



MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LINFOMAS

Comité de Linfomas
Unidad Funcional de Linfomas

2024





Esta guía de práctica clínica ha sido elaborada y cuenta con el aval científico de GELTAMO (Grupo Español de Linfomas / Trasplante Autólogo de Médula Ósea):



Secretaría Científica de GELTAMO

c/ Aravaca nº12, 1ºB

28040, Madrid

sc@geltamo.com

Tel.: (+34) 91 319 57 80 - Fax: (+34) 91 391 33 83

© de la información: los autores

© de la edición: Grupo Español de Linfomas y Trasplante Autólogo de Médula Ósea (GELTAMO)

Diseño, Composición y Maquetación:

Treelogy Medical Marketing S.L. (2023)

Impreso en España / *Printed in Spain*

ISBN: 978-84-09-61182-9

Depósito Legal: M-11397-2024

AUTORES

Coordinación:

Eva González Barca

Instituto Catalán de Oncología, Hospitalet de Llobregat. Universidad de Barcelona, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge IDIBELL, Barcelona.

Autores:

Sonia González de Villambrosia

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), Santander.

María Elena Amutio

Hospital Universitario Cruces. Instituto de Investigación Sanitaria Bio-Bizkaia. Barakaldo, Bizkaia.

María Stefania Infante

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Raúl Córdoba Mascuñano

Jefe Asociado Hematología. Coordinador Unidad de Linfomas. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

María José Terol Casterá

Unidad de linfomas, Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario, Instituto de Investigación INCLIVA, Valencia.

Mariana Bastos Oreiro

Unidad de Linfomas. Servicio de Hematología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM. Madrid.

Antonio Gutiérrez García

Unidad de Linfomas. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Son Espases, IdISBA. Palma de Mallorca.

ABREVIATURAS

BAG:	biopsia con aguja gruesa
CdL:	Comité de Linfomas
HMRN:	Haematological Malignancy Research Network
LBDCG:	linfoma B difuso de célula grande
LF:	linfoma folicular
LH:	linfoma de Hodgkin
LNH:	linfomas no hodgkinianos
ICC:	<i>International Consensus Classification</i>
NCI:	<i>National Cancer Institute</i>
NK:	<i>natural killer</i>
OMS:	Organización Mundial de la Salud
REAL:	<i>Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms</i>
REDECAN:	Red Española del Cáncer
SARS-CoV2:	coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2
SEER:	<i>Surveillance, Epidemiology and End Results Program</i>
TC:	tomografía computarizada
PET:	tomografía de emisión de positrones
UFL:	Unidad Funcional de Linfomas
VGI:	valoración geriátrica integral
VHC:	virus de la hepatitis C
VIH:	virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

01. INTRODUCCIÓN	9
02. DEFINICIONES	13
03. MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR	15
04. COMITÉ DE LINFOMAS	19
4.1 DEFINICIÓN	19
4.2 OBJETIVOS	19
4.3 COMPOSICIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ	19
4.4 RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ	21
4.4.1 PRESIDENTE O COORDINADOR DEL COMITÉ	21
4.4.2 ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA	23
4.4.3 PERSONAL ADMINISTRATIVO	23
4.4.4 FACULTATIVOS ASISTENCIALES	24
4.5 DOTACIÓN FÍSICA: MATERIAL, EQUIPOS, INSTALACIONES	25
4.6 METODOLOGÍA DE PRESENTACIÓN DE CASOS	25
4.7 ACTA Y REGISTROS	27
4.8 INDICADORES DE CALIDAD DEL COMITÉ DE LINFOMAS	28
05. UNIDADES FUNCIONALES DE LINFOMAS	31
5.1 DEFINICIÓN	31
5.2 OBJETIVOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS	32
5.3 COMPOSICIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS	34
5.4 RESPONSABILIDADES DE LOS COMPONENTES DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS	35
5.4.1 COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMA (UFL)	35
5.4.2 FACULTATIVOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS Y DE DIAGNÓSTICO	36
5.4.3 ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA	37

5.4.4 COORDINADOR ADMINISTRATIVO	38
5.5 DOTACIÓN FÍSICA: MATERIAL, EQUIPOS, INSTALACIONES	39
5.6 PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS	39
5.6.1 DEFINICIÓN.....	39
5.6.2 CIRCUITOS RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN	40
5.6.3 CONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS	44
5.6.4 PROCESO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.....	51
5.7 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL RECOMENDADOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS	55

06. CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS LINFOIDES	57
--	-----------

07. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS LINFOIDES	71
--	-----------

08. BIBLIOGRAFÍA	85
-------------------------------	-----------

ANEXO 1. Acta del Comité de Linfomas.....	86
--	-----------

ANEXO 2. Infografía del Comité de Linfomas	90
---	-----------

ANEXO 3. Infografía de las Unidades Funcionales de Linfomas	92
--	-----------

011

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los linfomas presenta un enorme reto en el momento actual: al binomio presentación clínica y estudio histológico, hay que añadir la incorporación de técnicas genéticas y moleculares que están permitiendo la identificación de entidades específicas y conocer mejor su biología. Además, las actuales herramientas radiológicas y metabólicas permiten confirmar la extensión de la enfermedad y evaluar de forma muy precisa su respuesta tras el tratamiento.

Por otro lado, las terapias de los linfomas y otras neoplasias linfoproliferativas disponen actualmente de un amplio abanico de tratamientos de que van desde fármacos orales contra ciertas dianas, hasta la inmunoterapia y la terapia celular, pasando por la quimioterapia y la radioterapia.

El conocimiento profundo de cada uno de estos aspectos es inabarcable para los profesionales que atienden esta patología. La "superespecialización" es la norma en los hospitales referentes y la tendencia en los centros más pequeños. Además, es necesario el concurso de diferentes profesionales con diferentes perfiles de conocimiento para realizar el diagnóstico y plantear el mejor tratamiento para cada uno de los enfermos.

De esta necesidad de integrar las técnicas diagnósticas para plantear el mejor tratamiento nace el impulso de crear comités multidisciplinarios y unidades referentes. La primera aproximación para el diagnóstico y tratamiento integrado de los pacientes oncológicos tiene lugar en los denominados "Comités de Tumores", donde equipos multidisciplinarios discuten el diagnóstico y las pruebas necesarias para el estudio de extensión, y consensuan el mejor tratamiento para cada paciente. En el caso de la patología linfoide lo denominaremos "Comité de Linfomas" (CdL). Por otra parte, las "Unidades Multidisciplinarias" comportan la participación de diferentes equipos en los diferentes

procesos hasta la toma de decisiones. En el caso de la patología linfoide hablamos de la “Unidad Funcional de Linfomas” (UFL), que se puede definir como una estructura multidisciplinar creada para abordar el diagnóstico integral, definir el estudio de extensión y alcanzar decisiones consensuadas de manera ágil, y con profesionales expertos en la patología. En la UFL se establece un plan funcional en el que se diseñan diferentes circuitos, para que todas estas acciones se lleven a cabo de forma ágil y coordinada por los distintos profesionales y servicios implicados, y permite que los pacientes reciban el tratamiento consensuado de forma rápida. Esta estructura permite también evaluar resultados y establecer mecanismos de mejora.

A lo largo de las siguientes páginas vamos a tratar de proponer los aspectos organizativos para la constitución de CdLs y UFLs, tanto en hospitales referentes como en hospitales generales.

02

DEFINICIONES

- **Multidisciplinar:** forma de trabajo en la que diversos especialistas o profesionales trabajan de forma coordinada y programada en torno a la situación de pacientes concretos.
- **Enfermera de práctica avanzada:** enfermera con formación específica sobre un proceso o procesos patológicos concretos que coordina la atención del paciente y guía a este a lo largo del proceso, de modo que ésta tenga la máxima eficacia con las mínimas molestias para los pacientes.
- **Facultativo responsable:** médico especialista (en este caso hematólogo) que asume la atención del paciente de forma preferente, guiando su diagnóstico, información y tratamiento a lo largo del proceso, la evolución de su patología hasta el final del mismo, incluso si fuera preciso hasta los cuidados del final de la vida.
- **Biopsia:** muestra de cualquier tejido corporal en la que se realizan técnicas diagnósticas. Puede ser tanto biopsia escisional como por aguja gruesa, punch cutáneo, etc.
- **Registro:** documento en cualquier formato (informático, papel...) en el que queda depositada y conservada la información del paciente, relativa a cualquier aspecto de su proceso asistencial.
- **Indicador de calidad:** medición en cualquier punto del proceso (numérica o cualitativa) que proporciona información sobre el desarrollo del proceso. Debe ser accesible, sencillo y significativo.

