y en caso de serlo, decidir los criterios de abordaje.

La intervención debe incluir:

- Histerectomía con anexectomía bilateral.
- Omentectomía supra-inframesocólica.
- Extirpación de los eventuales nódulos metastásicos peritoneales y/o intestinales.

El objetivo de la cirugía de citorreducción es eliminar todo el tejido neoplásico potencialmente reseccable.

La cirugía se considera OPTIMA cuando la masa tumoral restante es < de 1 cm.

ANEXO V: PROTOCOLO DE ESTUDIO HISTOLÓGICO

I. VERIFICAR LA ADECUACIÓN DEL DOCUMENTO DE PETICIÓN DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO:

1. Datos de filiación completos de la paciente.
2. Servicio y médico peticionario.
3. Resumen de la historia clínica y juicio diagnóstico.
4. Información relevante que pueda modificar la morfología tumoral (por ejemplo quimioterapia preoperatoria).
5. Tipo de intervención realizada: laparoscopia o laparotomía, biopsias diagnósticas (tumores irresecables), quistectomía ovárica, anexectomía uni o bilateral, histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral y omentectomía, cirugía citorrreductora (especificando las resecciones viscerales realizadas), linfadenectomía (especificando los grupos ganglionares resecaados), etc.
6. Fecha y firma.

2. REGISTRO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.

3. APERTURA DE LA PIEZA Y FIJACIÓN.

4. ESTUDIO MACROSCÓPICO:

1. Describir el tipo de pieza: biopsias, anexectomía, histerectomía total con doble anexectomía, omentectomía, resecciones viscerales en cirugía citorrreductora, linfadenectomía (número y tamaño de los ganglios), etc.
2. Dimensiones de las muestras y/u órganos enviados.
3. Peso de los ovarios. Presencia o ausencia de tejido ovárico normal.
4. Cápsula: íntegra o rota, grosor, signos de adherencias, superficie externa lisa o irregular, presencia o no de tejido tumoral en la superficie ovárica.
5. Superficie de corte del tumor: dimensiones del tumor, consistencia y coloración, porcentaje de áreas sólidas y quísticas, tamaño de los quistes, contenido de los quistes (seroso, mucoso, hemorrágico), porcentaje de áreas de necrosis, áreas calcificadas, etc.
6. Muestreo de la neoplasia para estudio histológico: se deben estudiar múltiples cortes para poder demostrar la presencia de áreas invasivas. Se ha sugerido que se debe tomar una muestra por cada uno o dos cm. de diámetro tumoral máximo. No obstante es más importante la selección de las muestras que el número total de las mismas, debiendo incluirse de forma preferente áreas sólidas, tumor de la superficie ovárica y base de las formaciones papilares.

5. ESTUDIO MICROSCÓPICO:

1. Diferenciación (seroso, mucinoso, endometriode, de células claras, etc.). Puro o mixto con los porcentajes de los diferentes componentes.
2. Benigno, maligno o borderline.

3. Sólido, quístico o mixto. Componente fibroso (adenofibroma o adenocarcinofibroma).
4. Presencia o ausencia de tumor en la superficie ovárica.
5. Implantes peritoneales (invasivos o no invasivos).
6. Órganos infiltrados.
7. Número de ganglios por territorio ganglionar y número de metástasis.

6. DIAGNÓSTICO:

1. Conforme a clasificación histológica (ver anexo clasificación histológica).
2. Cápsula rota o íntegra.
3. Presencia o ausencia de tumor en la superficie ovárica.
4. Implantes: número y características de los mismos (invasivos o no invasivos).
5. Órganos infiltrados.
6. Ganglios linfáticos: número total por territorio ganglionar y número de metástasis.

7. CODIFICACIÓN (SNOMED) Y ARCHIVADO.

Nota: Criterios para el estudio anatomopatológico en el anexo Anatomía Patológica de tumores epiteliales del ovario.

ANEXO VI: CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

TUMORES SEROSOS

MALIGNOS:

- Adenocarcinoma (8441/3).
- Adenocarcinoma papilar superficial (8461/3).
- Adenocarcinofibroma (9014/3).

BORDERLINE:

- Tumor quístico papilar (8462/1).
- Tumor papilar superficial (8463/1).
- Adenofibroma, cistoadenofibroma (9014/1).

BENIGNOS:

- Cistoadenoma (8441/0).
- Cistoadenoma papilar (8460/0).
- Papiloma superficial (8461/0).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (9014/0).

TUMORES MUCINOSOS

MALIGNOS:

- Adenocarcinoma (8480/3).
- Adenocarcinofibroma (9015/3).

BORDERLINE (8472/1):

- Tipo intestinal.
- Tipo endocervical.

BENIGNOS.

- Cistoadenoma (8470/0).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (9015/0).

T. QUÍSTICO MUCINOSO CON PSEUDOMIXOMA PERITONEAL (8480/3).

TUMORES ENDOMETRIOIDES

MALIGNOS:

- Adenocarcinoma (8380/3).
- Adenocarcinofibroma (8381/3).

BORDERLINE:

- Tumor quístico (8380/1).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (8381/1).

BENIGNO:

- Cistoadenoma (8380/0).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (8381/0).

TUMORES DE CÉLULAS CLARAS

MALIGNOS:

- Adenocarcinoma (8310/3).
- Adenocarcinofibroma (8313/3).

BORDERLINE:

- Tumor quístico (8310/1).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (8313/1).

BENIGNO:

- Cistoadenoma (8310/0).
- Adenofibroma y cistoadenofibroma (8313/0).

TUMORES DE CÉLULAS TRANSICIONALES

MALIGNOS:

- Carcinoma de células transicionales (tipo no Brenner) (8120/3).
- Tumor de Brenner maligno (9000/3).

BORDERLINE:

- Tumor de Brenner borderline y variedad proliferante (9000/1).

BENIGNO:

- Tumor de Brenner benigno (9000/0).

TUMORES EPITELIALES MIXTOS (especificar los componentes).

MALIGNOS (8323/3).

BORDERLINE (8323/1).

BENIGNOS (8323/0).

TUMORES MIXTOS (epitelial y estromal):

TUMOR MÜLLERIANO MIXTO MALIGNO (8950/3).

ADENOSARCOMA (8933/3).

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (EPIDERMOIDE) (8070/3).

TUMORES INDIFERENCIADOS O INCLASIFICABLES

CARCINOMA INDIFERENCIADO (8020/3).

ADENOCARCINOMA NO ESPECIFICADO (8140/3).

Nota: SNOMED topográfico del ovario: 87000.

ANEXO VII: ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LOS TUMORES EPITELIALES DEL OVARIO

INTRODUCCIÓN:

Los tumores epiteliales del ovario son los más frecuentes en éste órgano. Se piensa que derivan del epitelio que recubre la superficie del ovario (epitelio superficial, celómico o germinativo). Este epitelio se continúa con el mesotelio que recubre la cavidad peritoneal, constituyendo una modificación del mismo. De hecho existen tumores intraabdominales extraováricos idénticos a los ováricos y diferentes de los mesoteliomas.

Se ha sugerido que la mayoría de los tumores no se originan en la superficie del ovario, sino en invaginaciones del epitelio superficial que forman quistes o glándulas en la cortical ovárica.

El epitelio superficial del ovario cuando sufre transformación metaplásica o neoplásica experimenta una diferenciación “mülleriana”, pudiendo adquirir las características de cualquiera de los epitelios adultos desarrollados a partir de los conductos müllerianos (tubárico, endometrial y endocervical, aislados o en combinación). Además, algunos de los casos de adenocarcinomas endometrioides pueden originarse en focos de endometriosis ovárica.

