

Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en Unidades de Oncología y Hematología Pediátrica

PROCUINCA
Gestión de Calidad y Seguridad



Instituto Nacional
del Cáncer



Ministerio de Salud
Argentina

Concetti, Gabriela

Manual para la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención en Unidades de Oncología y Hematología Pediátrica / Gabriela Concetti ; Daniel Enrique Andisco. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional del Cáncer, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-48888-1-5

1. Oncología. 2. Pediatría. 3. Hematología. I. Andisco, Daniel Enrique. II. Título. CDD 362.196994

Autoridades

Presidente

Dr. Alberto Ángel Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Tirado

Directora del Instituto Nacional del Cáncer

Dra. Verónica Pesce

Directora de Sistemas de Información y Gestión del Conocimiento

Dra. Susana Blanco

Directora de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento

Dra. Soledad Bermudez

Autores

Dra. Gabriela Concetti

Prof. Lic. Mg. Daniel E. Andisco

Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (PROCUINCA)

Dra. Florencia Moreno

Dra. María Agustina Chaplin

Lic. Inés Kumcher

Judith Goldman

Gloria Montoya Villalobos

Área de Gestión de Calidad y Seguridad

Dra. Mónica Confalone Gregorián

Lic. Nancy C. Cruells

Lic. Fabiana Usqueda

Rodrigo López

Corrección de Estilo

Agustina Grimaux

Gabriel Ilieff

Diseño

Raúl Héctor Klasmeier

Índice

Introducción	8
Situación del cáncer infantil en Argentina.....	8
PROCUINCA Objetivos	9
Certificación en efectores integrantes de la red de oncopediatria de las UHOP y las UDRS	9
 SECCIÓN 1 GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	13
Capítulo 1. Gobernabilidad, Liderazgo y Dirección (GLD)	13
Capítulo 2. Materiales peligrosos y Suministros.....	15
Capítulo 3. Gestión de la información	16
Capítulo 4. Gestión de los recursos humanos	17
 SECCIÓN 2 ATENCIÓN DE PACIENTES	18
Capítulo 1. Metas internacionales de seguridad de pacientes	18
Capítulo 2. Acceso y continuidad de la atención	20
Capítulo 3. Cuidados en oncopediatria.....	21
Capítulo 4. Derechos de pacientes oncopediátricos y sus familias/cuidadores	22
 SECCIÓN 3 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y UNIDADES DE TRASPLANTE.....	25
Capítulo 1. Laboratorio.....	25
Capítulo 2. Banco de Sangre.....	25
Capítulo 3. Radiología y diagnóstico por imágenes.....	25
Capítulo 4. Trasplante de órganos y tejidos.....	27
 SECCIÓN 4 GESTIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS Y DE MANEJO DE MEDICAMENTOS	29
Capítulo 1. Anestesia y cuidados quirúrgicos (ASC).....	29
Capítulo 2. Manejo y uso de medicamentos (MMU)	29
 SECCIÓN 5 GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES.....	35
Capítulo 1. Mejora de la calidad y seguridad de pacientes.....	35
Capítulo 2. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.....	36
 ANEXO I	40

Introducción

En el 2019 el INC desarrolló un manual para la evaluación de **"Estándares de calidad y seguridad en la atención sanitaria, focalizado en la detección precoz del cáncer y en la atención del paciente oncológico"**. Esta herramienta del área de Gestión de Calidad y Seguridad se realizó con el propósito de crear un documento macro que sirviera de guía para la elaboración de manuales de estándares específicos de calidad y seguridad de pacientes de acuerdo con el proceso asistencial a evaluar.

El objetivo del presente documento es establecer un manual de requisitos y recomendaciones a tener en cuenta en la evaluación de estándares de calidad y seguridad en la atención de pacientes oncopediátricos, destinado a auditoras/es y a aquellos efectores que deseen instalar una cultura evaluativa en esta temática y una eventual acreditación o certificación de calidad de servicios o procesos.

Situación del cáncer infantil en Argentina

De acuerdo al último reporte del Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino¹ se diagnostican en nuestro país alrededor de 1300 casos de cáncer infantil por año, en la población de 0 a 14 años. La tasa de incidencia de cáncer en menores de 15 años durante el período 2000-19 fue de 131,6 casos anuales por 1.000.000 de niños, valor que se mantuvo estable a lo largo del período.

Las Leucemias constituyen la enfermedad oncológica más frecuente, seguidas de los Tumores de Sistema Nervioso Central y los Linfomas. Distribución similar a la descrita en los países desarrollados de Europa y Norteamérica.

En cuanto al lugar de atención, en Argentina, el tratamiento de pacientes oncológicos pediátricos está centralizado: el 80% de pacientes se atienden en hospitales públicos y el 20% en centros privados (período 2012-19).

El 48% de niñas/os con patología oncológica en el período 2012-19 migraron en algún momento de su tratamiento (Leucemias 39% - Tumores Cerebrales 62%) a centros asistenciales de mayor complejidad ubicados en una provincia diferente a la de origen.

La sobrevida general (de todos los tipos de tumores) estimada a los 5 y 10 años del diagnóstico para el período 2005-14 fue del 67.6% (a los 5 años) y del 64.4 % (a los 10 años). Para los tres tumores más frecuentes fue: Leucemias, del 67.9% y 65.0%; Tumores del Sistema Nervioso Central, del 56.9% y 52.4%; Linfomas, del 78.8% y 76.1%. El mejor pronóstico lo presentan los Retinoblastomas, con una sobrevida a 5 y 10 años del 91.2% y 90.4% respectivamente. El peor pronóstico a 5 y 10 años se observa en los Tumores Óseos con el 50.2% y 45.3%, seguido de las Leucemias Mieloblásticas con el 51.6% y 49.5%, y los Tumores del Sistema Nervioso Central con el 56.9% y 52.4%.

¹ Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino Resultados 2000-2019.

En cuanto al grupo poblacional de 15 a 19 años se identificaron 4099 casos, siendo las Leucemias el tumor más frecuente (22%) seguido de los Linfomas (18%) y los Tumores Óseos (13%).

PROCUINCA | Objetivos

El **Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (PROCUINCA) (Resolución 1565/2016)** del INC busca garantizar equidad y accesibilidad a la mejor calidad de atención a niñas, niños y adolescentes con cáncer, desde un enfoque de derechos y en todas las fases de estas enfermedades. Las acciones están orientadas a fortalecer el diagnóstico oportuno, mejorar la calidad de los cuidados e impulsar la investigación orientada a responder a los desafíos de nuestra realidad nacional.

Los objetivos principales del PROCUINCA son:

1. Mejorar la sobrevida global de las/os pacientes.
2. Garantizar equidad en el acceso de tratamiento de calidad en todo el país.
3. Mejorar la calidad de vida.
4. Aumentar las posibilidades de que niñas y niños puedan atenderse en sus localidades de origen durante la mayor parte del tratamiento.

Certificación de calidad en efectores integrantes de la red de oncopediatria de las Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica (UHOP) y las Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento (UDRS)

El proceso de autoevaluación y estratificación de las UHOP (ver detalle en ANEXO I), es el primer paso que deben realizar los efectores integrantes de la red de oncopediatria, con el objetivo de identificar espacios de mejora que redunden en la calidad de atención de pacientes con cáncer y, si la institución lo desea, acceder posteriormente al proceso de certificación de calidad mediante una evaluación externa. Las categorías de acuerdo al nivel de complejidad según tipo de patología quedan reflejadas en la Figura 1.

La certificación de las Unidades de Hematología y/u Oncología Pediátricas tiene como objetivo primordial mejorar las prácticas institucionales en torno a la Hemato-Oncología Pediátrica; la misma es voluntaria y podrán acceder instituciones debidamente habilitadas en las cuales se atiendan pacientes hematooncológicos, tanto del sector público, privado o de obras sociales (hospitales generales, sanatorios, clínicas).

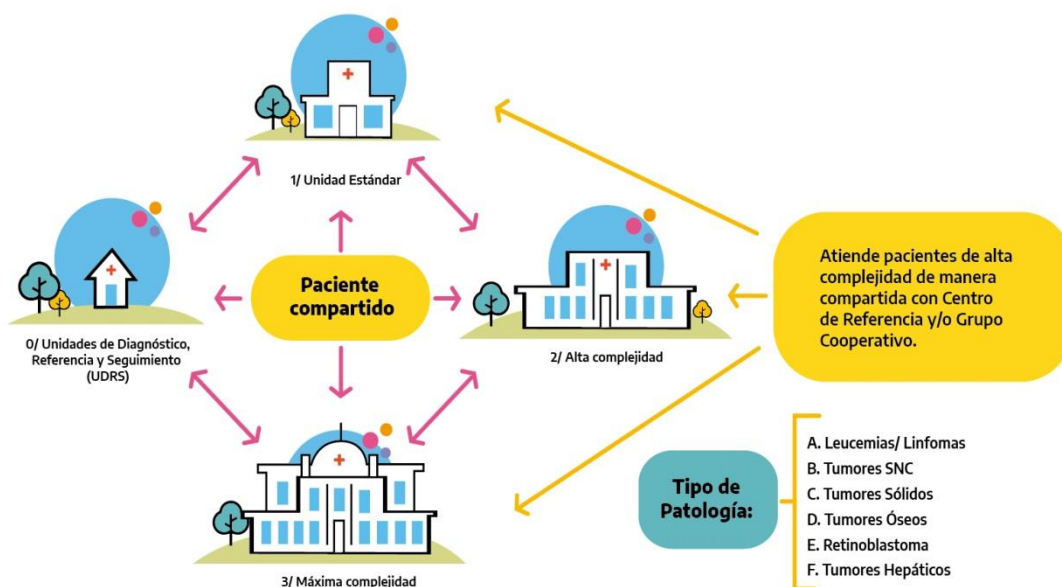
El órgano evaluador, certificador y normativo en Argentina de la UHOP es el Ministerio de Salud de la Nación a través del Instituto Nacional del Cáncer y próximamente junto a la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (dependiente de la Secretaría de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación), quienes junto con las autoridades locales, acompañarán los procesos de transformación según corresponda.