03

MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Las neoplasias linfoides constituyen en su conjunto un tipo de neoplasia frecuente en nuestro país. Se trata de una patología compleja, con gran heterogeneidad, por lo que se precisan equipos asistenciales especializados para su manejo. Sin embargo, el volumen asistencial que suponen los pacientes con linfoma o síndromes linfoproliferativos es muy dispar entre los hospitales, en función del tipo de hospital y de su población de referencia.

A lo largo del documento nos referiremos a estructuras organizativas que tienen distinta entidad dependiendo del hospital donde estén situadas, su cartera de servicios, y el ámbito territorial que abarquen. En España existen dos modelos de atención multidisciplinar del cáncer: los comités de tumores y las unidades asistenciales.

La elección de una entidad multidisciplinar u otra vendrá determinada por los criterios de volumen, complejidad, dispersión geográfica, provisión de los recursos sanitarios para el diagnóstico y el tratamiento, etc. y podrán ser adaptados al centro sanitario y entorno en el que se desarrolla.

La finalidad de este documento consiste en proporcionar una herramienta que permita ayudar a organizar estas unidades o comités, e incluso en el futuro servir como documento base para acreditar su formación y funcionamiento. En la siguiente tabla se explica de forma resumida las características de los comités de tumores y de las unidades asistenciales:

Tabla 1. Comparación de características de Comité de Tumores y Unidad Asistencial.

	COMITÉ DE TUMORES	UNIDAD ASISTENCIAL
DEFINICIÓN	Entidad organizativa de la atención oncológica multidisciplinaria que integra a los profesionales involucrados en la toma de decisiones sobre la estrategia terapéutica y su aplicación basada en la evidencia científica y en el conocimiento experto.	La definición del comité de tumores, con la diferencia de que este modelo implica la modificación de la organización del proceso asistencial para mejorar la efectividad y la eficiencia.
CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none">■ Bajo volumen de casos.■ Dispersión geográfica o de los recursos para el diagnóstico y el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">■ Alto volumen de casos.■ Dificultad de organización relacionada con volumen y complejidad patológica.

POR QUÉ	<ul style="list-style-type: none">■ Garantizar un volumen global adecuado para la decisión y coordinación experta del proceso asistencial.■ Facilitar el tratamiento adecuado cerca del paciente cuando ello sea posible a igual calidad.	<ul style="list-style-type: none">■ Aumentar el conocimiento sobre los tumores.■ Garantizar el tratamiento en el entorno adecuado concentración de recursos y de conocimiento experto.■ Garantizar las mejores opciones terapéuticas.■ Aumentar la efectividad y la eficiencia del proceso asistencial.
----------------	--	--

04

COMITÉ DE LINFOMAS

4.1 DEFINICIÓN

El CdL es una entidad organizativa multidisciplinar que integra a los profesionales involucrados en la toma de decisiones sobre el diagnóstico y la estrategia terapéutica y su aplicación basada en la evidencia científica y en el conocimiento experto.

La frecuencia de las reuniones dependerá del volumen asistencial. En hospitales de alto volumen asistencial se recomienda realizar una reunión del CdL una vez a la semana. En hospitales con menos volumen se realizará una reunión del CdL al menos cada dos semanas.

4.2 OBJETIVOS

El objetivo principal del CdL es la toma de decisiones consensuadas basadas en la evidencia científica. Las decisiones serán colegiadas, teniendo siempre en cuenta la opinión del médico responsable del paciente.

4.3 COMPOSICIÓN DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ

En el CdL deben participar diferentes profesionales de diferentes servicios. La composición del comité debe ser multidisciplinar, aunque puede ser variable. Es importante que participen y asistan todos los profesionales implicados en el proceso asistencial, ya sea de las especialidades diagnósticas o terapéuticas o de enfermería, así como el personal administrativo.

Para considerar que se constituye un CdL deben participar al menos los siguientes profesionales:

Tabla 2. Profesionales sanitarios que constituyen un Comité de Linfomas.

SERVICIOS CLÍNICOS	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO / SOPORTE	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hematología clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anatomía patológica ■ Unidad de diagnóstico integrado de hematología ■ Diagnóstico por imagen (radiología y/o medicina nuclear) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tiempo parcial o completo

En el caso de centros más grandes, se recomienda que al Comité asistan los siguientes profesionales, todos ellos con especial formación y dedicación a los linfomas:

Tabla 3. Profesionales sanitarios que constituyen el Comité de Linfomas en centros más grandes.

SERVICIOS CLÍNICOS	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO / SOPORTE	PERSONAL DE ENFERMERÍA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hematología clínica ■ Oncología Radioterápica ■ Dermatología ■ Cirugía general y digestiva ■ Hematogeriatría ■ Cardiología ■ Neurología 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anatomía patológica ■ Unidad de diagnóstico integrado de hematología ■ Diagnóstico por imagen (radiología y/o medicina nuclear) ■ Farmacia hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tiempo parcial o completo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tiempo parcial o completo

De acuerdo con la organización y características del servicio y la asistencia sanitaria local o regional, podrán tomar parte del CdL otros profesionales cuyo criterio clínico puede ser crucial para un correcto diagnóstico y orientación terapéutica. Si los hubiese, dependerá de las condiciones específicas y organización de cada de servicio.

- Los miembros del equipo responsable de ensayos clínicos y otros estudios de investigación que se realicen dentro de la unidad.
- Los miembros de la Unidad de Trasplante y Terapia celular.
- Los médicos de los hospitales comarcales del área.
- Otros miembros del staff de los diferentes servicios implicados que lo deseen
- Los médicos residentes de los diferentes servicios implicados.

Entre los miembros del Comité, se elegirá al **presidente o responsable del Comité**, que será interlocutor visible para la Dirección y el resto de servicios hospitalarios, que establecerá los objetivos de trabajo y su seguimiento. Es importante considerar dentro de esta estructura a la figura del facultativo responsable del paciente.

4.4 RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ

4.4.1 PRESIDENTE O COORDINADOR DEL COMITÉ

El puesto debe estar ocupado por un especialista en hematología con experiencia en el manejo general del linfoma y su problemática, correspondiéndole una función moderadora del debate que garantice que todas las perspectivas profesionales serán escuchadas y promueva un consenso razonable basado en la evidencia científica disponible. Como mínimo, deberá haber estado implicado en al menos cinco años en el tratamiento de pacientes con linfoma.

Desempeñará funciones en el ámbito organizativo del equipo multidisciplinar, con el soporte del coordinador administrativo, como son:

- Hacer constar las decisiones terapéuticas consensuadas mediante acta.
- Velar por la eficiencia del Comité:
 - > Disponer de información de los pacientes antes de ser discutidos.
 - > Adecuar la distribución de tiempos de discusión en el Comité, separando los casos "presentables" de los "discutibles" (ver apartado metodología).
 - > Promover sesiones ágiles que permitan la valoración por parte del Comité de todos los pacientes con linfoma.
- Interlocución con los diversos Servicios hospitalarios para buscar la mejor atención de la patología/órgano.
- Interlocución con la dirección y ser voz del equipo en la comisión central de tumores.
- Interlocución con otros hospitales que remitan casos para una mejor coordinación de decisiones.
- Impulsar el desarrollo y la actualización de protocolos clínicos.
- Promover la investigación en el campo de la patología linfoide.
- Promover una mejor coordinación para la comunicación con el paciente.

Y también en el ámbito de la dinámica grupal:

- Activar y motivar al equipo, promoviendo el consenso y el que todos los miembros puedan opinar de manera independiente.
- Ayudar a establecer objetivos de corto y largo plazo, desarrollando herramientas que los reflejen y puedan recoger necesidades compartidas (Ej. un plan funcional).
- Homogeneizar los instrumentos de recogida de información.

- Gestionar positivamente los conflictos y promover la cohesión.
- Promover la homogeneidad en la práctica clínica como muestra de la cohesión clínica del equipo.
- Promover sesiones para compartir la evidencia científicas.
- Promover la formación de los miembros y de todo el personal que participa en el tratamiento del linfoma.

4.4.2 ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

Se trata de personal de enfermería con un elevado conocimiento clínico y capacidad organizativa sobre el conjunto del proceso asistencial que supone el linfoma. Con ello, el Comité dispone un coordinador global y el paciente, de una atención personalizada en todo el recorrido asistencial.

Funciones del personal de enfermería de práctica avanzada:

- Conocer en detalle todo el proceso clínico del paciente, así como de sus necesidades y preferencia de tratamiento específicas.
- Coordinar y acelerar pruebas diagnósticas.
- Organización y optimización de la agenda.
- Velar por los intervalos de tiempo entre los diferentes actos clínicos.
- Reforzar la comprensión de la información clínica en el paciente y adaptarla.
- Llevar a cabo la visita de finalización o cierre del tratamiento para explicar y planificar el seguimiento.
- Recogida y procesamiento de datos para control del proceso o proyectos de investigación.