Los tumores epiteliales ováricos se clasifican de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Tipo celular o diferenciación (seroso, mucinoso, endometriode, etc.).
2. Patrón de crecimiento (quístico, sólido, superficial).
3. Cantidad de estroma fibroso (adenofibroma o adenocarcinofibroma si es abundante).
4. Atipia y capacidad invasiva (benigno, borderline y maligno).

TUMORES SEROSOS:

Constituyen la cuarta parte de todos los tumores ováricos. La mayoría ocurren en adultos y el 30-50% son bilaterales.

Macroscópicamente, los tumores mejor diferenciados consisten en masas quísticas generalmente uniloculares que contienen un líquido claro. Frecuentemente presentan formaciones papilares que crecen hacia el interior de los quistes o cavidades y más raramente en la superficie del ovario.

Los tumores más agresivos tienden a ser más frecuentemente sólidos, con áreas de hemorragia y necrosis.

Microscópicamente están constituidos por células cúbicas o cilíndricas (semejantes al epitelio tubárico normal) que tapizan los quistes y papilas de los tumores mejor diferenciados. En aproximadamente el 30% de los casos se encuentran microcalcificaciones con laminación concéntrica (cuerpos de psammoma).

Si no existe atipia, complejidad arquitectural o invasión del estroma, el tumor se clasifica

como benigno. Si presenta atipia y/o complejidad arquitectural se considera borderline y por último si existe evidente invasión estromal se clasificará como maligno.

En algunas neoplasias serosas el componente estromal fibroblástico es muy prominente, observándose macroscópicamente áreas sólidas de consistencia firme. Estos tumores (adenofibromas y cistoadenofibromas) siguen clasificándose en benignos, borderline y malignos conforme a los criterios anteriores.

Otros tumores crecen exofíticamente en la superficie del ovario con mínima o ninguna afectación del ovario subyacente. Se denominan según sus características citoarquitecturales papilomas superficiales, tumores papilares superficiales borderline y adenocarcinoma papilar seroso superficial respectivamente (la mayoría de estos últimos son bilaterales y muy agresivos).

Existe un tumor diferente que crece en la superficie del ovario, de bajo grado citológico que se caracteriza por la presencia de abundantes cuerpos de psammoma. Se denomina psammocarcinoma seroso, pero su comportamiento biológico es semejante al de los tumores serosos borderline.

En el estudio inmunohistoquímico las células expresan Citoqueratina 7 y son negativas para Citoqueratina 20. También expresan receptores hormonales de estrógenos y progesterona habitualmente.

TUMORES MUCINOSOS:

Son menos frecuentes que las neoplasias serosas y bilaterales solo en el 10-20% de los casos. Se clasifican en benignos, borderline y malignos utilizando los mismos criterios que las neoplasias serosas. Del mismo modo existe un grupo de tumores en los que el componente estromal es muy importante (adenofibromas o cistoadenofibromas y adenocarcinofibromas o cistoadenocarcinofibromas), de forma análoga a los tumores serosos.

En el estudio inmunohistoquímico expresan CEA, Citoqueratina 7 y a diferencia de los tumores serosos Citoqueratina 20 en aproximadamente la mitad de los casos.

Algunos autores los dividen en tumores de tipo intestinal y de tipo endocervical en función de que el epitelio se parezca o remede al epitelio mucosecretor de esos órganos.

Ocasionalmente se asocian a depósitos intrabdominales masivos de material mucinoso (pseudomixoma peritoneal), aunque se piensa que la mayoría de estos casos corresponden a metástasis ováricas de neoplasias del apéndice cecal.

TUMORES ENDOMETRIOIDES:

Suponen un 10-25% de todos los carcinomas ováricos primarios. En un 10-20% de los casos se puede demostrar coexistencia con endometriosis ovárica.

Macroscópicamente pueden ser sólidos o quísticos y el contenido de los quistes suele ser hemorrágico más que seroso o mucinoso. Microscópicamente son semejantes a los adenocarcinomas endometriales con glándulas y menos frecuentemente papilas tapizadas por epi-

telio pseudoestratificado sin mucosecreción citoplasmática. De forma semejante a los adenocarcinomas endometriales de esta variedad histológica la mitad de los casos tienen focos de diferenciación escamosa.

También se clasifican en tumores benignos, borderline y malignos y es muy frecuente que tengan un componente estromal prominente (adenofibromas y adenocarcinofibromas).

Algunas pacientes presentan de forma sincrónica hiperplasia o adenocarcinoma endometrial.

En el estudio inmunohistoquímico las células suelen coexpresar queratinas y vimentina, mientras que generalmente el CEA es negativo o débilmente positivo.

TUMORES DE CÉLULAS CLARAS:

Son tumores que microscópicamente pueden crecer con patrones túbulo-quístico, papilar o sólido. Las células tumorales habitualmente muestran citoplasma claro y los núcleos frecuentemente protruyen hacia la luz con una morfología en “tachuela” característica. También es típica la presencia de glóbulos hialinos intracitoplasmáticos PAS positivos y diastasa resistentes.

Existen también tumores benignos y borderline pero son muy poco frecuentes. De forma semejante al resto de tipos histológicos pueden tener componente fibroso (adenofibroma o cistoadenofibroma y adenocarcinofibroma o cistoadenocarcinofibroma). Los tumores con esta diferenciación son bilaterales en un 10% de los casos.

En el estudio inmunohistoquímico se encuentra coexpresión de queratinas, vimentina y CEA. Son variablemente positivos para receptores hormonales (más frecuentemente para progesterona).

TUMOR DE BRENNER Y CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES:

Constituyen un 1-2% de todas las neoplasias ováricas. Algunos casos se acompañan de signos de hiperestrogenismo (sangrado uterino o hiperplasia endometrial en mujeres postmenopáusicas). La presencia de ascitis es rara.

El tamaño es variable y generalmente son unilaterales, firmes y blanco-amarillentos al corte, recordando macroscópicamente a fibromas o tecomas ováricos pero con pequeños quistes.

Microscópicamente se observan nidos sólidos y quísticos de células epiteliales semejantes a las del epitelio transicional de las vías urinarias (urotelio), rodeados por un componente estromal abundante de tipo fibroblástico.

Se denomina tumor de Brenner proliferante cuando el epitelio muestra las alteraciones de un carcinoma transicional de bajo grado sin invasión estromal.

Se clasifica como tumor de Brenner borderline o de bajo potencial maligno cuando el epitelio muestra las alteraciones de un carcinoma transicional de alto grado pero sin definitiva invasión estromal.

Por último se denominará tumor de Brenner maligno cuando existe definitiva invasión estromal. Algunos de estos casos son bilaterales y se reconocen por su asociación con áreas típicas de tumor de Brenner (benigno, proliferante o borderline), ya que la morfología puede ser la de un carcinoma indiferenciado.

TUMOR MÜLLERIANO MIXTO MALIGNO:

Se trata de tumores semejantes a los tumores mixtos endometriales. Están constituidos por componentes epiteliales malignos de uno o varios de los tipos previamente descritos y componentes sarcomatosos homólogos (inespecíficos) o heterólogos (condrosarcoma, osteosarcoma, rhabdomyosarcoma, angiosarcoma, etc.). Son tumores de comportamiento muy agresivo.

EXTENSIÓN Y METÁSTASIS DEL CARCINOMA OVÁRICO:

Los lugares de afectación más frecuentes de los carcinomas serosos es el ovario contralateral, cavidad peritoneal, ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos e hígado. Con la extensión abdominal frecuentemente se asocia ascitis y afectación del epiplón. Se puede producir obstrucción intestinal por invasión de la pared así como hidronefrosis por infiltración de los uréteres.

Raramente debuta con metástasis umbilical, y las metástasis extrabdominales más frecuentes son en pulmón y pleura.