En próximas revisiones el manual de evaluación se ajustará acorde a los resultados de la experiencia piloto y con la colaboración de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

FIGURA 1

Categorías de acuerdo al nivel de complejidad según tipo de patología.

El nivel de complejidad según tipo de patología está estratificado en 4 categorías:



La certificación de calidad institucional es un instrumento para lograr mejoras en la atención de las Unidades de Hemato-Oncología Pediátrica (UHOP) y Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento (UDRS). El proceso de certificación y las sucesivas re-certificaciones lleva a la mejora continua de la calidad y asegura mejores resultados en la salud de las/los pacientes.

La certificación de la calidad asistencial es una intervención compleja debido a que contiene numerosos componentes que interactúan entre sí en forma interdependiente. Involucra varios profesionales y niveles organizacionales. Dicha complejidad es probablemente la mayor barrera a la implementación de certificaciones en nuestro país.

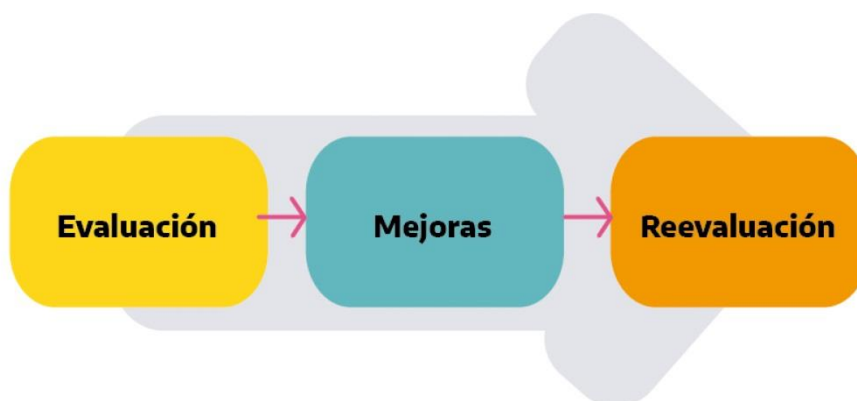
Todos los programas de certificación tienen cuatro componentes principales, que incluyen:

- Estructura organizacional, desarrollo de una organización de certificación, que en este caso depende del INC.
- El desarrollo de estándares específicos. Todo proceso de certificación de calidad debe comenzar definiendo los estándares de atención mínima a alcanzar por parte de los establecimientos de salud que quieran certificar en

calidad. Los estándares priorizan los procesos por sobre elementos estructurales estáticos.

- La implementación. Los elementos de la implementación de la certificación típicamente son la Evaluación Externa (EE), los Planes de Mejora Estratégica (PME) y el seguimiento y reevaluación. La metodología es la de Evaluación Externa, colaborativa, por pares y centrada en la/el paciente, como se detalla más adelante en el texto. **FIGURA 2.**

FIGURA 2. Elementos de la implementación de la certificación



- La evaluación de los estándares de calidad es una de las metodologías de la gestión de calidad en la que, como resultado, se obtiene un informe de evaluación que marca las brechas entre las prácticas vigentes y los estándares de mínima que se proponen.

Si esas brechas son aceptables se emite un certificado de calidad que avala el cumplimiento de parámetros de una adecuada gestión de la práctica, con el fin de dar confianza a pacientes y profesionales y, a su vez, dar estímulo al personal a continuar trabajando con metodologías específicas.

Las prácticas buenas y seguras, aplicadas a lo largo de toda la atención del paciente, se basan en mejorar y hacer eficientes los procesos de registro y control, disminuir la aparición de errores o minimizar sus consecuencias y realizar actividades de vigilancia de la calidad de todos los procesos involucrados en la atención. La realización sistemática de evaluaciones contribuye a mantener un esfuerzo del personal en busca de la mejora continua, la corrección de errores y la optimización de los recursos.

La evaluación de estándares de calidad y seguridad que realiza el INC comprende: evaluación de los procesos de atención y sus resultados, realización de auditorías de calidad y evaluación de documentos y recursos².

En términos generales, las auditorías de certificación de etiquetas de calidad permiten:

² Estándares de calidad y seguridad en la atención sanitaria: focalizada en la detección precoz del cáncer y atención del paciente oncológico. INC. 2019.

- Mejorar la calidad y seguridad en la atención de la/del paciente.
- Fomentar el uso efectivo de los recursos.
- Evaluar la estructura edilicia.
- Perfeccionar el conocimiento de profesionales.
- Capacitar en habilidades y destrezas a las áreas de atención involucradas.
- Protocolizar las técnicas involucradas en el diagnóstico.

Como producto final de esta evaluación, el INC redactará un informe que detallará los resultados y hallazgos, con recomendaciones para la mejora.

Está previsto que la evaluación de calidad y seguridad del paciente se realice, de ser necesario, cada 5 años.

El presente manual de evaluación externa es una adaptación del manual para la evaluación "Estándares de calidad y seguridad en la atención sanitaria, focalizado en la detección precoz del cáncer y en la atención del paciente oncológico" (INC 2019), de los Estándares de Acreditación 6ta edición oficial *Joint Commission International* (JCI), *American Academy of Pediatrics*, *European Standards of Care for Children with Cancer* y los Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad de la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas.

El manual está pensado para una Evaluación Externa (EE), colaborativa, por pares y centrada en la/el paciente.

La metodología de su uso en la EE se basa en:

- Preparación previa de la institución.
- Información anticipada sobre los servicios.
- Agenda pre acordada, por hora, llevada a cabo en conjunto con el personal de la institución.
- Seguimiento, trazabilidad de pacientes.
- Observación, inspección, fotos.
- Entrevistas al personal, se brinda asesoramiento "al paso".
- Entrevistas con pacientes.
- Evaluación del entorno: equipamiento, medicaciones, carros, cartelería, ambulancias y consultorios.
- Revisión de documentación (protocolos, H.C., legajos, fichas en hematología, etc.).
- Productos inmediatos: cambios en el momento, devolución con una presentación preliminar con fortalezas y oportunidades para mejoras.
- Productos diferidos: Excel con estimación de riesgos, resumen ejecutivo, valoración de trazadoras.

Sección 1 | GESTIÓN DE LOS RECURSOS

Capítulo 1. Gobernabilidad, Liderazgo y Dirección (GLD)

En este apartado se describen aquellos procesos que buscan evaluar el grado de cumplimiento de estándares de calidad y seguridad en la atención de pacientes en cuanto al nivel de gobernabilidad. Dicho concepto es entendido como la capacidad de rectoría en la aplicación de leyes y normativas vigentes por parte de las entidades de gobierno de quien dependa el hospital (nacionales, provinciales, municipales) pertenecientes al subsector público, privado u de obras sociales.

El liderazgo será ejercido por la/el directora/or del hospital, quien se encargará de aplicar las normativas y leyes y de evaluar la participación en los procesos de mejora y su implementación por parte de los directores de servicio.

Capacidad de Gobernabilidad

El hospital tendrá que detallar y difundir la oferta de servicios disponibles relacionados con la atención de pacientes oncopediátricos y estar dispuesto a someterse a evaluaciones periódicas por parte de las autoridades competentes en cuanto al cumplimiento de las normativas vigentes y los requisitos de calidad y seguridad en la atención de pacientes.

Responsabilidades de la dirección ejecutiva

La dirección ejecutiva del hospital ha de cumplir con su responsabilidad en cuanto al funcionamiento del hospital y al cumplimiento de las leyes y normativas que sean de aplicación.

El liderazgo eficaz es esencial para que un hospital pueda funcionar eficientemente y cumplir con su misión. En este caso, este rol estará a cargo de la dirección ejecutiva del hospital.

Equipo directivo del hospital en la calidad y seguridad de pacientes

El equipo directivo del hospital será el responsable de establecer y brindar apoyo continuo para el compromiso de la organización hacia la calidad y deberá desarrollar el programa de calidad y seguridad del paciente promoviendo así la implementación de una cultura evaluativa en el hospital.

El equipo directivo se encargará del desarrollo, implementación y monitoreo de los programas de calidad y seguridad de pacientes, desarrollando un sistema de monitoreo que incluya indicadores de gestión para evaluar resultados.

Además, es importante verificar la seguridad de esta cadena de suministros para proteger a las/os pacientes y al equipo de salud de aquellos productos que puedan estar en mal estado, defectuosos o falsificados, y asegurar que los procesos tercerizados se realicen de acuerdo a las exigencias del hospital.

Dirección de los departamentos y servicios del hospital

El buen desempeño de un departamento o servicio requiere del liderazgo de una persona capacitada especialmente para este rol. En los departamentos o servicios más grandes puede haber varios líderes, definiéndose en tal caso las responsabilidades de cada cargo por escrito.

Cada servicio contará con al menos un/a jefe/a a cargo de dirigir el sector.

Las responsabilidades de la/del jefa/e de servicio tienen que encontrarse formalmente definidas dentro de la organización, incluyendo actividades y articulación de su sector con el resto de la institución. Cada jefa/e de servicio debe, además, promover la implementación de guías y protocolos de práctica clínica, estandarizar los procesos de atención, reducir riesgos y brindar una atención oportuna y eficaz.

Las líneas de autoridad quedarán reflejadas en los organigramas de la institución y del servicio a evaluar junto a las descripciones de cada puesto, con las responsabilidades detalladas y los deberes de colaboradores visitantes.