4.4.3 PERSONAL ADMINISTRATIVO

Se trata de personal administrativo con altas competencias organizativas y conocimiento del proceso, cuyas funciones están orientadas al ámbito de la organización operativa del equipo:

- Convocar a los miembros del Comité.
- Actualizar el listado de pacientes especificando la fase clínica.
- Procurar que asista al Comité al menos un miembro de cada especialidad.
- Hacer constar en el acta las decisiones que se tomen.
- Velar por la eficiencia del Comité: disponer de información de los pacientes antes de ser discutidos.
- Recogida y procesamiento de datos para control del proceso o proyectos de investigación.
- Citación de los pacientes para pruebas diagnósticas y valoración clínica en consulta, mediante contacto telefónico y proporcionando la información adecuada.

4.4.4 FACULTATIVOS ASISTENCIALES

Por una parte, están los médicos implicados en alguna parte del proceso de diagnóstico y/o decisiones terapéuticas del paciente y por otra, el facultativo responsable del paciente. En algunos casos estas dos figuras pueden coincidir en la misma persona.

Funciones de los médicos implicados en el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas del paciente con linfoma:

- Mantener su competencia científica y clínica en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del linfoma, mediante el estudio y la asistencia a actividades formativas y congresos.
- Participar en el CdL bien como miembros natos o cuando los casos a tratar sean de su competencia.
- Poner en práctica las decisiones diagnósticas o terapéuticas que se adopten en el Comité, o transmitir las en el Servicio al que pertenecen.
- Participar en los proyectos de investigación que emanen del Comité.

- Participar en la formación y entrenamiento de otros profesionales para el manejo de pacientes con linfoma.

Funciones del **médico facultativo responsable del paciente:**

- Ser el responsable del manejo clínico del paciente en la clínica diaria (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, alta, cuidados paliativos, etc.).
- Coordinar las tareas diagnósticas necesarias para la definición adecuada de cada caso.
- Presentar el caso del paciente para su valoración en el CdL, aportando la información necesaria, así como llevar a cabo el manejo del paciente en función de las conclusiones.
- Explicar al paciente su enfermedad, el plan de tratamiento y discutir con el paciente las opciones terapéuticas que se presenten.
- Llevar a cabo y coordinar los tratamientos acordados para el paciente.
- Informar de la evolución del caso para la toma de decisiones según la situación (remisión, refractariedad, recaída, etc.).

4.5 DOTACIÓN FÍSICA: MATERIAL, EQUIPOS, INSTALACIONES

El CdL deberá tener asignado una zona física del hospital donde poder desarrollar sus funciones. Esta zona será estable y será conocida por todos los miembros del CdL. Se podrá compartir con otras áreas del hospital.

4.6 METODOLOGÍA DE PRESENTACIÓN DE CASOS

Con el fin de facilitar el funcionamiento del CdL se propone la siguiente dinámica de presentación de casos ordenados en distintos bloques:

- **Presentación de los casos nuevos diagnosticados por parte de Anatomía Patológica / Citología Hematológica:** una vez conocido el diagnóstico se llevará a cabo un registro del caso con la confirmación diagnóstica, para poder hacer seguimiento del paciente y programarle una primera visita.
- **Discusión de casos de nuevo diagnóstico ya visitados y con el estadiaje completado, pendientes de inicio de tratamiento:** una vez conocido el estadiaje se comentará otra vez el caso en el CdL con el fin de tomar una decisión terapéutica consensuada que quedará registrada. La finalidad es proporcionarle al paciente una estrategia terapéutica adecuada, consensuada y basada en los protocolos asistenciales.
- **Discusión sistemática de los casos de pacientes en seguimiento que recaen o progresan, y precisan tratamiento, o de aquellos pacientes los cuales durante su evolución surgen dudas diagnósticas:** se discutirá qué pruebas se consideren necesarias y el tratamiento más adecuado. Se registrará la recaída o progresión y la decisión que se tome, sea diagnóstica o terapéutica.
- **Discusión de casos con sospecha de linfoma aún no diagnosticados que necesitan obtención de muestra para diagnóstico:** registro del caso como sospecha diagnóstica y posterior programación de la prueba diagnóstica que se considere pertinente.

El administrativo o bien el secretario del comité cumplimentará los siguientes registros:

- Los casos nuevos con los diagnósticos correspondientes y las decisiones terapéuticas que se hayan tomado.
- Los pacientes con recaída o progresión y las decisiones terapéuticas que se hayan tomado.

Las decisiones terapéuticas se tomarán en base a la evidencia científica. Se utilizarán las guías existentes a nivel nacional o internacional para cada tipo de linfoma. Para ello, el CdL definirá y documentará

las guías o protocolos de práctica clínica y de cuidados, que se decida aplicar para cada una de las prestaciones de su cartera de servicios. Además, documentará las sucesivas evaluaciones periódicas y cuando sea preciso, sus modificaciones y adaptaciones.

4.7 ACTA Y REGISTROS

Se realizará un acta para cada paciente (**Anexo 1**) La información mínima que debe constar en el acta es

- Fecha de presentación del caso
- Diagnóstico: tipo de linfoma y código según la clasificación vigente
- Fecha de diagnóstico
- Estadio
- Índice pronóstico
- Plan terapéutico propuesto
- Asistentes al Comité

Se transcribirá la decisión registrada en el acta a la historia clínica del paciente. El médico que presenta el caso es responsable de verificar y firmar el acta.

En este sentido es deseable la creación de una herramienta informática que permita registrar los casos. Cada vez que se presente un caso se abrirá una ficha con datos sobre diagnóstico, pruebas de estadiaje, etc. Además, cada vez que el caso se vuelva a presentar en comité esta ficha podrá ampliarse con datos referentes a la recaída o recidiva, nuevas pruebas diagnósticas, resultados y nuevos tratamientos. Aparte de implicar una mejora en sí sobre el control de los pacientes, esta herramienta facilitará extraer datos estadísticos que informen sobre la calidad en los tiempos (demoras en realización de pruebas, etc.), así como enviar datos de pacientes de pacientes individuales a su historia clínica.

4.8 INDICADORES DE CALIDAD DEL COMITÉ DE LINFOMAS

Tabla 4. Indicadores de calidad del Comité de Linfomas.	
INDICADOR	ESTÁNDAR
La composición y responsabilidad de sus miembros está definida.	100%
La frecuencia de las reuniones está establecida .	100%
Asistencia regular a de las reuniones.	75%
Se realiza un registro de los asistentes al comité.	100%
Están identificadas y se disponen de guías de práctica clínica.	100%
Se sigue la metodología de trabajo para las presentaciones de los casos y la formulación de las decisiones terapéuticas.	100%
Se realiza un acta con el estadiaje y el plan terapéutico para cada paciente.	100%
Se transcribe del acta a la historia clínica del paciente de forma sistematizada.	100%

05

UNIDADES FUNCIONALES DE LINFOMAS

5.1 DEFINICIÓN

La UFL es una entidad organizativa multidisciplinar que integra a los profesionales involucrados en la toma de decisiones sobre la estrategia terapéutica y su aplicación basada en la evidencia científica y en el conocimiento experto. Este modelo implica además la modificación de la organización del proceso asistencial para mejorar la efectividad y la eficiencia. El CdL forma parte, en este caso, de la UFL. Una parte importante de la atención multidisciplinar es la unificación de la asistencia, mediante la creación de consultas monográficas que permiten un control más uniforme y una optimización en los tiempos de los diferentes procedimientos, permitiendo un inicio del tratamiento más ágil.

ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR INTRAHOSPITALARIA

La UFL pretende coordinar el trabajo de los diferentes especialistas implicados, organizados en un CdL que se reunirá con una periodicidad fija, lo que favorece, por un lado, una valoración integral del mismo, sus comorbilidades y las características de su enfermedad para una mejor decisión terapéutica, y, por otro lado, permite, la agilización de trámites, derivaciones, procedimientos, citas, etc. Para este fin, se programarán el mismo día las consultas con las especialidades implicadas.

ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR INTERHOSPITALARIA

La comunicación entre centros sanitarios es fundamental para un manejo precoz y ágil de los pacientes, contribuyendo también a una mayor satisfacción del mismo. Las solicitudes de valoración por parte de los centros de Atención Primaria o de otros hospitales serán valoradas en un plazo máximo de una semana, de forma que cuando sea necesario se proporcionará una cita en la UFL. Para poder proporcionar un tiempo razonable de citación en la UFL es importante la adecuada valoración y notificación de los signos o síntomas sospechosos.