Los adenocarcinomas mucinosos tienden a dar implantes o invadir órganos vecinos. Sin embargo las metástasis a distancia son infrecuentes y el pronóstico es mejor que para los carcinomas serosos.

Los adenocarcinomas endometrioides suelen ser bien diferenciados y tienen mejor pronóstico que los serosos y mucinosos.

Los carcinomas de células claras suelen descubrirse en estadios avanzados con un pronóstico semejante a los carcinomas serosos.

La extensión de los tumores borderline se produce habitualmente en forma de implantes peritoneales (invasivos o no invasivos), aunque raramente pueden afectar a ganglios linfáticos u otros órganos. Existen implantes peritoneales en el 16-47% de los tumores borderline y se asocian con una tasa de mortalidad del 13-30%.

Aunque se denominan “implantes” es posible que frecuentemente estas lesiones se originen “in-situ” del mesotelio peritoneal pélvico (sistema mülleriano secundario).

Estos implantes se dividen en invasivos y no invasivos y los no invasivos a su vez en epiteliales y desmoplásicos. Los implantes no invasivos desmoplásicos muestran inflamación y reacción estromal alrededor de los nidos epiteliales, mientras que los implantes invasivos muestran infiltración destructiva del estroma.

ANEXO VIII: UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

DEFINICIÓN

- Profesionales sanitarios dedicados al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de ovario.

COMPOSICIÓN

- Ginecólogo especializado en cirugía oncológica.
- Oncólogo Médico.
- Patólogo.
- Farmacéutico especializado en dispensación de quimioterapia.
- Personal de apoyo:
 - Enfermería entrenada en el manejo de pacientes con cáncer de ovario.
 - Psicólogo para tratamiento de soporte.

CRITERIOS DE CALIDAD

- Se elegirá uno de los miembros como coordinador del grupo.
- Cada miembro deberá tener los conocimientos adecuados a su especialidad para contribuir al manejo de pacientes con cáncer de ovario.
- El grupo de trabajo debe estar reconocido oficialmente por la Dirección-Gerencia Hospitalaria de cada Centro.
- La UGO se reunirá al menos semanalmente para valoración y discusión de los nuevos casos de cáncer de ovario así como para valorar el seguimiento y tratamiento si procede de los casos ya existentes. Al menos el 90% de los casos de cáncer de ovario deben ser valorados por este grupo.
- La UGO dispondrá de los medios informáticos necesarios para constatación de su actividad y resultados.
- La UGO dispondrá de protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento consensuados por los miembros del grupo.

ANEXO IX: CLASIFICACIÓN DEL CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO SEGÚN FIGO

Estadio I: Tumor limitado a los ovarios

- **Estadio Ia:** Limitado a un ovario. No tumor en la superficie externa, no rotura capsular. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **Estadio Ib:** Crecimiento limitado a ambos ovarios. No tumor en la superficie externa, no rotura capsular. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **Estadio Ic:** Tumor limitado a uno o ambos ovarios con tumor en la superficie o con cápsula rota o con células malignas en la ascitis o en el lavado peritoneal.

Estadio II: Tumor que invade uno o los dos ovarios con extensión pélvica

- **Estadio IIa:** Extensión y/o implantes en útero y/o trompas. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **Estadio IIb:** Extensión a otros tejidos pélvicos. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **Estadio IIc:** Cualquier estadio II a y II b con tumor en la superficie, con rotura capsular o con células malignas en la ascitis o en el lavado peritoneal.

Estadio III: Tumor que invade uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de pelvis confirmados histológicamente y/o metástasis en ganglios.

- **Estadio IIIa:** Metástasis peritoneales microscópicas fuera de la pelvis y ganglios negativos.
- **Estadio IIIb:** Metástasis peritoneales macroscópicas fuera de la pelvis de 2 cm o menos y ganglios negativos.
- **Estadio IIIc:** Metástasis peritoneales macroscópicas fuera de la pelvis mayores de 2 cm y/o metástasis en ganglios.

Estadio IV: Invasión de uno o dos ovarios con metástasis a distancia. Si existe derrame pleural debe ser positivo para células malignas para incluirlo en este grupo.

CLASIFICACIÓN TNM (versión 6ª de la AJCC)

■ **TX** El tumor no puede ser evaluado.

■ **T0** No evidencia de tumor primario.

■ **TI** Tumor limitado a los ovarios.

- **TIA:** Limitado a un ovario. No tumor en la superficie externa, no rotura capsular. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.

- **T1B:** Crecimiento limitado a ambos ovarios. No tumor en la superficie externa, no rotura capsular. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **T1C:** Tumor limitado a uno o ambos ovarios con tumor en la superficie o con cápsula rota o con células malignas en la ascitis o en el lavado peritoneal.

■ **T2:** Tumor que invade uno o los dos ovarios con extensión pélvica.

- **T2A:** Extensión y/o implantes en útero y/o trompas. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **T2B:** Extensión a otros tejidos pélvicos. No células malignas en la ascitis ni en el lavado peritoneal.
- **T2C:** Cualquier estadio II a y II b con tumor en la superficie, con rotura capsular o con células malignas en la ascitis o en el lavado peritoneal.

■ **T3 y/o NI:** Tumor que invade uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de pelvis confirmados histológicamente y/o metástasis en ganglios.

- **T3a:** Metástasis peritoneales microscópicas fuera de la pelvis y ganglios negativos.
- **T3B:** Metástasis peritoneales macroscópicas fuera de la pelvis de 2 cm. o menos y ganglios negativos.
- **T3C y/o NI:** Metástasis peritoneales macroscópicas fuera de la pelvis mayores de 2cm y/o metástasis en ganglios.
- **M1:** Invasión de uno o dos ovarios con metástasis a distancia. Si existe derrame pleural debe ser positivo para células malignas para incluirlo en este grupo.

Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
Estadio IC	T1c	N0	M0
Estadio IIA	T2a	N0	M0
Estadio IIB	T2b	N0	M0
Estadio IIC	T2c	N0	M0
Estadio IIIA	T3a	N0	M0
Estadio IIIB	T3b	N0	M0
Estadio IIIC	T3c	N0	M0
	Tc	NI	M0
Estadio IV	Tc	Nc	M1

ANEXO X: CRITERIOS RECIST DE RESPUESTA

LESIONES TUMORALES: DEFINICIÓN

1. **Lesiones medibles:** Las que pueden ser medidas en al menos una dimensión (diámetro mayor) como \geq de 20 mm con técnicas convencionales o como \geq de 10 mm con TAC helicoidal.
2. **Lesiones no medibles:** Todas las demás lesiones, incluyendo lesiones pequeñas (diámetro mayor $<$ a 20 mm con técnicas convencionales o $<$ a 10 mm con TAC helicoidal) y lesiones verdaderamente no medibles.
3. **Lesiones consideradas verdaderamente no medibles:** lesiones óseas, enfermedad leptomeníngea, ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico, enfermedad inflamatoria de mama, linfangitis cutánea y pulmonar, masas abdominales que no pueden ser confirmadas o seguidas por técnicas de imagen y lesiones quísticas.

EVALUACIÓN DE RESPUESTA TUMORAL

- Enfermedad medible: se define por la presencia de al menos una lesión medible.
- Si es una lesión única debe ser confirmada histológicamente.
- Todas las lesiones medibles se identificarán como las lesiones diana y serán medidas basalmente.
- La medida basal es la suma de los diámetros más largos de cada lesión diana y será usado como referencia para la respuesta objetiva tumoral.
- El resto de lesiones se identifican como lesiones no diana y serán recogidas también; no se requiere su medición pero la presencia o ausencia de ellas deben ser consignadas en el seguimiento.