Investigación en pacientes oncopediátricos

El equipo directivo del hospital debe cumplir y hacer cumplir las normativas legales y aspectos éticos relacionados a la participación de pacientes pediátricos en protocolos de investigación (ya sea en su etapa de diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

La/el paciente y su familia/cuidadores tienen que estar debidamente informados y brindar su consentimiento para la participación en protocolos de investigación.

Debe estar en funcionamiento, además, un comité de ética, un comité que supervise los protocolos y ensayos de investigación, y un comité de tumores.

Liderazgo y planificación

El hospital analizará y evaluará el nivel de implementación y cumplimiento de normativas relacionadas con la seguridad y gestión de riesgos del personal, de las/los pacientes, de sus familias y de toda persona que circule por la institución, junto al desarrollo de programas de seguridad en la institución.

Es importante que el equipo directivo del hospital conozca y aplique las leyes, normativas, códigos de edificación y de seguridad contra incendios y otros requisitos nacionales y locales aplicables a las instalaciones del hospital. Han de aplicarse, si además es requerido, requisitos alternativos aprobados, planificando y presupuestando las actualizaciones o sustituciones necesarias.

Los programas de gestión de las instalaciones tienen que estar escritos y actualizados.

Capítulo 2. Materiales peligrosos y Suministros

Materiales peligrosos

El hospital contará con un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y residuos peligrosos en todas las áreas pertinentes. Se incluyen en esta categoría:

- Agentes Infecciosos.
- Patológicos y anatómicos.
- De farmacia.
- Químicos.
- Metales pesados.
- Recipientes presurizados.
- Objetos punzantes.
- Genotóxicos/citotóxicos.
- Radioactivos.

Equipamiento y productos médicos

En este proceso se evalúa el nivel de mantenimiento de los equipos y productos médicos utilizados en la institución. Se verifica si la tecnología médica se inspecciona y somete a pruebas cuando es nueva y, posteriormente, de acuerdo con la antigüedad de la tecnología, su uso y la aplicación correcta de las instrucciones del fabricante. Estos controles tienen que realizarse de manera continua. Todas las actividades (inspecciones, resultados de las pruebas, controles de calidad y cualquier tipo de mantenimiento) deben estar documentadas.

Es importante mantener un adecuado nivel de implementación de un sistema de monitoreo y protocolo de respuesta ante un aviso por parte del fabricante, proveedor o agencia reguladora (ANMAT) de la presencia de peligro, retirada de equipos o insumos, incidentes notificables y problemas o fallos de los equipos médicos. A este proceso de retirada se lo conoce como Recall.

Los hospitales deben identificar y cumplir la legislación y normativa correspondientes a la comunicación de incidentes de equipos médicos. El programa de gestión del equipamiento médico incluirá los pasos a seguir en el uso de cualquier producto médico con un problema o fallo que se haya notificado o que sea el motivo de un aviso de peligro o que esté en proceso de retirada.

Sistema de Suministros Básicos

Se denominan suministros básicos a los sistemas y equipos que apoyan los servicios esenciales que se prestan para una atención sanitaria segura. Son suministros básicos la distribución de energía eléctrica, agua, ventilación y flujo de aire, gases médicos, cañerías, calefacción, recolección de residuos, así como los sistemas de comunicaciones y datos entre otros.

El programa de gestión de suministros básicos garantizará que los mismos funcionen de manera segura. Este programa abarcará estrategias para su mantenimiento,

inspección y plan de mejoras, incluyendo la presencia de suministro eléctrico de emergencia y agua potable. Es esencial garantizar que haya agua potable y fluido eléctrico en todo momento mediante la implementación de fuentes alternativas de agua y electricidad durante la interrupción, contaminación o fallo del sistema. La calidad del agua ha de ser monitoreada a intervalos establecidos por personas o autoridades designadas. Se mantendrán registros de estas inspecciones.

Capítulo 3. Gestión de la información

En este capítulo se evalúan el manejo de la privacidad de la información y el nivel de implementación y desarrollo de las historias clínicas.

Privacidad de la información

El hospital conservará la privacidad, la confidencialidad y la seguridad (incluyendo la integridad de los datos) de la información de las/os pacientes. Si el hospital cuenta con historia clínica electrónica, procurará la preservación de datos ante una eventual caída del sistema informático.

Se utilizarán códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados y garantizar el uso de símbolos y abreviaturas de uso internacional y/o aprobados por el hospital, debiendo evitarse el uso de abreviaturas en aquella documentación que deba ser leída e interpretada por la/el paciente y su familia-cuidadores.

El hospital registrará a las/los pacientes con cáncer en el registro de cáncer oncopediátrico (ROHA).

Las políticas, planes, programas y otros documentos que guían los procesos y prácticas clínicas y no clínicas tienen que estar implementadas.

Se debe contar con una normativa que explicita el acceso a los datos y a la información, especificando el nivel de acceso según su función y cargo en la institución, incluyendo estudiantes en entornos académicos.

Historia clínica

Es requisito que el hospital inicie y mantenga una historia clínica estandarizada para cada paciente evaluada/o o tratada/o y determinar el contenido y el formato de la misma. En el caso de que se utilice historia clínica electrónica, el hospital dará con un procedimiento formal que describa la utilización del "copiado y pegado", con el fin de mantener la confiabilidad de la información.

La historia clínica tiene que contener un único código de identificación que permita su fácil identificación, localización y registro de la atención a través del tiempo. Debe contener información suficiente para identificar pacientes, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar la evolución y los resultados de este. El hospital debería periódicamente evaluar el contenido y el registro correcto en la historia clínica de las/os pacientes.

Capítulo 4. Gestión de los recursos humanos

Todos los procedimientos técnicos relacionados con el tamizaje, la detección precoz del cáncer en pacientes en general, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes oncológicos, exigen disponer de personal adecuadamente capacitado y entrenado.

Todo el personal ha de tener acceso a los manuales de procedimientos sobre los aspectos a tenerse en cuenta en todas sus actividades (por ejemplo: preparación de pacientes para procedimientos o intervenciones, seguridad hospitalaria, cuidados especiales, etc.).

Hay que mantener los registros de capacitación y del entrenamiento del personal. La introducción de cualquier nueva técnica debe ir acompañada de información y capacitación para las/os usuarias/os de la misma. Además, todos los procesos deberán estar protocolizados para que se pueda mantener un estándar en la atención de pacientes.

La capacitación continua es uno de los pilares de la gestión de la calidad, por esta razón es necesario planificar anualmente y dar cumplimiento a un plan de capacitaciones que involucre a todo el personal con temas específicos en función de las necesidades.

Asimismo, la institución implementará y mantendrá acciones destinadas a la protección del personal de acuerdo con la normativa jurisdiccional vigente o normas internacionales en aspectos como la vacunación, los controles periódicos de salud, la disponibilidad de elementos de protección personal, la capacitación sobre bioseguridad, etc.

Sección 2 | ATENCIÓN DE PACIENTES

Capítulo 1. Metas internacionales de seguridad de pacientes

Identificar a la/al paciente

El hospital ha de identificar de manera confiable (unívoca) al individuo como la persona para quien el servicio o el tratamiento está dirigido. Además, hay que verificar la coincidencia del servicio o tratamiento a brindarse con la/el paciente. Por lo tanto, se desarrollará e implementará un proceso que maximice la precisión de la identificación de pacientes y un proceso efectivo para la comunicación en el traspaso entre diferentes sectores y servicios de la institución.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Una gestión adecuada de los medicamentos resulta de suma importancia para garantizar la seguridad de la/del paciente ya que es una de las causas más frecuentes de evento adverso.

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves e incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Son ejemplos de medicamentos de alto riesgo los medicamentos en investigación, los medicamentos controlados³, los medicamentos con un estrecho rango terapéutico, la quimioterapia, los anticoagulantes y los psicofármacos

Las estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo deben focalizarse en todas las etapas del proceso de utilización de estos: prescripción, validación, transcripción, dispensación/ preparación, administración y monitorización luego de la aplicación.

Los factores contribuyentes que pueden producir un error en el proceso de utilización de MAR más frecuentes son:

- Recetas ilegibles o malentendidos durante la emisión de prescripciones verbales.
- Confusión de los medicamentos con nombres registrados o nombres de la droga parecidos. Apariencia en su etiquetado o envasado similares.
- Desconocimiento de los nombres de medicamentos.
- Medicamentos de muy reciente lanzamiento en el mercado.
- Usos clínicos similares.
- Almacenamiento incorrecto (por abecedario, por ejemplo).
- Paciente equivocado/a.
- Vía, dosis y tiempo de infusión de administración equivocada.

Para una gestión segura en el proceso de utilización de los medicamentos, el hospital elaborará sus propias listas de medicamentos de alto riesgo basándose en sus

³ <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sustancia-controlada>
http://www.anmat.gov.ar/medicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf

propios patrones de utilización y en sus datos internos sobre incidentes de seguridad sin daño, eventos adversos y eventos centinela.

Es útil tener en cuenta toda información proveniente de la autoridad sanitaria correspondiente (ANMAT) y de la literatura actualizada a la hora de elaborar la lista de medicamentos de alto riesgo.

Garantizar una cirugía segura

Toda/o paciente oncopediátrica/o será sometida/o durante algún momento del proceso de diagnóstico y/o tratamiento a cierto tipo de intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, por lo que es fundamental garantizar la seguridad de la/del paciente ante este tipo de procedimientos.

Se consideran procedimientos quirúrgicos e invasivos a todos aquellos que implican una incisión o una perforación, lo que incluye —sin limitarse a los procedimientos quirúrgicos abiertos—, la aspiración percutánea, determinadas inyecciones, biopsias, procedimientos diagnósticos percutáneos cardíacos y vasculares, laparoscopías y endoscopías.