5.2 OBJETIVOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS.

Con la puesta en marcha de las UFL se pretende obtener una mejora sustancial en la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes afectados de linfoma. Los objetivos concretos de dicha UFL son:

- **Mejorar el proceso asistencial de los pacientes diagnosticados de linfoma.** Desde la UFL se pretende ofrecer una valoración diagnóstica más ágil y de calidad, así como una aproximación terapéutica basada en un abordaje multidisciplinar y consensuado, optimizando los intervalos de tiempo necesarios para ello. Es voluntad de la UFL que todos los pacientes con sospecha de linfoma se diagnostiquen rápidamente, se realicen las pruebas de estadiaje establecidas por consenso y reciban un tratamiento personalizado todo ello en un intervalo corto y preestablecido de tiempo.
- **Proporcionar a los pacientes una figura de referencia.** Se ofrecerá a los pacientes una figura de referencia, de gestión del caso, a la que se podrán dirigir cuando sea necesario, facilitando así la resolución de dudas o problemas que puedan surgir durante el proceso oncológico. Dichas funciones recaerán en la enfermera de práctica avanzada o gestora de casos de la Unidad, la que, paralelamente a las funciones asistenciales, y en coordinación con el médico responsable del paciente, será responsable de facilitar la logística de realización de los estudios necesarios.
- **Mejorar la Calidad de Vida / Satisfacción del paciente.** Es previsible que la disminución en los intervalos de tiempo al diagnóstico y al establecimiento de un tratamiento consensuado permitan mejorar los resultados en salud de los pacientes con linfoma, proporcionando una asistencia más especializada y personalizada. Se pretende así también disminuir los niveles de ansiedad que implican este tipo de diagnósticos y aumentar la confianza de los pacientes como consecuencia del abordaje multidisciplinar.

- **Facilitar el control de intervalos y las evaluaciones internas.** La creación de unas consultas monográficas para el diagnóstico de los linfomas favorecerá el control epidemiológico y el cálculo de una estadística descriptiva que pueda ofrecer datos objetivos sobre la asistencia realizada.
- **Facilitar la formación continuada de los profesionales médicos y no médicos en diversos aspectos que competen al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.** De igual forma, participará en la formación sobre linfoma de otros profesionales relevantes asistencialmente en el manejo intra y extrahospitalario de estos pacientes: enfermería, equipos de cuidados paliativos, gestor de casos, servicio de urgencias, psicólogo, etc.
- **Favorecer el desarrollo de iniciativas de investigación clínica o traslacional** que partan del análisis de eficacia/eficiencia de la UFL y de la íntima relación con los servicios implicados en la misma.
- **Favorecer la difusión del conocimiento de la patología** mediante la difusión en redes sociales, organización de reuniones conjunta/ jornadas de puertas abiertas con asociaciones de pacientes.

5.3 COMPOSICIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS.

En la UFL tiene que haber participación de profesionales expertos en linfoma, de los siguientes servicios:

Tabla 5. Profesionales participantes en la Unidad Funcional de Linfomas.

SERVICIOS CLÍNICOS	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO / SOPORTE	PERSONAL DE ENFERMERÍA	COORDINADOR ADMINISTRATIVO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hematología clínica ■ Oncología Radioterápica ■ Dermatología ■ Cirugía general y digestiva ■ Hematogeriatría* ■ Cardiooncología* ■ Neurooncología* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anatomía patológica ■ Unidad de diagnóstico integrado de hematología: <ul style="list-style-type: none"> - Citología - Citometría de flujo - Genética molecular hematología ■ Servicio de Radiología ■ Servicio de Medicina Nuclear/ Unidad de PET ■ Farmacia hospitalaria* 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermería de práctica avanzada 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tiempo parcial o completo

*opcional

Se considerará la participación de otros profesionales cuyo criterio clínico puede ser crucial para un correcto diagnóstico y orientación terapéutica, si los hubiese, dependerá de las condiciones específicas y organización de cada de servicio.

- Los miembros del equipo responsable de ensayos clínicos y otros estudios de investigación que se realicen dentro de la unidad.
- Los miembros de la Unidad de Trasplante y Terapia celular.
- Los médicos de los hospitales comarcales del área.
- Otros miembros del staff de los diferentes servicios implicados que lo deseen.
- Los médicos residentes de los diferentes servicios implicados.

5.4 RESPONSABILIDADES DE LOS COMPONENTES DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS.

5.4.1 COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMA (UFL)

- Será también el coordinador del CdL, y tendrá las responsabilidades descritas como tal en el apartado de CdL.
- Organizar la asistencia y las consultas y visitas de los pacientes en la unidad.
- Establecer los circuitos diagnósticos y terapéuticos.
- Organizar el funcionamiento de la Unidad, orientándose a la consecución de los objetivos propuestos.
- Coordinar la comunicación y la colaboración entre los diferentes miembros.
- Establecer los circuitos diagnósticos y terapéuticos.

Requisitos:

- Poseer conocimientos y habilidades asistenciales en el linfoma.
- Enfocar el abordaje clínico interdisciplinariamente.
- Haber sido reconocido por parte de la institución como clínico.

- Tener capacidades de comunicación con los pacientes.
- Actuar de referente médico y orientador clínico.

5.4.2 FACULTATIVOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS Y DE DIAGNÓSTICO:

Además de las funciones detalladas para los miembros del CdL, los facultativos que formen parte de la UFL desarrollarán las siguientes funciones:

- Llevar a cabo la tarea asistencial en representación de las especialidades participantes en la unidad, atendiendo a los pacientes.
- Informar adecuadamente a los pacientes en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la patología: cirugía, secuelas, efectos secundarios de la quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.
- Asegurarse de que la información es bien asimilada por el paciente para poder llevar a cabo los trámites de obligado cumplimiento (firma de Consentimiento Informado) con conocimiento y comprensión por parte de este del tratamiento que se le llevará a cabo, incluyendo los motivos de la elección del tratamiento, ventajas esperadas, efectos secundarios esperados, posibles alternativas terapéuticas (en caso de que existan), etc.
- Atender y responder a todas las dudas que el paciente pueda tener respecto a la enfermedad o al tratamiento.
- Ofrecer de forma rápida y certera los resultados sobre las diferentes pruebas diagnósticas y realizar informes sobre las mismas, para el adecuado diagnóstico y estadiaje de los pacientes.
- Asistir a las reuniones del comité de forma regular.
- Responsabilizarse de la presentación y discusión de casos en el Comité.
- Colaborar en la elaboración de los protocolos asistenciales.
- Participar en la docencia y la investigación desarrollada en la Unidad.

5.4.3 ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA.

Tabla 6. Funciones del personal de enfermería de práctica avanzada.

VERTIENTE CLÍNICA

- Acogida del paciente desde la primera visita.
- Control asistencial del paciente durante el proceso diagnóstico y terapéutico, (control de constantes, seguimiento con documentación específica de enfermería, etc.).
- Contacto con los hospitales del área que nos remiten pacientes para recuperar tejido para la confirmación del diagnóstico, así como alguna prueba de estadiaje.
- Apoyo al personal facultativo para procedimientos diagnósticos (biopsias, etc.).
- Detectar las posibles necesidades físicas, psicológicas y sociales.
- Realizar educación sanitaria al paciente y a su entorno más próximo durante el proceso asistencial en cuanto a: tratamiento, toxicidad, pruebas diagnósticas, circuitos, complicaciones. También en cuanto a diagnóstico de forma complementaria al facultativo.
- Atención telefónica a los pacientes y a su entorno más próximo para la resolución de dudas o problemas relacionados con la toxicidad en los tratamientos o síntomas de la enfermedad.
- Colaborar en el desarrollo de la investigación clínica.
- Colaborar con la docencia de la unidad.

VERTIENTE DE GESTIÓN DEL CASO

- Control de los diferentes circuitos que seguirá el paciente, comprobando que se siguen de manera correcta y eficaz y detectando las posibles alteraciones.
- Controlar la correcta programación y realización de pruebas, visitas y tratamientos, contactando si fuera necesario con los diferentes servicios involucrados.
- Contactar con los centros hospitalarios para solicitar muestras de anatomía patológica.
- Seguimiento de los pacientes presentados en el CdL comprobando que se llevan a cabo las decisiones allí tomadas.
- Coordinar la atención asistencial en caso de urgencia.
- Colaborar decisivamente en el diseño de Guías Clínicas, aportando las trayectorias de enfermería.
- Llevar a cabo el seguimiento de las mismas.

5.4.4 COORDINADOR ADMINISTRATIVO

- Programar la primera visita una vez el coordinador de la UFL ha revisado las peticiones que hayan llegado al servicio (o una vez ha pasado por el Comité) y llamar al paciente para comunicarle.
- Programar las visitas de seguimiento y pruebas diagnósticas de los pacientes que acuden a visita médica. Contactar, en su caso, con los servicios necesarios para otros trámites (preoperatorio, pruebas de medicina nuclear, etc.).
- Tomar nota de las decisiones tomadas en el CdL y programar las exploraciones o visitas que se deriven de la discusión del caso.
- Realizar el acta del CdL, pasarla para revisión y firma del médico responsable del paciente.
- Publicar las decisiones de la UdL reflejadas en el acta, en la historia clínica del paciente.