CRITERIOS DE RESPUESTA

I. Lesiones medibles:

- Respuesta Completa: desaparición de todas las lesiones medibles.
- Respuesta Parcial: disminución de al menos el 30% en la suma de los diámetros más largos de las lesiones diana.
- Enfermedad Progresiva: incremento de al menos el 20% de la suma de los diámetros más largos de las lesiones diana, tomando como referencia la suma más pequeña de los diámetros mayores recogida en el inicio del tratamiento, o la aparición de nuevas lesiones.

- Enfermedad Estable: no existe suficiente reducción para calificarlo de Respuesta Parcial ni suficiente incremento para calificarlo de Progresión, tomando como referencia la suma más pequeña de los diámetros mayores recogida en el inicio del tratamiento.

2. Lesiones no medibles:

- Respuesta Completa: desaparición de todas las lesiones no medibles y normalización de los marcadores tumorales.
- Respuesta Incompleta/Enfermedad Estable: persistencia de una o más lesiones no diana y/o el mantenimiento del nivel de marcador tumoral por encima de los límites normales.
- Enfermedad Progresiva: aparición de una o más lesiones nuevas y/o progresión inequívoca de las lesiones no diana existentes.

Respuesta Global para las posibles combinaciones de respuesta tumoral:

Respuesta Global	Lesiones Diana	Lesiones no Diana	Nuevas lesiones
R Completa	R Completa	R Completa	No
R Parcial	R Completa	R Incompleta/Estabilización	No
R Parcial	R Parcial	No Progresión	No
Estabilización	Estabilización	No Progresión	No
Progresión	Progresión	Cualquiera	Sí/No
Progresión	Cualquiera	Progresión	Sí/No
Progresión	Cualquiera	Cualquiera	Sí

ANEXO XI: CIRUGÍA DE INTERVALO

Sin entrar en el valor real de la quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía de citorreducción secundaria, la intervención debe incluir:

- Histerectomía con anexectomía bilateral.
- Omentectomía supra-inframesocólica.
- Extirpación de los eventuales nódulos metastásicos peritoneales y/o intestinales.

ANEXO XII: PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

OBJETIVOS

- Descartar de forma precoz la recaída o progresión de la paciente.

FRECUENCIA DE VISITAS

- Cada 2-6 meses durante los dos primeros años.
- Cada 3-6 meses hasta los cinco años.
- Posteriormente revisiones anuales.

PRUEBAS A REALIZAR

- Hemograma y bioquímica cada en cada visita.
- CA 125 en cada visita si inicialmente estaba elevado.
- Examen físico con exploración pélvica.
- Ecografías en pacientes con cirugía conservadora.
- TAC tóraco-abdomino-pélvico o PET según indique la clínica.
- Radiografía de tórax según indique la clínica.

RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO

- Ginecólogo de la UGO.
- Oncólogo Médico de la UGO.

ANEXO XIII: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE OVARIO

La recogida de datos para desarrollar un plan de cuidados debe ser metódica, planificada y completa para detectar las necesidades de la paciente. Para ello se debe utilizar un instrumento de valoración adecuado, basado en un modelo de enfermería y adaptado para recoger información general, pero también amplia información específica sobre los problemas más frecuentes en una unidad.

Aquí proponemos un instrumento de valoración basado en el modelo de Virginia Herderson; que permite obtener información sobre todas las necesidades básicas y también numerosos datos de interés sobre ciertas necesidades que se verán especialmente alteradas en este tipo de afección como son:

Realización / autoestima y comunicación / sexualidad.

El concepto de paciente oncológico no se queda solamente en el diagnóstico clínico de esta dolencia, es fundamental para la enfermería conocer cuáles son las necesidades que nos demandan estas enfermas en plano físico, psíquico y social, y cuáles van a ser los cuidados que el equipo de salud va a ofrecer en cada fase de la enfermedad.

Se pueden distinguir cuatro etapas:

- Periodo diagnóstico.
- Periodo preoperatorio.
- Periodo postoperatorio.
- Durante la incorporación al alta.

PERIODO DIAGNÓSTICO

- Falta de conocimiento relacionado con (en adelante r/c) los procedimientos diagnósticos y/o el significado del diagnóstico.
- Temor r/c la posibilidad de un diagnóstico de cáncer.
- Ansiedad r/c el significado del hallazgo.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Valorar la comprensión que la paciente tiene sobre el diagnóstico potencial y el plan terapéutico; aclarar y explicar cuanto sea necesario.
- Proporcionarle en todo momento apoyo psicológico.
- Proporcionar el tiempo suficiente para que exprese sus sentimientos y temores. Valorar el estado emocional procurando un ambiente relajado, no amenazador, usar técnicas de comunicación terapéuticas, así como preguntas abiertas, cerradas y reflexión.

PERIODO PREOPERATORIO

- Falta de conocimientos r/c el procedimiento quirúrgico y rutina preoperatoria.
- Manejo individual inefectivo r/c la incapacidad para aceptar la realidad del diagnóstico de cáncer.
- Temor r/c la intervención quirúrgica.
- Ansiedad r/c el resultado de la operación

CRITERIOS DE RESULTADO

- La paciente conocerá en qué consiste la intervención a la que va a ser sometida.
- La paciente manifestará su temor a la intervención.
- La paciente aceptará en la medida de lo posible el diagnóstico de cáncer.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Ayudar a la paciente a la identificación y desarrollo de un sistema de apoyo.
- Proporcionar apoyo a los familiares.
- Consultar con el facultativo la posibilidad de suministrar algún fármaco que relaje a la paciente en caso de ansiedad.
- Procurar que la paciente exprese sus temores, miedos, desconocimientos, etc... acerca de la patología, intervención, procedimientos, etc.
- Aclarar todas las dudas que nos planteen la paciente y sus familiares.

PERIODO POSTOPERATORIO

- Riesgo de infección r/c la herida quirúrgica.
- Dolor r/c la cirugía.
- Riesgo elevado de déficit de volumen de líquidos r/c con la hemorragia postoperatoria.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- La paciente identificará aquellas posturas que le resulten más cómodas y menos dolorosas.
- La paciente demostrará la capacidad de realizar movimientos y cambios posturales progresivamente.
- La paciente expresará una mejoría del dolor.
- La paciente demostrará capacidad para su autocuidado.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Control de las constantes vitales.
- Suministrar los fármacos prescritos.
- Vigilar desde la salida del quirófano la presencia de sangrado a través de la incisión quirúrgica.
- Valorar la hemorragia postoperatoria cada 2 ó 4 horas; observar la cantidad y características de las secreciones en los apósitos y compresas perineales.
- Vigilar signos de hemorragia/shock : aumento de la frecuencia cardiaca piel fría, palidez,

taquipnea ... así como revisar los valores del hemograma completo para detectar evidencias de hemorragia: disminución de la Hb y hematocrito. Y comunicar al médico los hallazgos significativos.

- Inspeccionar el abdomen en busca de distensión y valorar en la paciente un dolor abdominal grave; ambos signos son indicadores de hemorragia interna.
- Proporcionar apoyo emocional y una atmósfera relajada a la paciente para que plantee sus preguntas, preocupaciones, temores..
- Prever la preocupación de la paciente sobre el cáncer, pérdida de ovarios, el potencial de recidiva y la “pérdida de feminidad”.
- Animar a la paciente a que realice su propio autocuidado.
- Asegurar la permeabilidad del catéter permanente.
- Informar a la paciente y familia los signos de hemorragia excesiva y la necesidad de comunicarlo al personal.