El hospital, entonces, desarrollará e implementará un proceso para realizar la verificación pre quirúrgica y el marcado del sitio quirúrgico o del lugar del procedimiento invasivo, como así también tener desarrollado e implementado el proceso de “pausa quirúrgica” antes del procedimiento y su posterior confirmación al finalizar el mismo.

Se sugiere identificar todas las áreas del hospital donde se llevan a cabo cirugías y procedimientos invasivos, como por ejemplo el sector de hemodinamia, el servicio de radiología intervencionista, el área de endoscopia y similares.

Minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

El hospital debe trabajar en las recomendaciones del lavado de manos, en su difusión e implementación, priorizando áreas estratégicas.

Esta estrategia irá acompañada de capacitación del personal en el correcto lavado y desinfección de manos y la disponibilidad de insumos para dicha tarea (jabón, desinfectantes y toallas u otros medios de secado).

Capítulo 2. Acceso y continuidad de la atención

Criterios para la admisión en el hospital

La admisión de la/del paciente oncopediátrica/o requiere de una evaluación inicial que determine si el nivel de complejidad requerido es acorde con la capacidad resolutoria del hospital. En caso de no poder dar respuesta al caso, se debe contar con capacidad para gestionar la derivación o traslado a otro centro con capacidad de respuesta para el caso.

Admisión y Comunicación con la/el paciente y su familia o cuidadores

Al momento del ingreso al hospital, la institución informará a los/las pacientes y sus familias/cuidadores sobre ciertos aspectos relacionados con el proceso de atención como la posible existencia de demora o tiempos de espera en el acceso a servicios de diagnóstico y/o tratamiento, información específica orientada a la unidad de hospitalización e información acerca de la atención propuesta y los resultados esperados.

Los criterios de ingreso y egreso de las unidades de cuidados intensivos y/o especializados estarán preestablecidos y, al momento del traspaso de la/del paciente entre servicios, debe ir acompañada/o de la historia clínica en donde se conste la atención recibida.

Alta, derivación y seguimiento

El alta de la/del paciente a su domicilio o la derivación a otra institución se concretará de acuerdo con su situación clínica mediante criterios previamente establecidos. Es importante tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la continuidad de atención y el medio de transporte requerido. Para ello, el hospital ha de garantizar que las derivaciones se realicen de manera oportuna y que, al momento del egreso hospitalario, el/la paciente cuente con un informe de alta completo, debiendo quedar una copia de dicho informe en la historia clínica de la/del paciente.

En esta instancia se educará a la/al paciente y a su entorno familiar acerca de aspectos relacionados con la medicación prescrita (uso adecuado, seguridad, efectos adversos e interacciones), aspectos nutricionales, manejo del dolor y técnicas de rehabilitación de acuerdo con el caso. Toda información tiene que ser transmitida en un lenguaje acorde a las características de la/del paciente y su familia o cuidadores y constatando que se ha comprendido la misma.

Derivación de pacientes

El hospital, ante la necesidad de derivación de una/un paciente oncopediátrica/o, asegurará que se cumplan los requerimientos en cuanto a complejidad de atención, transporte seguro y correcta recepción por parte de la institución a la cual es derivada/o. Para ello, se contará por escrito con un proceso de derivación con criterios uniformes y previamente establecidos.

Las/os pacientes serán derivadas/os a otras instituciones de acuerdo con criterios clínicos y de disponibilidad de recursos preestablecidos, basándose en su estado

clínico, en el requerimiento de atención continuada y en la capacidad resolutoria del efector que recibe a la/al paciente derivada/o. La información acerca del proceso de derivación quedará registrada en la historia clínica y con una copia que será entregada en el centro receptor.

Transporte

El tipo de transporte de la/del paciente oncopediátrica/o dependerá de la condición clínica y es requisito asegurar que cumpla con las normativas y la legislación vigente. Deberá existir un procedimiento que describa la metodología de transporte con sus respectivos registros.

Capítulo 3. Cuidados en oncopediatria

Cuidado de pacientes oncopediátricos

El proceso de atención a pacientes oncopediátricos es dinámico y requiere la intervención de un equipo multidisciplinario de acuerdo con el tipo y complejidad del tumor (se sugiere ver documento de estratificación de las UHOP), así como también con los aspectos socioeconómicos y culturales de las familias o cuidadores que puedan interferir en el tratamiento de la enfermedad de la/del paciente.

El hospital contará con un proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada paciente y cumplirá con los requisitos de estratificación de acuerdo con el tipo y complejidad de tumor que posee la/el paciente.

Alimentación y terapia nutricional

Una alimentación y nutrición adecuadas son importantes para el bienestar y la recuperación de las/los pacientes (ej.: paciente inmunocomprometida/o). El hospital dispondrá de una variedad de opciones de comidas, alimentos apropiados para la situación nutricional de la/del paciente internada/o y acorde con su atención médica.

La prescripción del plan de alimentación estará a cargo de la/del médica/o del paciente u otro personal calificado, brindándole participación a las/los pacientes y su familia o sus cuidadores en la planificación y selección de alimentos.

Manejo del dolor en pacientes en oncopediatria

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real, potencial, o descrita en términos de dicho daño. El dolor es único, multidimensional y subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar este término a través de experiencias traumáticas en los primeros años de vida. El alivio del dolor será considerado como un componente esencial de la asistencia en pacientes en oncología. Casi todos los niños con cáncer padecen dolor en algún momento de su enfermedad que puede ser producido por la propia entidad nosológica, por los tratamientos, por procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, o bien puede ser incidental, producido por

otras causas. El tratamiento del dolor comenzará cuando se diagnostique la enfermedad y proseguirá durante todo su curso⁴

El hospital ha de contar con guías para el tratamiento del dolor en pacientes oncopediátricos/os.

Se sugiere seguir los lineamientos propuestos por el INC referido al soporte clínico en oncopediatria.

Atención al final de la vida

La UHOP procurará contar con personal especializado en el manejo de los síntomas en esta etapa, y atender, acompañar y respetar los aspectos relacionados con la espiritualidad y creencias religiosas de la/del paciente, su familia o sus cuidadores y realizar un acompañamiento a la familia en el proceso del duelo.

El Instituto Nacional del Cáncer, a través del PROCUINCA, propone lineamientos para el cuidado de la/del paciente oncopediátrico en el curso final de la vida⁵.

Capítulo 4. Derechos de pacientes oncopediátricos y sus familias/cuidadores

Protección de dignidad y valores

El hospital tiene que brindar una atención respetuosa que proteja la dignidad de la/del paciente y su familia o cuidadores, considerando sus valores personales y creencias, y respondiendo a las solicitudes relacionadas con la observancia espiritual y religiosa.⁶

Derecho a rechazar tratamiento

El hospital informará a las/los pacientes y a las familias y/o cuidadores acerca de sus derechos y responsabilidades de rechazar o suspender el tratamiento, retirar servicios de resucitación y de abstenerse o retirar tratamientos de soporte vital de acuerdo a la legislación vigente⁷.

La institución establecerá un protocolo escrito que se ajuste a la legislación vigente en cuanto a los pasos a seguir ante el rechazo al tratamiento por parte de una/un paciente oncopediátrica/o y/o su familia/cuidadores.⁸

⁴ Soporte-clinico-oncologico-cuidados-paliativos-paciente-pediatrico.pdf.

⁵ (ibídem).

⁶ Convención sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (1989). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/convencion-sobre-los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes#:~:text=Ni%C3%B1as%20y%20Adolescentes->

⁷ Ley 26.529/2019. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Y la Ley 26742/2012, que modifica la anterior.

⁸ Ley 27077/2015 que pone en vigencia el nuevo Código Civil y Comercial: pone a prueba la responsabilidad de los niños y el nuevo sistema, tiene justamente relación con su derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, esto es, en cuanto se trata de consentir terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

Es importante brindar capacitación al equipo profesional acerca de aspectos éticos y legales del rechazo al tratamiento en oncopediatria

Procedimientos sobre el manejo de conflictos

Las/los pacientes, sus familias/cuidadores tienen el derecho a presentar una queja acerca de su atención y que estas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan. Estos dilemas pueden surgir de cuestiones como el acceso, el tratamiento o el alta, por lo que el hospital tendrá que informar a las/los pacientes y sus familias acerca de su derecho a realizar reclamos y establecer lineamientos para la resolución de estos. Deben mantenerse en el hospital registros de quejas tratamientos y/o soluciones.

Información y educación acorde al lenguaje y capacidad de comprensión del paciente y su familia/cuidadores

El hospital ha de tener la capacidad de brindar información acerca de los derechos del/la paciente y su familia/cuidadores en un formato (escrito y oral) adaptado a la edad y en un lenguaje adecuado a su nivel de comprensión.

Consentimiento general

El consentimiento general para el tratamiento de pacientes debe ser claro en su alcance y en sus límites, tanto si se obtiene cuando la/el paciente es ingresada/o en el hospital como cuando se registra por primera vez como paciente ambulatorio.

El hospital proporcionará información a todos los pacientes acerca de aquellos procedimientos diagnósticos y tratamientos, para los que se necesitará un consentimiento informado por separado. Además, se les tiene que informar sobre la posibilidad de que estudiantes o profesionales en formación participen en el proceso de atención, como por ejemplo estudiantes de enfermería, fisioterapia u otras especialidades y también estudiantes o residentes de medicina.

Consentimiento informado

El consentimiento informado será realizado a través de un proceso definido por el hospital y confeccionado por personal capacitado, de acuerdo con la legislación vigente con un lenguaje simple y claro de manera que el/la paciente y/o su responsable legal puedan comprender.