5.5 DOTACIÓN FÍSICA: MATERIAL, EQUIPOS, INSTALACIONES

El programa tendrá unas **instalaciones específicas desde donde se realizará la coordinación del mismo y otras actividades asociadas (almacén de material, formación, etc.)**. Estas instalaciones podrán ser compartidas con otras actividades sanitarias.

Los cambios en las instalaciones deberán ser evaluados específicamente de cara a su impacto en el programa. Las instalaciones deberán ser mantenidas, limpiadas, etc. del mismo modo que el resto de instalaciones sanitarias de su nivel.

Se comunicará a todo el equipo las modificaciones de las instalaciones.

Equipos y aparataje:

- El programa contará con los equipos y aparatos necesarios para realizar su actividad. En concreto, los servicios diagnósticos deberán especificar los equipos que utilizan para estos pacientes, que deberán preferentemente estar dedicados de manera específica.
- En general, estos equipos estarán sujetos a mantenimiento y validación periódicos.
- La dotación de equipos y aparatos será proporcional a la actividad desarrollada y se repondrá o ampliará según las necesidades operativas.

5.6 PLAN FUNCIONAL DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS.

5.6.1 DEFINICIÓN

Los componentes de la UFL serán aquellos profesionales que desarrollen su labor asistencial dentro de la misma o que se vean claramente relacionados con los procesos asistenciales. Es decir, que esté dentro de agendas "UFL" o que la UFL gestione parte de su actividad asistencial. Todo tipo de relación distinta a la mencionada se encuadrará dentro del CdL.

La atención se realizará basándose en circuitos rápidos o simplificados de diagnóstico y estadiaje, así como de consultas multidisciplinarias. En este sentido, previamente deberá elaborarse un plan funcional donde se definan dichos circuitos dentro de las características de cada hospital o zona de salud.

5.6.2 .CIRCUITOS RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

1. Circuito rápido de diagnóstico.

Los pacientes pueden llegar a la consulta de la UFL en dos circunstancias diferentes:

1.1 Pacientes con la sospecha de linfoma, pero sin confirmación histológica (se tiene que obtener una muestra para diagnóstico), o pacientes recaídos en los que se necesita nueva muestra.

Los casos con la sospecha de linfoma al diagnóstico, pero sin confirmación histológica, serán poco frecuentes ya que la mayoría de los pacientes han de llegar a la UFL con el diagnóstico ya hecho. Los pacientes en los que se necesite obtener nueva muestra en el momento de la recaída serán más frecuentes. Los circuitos que se creen serán válidos para la obtención de muestras, tanto para el diagnóstico inicial como en las recaídas.

Habrán dos tipos de pacientes en los casos en que sea necesaria una muestra de tejido:

- Aquellos que está claro en la primera visita la mejor zona de biopsia (p.ej. adenopatía latero cervical).
- Aquellos en los que será necesario determinar el mejor abordaje para la biopsia diagnóstica: serán discutidos de forma urgente en el CdL.

Circuito rápido de obtención de muestras para diagnóstico (pacientes con la sospecha de linfoma, pero sin confirmación histológica, o pacientes recaídos que se quiera rebiopsiar):

■ Obtención de muestra de diagnóstico desde servicio quirúrgico o médico-quirúrgico:

Cuando un paciente tenga que someterse a una biopsia de un ganglio o extirpar el bazo, acudirá a la consulta de cirugía que forma parte de la UFL, programándose la cirugía en el intervalo máximo establecido en la UFL (idealmente de menos de diez días). Dependiendo de la localización se puede recurrir a los siguientes servicios quirúrgicos o médico-quirúrgicos:

- Área otorrinolaringológica como adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, amígdalas o parotídeas: servicio de otorrinolaringología o de cirugía maxilofacial.
- Adenopatías en tórax (mediastino, pleura o pulmones): servicio de cirugía torácica.
- Resto de áreas ganglionares (axilas y adenopatías de extremidades superiores, ingles y adenopatías de extremidades inferiores, esplenectomía o ganglios intraabdominales): servicio de cirugía general.
- Piel: servicio de dermatología.
- Sistema urogenital: servicios de urología o ginecología.
- Cerebro o sistema nervioso central periférico: servicio de neurocirugía.
- Tubo digestivo: servicio de digestivo (endoscopias).

En los casos de servicios quirúrgicos o médico-quirúrgicos más frecuentes (otorrinolaringología, cirugía general y dermatología) se aconseja reservar quirófanos específicos al menos una vez a la semana para realizar estos procedimientos, que idealmente deberán realizarse en menos de 10 días laborables desde la visita del paciente con sospecha diagnóstica.

La cirugía debe programarse por la mañana para que las muestras puedan llegar al Servicio de Anatomía Patológica en condiciones óptimas, es decir, tejido en cantidad suficiente y en fresco, para poder realizar los estudios completos, incluida congelación y estudios moleculares si fueran precisos.

■ Muestra de diagnóstico obtenida en el servicio de Radiodiagnóstico:

Cuando el acceso quirúrgico de las adenopatías sea complicado, como en casos de afectación exclusivamente intratorácica o intraabdominal, pero accesible a través de técnicas guiadas por imagen, se valorará en la reunión del CdL la posibilidad de acceso mediante biopsia con aguja gruesa (BAG) con control radiológico. Una vez presentado el caso se deberá realizar la BAG en el intervalo máximo establecido en la UFL, idealmente de menos de diez días laborables. En el Servicio de Radiodiagnóstico se reservarán unos espacios de tiempo idealmente al menos una vez por semana para realizar estos procedimientos.

1.2 Pacientes con la confirmación diagnóstica de linfoma en muestras obtenidas en otros servicios del hospital o en otro centro.

■ Muestras con diagnóstico realizado en otros Servicios del hospital:

En ocasiones los pacientes se diagnostican originalmente en otros servicios del hospital, como medicina interna, gastroenterología (por biopsia endoscópica), otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, etc. Todos estos servicios deberán conocer la existencia de la UFL, y que, ante la sospecha de linfoma, se debe obtener tejido en fresco. Una vez diagnosticado el linfoma el patólogo presentará el caso en la reunión del comité, pasando a ser evaluado en la UFL.

■ Muestras remitidas desde otros centros:

Para los casos diagnosticados en otros centros sanitarios, se creará un circuito rápido de revisión anatomopatológica de la muestra para tenerla completada en un intervalo de tiempo óptimo, idealmente menor a 7 días laborables.

1.3 Tiempo de respuesta de Anatomía Patológica.

El Servicio de Anatomía Patológica contempla entre sus objetivos diagnosticar los casos de linfomas en un periodo de tiempo inferior a siete días laborables desde la recepción de la muestra, entendiendo como fecha de diagnóstico la de la redacción del informe en la historia clínica.

2. Circuitos rápidos de estadificación

El paciente con un diagnóstico anatomopatológico confirmado de linfoma entrará directamente en los flujos de estadificación.

Las pruebas de estadiaje habituales consisten en:

- *Biopsia ósea con aspirado medular y estudios moleculares o citogenéticos según el caso.* Se realizarán en un intervalo de tiempo **inferior a 7 días** una vez conocido el diagnóstico.
- *TC cervical toraco-abdominal pélvico.* Se realizarán en un intervalo de tiempo óptimo que se proponga en la UFL, idealmente en **menos de 10 días** una vez conocido el diagnóstico.
- *PET/TC.* Se realizarán en un intervalo de tiempo óptimo que se proponga en la UFL, idealmente **en menos de 10 días** una vez conocido el diagnóstico.

Estos intervalos permitirán que desde la petición de primera visita por sospecha de linfoma hasta el inicio del tratamiento transcurra un **máximo de tiempo de 6 semanas**. Si el paciente ya está diagnosticado de linfoma en el momento de la primera visita, el propósito de la UFL es

que, entre el diagnóstico y el resultado de las pruebas de estadiaje que permitan **iniciar el tratamiento oncológico, no transcurran más de 3 semanas.**

Sin embargo, habrá casos de mayor urgencia que precisarán ingreso hospitalario e inicio de tratamiento en un intervalo de tiempo mucho menor, dada la agresividad del subtipo de linfoma.

Será de utilidad tener control de todos los tiempos de respuesta dentro de la UFL, para poder ir corrigiendo o mejorando los circuitos. Los indicadores de calidad asistencial se revisarán al menos cada año para implementar las medidas correctoras o de mejoras pertinentes.

5.6.3 CONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS

La UFL se organizará unas consultas monográficas en las que visitarán conjuntamente todos los especialistas que están implicados en el manejo del paciente con linfoma. Las consultas se organizarán idealmente tras la reunión del CdL.