DURANTE LA INCORPORACIÓN AL ALTA

- Temor r/c el resultado desconocido del procedimiento.
- Posible disfunción sexual r/c alteración de la imagen corporal, miedo después de la intervención quirúrgica, dolor.
- Alteración de la imagen corporal r/c la pérdida de un órgano genital.
- Falta de comprensión de la importancia que tiene la atención del seguimiento.

CRITERIOS DE RESULTADO

- La paciente conocerá el resultado del procedimiento potencial y el plan terapéutico.
- La paciente antes del alta expresará su aflicción y nos comunicará sus preocupaciones.
- La paciente expresará las dudas que pueda tener referentes a la medicación, autocuidado, revisiones, vida sexual...
- La paciente expresará verbalmente el conocimiento de pautas a seguir en cuanto al tratamiento farmacológico, los cuidados de seguimientos necesarios, así como un plan de actividad sexual satisfactoria.
- La paciente reconocerá la necesidad de compartir los sentimientos y preocupaciones relacionados con la patología.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Determinar la necesidad de la paciente de comunicar sus temores, miedos y preocupaciones relativas al funcionamiento sexual.
- Advertirle que use medicamentos o técnicas de relajación, antes de la actividad sexual para ayudar a la prevención de malestar.
- Si disminuye la lubricación vaginal, recomendar un lubricante hidrosoluble.
- Normalmente la reanudación de las relaciones sexuales se pueden producir seis semanas después de la intervención o cuando lo determine el facultativo.
- Proporcionarle una explicación detallada acerca de los fármacos (dosis, efectos secundarios, complicaciones, pautas ...) así como los cuidados de seguimiento necesarios.
- Explicar el cuidado de la herida quirúrgica para una correcta cicatrización.
- Indicar a la paciente que acuda al médico en caso de que aparezca alguno de los siguientes

síntomas : hemorragia rectal, hemorragia vaginal, tenesmo, hematuria, dolor, secreciones vaginales, o disuria.

- Preguntarle si desea hacernos alguna pregunta o si tiene alguna duda. Debemos aclarar y explicar cuanto sea necesario.

CONCLUSIÓN

La palabra “cáncer” adquiere inmediatamente el sinónimo de muerte, y éste es vivido inevitablemente – y razonablemente- como un hecho trágico. El significado de un diagnóstico de cáncer en particular es completamente personal y surge de numerosas fuentes, como las experiencias personales con esta afección, los prejuicios, la información proporcionada por los medios de comunicación... Por esto la enfermera debe recordar que cada individuo diagnosticado de esta enfermedad atraviesa por una situación única, enmarcada por sus experiencias muy personales de vida.

Los cuidados de Enfermería dirigidos a mujeres afectadas de cáncer de ovario deben estar enmarcados por una labor sistémica de valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación. Ello nos permitirá disponer de una visión global de las necesidades de las pacientes y la satisfacción de éstas de manera organizada y en base a unos cuidados de calidad. Las enfermeras/os que realicen los cuidados a este tipo de pacientes deben tener siempre presente que sus pacientes no se enfrentan sólo a una neoplasia, sino que también se encuentran frente a la incertidumbre de su futura vida sexual, reproductiva, “pérdida de feminidad”, miedo frente a una posible recidiva del mal... y otros muchos fantasmas que rondan sus mentes desde el momento mismo del diagnóstico de la enfermedad.

Por ello es fundamental proporcionar durante el proceso toda aquella información que demande y precise la paciente sobre los procedimientos empleados, el significado de los resultados..., teniendo presentes factores como son el nivel cultural, capacidad de aceptación... La comunicación aparentemente es un proceso sencillo, pero para que sea eficaz exige diligencia y constancia. También hay que tener siempre en cuenta en este tipo de afecciones la edad de la paciente, situación personal, paridad... ya que no tendrá el mismo significado, ni provocará los mismos miedos una enfermedad de este tipo en una mujer joven nulípara que en otra próxima a la menopausia o en una mujer con varios hijos aunque sea joven.

ANEXO XIV: CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA CLÍNICA

Documento extraído de <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.asp>,

ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, ETIOLOGÍA Y COMPLICACIONES

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	I a	Revisión sistemática de ECA*, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	I b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos).
	I c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2 c	Investigación de resultados en salud.
C	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.

ESTUDIOS DE HISTORIA NATURAL Y PRONÓSTICO

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	I a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	I b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento.
	I c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad.

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	I a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel I (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	I b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico.
	I c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística, determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas.
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio.
C	4	<ul style="list-style-type: none"> - Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. - Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes. - El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales.

ANÁLISIS ECONÓMICO Y ANÁLISIS DE DECISIONES

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	I a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	I b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de análisis de sensibilidad.
	I c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de análisis de sensibilidad.
	2 c	Investigación de resultados en salud.
C	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes.
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas.

*ECA: ensayo clínico aleatorizado

9 GLOSARIO DE TÉRMINOS

GESTIÓN POR PROCESOS

ACTIVIDAD

Es la agrupación de tareas para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Especificaciones o cualidades que deben cumplir los productos/servicios/procesos, par ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

Definición clara y práctica del proceso a través de las funciones que realiza.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Quienes reciben o son usuarios de los productos y/o servicios que se obtienen del proceso. Personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto (y, por tanto, van a exigir que todo haya funcionado correctamente).

EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS

Es lo que esperan del servicio que van a recibir.

GESTIÓN POR PROCESOS

Sistema de gestión enmarcado en los principios de Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

La gestión por procesos implica “reordenar los flujos de trabajo de forma que aumenten la satisfacción del cliente y faciliten las tareas de los profesionales”

La gestión por procesos es un modelo de gestión que entiende a la organización como un conjunto de procesos globales orientados a la consecución de la calidad total y al a satisfacción del cliente, frente a la concepción clásica de la organización como una serie de departamentos con funciones específicas.

LIMITE INICIAL

Momento de entrada del paciente en el proceso. Se establece la actividad que pone en marcha el proceso.

LÍMITE FINAL

Momento de salida del paciente del proceso. Se establece la actividad que da por concluido el proceso.

LÍMITES MARGINALES

Constituidos por aquellas actividades que, aún estando relacionadas con el proceso, no se van a gestionar dentro del mismo.

MISIÓN DEL PROCESO

Descripción de la razón de ser del proceso: que, para qué y para quién.

PROCEDIMIENTO

Conjunto de instrucciones que hacen referencia a cómo se deben realizar una serie de tareas para conseguir un objetivo.

PUERTA DE ENTRADA EN EL PROCESO

Entendiendo como tal la vía de llegada del paciente al proceso.

PUERTA DE SALIDA DEL PROCESO

Entendiendo como tal la vía de salida del paciente del proceso

PROCESO

Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo, diseñadas para generar un resultado específico.

PROCESO ASISTENCIAL

Conjunto de actividades asistenciales interrelacionadas, necesarias para conseguir el objetivo de satisfacer las necesidades de salud del paciente.

PROCESO ASISTENCIAL ONCOLÓGICO

Proceso asistencial relacionado con el cáncer.

RESPONSABLE DEL PROCESO

Es el profesional que va a tener encomendada la responsabilidad de la gestión y mejora del proceso.

10
GLOSARIO DE SIGLAS

ACH	Anticoncepción Hormonal
AJCC	American Joint Committee on Cancer
AEMPS	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
CEA	Antígeno Carcinoembrionario
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CC	Criterios de calidad
EC	Ensayo Clínico
FEA	Facultativo Especializado de Área
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HCG	Human chorionic gonadotropin
MAP	Medico de Atención Primaria
PET	Positron Emission Tomography
RECIST	Response Evaluation Criteria in Solid Tumors
SNOMED	Systematized Nomenclature Of Medicine
THS	Terapia Hormonal Sustitutiva
TNM	Tumor-Node-Metastasis
UGO	Unidad de Ginecología Oncológica

11 BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

DIAGNÓSTICO

Rustin GJS, Bast RC Jr, Kelloff G, Barrettt C, Carter S, Nisen P, Parkinson D, Ruddon R. (2004) Recommendations for the use of CA 125 in clinical trial evaluation of new therapeutic drugs for ovarian cancer. *Clin Cancer Res* 10:3119-326

Bast RC Jr, Urban N, Shridhar V, Smith D, Zhang Z, Skates S, Lu K, Liu J, Fishman D, Mills GB. (2002) Early detection of ovarian cancer: promise and reality: *Cancer Treat Res* 107:61-97

Documentos de Consenso S.E.G.O. 1998, págs 17-19.