Si bien no todos los tratamientos y procedimientos requieren de un consentimiento separado específico, el hospital debe identificar aquellos de alto riesgo para los que se requiere consentimiento. También ha de capacitar y entrenar al personal de la institución para que la obtención del consentimiento sea confiable.

Las/los pacientes, sus familias o responsable legal recibirán información adecuada acerca de la situación de la/del paciente, de los tratamientos propuestos y del equipo de salud, para que puedan dar su aprobación o rechazo y tomar decisiones informadas sobre la atención.

Necesidades sanitarias

La evaluación de la/del paciente oncopediátrica/o reunirá información acerca de su estado físico, psicológico y social. Es importante conocer su historial de salud, analizar los resultados de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes y, además, identificar las necesidades de atención de salud en todas sus dimensiones (física, psíquica y el entorno económico-físico y sociocultural). Esta evaluación requiere de profesionales entrenados para abordar en forma integral a la/al paciente y a su familia y contar con un proceso pre-definido para desarrollar un plan de atención acorde a la evidencia científica disponible en el momento (guías de práctica clínica y/o protocolos consensuados y vigentes en el diagnóstico, tratamiento, monitoreo y seguimiento del cáncer pediátrico).

Se destaca la importancia del rol activo del servicio de Trabajo Social de la institución a fin de gestionar los recursos necesarios para la/el paciente y su familia durante el curso de la enfermedad (pasajes, alojamiento, subsidios, red de contención del grupo familiar).

Tendrá que contarse con profesionales responsables para identificar, evaluar y abordar las necesidades y posibilidades educativas y lúdicas de la/del paciente pediátrica/o. En algunos casos, el hospital ha de proveer y coordinar el acceso a actividades educativas y lúdicas cuando sea apropiado (como por ej.: sala de juegos).

Además, las/los profesionales promoverán el contacto sistemático y proactivo del personal de enseñanza con el entorno previo de la/del niña/o (escuela) con el fin de mantener un seguimiento de sus avances y preparar el regreso a la escuela, facilitando, cuando sea necesario, una/un maestra/o integradora/or.

Sección 3 | ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS y UNIDADES DE TRASPLANTE

Capítulo 1. Laboratorio

Servicio de Laboratorio

Los servicios de laboratorio y anatomía patológica cumplirán con los requerimientos de acuerdo con el nivel de complejidad y tipos de tumores oncopediátricos que se tratan en la institución.

Es requisito que estos servicios respeten los estándares, reglamentación y legislación locales y nacionales vigentes.

Tiene que contarse con guías y protocolos que establezcan la correcta toma, identificación, manipulación y transporte de las muestras, y establecer los tiempos estipulados de entrega de resultados, tanto en prácticas programadas como en las de urgencias.

El hospital procurará disponer de los resultados de laboratorio y anatomía patológica dentro de los plazos considerados óptimos.

Capítulo 2. Banco de Sangre

Banco de sangre y/o servicios de transfusión

El hospital designará como responsable del banco de sangre y/o de los servicios de transfusión a personal idóneo con el fin de garantizar que los servicios cumplan con la legislación y reglamentación vigentes y los estándares de buenas prácticas reconocidos.

Se establecerá un procedimiento formal que describa la metodología para:

- La selección de las/os donantes de sangre.
- El cribado de la sangre para descartar enfermedades.
- La extracción de la sangre.
- El almacenamiento de la sangre.
- Las pruebas de compatibilidad.
- La distribución de la sangre.

Es importante definir, implementar y mantener registros de los procesos de control de calidad con el fin de garantizar la seguridad del banco de sangre y de los servicios de transfusión.

Capítulo 3. Radiología y diagnóstico por imágenes

Servicios de radiología y diagnóstico por imagen

Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen tienen que estar disponibles para atender las necesidades de las/los pacientes. Todos estos servicios deben, además, cumplir con los estándares, la reglamentación y la legislación locales y nacionales que les son de aplicación. Estos servicios pueden incluir: radiografías, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, ecografía, medicina nuclear y

angiografía. La exploración de PET (Tomografía por Emisión de Positrones) y otras tecnologías emergentes son deseables.

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, incluidos los que son necesarios en caso de urgencia, pueden prestarse dentro del hospital o en otra organización en virtud de un contrato o convenio. Los mismos estarán disponibles en cualquier horario de atención para casos de urgencia.

Además, el hospital puede identificar y contratar, en caso de ser necesario, a expertos en áreas especializadas de diagnóstico, como físicos médicos, profesionales de radioterapia o de medicina nuclear. En estos casos, el hospital mantendrá un listado de estos expertos.

En todos los casos, los informes de este tipo de estudios han de recibirse de manera oportuna para facilitar la continuidad de la atención. Hay que determinar el lapso para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen, incluyendo las necesidades de pruebas urgentes/emergencias y de estudios fuera del horario hábil y durante los fines de semana (también se tiene que llevar registros de estos tiempos). Los estudios de radiología y diagnóstico por imágenes realizados por terceros contratados se informarán de acuerdo con los requisitos del contrato.

El hospital dispondrá de un servicio de oncología radioterápica propio o de la red asistencial. Existirán mecanismos de coordinación establecidos entre centros para la participación de pacientes que lo requieran en tratamientos radioterápicos de mayor complejidad.

Es importante promover la participación de oncólogas/os radioterapeutas en el seguimiento de la/del paciente y, si la/el paciente lo necesita, en los cuidados paliativos que deba recibir.

Se implementarán directrices de radioprotección para el personal y las/os pacientes, incluyendo las dosis aplicadas, los niveles de referencia y sus dosis máximas. Deben existir procedimientos que contemplen, además, programas de control de infecciones y de gestión de las instalaciones.

Los procedimientos de diagnóstico más comúnmente asociados a dosis de radiación evitable son la tomografía computarizada, la medicina nuclear y la radiología fluoroscópica. En este sentido, el hospital tiene que contar con un programa de seguridad radiológica en uso que incluya todos los componentes de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, incluyendo a las actividades de cateterismo cardíaco y oncología radioterápica.

El programa de seguridad radiológica contemplará los riesgos y peligros que se enfrenta al utilizar radiaciones ionizantes. Es necesario coordinar con el programa de gestión de seguridad del hospital que, a su vez, debe incluir:

- El cumplimiento de los estándares y las leyes y reglamentaciones vigentes.
- El cumplimiento de los estándares que abordan los programas de gestión de las instalaciones y de control de infecciones.

- La disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas y los riesgos que se enfrentan.
- La orientación a todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad.
- La educación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos recientemente adquiridos o reconocidos.

Los riesgos por el uso de radiaciones ionizantes identificados tendrán que ser abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reduzcan tales riesgos tanto para el personal como para las/los pacientes (por ejemplo, el uso de protocolos apropiados y optimizados, el uso de delantales plomados, dosímetros personales, etc.).

Se espera, además, que el personal de radiología y diagnóstico por imagen sea orientado acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y que reciba formación y capacitación permanente sobre nuevos procedimientos y equipamiento.

En los casos de hospitales que posean tecnologías analógicas (películas de rayos X con revelado) se deben implementar metodologías de evaluación periódica de los reactivos, siguiendo las recomendaciones de los fabricantes con el fin de garantizar la calidad de las imágenes.

Capítulo 4. Trasplante de órganos y tejidos

Hospitales que prestan servicios de trasplante de órganos y tejidos

El hospital contará con una/un líder calificada/o a cargo del programa de trasplante que sea capaz de llevar adelante y supervisar la ejecución del mismo. El hospital también ha de facilitar los recursos necesarios, contar con personal capacitado, disponibilidad de exámenes complementarios y utilización de los sistemas de gestión de la información que faciliten los trasplantes. Tienen que mantenerse registros de las actividades de este programa.

Se contará con un equipo profesional multidisciplinario adecuado al tipo de trasplante que se realiza (medicina, enfermería, farmacología, servicio social y psicología, nutrición y servicio de rehabilitación, entre otros).

Los servicios de trasplantes implican riesgos únicos y críticos para los receptores de los órganos y tejidos y, en caso de donantes vivos, también para la/el donante. La logística del programa contará con un mecanismo de coordinación designado para todas las actividades relacionadas con los trasplantes en el que participan personal médico, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios a fin de garantizar una atención médica segura y de alta calidad en todas las fases del proceso, tanto para la/el donante como para la/el receptora/or.

Los criterios de elegibilidad, tanto del receptor como del donante, estarán formalmente establecidos y el programa de trasplante debe utilizarlos para su selección. Para dar su consentimiento, una/un paciente tiene que estar informada/o acerca de aquellos factores relacionados con la atención planeada que se necesita

para tomar una decisión informada. Los factores que pueden afectar el éxito del injerto o la salud del candidato como receptor, incluyen, entre otros factores:

- La historia clínica de la/del donante.
- El estado en que se encuentra(n) el/los órgano(s) usado(s).
- La edad del/de los órgano(s).
- El riesgo potencial de contraer enfermedad(es) infecciosa(s), ya que no se puede detectar si se trata de un donante infectado.

El hospital debe obtener el consentimiento informado específico para el trasplante de órganos que cumpla con la política del hospital así como con las leyes y reglamentaciones regionales y locales.

El programa de trasplantes contará con protocolos, guías de práctica clínica y procedimientos documentados para la recuperación y la recepción de órganos con el fin de garantizar la trazabilidad, compatibilidad, seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos destinados a trasplantes.

Programas de trasplantes de órganos de donantes vivos

Los programas de trasplante que se realizan con donantes vivos cumplirán con la legislación y normativa local y regional y proteger los derechos de las/los donantes reales o potenciales. A fin de asegurar una correcta toma de decisiones, se debe asignar a una persona con conocimientos acerca de donación de órganos de donantes vivos, trasplantes, ética médica y consentimiento informado (el cual tiene que ser específico para la donación de órganos por parte de posibles donantes vivos).