Son necesarias diferentes tipos de consultas, para los siguientes especialistas:

- Hematología Clínica
- Oncología Radioterápica
- Dermatología
- Cirugía
- Enfermería
- Hematogeriatría*
- Cardiooncología*
- Neurooncología*

*Se consideran como opcionales las consultas de Hematogeriatría, Neurooncología, y Cardiooncología.

Las solicitudes de primera visita serán revisadas periódicamente por parte del Coordinador de la Unidad o de la persona designada por él, dándose prioridad a unas solicitudes por encima de otras en función de criterios clínicos. En cualquier caso, entre la fecha de la petición de visita hasta que ésta se lleva a cabo **no tendrá que pasar más de una semana**. Los pacientes con sospecha de Síndromes Linfoproliferativos Crónicos de características indolentes podrían visitarse con un poco más de demora, si las circunstancias lo hicieran necesario, ya que se trata de patologías poco agresivas.

1. Particularidades de la Consulta de Hematología Clínica en la UFL.

La asistencia de los profesionales de hematología clínica en el contexto de la UFL se organizará de la siguiente manera:

Primera visita:

Duración → al menos 20 minutos.

Se crearán dos tipos diferenciados de Primera Visita:

- *Primeras visitas con motivo de sospecha de linfoma.* Se valorará la necesidad de biopsia para diagnóstico, normalmente mediante TC o biopsia quirúrgica. Como se ha comentado previamente, estos casos serán poco frecuentes, ya que la mayoría de los pacientes han de llegar a la UFL con el diagnóstico de linfoma ya hecho.
- *Primeras visitas con diagnóstico de linfoma.* Pacientes con diagnóstico ya realizado al llegar a la UFL. Se solicitarán las pruebas de estudio necesarias para estadiar el linfoma.

Visitas sucesivas: Consulta con estadiaje para explicar la decisión terapéutica.

Duración → al menos 30 minutos.

Para *pacientes ya estadiados* se explica al paciente el alcance de la enfermedad y el tratamiento más adecuado en su caso (incluida la

posibilidad de formar parte de un ensayo clínico), y se firman los consentimientos informados.

Los casos de Síndromes Linfoproliferativos Crónicos que no precisen tratamiento pasarían directamente a seguimiento clínico en el servicio de Hematología Clínica.

2. Particularidades de la Consulta de Dermatología a la UFL.

La Consulta de Dermatología en la UFL precisará de un espacio con luz natural, imprescindible para una correcta valoración de las lesiones cutáneas y de su evolución. Por este motivo, es también conveniente dotar a la consulta de los útiles necesarios que permitan esta correcta valoración: material para la toma de fotografías de control (cámara digital con flash anular, pódium y fondo azul/negro).

Eventualmente se precisará llevar a cabo procedimientos diagnósticos, motivo por el cual será imprescindible contar con el material necesario.

En cuanto a los circuitos asistenciales, la mayoría de los pacientes derivados desde Equipos de Asistencia Primaria u Hospitales Comarcales por sospecha de linfoma cutáneo, *son remitidos a la consulta específica de esta patología el Servicio de Dermatología para evaluación.*

Un elevado porcentaje de estos enfermos no precisará de una asistencia multidisciplinar ya que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son estrictamente dermatológicos. Por lo tanto, la derivación de todos los pacientes con sospecha de linfoma cutáneo a una primera visita a la UFL puede suponer un volumen asistencial añadido que no se beneficiaría de las ventajas de la asistencia a la UFL.

Aquellos pacientes que precisan de valoración multidisciplinar para un correcto estadiaje, tratamiento o seguimiento serán remitidos como primera visita a la UFL.

Según estas particularidades, la asistencia por parte de Dermatología en el contexto de la UFL quedará distribuido de la siguiente manera:

Primera Visita:

Duración → al menos 20 minutos.

- Pacientes con linfoma cutáneo o alta sospecha de linfoma cutáneo remitidos desde el servicio de Dermatología, para una valoración diagnóstica y terapéutica multidisciplinar, una vez descartado el manejo estricto por parte de este servicio.
- Pacientes con linfoma o sospecha de linfoma remitidos por el servicio de Hematología Clínica para una valoración de las lesiones cutáneas supuestamente relacionadas con su proceso de base. Serán casos tal como:
 - > Linfomas sistémicos con posible participación cutánea secundaria.
 - > Linfomas sistémicos con complicaciones cutáneas en relación con el tratamiento quimioterápico o tratamiento de la enfermedad.
- Pacientes con sospecha de linfoma cutáneo primario remitidos directamente al servicio de Hematología desde el área sanitaria o de otros servicios del hospital (serán los casos más infrecuentes).
- Otros casos que lo precisen.

Visitas Sucesivas:

Duración → al menos 20 minutos.

En cuanto a las Segundas Visitas o Visitas de Seguimiento, serán las inmediatamente posteriores al diagnóstico de linfoma cutáneo en los que el paciente deba beneficiarse de una asistencia que implique valoración por parte de varios especialistas.

A largo plazo, y una vez finalizado el tratamiento, el seguimiento ordinario se llevará a cabo en las Consultas Externas de Dermatología, en paralelo al seguimiento clínico a Consultas Externas de Hematología clínica y/o Oncología Radioterápica, existiendo la posibilidad en todo momento de que el paciente vuelva a ser valorado en la UFL por los motivos que el especialista considere oportunos.

3. Particularidades de la Consulta de Oncología Radioterápica en la UFL.

La asistencia que se llevará a cabo por parte de Oncología Radioterapia en la UFL, se distribuirá de la siguiente manera:

Primera Visita:

- Pacientes derivados de la consulta de Dermatología. Se trata de pacientes con linfoma cutáneo primario con poca incidencia de lesiones candidatos a tratamiento radioterápico exclusivo. También, pacientes con enfermedad extensa que han hecho una mala respuesta o una respuesta parcial para considerar tratamiento radioterápico con intención consolidativo o paliativo.
- Pacientes derivados de la consulta de Oftalmología. Se trata básicamente de pacientes con linfoma orbitario. Habitualmente son diagnosticados en la consulta externa de Oftalmología mediante la toma de biopsias de masas orbitarias. Una vez confirmado el diagnóstico de linfoma, será necesario llevar a cabo el estudio de extensión.
- Pacientes derivados de la consulta de Hematología. El paciente pasará a la consulta de la UFL para volver a ser valorado y llevar a cabo la planificación del tratamiento una vez finalizado el tratamiento con quimioterapia. Dentro de esta última categoría, deben considerarse también aquellos pacientes derivados para tratamiento radioterápico que han recibido tratamiento quimioterápico en un hospital comarcal.

Visitas Sucesivas:

En las segundas visitas de Oncología Radioterápica a la UFL se completará estadiaje previo a iniciar tratamiento o se realizará una valoración conjunta con otro especialista de la Unidad.

4. Particularidades de la Consulta de Hematogeriatría en la UFL.

En los centros en los que exista servicio de geriatría y que cuente con médicos especialistas en geriatría que se dediquen a la oncogeriatría, la asistencia que se llevará a cabo por parte de Geriatría en la UFL, se distribuirá de la siguiente manera:

Primera Visita:

Duración → 40-60min.

- Pacientes derivados de la consulta de Hematología. Se considera aconsejable realizar una valoración geriátrica integral (VGI) solo en aquellos casos que vayan a comenzar tratamiento antineoplásico. Se recomienda valorar a todos los pacientes mayores de 70 años, reduciendo la edad a 65 años en caso de ser derivados para trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Se pueden utilizar herramientas de screening de fragilidad para sí derivar a los pacientes que realmente se vayan a beneficiar más de una VGI.
- El geriatra realizará una VGI y clasificará a los pacientes de acuerdo al perfil de fragilidad: robusto o *fit*, vulnerable o frágil, paliativo o *unfit*.
- Además de la VGI, deberá establecer un plan llamado "intervención geriátrica", atendiendo a los déficits que pueda tener el paciente (p. ej. nutrición, ejercicio físico, social, etc.).

Visitas Sucesivas:

Duración → 30min

Cada centro establecerá el circuito de geriatría adaptado a sus recursos. Idealmente, el geriatra realizará una valoración basal, otra

a los 3 meses (revisión intermedia), y otra a los 6 meses (revisión de final de tratamiento), para determinar si el paciente se fragiliza y precisa adaptar el tratamiento.

En caso de no poder atender a todos los pacientes, se recomienda realizar al menos las visitas intermedias y final de tratamiento a aquellos pacientes que hayan sido identificados como frágiles.