COMUNICACIÓN AL PACIENTE

BOS-BRANOLTE G. Psychological problems in survivors of gynaecologic cancer. Oestgeest. Netherlands: De Kempenaer 1988.

BOS-BRANOLTE G, RIJSHOUWER YM, ZIELSTRA EM, DUIVENVOODEN HJ. The partner relationship of patients in remission of gynaecologic cancer: the woman's perspective. In Van Hall E, Everaerd W eds *The free woman*. Carnforth: Parthenon, 1989: 778-786.

BUDDEBERG C: *Ehen krebsskranker Frauen*. Munich: Urban and schwarzenberg 1985.

CORNEY R, EVERITT H, HOWLLS A, CROWTHER M. Psychosexual morbidity following gynaecological operations. In van Hall E, Everaerd W eds. *The free woman* Carnforth: Parthenon 1989;771-772.

HEPP H. Ethische Aspekte bei der Behandlung Krebskranker. *Krebsmedizin* 1990;11:46-48.

LANGER M. *Somatopsychische Gynakologie*. Vienna Springer 1990.

PLANTEAMIENTO DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Young RC. The treatment of early stage ovarian cancer. *Semin Oncol*. 1995; 22:76-79.

SONODA Y. Management of early ovarian cancer. *Oncology* 2004; 18: 343-356.

DI RE F, BAIOCCHI G Value of lymph node assessment in ovarian cancer. Status of the art at the end of the second millennium. *Int J Gynecol Cancer* 2000; 10:435-442.

LEBLANC E, QUERLEU D, NARDUCCI F, OCCELLI B, PAPAGEORGIOU T, SONODA Y. Laparoscopic restaging of early stage invasive adnexal tumors: a 10 year experience. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 624-629

WINTER W E, KUCERA PR, RODGERS W, MCBROOM JW, OLSEN C, MAXWELL L. Surgical staging in patients with ovarian of low malignant potential. *Obstet. Gynecol* 2002; 100: 671-676.

CHILDERS JM, LANG J, SURWIT EA, HATCH K. Laparoscopic surgical staging of ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 1995; 25: 25-33.

CURTIN JP, MALIK R, R, VVENKATRAMAN ES, BARAKAT RR, HOSKINS WJ, ET AL: Stage IV ovarian cancer: impact of surgical debulking. *Gynecol. Oncol*. 1997; 64: 9-12.

CLARKE-PEARSON DL, KOHLER MF, HUTEAU JA, ELBENDARY A. Surgery for advanced ovarian cancer. *Clin Obst. Gynecol* 1994; 37: 439-460.

GONZALEZ MERLO J, GONZALEZ, BOSQUET, J; *Ginecología Oncológica*. Pag. 331-383. ed. Masson. Barcelona , 2000.

BEREK JS, HACKER NF. *Practical gynecologic oncology*. 2 ed. Baltimore Wilians and Wilkins 1994.

CANISTRA SA, Cancer of the ovario *N Engl J Med*.1993: 329: 1550-1561.

GERSHERSON DM. Management of early ovarian cancer: germ cell and sex cord-stromal tumors. *Gynecol Oncol* 1994; 55:862-869.

GERSHERSON DM. Update on malignant ovarian germ cell tumors cancer 1993;71 (suppl) 1851

JAEGER W, ACKERMANN S, KESSLER H, ET AL. The effect of bowel resection of survival in advanced epithelial ovarian cancer. *Ginecol Oncol* 2001; 286-291.

INTERVENCIÓN QUIRURGICA

GRIFFITHS CTH. Surgical rsection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma. *Natl Cancer Inst Monogr* 1975; 42:101-104.

OMURA G, BRADY M, HOMESLEY H, ET AL: Long term follow- up and prognostic factor analysis in advanced ovarian carcinoma: the Gynecologic Oncology group experience. *J. Clin. Oncol*. 2002; 20: 1248-1259.

CLARKE-PEARSON DL, KOHLER MF, HUERTEAU JA, ELDENDAY A. Surgery for advanced ovarian cancer. *Clin. Obst Gynecol* 1994;37:439-460.

LE T, KREPART G, LOTOCKI R, HEYOOD M, Does debulking surgery improve survival in biologically aggressive ovarian carcinoma *Gynecol Oncol* 1997; 67:208-214.

- SPIRTOS NM, GROSS GM, FREDDO, JL, BALLON SC. Cytoreductive surgery in advanced epithelial cancer of the ovary: the impact of aortic and pelvic lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 1995; 56: 345-352.
- PARAZZINI F, VALSECCHI G, BOUS G, ET AL Pelvic and paraaortic lymph nodal status in advanced ovarian cancer and survival. *Gynecol Oncol*. 1999; 74: 7-11.
- WHEELLESS CR. Atlas of Pelvic Surgery. Pag 422-457. Lea & febiger 1988. Philadelphia. 2 ed.
- MIRALLES RM. Pelvic masses and endoscopic surgery: diagnosis. *Eur J. Obst. Gynecol & Rep Biol* 1966; 65: 75-79
- LAWTON F, SMITH R. Surgery for gynaecologic cancer. *Curr Opin Obst Gynecol* 1994;6:519-523.
- SHARP F, MASON WP, LEAKE RE Ovarian cancer. Pag. 409-467. ed. Chapman Hall Medical. 1990. London.
- WARTON JT, HERSON J. Surgery for common epithelial tumors of the ovary *Cancer* 1981;48: 582-589.
- GALLUP DG, TELLEDO OE. Surgical atlas of Gynecologic Oncology. 87-106. Saunders Company. 1994. Philadelphia.
- Young RC. (2002) The impact of specialist training for surgery in ovarian cancer. *Int Gynecol Cancer* 10 (Suppl 1):16-18
- Segna RA, Dottino PR, Mendeli JP, et al. (1997). Secondary cytoreduction for ovarian cancer following cisplatin therapy. *Int J Gynecol Cancer* 7(S2):9 (Abstract 023)
- Eisenkop SM, Friedman RL, Wang HJ, et al. (1995) Secondary cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer. *Cancer* 76:1606-14
- Documentos de Consenso S.E.G.O. 1998, pags 24-28.
- NHC Consensos Conference: Ovarian Cancer, Screening, Treatment and Follow-up. *JAMA* 1995; 273: 491-497.
- Society of Gynecologic Oncologists: Clinical Practice Guidelins, Ovarian Cancer 1996; 1: 12-18.
- HA Hirsch, MD; Käser, M.D.; FA Iklé, M.D. Atlas de Cirugía Ginecológica (5ª Ed, 2000): 381-391.

CIRUGÍA DE INTERVALO

SUGARBAKER PH. Complete parietal and visceral peritonectomy of the pelvis for advanced primary and recurrent ovarian cancer . *Cancer Treat Res* 1996;81: 75-87.

HENTZ AMP, HACKER NF, BEREK JS. Cytoreductive surgery in ovarian carcinoma: feasibility and morbidity. *Obst Gynecol* 1986;67:783-788.