Los programas que realizan trasplantes de donantes vivos emplearán criterios de selección clínicos y psicológicos para determinar la aptitud de los potenciales donantes vivos. La atención que se les brinde tendrá que estar guiada por planes individualizados en cuanto al apoyo psicológico y a la atención sanitaria durante las fases de evaluación, donación y alta.

Sección 4 | GESTIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS Y DE MANEJO DE MEDICAMENTOS

Capítulo 1. Anestesia y cuidados quirúrgicos (ASC)

Organización y gestión

El hospital debe contar con un servicio de sedación y anestesia, con procedimientos formalmente establecidos de acuerdo con los requerimientos de las/los pacientes oncopediátricos/os. Contará también con profesionales de guardia que asistan en situaciones de urgencia fuera del horario habitual.

Es importante contar, además, con equipamiento médico y suministros de emergencia adecuados y con personal debidamente entrenado en el soporte vital avanzado de pacientes pediátricos. Los servicios de sedación y anestesia tienen que cumplir con los estándares en cuanto a formación profesional así como con los estándares de atención, leyes y reglamentos locales y nacionales.

Atención quirúrgica

La evaluación pre quirúrgica de la/del paciente constituye la base para seleccionar el procedimiento quirúrgico apropiado y para identificar aquellos hallazgos generados durante la evaluación que pudieran resultar significativos.

La atención quirúrgica de cada paciente se planificará y registrará por escrito de acuerdo con los resultados de la evaluación, y se le explicará a la/al paciente y su familia-cuidadores acerca de los riesgos, beneficios y alternativas de la intervención propuesta.

Para garantizar una atención continua se adjuntará el parte quirúrgico y se redactará el plan de atención y seguimiento post quirúrgicos en la historia clínica de la/del paciente.

Capítulo 2. Manejo y uso de medicamentos (MMU)

Organización y administración

El uso de medicamentos en el hospital estará organizado para satisfacer las necesidades de las/os pacientes, cumpliendo con la legislación y normativa de aplicación y con la supervisión de la dirección de farmacéuticas/os autorizadas/os u otros profesionales calificadas/os. La metodología empleada estará formalmente descrita en procedimientos documentados, formalmente establecidos, donde figuren, además, cuáles son sus registros.

Un sistema seguro de gestión de los medicamentos tiene que contemplar al menos los siguientes aspectos:

- Planificación de compra y distribución.
- Selección y adquisición.
- Almacenamiento.
- Prescripción.
- Validación farmacéutica.

- Preparación y dispensación.
- Administración.
- Monitoreo.
- Evaluación.

La gestión de los medicamentos no solo es responsabilidad del servicio de farmacia, sino también de directivos y de profesionales sanitarios. Las/os profesionales de la salud que intervienen en el proceso de utilización de la medicación dispondrán de fuentes apropiadas de información sobre medicamentos.

En aquellos casos en que no haya una farmacia, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica de acuerdo con la política del hospital. En otros casos, en los que haya una gran farmacia central, ésta puede organizar y controlar los medicamentos en todo el hospital. La gestión efectiva de los medicamentos incluye todas las áreas del hospital: ambulatorio, internación y unidades especializadas.

Independientemente de la forma de organización de la gestión de los medicamentos en el hospital, una persona calificada (capacitada, autorizada y/o legalmente designada) supervisará directamente las actividades de gestión de estos.

Se desarrollará e implementará un programa de optimización para el uso racional de antibióticos en el que participan profesionales de prevención y control de la infección, médicas/os, enfermeras/os, farmacéuticas/os, personal en formación, pacientes, familias y otros.

Para garantizar la eficiencia en el manejo y uso de los medicamentos, el hospital llevará a cabo una revisión del sistema de gestión, al menos una vez al año. En esta revisión se incluirán criterios de seguridad y eficacia e indicaciones y disposiciones de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Por último, se requiere de un instructivo para la petición de medicación para uso compasivo⁹ a la ANMAT¹⁰, ya que es frecuente en oncohematología y aún más en pediatría.

Selección y adquisición de medicamentos

El hospital confeccionará y mantendrá una lista de todos los medicamentos que tiene en existencia o que se encuentren fácilmente disponibles de fuentes externas. La selección de medicamentos se realizará mediante un proceso colaborativo que tenga en cuenta las necesidades y seguridad de la/del paciente así como los aspectos económicos. Este listado tiene que ser revisado periódicamente por personal calificado o por un comité formalmente designado con participación activa de

⁹ El uso compasivo consiste en la utilización de un medicamento autorizado para otra indicación, o que está a la espera de ser autorizado para esa indicación concreta habiendo demostrado en estudios su eficacia, y que se solicita para pacientes que no pueden ser tratados satisfactoriamente con otro fármaco. De forma excepcional, las autoridades pueden permitir el uso de estos medicamentos cuando se consideran indispensables para un paciente concreto.

¹⁰ Para más información y la obtención del formulario correspondiente, sugerimos ingresar a la página web de la ANMAT (www.anmat.gov.ar).

profesionales sanitarios que intervienen en la prescripción, dispensación, administración y monitoreo de la/del paciente.

Deberá establecerse un procedimiento documentado que describa la metodología para la actualización del listado de medicamentos. Además, todos los medicamentos prescritos tendrán que estar disponibles. Para aquellos que no lo estén, la farmacia del hospital dispondrá de fuentes externas para cubrir estas necesidades. Existirá también un procedimiento documentado que describa la metodología de abastecimiento de medicamentos durante la noche, o cuando la farmacia se encuentra cerrada.

Almacenamiento

Los medicamentos pueden estar almacenados dentro de depósitos especialmente habilitados, en una farmacia, en las unidades de atención a pacientes o en los controles de enfermería de las unidades clínicas. Estos lugares de almacenamiento tienen que estar formalmente designados.

Además, cada hospital determinará la ubicación de los medicamentos de emergencia y controlará los medicamentos que se suministren en esos lugares (ej.: quirófano, carro de reanimación en sala y otros).

Debe existir un procedimiento documentado que describa la metodología a seguirse para el uso o destrucción de medicamentos vencidos u obsoletos.

Un medicamento vencido es aquel que ha pasado la fecha de vencimiento que figura en el envase original del fabricante. Una medicación obsoleta es aquella cuyo envase se mantiene abierto de manera segura y efectiva para su utilización durante un periodo de tiempo corto luego de ser abierto (vida útil). Estos medicamentos obsoletos tendrán que marcarse con una fecha de vencimiento en base a la fecha de su apertura inicial, para que el personal conozca la fecha final de utilización.

Se establecerán y documentarán formalmente un procedimiento que describa la identificación, el acuse de recibo, el etiquetado, el almacenamiento y el control y distribución de medicamentos específicos, radiofármacos, con fines de investigación u otras similares.

Los medicamentos de uso en emergencias se almacenarán de forma controlada, protegiéndose frente a pérdidas o robos. Será necesario monitorearlos y reemplazarlos de manera oportuna después de su uso o cuando se encuentran vencidos o averiados.

El hospital contará con un procedimiento documentado que describa la metodología a ser ejecutada en caso de necesidad de retiro de medicamentos (Recall).

Órdenes y transcripción

El hospital llevará a cabo procedimientos documentados que indiquen cómo realizar una prescripción y transcripción segura. Estos procedimientos tienen que incluir cuáles son los pasos a seguir en caso de prescripciones incompletas, ilegibles o que no estén claras, incluyendo las medidas que se adoptarán para evitar una nueva

ocurrencia de este tipo. Se establecerán los elementos requeridos de una orden o prescripción completa.

Cada hospital es responsable de identificar a las personas que poseen el conocimiento y la experiencia requeridos, y que además estén autorizados —de acuerdo a la legislación o normativa vigente—, para prescribir medicamentos.

Un hospital puede limitar la prescripción o emisión de órdenes por parte de una persona, como en el caso de las sustancias controladas, los agentes de quimioterapia o los medicamentos radioactivos o de investigación. Hay que registrar estos casos.

Las historias clínicas de las/los pacientes deben incluir siempre la lista de los medicamentos administrados, incluso aquellos que recibían antes del ingreso a internación o del registro como paciente ambulatorio. Esta información se pondrá a disposición de las/os profesionales de la salud; médicas/os, enfermeras/os y farmacéuticas/os.

Preparación y dispensación de medicamentos

La farmacia u otros servicios que posean la capacitación y experiencia adecuadas prepararán y dispensarán los medicamentos en un entorno limpio y seguro que cumpla con la legislación, la normativa y los estándares de calidad de la práctica profesional.

El personal que prepara productos estériles o medicación utilizando viales multidosis tendrá que estar formado en los principios de la preparación de medicamentos y en técnicas de asepsia.

Una adecuada gestión de medicamentos incluirá revisiones de cada prescripción u orden y respetará la etapa de validación:

- I. La idoneidad del medicamento para cada paciente y sus necesidades clínicas, que se realiza cuando el medicamento se prescribe u ordena.
- II. La verificación en el momento de la administración de que el medicamento es exactamente lo que se ordenó o prescribió.
- III. Una revisión cruzada de las posibles interacciones entre fármacos y de alergias.

Después de la preparación, los medicamentos que no se administren de inmediato se etiquetarán con su nombre, la dosis/concentración, la fecha de preparación, la fecha de vencimiento y dos identificadores de la/del paciente.

Administración de medicamentos

El hospital identificará a las personas autorizadas y calificadas para administrar medicamentos por medio de la descripción del puesto de trabajo. Sólo administran medicamentos aquellas personas autorizadas por el hospital o por la legislación, normativa o autorización pertinente.