5. Particularidades de la Consulta de Cardio-Oncología en la UFL.

En los centros en los que exista servicio de cardiología y que cuente con médicos especialistas que se dediquen a la cardio-oncología, la asistencia que se llevará a cabo por parte de Cardiología en la UFL, se distribuirá de la siguiente manera:

Primera Visita:

- Pacientes derivados de la consulta de Hematología. Se recomienda identificar el riesgo cardiovascular de todos los pacientes que vayan a recibir un tratamiento antineoplásico con potencial efecto cardiotóxico.
- Se recomienda derivar antes de comenzar el tratamiento a todos los pacientes identificados como de ALTO RIESGO.
- Se recomienda la monitorización con electrocardiograma, ecocardiograma y biomarcadores cardiacos (NT-proBNP, troponina I) al menos en los pacientes de alto riesgo.
- Se recomienda que en el estudio ecocardiográfico se incluya la valoración del *Global Longitudinal Strain* (GLS) al menos en pacientes que vayan a recibir tratamiento con antraciclinas.

Visitas Sucesivas:

- El cardiólogo establecerá el plan de seguimiento específico para cada paciente.
- Se recomienda valoración cardiológica a los 12 meses de haber completado un tratamiento antineoplásico.

5.6.4 PROCESO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud, es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente / familiar en la UFL, incluirá los siguientes aspectos:

- a) Información sobre las características generales de las UFL.
- b) Información detallada de los cuidados en las UFL.
- c) Consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley.

Otras instrucciones y recomendaciones que se consideren pertinentes sobre el uso de los recursos del hospital y de la UFL. Según el artículo 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el titular del derecho de la información es el paciente, la información a las personas vinculadas a él, deberá ser consentida por éste de forma expresa o tácita.

a) Información sobre las características generales de la unidad

Se debe facilitar a pacientes y familiares, información ordenada, verbal y por escrito, sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en los diferentes recursos de la unidad y su entorno, que incluya la política de visitas, el horario de información médica, cómo comunicarse con la enfermera que atiende al paciente, el teléfono de contacto o servicios del hospital, entre otros datos. Este documento será adaptado a las características y servicios disponibles de cada centro en particular.

b) Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados

Se recomienda que la información dirigida al paciente o a su representante, se facilite por el médico responsable o, en su ausencia, por el profesional designado, y conste de los siguientes apartados:

- Explicación adecuada y comprensible sobre la patología que tiene el paciente y motivan su asistencia en la unidad.
- Explicación detallada de los procedimientos de tratamiento y de cuidados realizados en la unidad.
- Los profesionales informarán al paciente y familiares, sobre las medidas que han de adoptarse, como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados. Dependiendo de la trascendencia de las medidas a tomar, tanto el paciente como la familia participarán, siempre que sea posible, en la toma de decisiones. Se informará sobre las posibilidades de realizar consultas a otros profesionales sanitarios como Trabajo Social, Psicología etc., o sobre la existencia de otros recursos como asociaciones de pacientes, grupos de autoayuda, etc.
- Se ha de ofrecer preservación de fertilidad en pacientes jóvenes que aún no hayan cumplido sus deseos de tener hijos.

Normalización del proceso de decisión de los procedimientos

La información sobre las alternativas asistenciales y sus resultados, es un elemento clave para que el paciente ejercite su derecho a decidir la opción más compatible con sus valores y forma de vida.

La elección entre alternativas terapéuticas, debería estar sujeta a la búsqueda de la máxima evidencia que permita aconsejar la mejor opción terapéutica a cada enfermo, siguiendo las guías de práctica clínica. La configuración de unidades multidisciplinares permite un abordaje riguroso a este problema, mediante:

- La discusión de los casos por equipos multidisciplinares, adaptados a cada tipo de proceso.
- La implantación de instrumentos de gestión clínica (guías, vías clínicas, etc.) en cuyo desarrollo hayan participado

todas las especialidades, y categorías profesionales que participan en la unidad multidisciplinar.

Derecho a información precisa y completa de los procedimientos, incluyendo riesgos y beneficios tanto precoces como tardíos

El consentimiento informado no garantiza en todos los casos, una transmisión de información al paciente para una decisión completa. El paciente necesita ser adecuadamente informado acerca de los beneficios potenciales, y de los riesgos a corto y largo plazo de las posibles alternativas terapéuticas, y necesita el tiempo suficiente que le permita una decisión basada en la información.

c) Consentimiento informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado, con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características, incluido en la cartera de servicios de las UFL. La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo, debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familia / cuidadores puedan conocer estos riesgos, y las consecuencias de no asumirlos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella se define como «la conformidad libre, voluntaria

y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». En cada hospital deberá elaborarse un documento de consentimiento informado, adaptado a cada actividad y especialidad clínica. El consentimiento informado abordará de forma específica, los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información:

- Identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Riesgos generales y específicos personalizados.
- Beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas.
- Información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone, y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes. Confidencialidad y uso de datos.
- Fecha del consentimiento.
- Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal.
- Declaraciones y firmas (paciente y médico).
- El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/ tutor legal, y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que el procedimiento precise algún tipo de anestesia, es necesaria, una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico, la obtención del consentimiento informado sobre la técnica anestésica.

El hospital y las UFL deberán adoptar políticas explícitas, avaladas por el comité de ética para la asistencia sanitaria, para la atención

a pacientes que, por razones religiosas o de otra índole, rechazan un determinado tipo de tratamiento.

5.7 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL RECOMENDADOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS

Siempre teniendo en cuenta que se refieren a los linfomas que precisen tratamiento, se excluyen los síndromes linfoproliferativos indolentes sin necesidad de tratamiento.

Tabla 7. Indicadores de calidad asistencial recomendados en la UFL.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Intervalo entre la fecha de la revisión de la solicitud de 1ª visita y la realización de la 1ª Visita: ≤ 7 días.	100%
Intervalo de tiempo entre la primera Visita - Procedimiento Diagnóstico: ≤ 10 días.	75%
Intervalo de tiempo entre el procedimiento diagnóstico - Resultado Anatomopatológico: ≤ 7 días.	75%
Intervalo de tiempo entre el Diagnóstico - Fin del Estadiaje ≤ 10 días.	75%
Intervalo de tiempo entre el fin del estadiaje y el inicio de tratamiento < 7 días.	100%
Evaluación anual de los procesos.	100%

06

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS LINFOIDES

La publicación de la clasificación *Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms* (REAL) en 1994 permitió por primera vez emplear un lenguaje común entre hematopatólogos y clínicos a nivel internacional, ya que se definieron los linfomas con características clínicas, morfológicas, fenotípicas y genéticas comunes, perfectamente reconocibles para toda la comunidad científica. A partir de esta primera clasificación de consenso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta esta metodología para actualizar periódicamente esta clasificación, elaborando las ya clásicas las distintas ediciones de la clasificación de la OMS (2001, 2008, 2017, 2022).

En cada una de las ediciones se define el perfil clínico, epidemiológico, y se actualizan los estudios fenotípicos, genéticos y moleculares que definen cada entidad.

A modo esquemático, y sin proponer recopilar toda la lista de linfomas definidos en la revisión de la 4ª edición de la OMS, en patología linfoide se redactan 4 grandes capítulos:

- Neoplasias de precursores linfoides, tanto de linfocitos B como T.
- Neoplasia de linfocitos B maduros:
 - > Entidades indolentes con frecuente expresión leucémica como la leucemia linfática crónica, linfomas de la zona marginal, tricoleucemia y otras neoplasias esplénicas.
 - > Linfomas indolentes puramente nodales como los linfomas foliculares y sus subtipos.
 - > Linfomas de células B grandes: incluye el más prevalente como el linfoma difuso de célula B grande, y otros definidos por su perfil molecular como los linfomas B de alto grado con reordenamiento BCL2/c-MYC, o su localización (linfoma cerebral primario, LDCGB *leg-type*, etc.).

- > Linfoma Burkitt y subtipos asociados.
 - > Neoplasias de células plasmáticas, mieloma múltiple, amiloidosis, linfoma linfoplasmocítico.
- Linfoma Hodgkin clásico y el de predominio linfocítico nodular.
- Neoplasias de células maduras de linfocito T y *Natural Killer* (NK), que atendiendo a su localización primordial también se pueden agrupar en:
 - > Linfoproliferativos leucémicos: leucemia prolinfocítica T, leucemia de linfocitos grandes granulares, desórdenes crónicos de células NK, etc.
 - > Nodales: linfomas angioinmunoblástico T y otros linfomas de fenotipo T helper folicular, linfomas anaplásicos de células grandes ALK+ y ALK-, linfoma T periférico NOS (*not otherwise specified*).
 - > Extranodales no cutáneos: linfoma de células T intestinal, linfoma hepatoesplénico, linfoma T paniculítico-like, linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante mamario, etc.
 - > Linfomas cutáneos: micosis fungoide / síndrome de Sézary, linfomas cutáneos primarios de células T CD30+, y otros raros subtipos (gamma-delta, CD8 etc.).

Sin embargo, en el año 2022 se han publicado 2 propuestas de actualización de la clasificación de los tumores hematológicos: la avalada por la OMS en su 5ª edición y la *International Consensus Classification* (ICC) desarrollada por un elenco de anatomo-patólogos y clínicos en abril de 2021.