MUNKARAH AR, COLEMAN RL. Critical evaluation of secondary cytoreduction in recurrent ovarian cancer *Gynecol Oncol* 2004; 95:273-280.

HOWARD J, Complete cytoreduction. Is epithelial ovarian cancer confined to the pelvis biologically different from bulky abdominal disease. *Obst. Gynecol Surv* 2001; 56:148-150.

SCARABELLI C, GALLO A, CARBONE A. Secondary cytoreductive surgery for patients with recurrent epithelial ovarian cancer *Gynecol Oncol* 2001;83:504-512.

TAY EH, GRANT PT, GEBSKY V, HACKER NF. Secondary cytoreductive surgery for recurrent epithelial ovarian cancer. *Obst. Gynecol* 2002; 99:130-135.

SHINGLETON HM, FOWLER WC, JORDAN JA, LAWRENCE WD. *Gynecologic Oncology*. Pag, 203-222. Saunders Comp. Ltd. London 1996.

QUERLEU D. *Techniques chirurgicales en Gynecology* . Paris: Masson 2000.

MORICE P, LASSAU N, PAUTIER P, HAIE-MEDER C, LHOMME C, CASTAIGNE D. Retroperitoneal grainage after complete para aortic lymphadectomy for gynaecologic cancer: randomized trial. *Obst. Gynec.* 2001;97 :243-247.

DISAIA PJ, CREASMAN WT. *Clinical Gynecologic Oncology* pag. 240-306. ed. Mosby Company. St Louis Missouri 3 ed. 1989.

YOUNG R, SCULLY R. Ovarian metastasis from carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile ducts simulating primary tumors of the ovary. *Path* 1990; 9:60-72

PIVER MS. *Oncología Ginecológica*. Pag. 3-71. ed. Marban 2 ed. 1996.

Documentos de Consenso S.E.G.O. 1998, pags 27-28.

HA Hirsch, MD; Käser, M.D.; FA Iklé, M.D. *Atlas de Cirugía Ginecológica* (5ª Ed, 2000): 381-391.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Bell DA. Ovarian surface epithelial-stromal tumors. *Hum Pathol* 1991, 22:750-762.
- Blaustein A. Peritoneal mesothelium and ovarian surface cells-shared characteristics. *Int J Gynecol Pathol* 1984, 3: 361-375.
- Colgan TJ, Norris HJ. Ovarian Epithelial tumour of low malignant potential. A review. *Int J Gynecol Pathol* 1983, 1:367-3382.
- Feeley KM, Wells M. Precursor lesions of ovarian epithelial malignancy. *Histopathology* 2001, 38: 87-95.
- Bell DA, Scully RE. Ovarian serous borderline tumours with stromal microinvasion. A report of 21 cases. *Hum Pathol* 1990,39: 228-231.
- Cathro HP, Stoler MH. Expression of cytokeratins 7 and 20 in ovarian neoplasia. *Am J Clin Pathol* 2002, 117: 944-951.
- Dietel M, Hauptmann S. Serous tumors of low malignant potential of the ovary. I Diagnostic pathology. *Virchows Arch* 2000, 436: 403-412.
- Gilks CB, Bell DA, Scully RE. Serous psammocarcinoma of the ovary and peritoneum. *Int J Gynecol Pathol* 1990, 9: 110-121.
- Gooneratne S, Sassone M, Blaustein A, Talerman A. Serous surface papillary carcinoma of the ovary. A clinicopathologic study of 16 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1982,1: 258-269.
- Harding M, Cowman S, Hole D, Cassidy-L, Kitchener H, Davis J, Leake R. Estrogen and progesterone receptors in ovarian cancer. *Cancer* 1990, 65: 486-491.
- Longacre T, Tazelaar H, Kempson R, Hendrickson M. Serous tumors of low malignant potential: Stanford update. *Mod Pathol* 2003, 16: 199a.
- Prat J. Ovarian tumors of borderline malignancy (tumours of low malignant potential): a critical appraisal. *Adv Anat Pathol* 1999,6: 247-274.
- Chaitin BA, Gershenson DM, Evans HL. Mucinous tumors of the ovary. A clinicopathologic study of 70 cases. *Cancer* 1985, 55: 1958-1962.
- Hoerl HD, Hart WR. Primary ovarian mucinous cystadenocarcinomas: a clinicopathologic study of 49 cases with long term follow-up. *Am J Surg Pathol* 1998, 22: 1449-1462.
- Lee KR, Scully RE. Mucinous tumours of the ovary: a clinicopathologic study of 196 borderline tumors (of intestinal type) and carcinomas, including an evaluation of 11 cases with "pseudomyxoma peritonei". *Am J Surg Pathol* 2000, 24: 1447-1464.

- Nomura K, Aizawa S. Clinicopathologic and mucin histochemical análisis of 90 cases of ovarian mucinous borderline tumors of intestinal and mullerian types. *Pathol Int* 1997, 46: 575-580.
- Nomura K, Aizawa S. Noninvasive, microinvasive and invasive mucinous carcinomas of the ovary: a clinicopathologic analysis of 40 cases. *Cancer* 2000, 89: 1541-1546.
- Rodriguez IM, Prat J. Mucinous tumors of the ovary: a clinicopathologic análisis of 75 borderline tumors (of intestinal type) and carcinomas. *Am J Surg Pathol* 2002, 26: 139-152.
- Watkin W, Silva EG, Gershenson DM. Mucinous carcinoma of the ovary. Pathologic prognosis factors. *Cancer* 1992, 69: 208-212.
- Bell DA, Scully RE. Atypical and borderline endometrioid adenofibromas of the ovary. A report of 17 cases. *Am J Surg Pathol* 1985, 9: 205-214.
- Bell KA, Kurman RJ. A clinicopathologic analysis of atypical proliferative (borderline) tumors and well-differentiated endometrioid adenocarcinomas of the ovary. *Am J Surg Pathol* 2000, 24: 1465-1479.
- Dabbs DJ, Sturtz , Zaino RJ. The inmunohistochemical discrimination of endometrioid adenocarcinomas. *Hum Pathol* 1996, 27: 172-177.
- Kline RC, Wharton JT, Atkinson EN, Burke TW, Gershenson DM, Edwards CL. Endometrioid carcinoma of the ovary. Retrospective review of 145 cases. *Gynecol Oncol* 1990, 39: 337-346.
- Mostoufizadeh M, Scully RE. Malignant tumors arising in endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1980, 23: 951-963.
- Roth LM, Emerson RE, Ulbright TM. Ovarian endometrioid tumors of low malignant potential. A clinicopathologic study of 30 cases with comparison to well-differentiated endometrioid adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 2003, 27: 1253-1259.
- Matias-Guiu X, Lerma E, Prat J. Clear cell tumors of the female genital tract. *Semin Diagn Pathol* 1998, 14: 233-239.
- Montang AG, Jenison EL, Griffiths CT, Welch WR, Lavin PT, Knapp RC. Ovarian clear cell carcinoma. A clinicopathologic analysis of 44 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1989, 8: 85-96.
- Roth LM, Langley FA, Fox H, Wheeler JE, Czernobilsky B. Ovarian clear cell adenofibromatous tumors. Benign, of low malignant potential, and associated with invasive clear cell carcinoma. *Cancer* 1984, 53: 1156-1163.
- Shevchuk MM, Winkler-Monsanto B, Fenoglio CM, Richart RM. Clear cell carcinoma of the ovary. A clinicopathologic study with review of the literature. *Cancer* 1981, 47: 1344-1351.

Vang R, Whitaker BP, Farhood AI, Silva EG, Ro JY, Deavers MT. Immunohistochemical analysis of clear cell carcinoma of the gynecologic tract. *Int J Gynecol Pathol* 2001, 20:252-259.