Deberá existir un procedimiento documentado para la administración de medicamentos que verifique que sea el correcto en base a la prescripción o la orden médica. Se incluye la verificación de:

- El medicamento con la prescripción.
- La hora y frecuencia de administración con la prescripción.
- La dosificación con la prescripción.
- La vía de administración con la prescripción.
- La identidad de la/del paciente con dos o más identificadores.

Cuando el medicamento se prepara y se dispensa en la unidad ambulatoria de atención o en la internación, la revisión de idoneidad también será realizada por una persona calificada.

Todos los medicamentos administrados quedarán registrados en la historia clínica de la/del paciente, incluyéndose el nombre de la/del profesional, fecha y hora de la administración.

El hospital establecerá y mantendrá procedimientos de gestión y control de los medicamentos que no se dispensen en la farmacia del hospital, como por ejemplo las muestras o los que pueda traer la/el paciente o sus familiares.

La/el médica/o que realiza el seguimiento de cada paciente registrará en la historia clínica aquellos medicamentos traídos por el/la paciente o por algún familiar. También se registrará cualquier autoadministración.

Monitoreo de efectos de medicamentos administrados

Pacientes, médicas/os, enfermeras/os y otras/os profesionales sanitarios trabajarán en conjunto con el fin de monitorear a las/os pacientes que reciben medicación de alto riesgo. Los objetivos de este monitoreo se basan en la evaluación del efecto (adverso o no) del medicamento sobre los síntomas o la enfermedad de la/del paciente, además del recuento sanguíneo, la función renal, la función hepática y otra monitorización con medicamentos seleccionados.

El hospital establecerá y mantendrá un procedimiento para notificar y actuar ante errores de medicación e incidentes de seguridad sin daño para la/el paciente. Resulta de importancia educar al personal en el proceso de notificación; que es colaborativo ya que en él participan todos los involucrados en los diferentes pasos de la gestión del medicamento. El proceso de notificación forma parte del programa de calidad y seguridad del/la paciente del hospital.

Las notificaciones de eventos adversos con o sin daño para la/el paciente serán analizadas por una o más personas responsables con capacidad para la implementación de acciones de mejora sistémicas. El programa tiene como meta evitar los eventos adversos o incidentes de medicación y/o minimizar las consecuencias de estos mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en el hospital y en otras organizaciones, y de los factores contribuyentes en la aparición de incidentes de seguridad sin daño. Para prevenir errores en el futuro se

realizan mejoras en los procesos de medicación y capacitación y entrenamiento del personal. La farmacia participará en dicha formación del personal.

De acuerdo con el monitoreo realizado, la dosificación o el tipo de medicamento se puede ajustar cuando sea necesario. Es apropiado monitorear estrechamente la respuesta de la/del paciente a la/s primera/s dosis de un medicamento nuevo para ella/él. Tal monitoreo pretende identificar la respuesta terapéutica prevista así como las respuestas alérgicas, las interacciones no previstas de un fármaco con otro o un cambio en el equilibrio de la/del paciente que incremente el riesgo de caídas, entre otros.

El monitoreo de los efectos de los medicamentos incluye la observación y el registro de cualquier efecto adverso. El hospital, entonces, contará con un procedimiento documentado que establezca la metodología para identificar y registrar en la historia clínica todos los efectos adversos que se detecten y los que son necesarios comunicar. El hospital establecerá un mecanismo para reportar efectos adversos cuando se estime necesario y el plazo para hacerlo.

Sección 5 | GESTIÓN DE ACTIVIDADES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES

Capítulo 1. Mejora de la calidad y seguridad de pacientes

Análisis y validación de los datos de medida

El hospital debe contar con un programa de calidad y seguridad de atención de pacientes que incluya la incorporación y análisis de datos. Esto brinda apoyo en la atención en general, en el programa de gestión de calidad del hospital y en la participación en bases de datos externas.

El programa de mejora de calidad medirá el nivel de adherencia a la utilización de guías de práctica clínica por parte de las/los profesionales. Los datos agregados estarán disponibles y compartidos con instituciones externas de acuerdo con la normativa y las leyes vigentes, procurando mantener la confidencialidad y seguridad de la información.

El hospital establecerá el análisis y la propuesta para la mejora ante la detección de tendencias desfavorables en los datos agregados.

El programa de seguridad y calidad de la/del paciente ha de contar con personal con experiencia, habilidades y conocimientos apropiados en la agregación y análisis de datos que darán información útil en la identificación de las oportunidades de mejora.

Se establecerá la periodicidad en el análisis, el mecanismo de divulgación de la información obtenida y, eventualmente, el análisis comparativo con instituciones, fuentes bibliográficas etc.

La identificación y gestión de los eventos centinelas estará protocolizada y el hospital tendrá que definir cuáles son los eventos a ser monitoreados, comprometiéndose a realizar el análisis de causa raíz dentro de los 45 días del evento y sugerir propuestas para la mejora.

Un evento centinela es un incidente imprevisto que supone la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves e indican la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata. De forma similar, la institución adaptará un proceso definido para la identificación y el análisis de los incidentes de seguridad que no llegaron a la/al paciente.

Gestión de las oportunidades de mejora

El hospital planificará e implementará mejoras en la calidad y seguridad de los/las pacientes. Toda mejora tiene que ser documentada y los datos de las acciones del programa han de estar disponibles.

La institución implementará un programa continuo de gestión de riesgos con el fin de identificar y reducir de manera proactiva los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para las/los pacientes y el personal.

De la misma forma, este programa ha de identificar y priorizar los riesgos potenciales asociados, al menos, con las funciones estratégicas, financieras y operativas del

hospital y analizarlos con una frecuencia estipulada para establecer propuestas para la mejora

Capítulo 2. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud

Objetivos del programa de control de infecciones

El hospital contará con un programa integral de control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), que identifica los procedimientos y procesos asociados al riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo de infección. El programa será integral y estará destinado a prevenir el riesgo de infecciones en las/los pacientes y en el personal.

El hospital utilizará un enfoque basado en riesgos para identificar aquellas infecciones epidemiológicamente importantes y los sitios de infección como también los dispositivos, procedimientos y prácticas asociadas sobre las que harán foco para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de infecciones en la atención sanitaria.

Se implementarán guías de práctica clínica, programas de optimización del uso de antibióticos, programas para reducir las infecciones comunitarias y hospitalarias e iniciativas para disminuir el uso innecesario de dispositivos invasivos, lo cual puede bajar significativamente las tasas de infección.

El hospital debe abordar estrategias de control de IAAS con el objetivo de reducir las tasas de infección según el enfoque de riesgo realizado y monitorear las tasas de infección y las tendencias a las infecciones relacionadas con la atención sanitaria a fin de implementar estrategias para la mejora.

Se pondrá especial atención en la capacitación y entrenamiento de higiene de manos y el uso de equipamiento de protección personal (EPP).

Gestión de equipos, dispositivos y suministros médicos

El hospital mantendrá procedimientos formalmente establecidos destinados a la reducción del riesgo de infecciones relacionadas con el uso de equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos, garantizando una limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento adecuados e implementando, además, una metodología para el tratamiento de suministros vencidos.

El fallo en la adecuada limpieza, desinfección o esterilización, y el uso o almacenamiento inadecuados de equipos, dispositivos y suministros, no solo pone en riesgo a las/os pacientes sino que también lleva consigo un riesgo de transmisión de infecciones persona a persona. El riesgo de infección se minimiza con unos procesos correctos de limpieza, desinfección y esterilización.

Las instrucciones para una adecuada limpieza se formalizarán con la utilización de agua con detergentes o productos enzimáticos. Antes de la desinfección de alto nivel y de la esterilización, es necesaria una limpieza a fondo porque los materiales orgánicos e inorgánicos que permanecen en las superficies de los instrumentos interfieren con la efectividad de estos procesos.

La desinfección de los equipos y dispositivos médicos abarca tanto las técnicas de bajo como de alto nivel. La desinfección de bajo nivel se utiliza para instrumentos como estetoscopios, glucómetros y otros equipos no invasivos. La desinfección de bajo nivel es también adecuada para artículos como teclados de ordenador, teléfonos y mandos de televisor. La desinfección de alto nivel se utiliza si la esterilización no es posible, como en el caso de endoscopios y laringoscopios flexibles. Deberán existir especificaciones formales para estas desinfecciones.

La esterilización de los suministros médicos/quirúrgicos y de otros dispositivos y equipos invasivos incluye varios métodos diferentes, y existen ventajas e inconvenientes para cada uno de ellos. El tipo de esterilización utilizada depende de la situación en que tenga lugar la esterilización y de lo que se esté esterilizando. Por ejemplo, el calor húmedo en forma de vapor saturado bajo presión es el método más utilizado y el más fiable. Sin embargo, la esterilización con vapor solo puede utilizarse con artículos resistentes al calor y a la humedad. La esterilización a baja temperatura se utiliza más habitualmente con dispositivos y suministros médicos que son sensibles a la temperatura y a la humedad. La esterilización de ciclo corto o flash – también denominada esterilización con vapor para uso inmediato – se utiliza en situaciones en las que no hay tiempo suficiente para esterilizar un artículo usando el método de vapor saturado bajo presión. Los hospitales seguirán guías profesionales de práctica para las técnicas de esterilización que mejor se ajusten al tipo de situaciones de esterilización y a los dispositivos y suministros que se esterilizan, y estos procedimientos tendrán que estar documentados, como así también los registros de cada ciclo de esterilización.

La limpieza, desinfección y esterilización pueden llevarse a cabo en un área centralizada de esterilización del hospital o, con una correcta supervisión, en otras áreas del hospital, como puede ser el sector de gastroenterología o de endoscopia. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización mantendrán los mismos estándares dondequiera que se realicen en el hospital.

Es crucial que el personal siga las prácticas estandarizadas para minimizar los riesgos de IASS. El personal que procesa equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos debe recibir orientación y formación, y ser competente en las prácticas de limpieza, desinfección y esterilización, que serán llevadas a cabo con una adecuada supervisión.

Con el fin de evitar la contaminación, los artículos limpios y estériles se almacenan de manera apropiada en áreas de almacenamiento establecidas, las cuales han de encontrarse limpias, secas y protegidas del polvo, la humedad y de las temperaturas extremas. Lo ideal es que los artículos estériles se almacenen separados de los artículos limpios, y que las zonas de almacenamiento estéril sean de acceso limitado. Algunos artículos desinfectados requieren condiciones específicas de secado y almacenamiento para garantizar una desinfección completa y a fondo. Por ejemplo, tras la desinfección, los endoscopios deben poder colgarse libremente sin entrar en contacto con superficies, con el fin de evitar la acumulación de fluido en el extremo.

Se tendrá que contar con protocolos de limpieza de derrames de sangre y fluidos corporales.

Han de establecerse y mantenerse prácticas seguras para el manejo y eliminación de objetos punzantes y agujas, con el fin de reducir el riesgo de lesión y exposición potencial a la enfermedad.

La eliminación adecuada incluye el uso de recipientes que puedan cerrarse, que no permitan punciones, que sean a prueba de derrames en los lados y en el fondo, y que no puedan ser reutilizados. Los recipientes deben ser fácilmente accesibles para el personal y es necesario evitar que se sobrellenen.

Se contratarán proveedores que aseguren la eliminación adecuada de recipientes de residuos patológicos, de acuerdo con las leyes y regulaciones jurisdiccionales.

Servicios de alimentos

El hospital disminuirá el riesgo de infecciones relacionadas con el funcionamiento de los servicios de alimentos procurando que el almacenamiento de alimentos y productos nutricionales se lleve a cabo en condiciones de higiene, temperatura, luz, humedad, ventilación y seguridad adecuadas. En la cocina del hospital es necesario implementar medidas de higiene para evitar el riesgo de contaminación cruzada, especialmente de alimentos crudos a alimentos cocinados.

Riesgos de construcción

El hospital debe reducir el riesgo de infección en las instalaciones relacionado con los controles mecánicos y de ingeniería y durante las obras de demolición, construcción y renovación.

Estos controles, como los sistemas de ventilación de presión positiva, extractores biológicos en los laboratorios, termostatos en unidades de refrigeración y en calentadores de agua usados para esterilizar platos y equipos de cocina, son ejemplos del destacado aporte de los estándares ambientales y controles para la buena desinfección y reducción de riesgos de infección en el hospital.

La demolición, construcción o renovación de ambientes, dentro o cerca del hospital, puede ser un gran riesgo para el control de infecciones. La exposición al polvo y a los residuos de construcción, al ruido, la vibración y otros peligros puede ser potencialmente peligrosa.

Se habrán de realizar análisis de riesgos para tratar el impacto de la renovación o nueva construcción, evaluando los requisitos de la calidad del aire, prevención y control de infecciones, requisitos de servicios, ruido, vibración y procedimientos de emergencia.

Transmisión de infecciones

El hospital proporcionará precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protejan de las enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes y personal. Se deberán establecer y mantener procedimientos destinados a la protección de las/os pacientes inmunodeprimidos y susceptibles de adquirir infecciones a las que son

particularmente vulnerables. El hospital desarrollará políticas y procedimientos que establezcan normas de aislamiento de acuerdo con las guías y recomendaciones vigentes. El aislamiento de las/os pacientes se basará en su condición (inmunodeprimida/o), tipo de infección y mecanismo de transmisibilidad.

Las habitaciones con presión positiva han de monitorearse para verificar su correcto funcionamiento. En el caso de habilitar habitaciones temporales con presión negativa, debe cotejarse el cumplimiento de las normas de habilitación y las medidas de seguridad contra incendios.

La limpieza de las habitaciones infectadas —tanto durante el transcurso de la hospitalización de la/del paciente como tras el alta—, de las áreas críticas, de los quirófanos, debe cumplir con las guías y protocolos vigentes en control de infecciones. Se dispondrá de guantes, mascarillas, protectores oculares, jabón, desinfectantes y otros equipos de protección.

El personal tiene que estar capacitado acerca del correcto uso del equipo de protección personal. El hospital asegurará la correcta desinfección de aquellas áreas consideradas de riesgo de transmisión de infecciones.

ANEXO I

Estratificación

La estratificación de los centros oncológicos se asienta en el entendimiento de que, en la atención del cáncer infantil, los equipos de salud y los centros tratantes pueden ser múltiples y que estos a su vez deben estar organizados con una lógica de atención de acuerdo con niveles de complejidad creciente, cumpliendo, además, con ciertos estándares de atención del paciente oncológico que le permitan brindar una atención de calidad.

Objetivos de la Estratificación de UHOP:

- Conocer la capacidad instalada de cada centro respecto al diagnóstico y tratamiento de Leucemias y Linfomas, Tumores Sólidos, Tumores del SNC, Retinoblastoma, Tumores Óseos y Tumores Hepáticos.
- Establecer lineamientos claros de resolución del paciente oncopediátrico.
- Formalizar la red de atención de la/del paciente oncológica/o bajo una estrategia de cuidado integral y atención compartida.

Esta línea de acción está orientada a fortalecer las Unidades de Hematología y/u Oncología Pediátrica y a identificar y explicitar una red de atención de la niña/el niño y adolescente con cáncer que permita, bajo una lógica federal de atención y de acuerdo con niveles de complejidad creciente, fortalecer los procesos de referencia, contrarreferencia, atención compartida y tratamientos que brinden una atención de calidad de acuerdo con normativas y consensos vigentes.

Este proceso de estratificación y su herramienta de validación surge de un proceso de construcción conjunta que involucra a la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y a las/os integrantes de la red de Oncopediatría (referentes provinciales, opinión de expertos y autoridades nacionales), lo cual le aporta una adecuación a la lógica de atención en todo el territorio nacional.

La herramienta de estratificación propone evaluar la presencia o no de ciertas características indispensables que debe reunir cada unidad de Hematología y/u Oncología Pediátrica, teniendo en cuenta cuatro dimensiones: Recursos Humanos, Infraestructura y Equipamiento, Imágenes y Radioterapia y Atención Integral de la/del paciente oncológica/o de acuerdo al tipo de tumor (Leucemias, Linfomas, Tumores del SNC, Tumores Óseos, Retinoblastoma y Tumores Sólidos) y a la complejidad de los mismos.

Para cada una de las dimensiones se indagan, a través de un cuestionario autoadministrable, un listado de características que, de acuerdo con el tipo de patología, serán requisito exigible en una y deseables en otra (ej.: la presencia de oftalmólogo/a experta/o en Retinoblastoma será exigible en las UHOP que brinden tratamiento de dicha patología y no en otros centros integrantes de la red).

El nivel de complejidad es estratificado por tipo de tumor, existiendo 4 categorías: Unidades de Diagnóstico, Referencia y Seguimiento (UDRS), UHOP de Complejidad

Estándar, UHOP de Alta Complejidad y UHOP de Máxima Complejidad, las cuales se definen a continuación:

1) Unidades de Diagnóstico, Referencia y Seguimiento (UDRS): atención de pacientes con sospecha diagnóstica de patología oncológica y cuidados post-tratamiento. Cuidados paliativos. Control compartido de pacientes durante el tratamiento.

2) Unidad Estándar: atención de pacientes de baja complejidad clínico-oncológica. Cuenta con al menos 2 especialistas en oncopediatria. Atiende pacientes de alta complejidad de resolución de manera compartida con Centro de Referencia y/o Grupo Cooperativo. Ejemplos de tumores que atienden: leucemias linfoblásticas estándar, linfomas estadio I y II, tumores de SNC (en forma compartida) y tumores sólidos localizados.

3) Alta Complejidad: atención de paciente de alta complejidad clínico-oncológica. Cuenta con al menos 2 especialistas en oncopediatria con experiencia (ver glosario). Cuenta con Unidad de Terapia Intensiva Infantil tipo 2. Atiende pacientes de máxima complejidad de resolución de manera compartida con Centro de Referencia y/o Grupo Cooperativo. Ejemplos de tumores que atienden: leucemias mieloides agudas, tumores de SNC, tumores sólidos según complejidad y algunos tumores raros.

4) Máxima Complejidad: atención de pacientes de máxima complejidad clínico-oncológica. Cuenta con especialistas oncopediátricos/os expertas/os. Cuentan con capacidad de realizar trasplante (células hematopoyéticas, hepático y renal). Departamento de Docencia e Investigación con formación de especialistas pediátricos en cáncer infantil. Cuenta con Unidad de Terapia Intensiva Infantil tipo 1. Ejemplos de tumores que atienden: leucemias de muy alto grado, retinoblastomas metastásicos, tumores renales bilaterales, sarcomas metastásicos, neuroblastomas de alto riesgo, tumores raros y tumores de SNC de compleja resolución, tumor óseo con reemplazo con hueso cadavérico.

Para poder clasificar las 4 categorías se pondera cada pregunta del cuestionario utilizando una clasificación consensuada: Deseable (recomendable), Exigible (requerido) o Imprescindible/Prioritario (obligatorio y excluyente).

De acuerdo a la combinación de respuestas y sus puntos de corte preestablecidos, se define cada categoría de UHOP según las capacidades resolutivas para cada patología.

Instituto Nacional del Cáncer

www.argentina.gob.ar/salud/inc

**INC responde:
0800 333 3586**

ISBN 978-987-48888-1-5



**Instituto Nacional
del Cáncer**



**Ministerio de Salud
Argentina**