Austin RM, Norris HJ. Malignant Brenner tumor and transitional cell carcinoma of the ovary. A comparison. *Int J Gynecol Pathol* 1987, 6: 29-39.

Longani S, Oliva E, Amin MB, Folpe AL, Cohen C, Young RH. Immunoprofile of ovarian tumors with putative transitional cell (urothelial) differentiation using novel urothelial markers. *Am J Surg Pathol* 2003, 27: 1434-1441.

Ordoñez NG. Transitional cell carcinoma of the ovary and bladder are immunophenotypically different. *Histopathology* 2000, 36: 433-438.

Roth LM, Czernobilsky B. Ovarian Brenner tumors. II. Malignant. *Cancer* 1985, 56: 592-601.

Balzer BL, Hendrickson MR. Extrauterine müllerian adenosarcomas: a clinicopathologic study of 24 cases. *Mod Pathol* 2003, 16: 181a.

Ariyoshi K, Kawauchi S, Kaku T, Nakano H, Tsuneyoshi M. Prognostic factors in ovarian carcinosarcoma: a clinicopathological and immunohistochemical analysis of 23 cases. *Histopathology* 2000, 37: 427-436.

Boucher D, Tetu B. Morphologic prognostic factors of malignant mixed müllerian tumors of the ovary. A clinicopathologic study of 15 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1994, 13: 22-28.

Eichhorn JH, Young RH, Clement PB, Scully RE. Mesodermal (Müllerian) adenosarcoma of the ovary: a clinicopathologic analysis of 40 cases and a review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2002, 26: 1243-1258

CLASIFICACIÓN TNM

AJCC Cancer Staging Handbook. TNM Classification of Malignant Tumors. Sixth Edition. Ed. Springer-Verlag New York:2002:pp 169-174

VALORACIÓN RESULTADOS POR LA UGO

MILLAR AB, HOOGSTRATEN B, SYAQUET M, WINKLER A. Reporting results of cancer treatment. *Cancer* 1981; 47: 207-214.

BALAGUERO L. *Oncología Ginecológica*.23-29. ed. Toray Barcelona 1983.

BEREK JS, HACKER NF. *Practical Gynecology Oncology*. 509-549. Williams & Wilkins London. 1989.

VECCHIETTI G, ONNIS A. *Problemi terapeutici di oncología ginecológica*. Ed La gargola Padova 1963.

ONNIS A, MARCHETI M. Clinical experience in Gynecological cancer management of ovarian tumor I Epithelial report from the Ginecológica Institutes of Papua University. *Eur J Gynecol Oncol.* 1992;13:17-23.

ANSEL SM, RAPOPORT BI, FALKSON G, RAATS J, MOEKEN CM. Survival determinants in patients with advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1993;50:215-219.

TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Berek JS, Bertelsen K, duBois A et al (1999). Advanced epithelial ovarian cancer : 1998 consensus statement. *Ann Oncol* 10 (Suppl 1):S87-S92

McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF et al. (1996) Cyclophosphamide and cisplatin compared with paclitaxel and cisplatin in patients with stage III and IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 334:1-6

Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, Fowler JM, Clarke-Pearson D, Burger RA, Mannel RS, DeGeest K, Hartenbach EM, Baergen R. (2003) Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 21:3194-200

Du Bois A, Luck HJ, Meier W, Adams HP, Mobus V, Costa S, Bauknecht T, Richter B, Warm M, Schroeder W, Olbricht S, Nitz U, Jackisch C, Emons G, Wagner U, Kuhn W, Pfisterer J. AGO Cancer Study Group. (2003) A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 95:1320-9

Muggia FM, Braly PS, Brady MF et al. Phase III randomized study of cisplatin versus paclitaxel versus cisplatin and paclitaxel in patients with suboptimal stage III or IV ovarian cancer. (2003) *J Clin Oncol* 18:106-115

Flemming G. The treatment of choice for platinum-sensitive recurrent ovarian cancer is combination therapy. *American Society of Clinical Oncology* 2002. Educational Book 524-529

Pamar MK, Ledermann JA, Colombo N et al. (2003) Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum based-chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: The ICON4/AGO-OVAR 2.2 trial. *Lancet* 361:2099-2106

Pfisterer J, Plante M, Vergote I et al. (2004) Gemcitabine/Carboplatin vs Carboplatin in platinum sensitive recurrent ovarian cancer. Results of a Gynecological Cancer Inter-group randomized phase III trial of the AGO OVAR, the NCIC CTG and the EORTC GCG. *Proc Am Soc Clin Oncol.* 23:449. Abstract 5005

Van der Burg MEL, de Wit R, van Putten WLJ, et al. (2002). Weekly cisplatin and daily oral etoposide is highly effective in platinum pretreated ovarian cancer. *Br J Cancer* 86:19-25

Markman M, Hall J, Spitz D, et al. (2002). Phase II trial of weekly single-agent paclitaxel in platinum/paclitaxel refractory ovarian cancer. *J Clin Oncol* 20:365-369

Watanabe Y, Nakai H, Ueda H, Hoshiai H. (2005) Evaluation of weekly low-dose paclitaxel and carboplatin treatment for patients with platinum sensitive relapsed ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 96:2:323-329

Ten Bokkel Huinink W, Gore M, Carmichael J et al. (1997) Topotecan versus paclitaxel for the treatment of recurrent epithelial ovarian cancer. *J Clin Oncol* 15:2183-2193

Gordon AN, Tonda M, Sun S et al. (2004). Long-term survival advantage for women treated with pegylated liposomal doxorubicin compared with topotecan in platinum pre-treated epithelial ovarian cancer patients. *Proc Am Soc Clin Oncol* 20,212a. (Abstract 847)

García AA, O'Meara A, Bahador A et al (2004). Phase II study of gemcitabina and weekly paclitaxel in recurrent platinum-resistant ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 93(2): 493-8

International Collaborative Ovarian Neoplasm Trial I and Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm Trial. Two parallel randomized phase III trial of adjuvant chemotherapy in patients with early stage ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:105-12

Rose PG, Fusco N, Fluellen L et al (1998). Secondline therapy with paclitaxel and carboplatin for recurrent disease following firstline therapy with paclitaxel and cisplatin in ovarian or peritoneal carcinoma. *J Clin Oncol* 16:1494-7

CRITERIOS DE RESPUESTA

Therasse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA et al. (2000). New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors. *JNCI* 92:205-16

SEGUIMIENTO

National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology v.1.2006. OV-5

FARMACIA HOSPITALARIA

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Medicamentos Citostáticos. 3ª ed. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Ed. SEFH. 2003.

Quality Standard for the Pharmacy Oncology Service (QuapoS 3). Institute for Applied Healthcare Sciences (IFAHS e.V.) for the German Society of Oncology Pharmacy (DGOP e.V.). Enero 2003.

Borrás C., Pérez C., Jiménez N.V. Unidades de Terapia Intravenosa. En: Mezclas intravenosas y Nutrición Artificial. 4ª ed. Jiménez Torres V. Ed. Convaser. 1999.

Climente M., Jiménez NV. Normalización y mejora de la calidad en la unidad de terapia intravenosa.. En: Mezclas intravenosas y Nutrición Artificial. Jiménez Torres V. 4ª ed. Ed. Convaser. 1999.

Stanley A. Safety Aspects of Cytotoxic Administration.. Ebewe Oncology. 2003

GESTIÓN POR PROCESOS

JUNTA DE ANDALUCÍA. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.

Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Servicio Vasco de Salud. 1999.

Guías de Práctica Clínica en Cáncer en Cataluña. Oncoguía de Ovario. Plan Director de Oncología de Cataluña. 2001-2004.

Guías para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer: "Proyecto Oncoguías". Junta de Castilla y León.