Aparentemente denotan un cisma entre una visión más académica (OMS) y una filosofía más enfocada a la práctica asistencial (ICC). Han originado gran polémica y debate en la comunidad científica, porque

en algunos aspectos resultan contradictorias, aunque las diferencias son menores en el ámbito de las neoplasias linfoides maduras:

Puntos en común:

- Implementación de técnicas moleculares y genéticas para definir y diagnosticar más fehacientemente determinadas entidades, lo cual puede permitir su tratamiento más preciso.
- Relación de los criterios diagnósticos básicos y complementarios.
- Las entidades provisionales descritas en la 4ª edición de la clasificación OMS (2017) se han consolidado como entidades independientes: enfermedad por crioglobulinas, linfoma de célula grande B con reordenamiento IRF4, linfomas T helper folicular nodal (LTHFN), como el nexo común de 3 entidades relacionadas (LTHFN tipo angioinmunoblástico, LTHFN tipo folicular, y LTHFN NOS).

Puntos divergentes:

La clasificación de la OMS:

- No considera entidades provisionales en esta edición. Cuando no tiene datos suficientes para consolidar una entidad la mantiene como estaba en la 4ª edición a la espera de ulteriores revisiones.
- Retira la gradación de linfoma folicular en 1, 2, 3a y 3b, y lo simplifica a linfoma folicular (incluyendo los subtipos 1-3a) e incluye el linfoma folicular 3b en los linfomas B de célula grande.
- Retira la entidad tricoleucemia variante y la redefine en otras entidades relacionadas con los linfomas esplénicos.
- Introduce el concepto de lesiones pseudotumorales con predominio de células B, como entidades pre-linfomatosas (ej. enfermedad de Castleman multicéntrica y otras entidades asociadas al HHV8/KSHV, enfermedad relacionada con IgG4, etc.), y lesiones pseudotumorales con predominio de células T (ej. enfermedad

de Kikuchi-Fujimoto, síndrome linfoproliferativo autoinmune, etc.).

- Síndromes de predisposición germinal: también en neoplasias linfoides, con un capítulo específico por la implicación tanto en el diagnóstico como en el tratamiento (mayor toxicidad con la quimioterapia en algunas entidades) así como en la implementación del consejo genético familiar.
- Introduce el concepto de linfomas B de alto grado de sitios inmuno-privilegiados (SNC, testículo, suprarrenales, etc.) que comparten mayoritariamente el subtipo genético MCD o C5 (con las mutaciones más representativas de CD79/MYD88-L265P).
- Amplía los síndromes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia no solo a la condición postrasplante, sino que incluye otras entidades que requieren tratamiento inmunosupresor con mayor riesgo de desarrollo de linfomas.

La clasificación ICC:

- Retira el linfoma Hodgkin predominio linfocítico nodular de la histología de LH y lo reclasifica como linfoma B de predominio linfocítico nodular, considerado ahora como un linfoma B, cercano ontogénicamente al linfoma B rico en células T/histiocitos y con posibilidad de transformación agresiva a este mismo linfoma o a un linfoma B difuso de célula grande NOS.
- Mantiene la tricoleucemia variante y los grados histológicos del linfoma folicular.
- Mantiene la clasificación de los LDCGB en función de la célula de origen (definida por algoritmos inmunohistoquímicos) pero avanza que el mayor conocimiento de los subtipos genéticos permitirá definir este grupo en entidades individuales en un futuro próximo, quizá con tratamientos dirigidos.

En la tabla 1 se hace un listado de las neoplasias B maduras, con la correlación entre las 2 clasificaciones. No se han incluido las neoplasias linfoides de células precursoras (leucemias agudas linfoides) ni la patología derivada de las células dendríticas/histiocíticas por su rareza.

Se hace constar que, en la redacción de la presente guía, aún no se ha publicado la versión definitiva del libro azul de la OMS para patología linfoide.

Tabla 8. Clasificación de Neoplasias B Maduras OMS (5ª edición, 2022) e ICC (2022).

CLASIFICACIÓN DE LA OMS (5ª EDICIÓN)	CLASIFICACIÓN ICC (2022)
NEOPLASIAS B MADURAS	
<i>Proliferaciones preneoplásica y neoplásica de linfocíticas B pequeños</i>	
Linfocitosis monoclonal de células B	Linfocitosis monoclonal de células B Leucemia linfocítica crónica tipo Leucemia linfocítica no crónica tipo
Leucemia Linfocítica crónica/Linfoma linfocítico de células pequeñas	Leucemia linfocítica crónica/Linfoma linfocítico de células pequeñas
Entidad eliminada	Leucemia prolinfocítica de células B
<i>Linfomas y Leucemias esplénicos de células B</i>	
Tricoleucemia	Tricoleucemia
Linfoma esplénico de la zona marginal	Linfoma esplénico de la zona marginal
Linfoma esplénico difuso de células B pequeña con infiltración de la pulpa roja	Linfoma esplénico de células B /leucemia, no clasificable Linfoma esplénico de células B pequeñas con infiltración difusa de la pulpa roja Variante de leucemia de células pilosas
Linfoma esplénico de células B/Leucemia con nucleolos prominentes	

<i>Linfoma linfoplasmocítico</i>	
Linfoma linfoplasmocítico	Linfoma linfoplasmocítico Macroglobulinemia de Waldenström
<i>Linfoma de la zona marginal</i>	
Linfoma de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a la mucosa	Linfoma de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a la mucosa (Linfoma de MALT)
Linfoma de la zona marginal cutáneo primario	Trastorno linfoproliferativo de la zona marginal cutáneo primario
Linfoma de la zona marginal nodal	Linfoma de la zona marginal nodal
Linfoma pediátrico de la zona marginal	Linfoma pediátrico de la zona marginal nodal
<i>Linfoma folicular</i>	
Neoplasia de células B folicular in situ	Neoplasia de células B folicular in situ
Linfoma folicular	Linfoma folicular
Linfoma folicular tipo duodenal	Linfoma folicular tipo duodenal
Linfoma folicular tipo pediátrico	Linfoma folicular tipo pediátrico
	Linfoma centrofolicular BCL2-R negativo, CD23 positivo
	Linfoma folicular de testículo
Linfoma cutáneo primario centrofolicular	Linfoma cutáneo primario centrofolicular
<i>Linfoma de células del manto</i>	
Neoplasia celular del Manto in situ	Neoplasia celular del Manto in situ
Linfoma de células del manto	Linfoma de células del manto
Linfoma leucémico de células del Manto no nodal	Linfoma leucémico de células del Manto no nodal
<i>Transformaciones de los linfomas B indolentes</i>	
Transformaciones de los linfomas B indolentes	

Linfomas B de Células Grandes (LBCG)

Linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), NOS	Linfoma B difuso de células grandes, NOS Subtipo de célula B del centro germinal Subtipo de célula B activadas
Linfoma B de células grandes rico en linfocitos T/histiocitos	Linfoma B de célula grande rico en linfocitos T/histiocitos
LBDCG de alto grado con reordenamiento en MYC y BCL2	Linfoma B de alto grado con reordenamiento en MYC y BCL2 Linfoma B de alto grado con reordenamiento en MYC y BCL6
LBCG ALK positivo	LBCG ALK positivo
LBCG con reordenamiento de IRF4	LBCG con reordenamiento de IRF4 (entidad no incluida en los linfomas de células grandes B)
Linfoma B de alto grado con aberraciones de 11q	Linfoma B de células grandes con aberraciones de 11q
Granulomatosis linfomatoide	Granulomatosis linfomatoide
Linfoma B difuso de células grandes VEB positivo	Linfoma B difuso de células grandes VEB positivo, NOS.
LBDCG asociado a inflamación crónica	LBDCG asociado a inflamación crónica
Linfoma B de células grandes asociado a fibrina	Linfoma B difuso de células grandes asociado a fibrina
Linfoma B de células grandes asociado a sobrecarga de fluidos	
Linfoma plasmablástico	Linfoma plasmablástico
Linfoma B primario de células grandes de sitios inmunoprivilegiados: Linfoma B primario difuso de células grandes del SNC, Linfoma B primario de células grandes del vitrerretiniano, Linfoma B primario de células grandes del testículo	Linfoma B difuso de células grandes primario del SNC
	Linfoma testicular primario tipo B de células grandes
Linfoma B cutáneo primario difuso de células grandes, tipo pierna	Linfoma cutáneo primario difuso de células grandes, tipo pierna

Linfoma B de células grandes intravascular	Linfoma B de células grandes intravascular
Linfoma B de células grandes primario mediastínico	Linfoma B de células grandes primario mediastínico
Linfoma de zona gris mediastínica	Linfoma de zona gris mediastínica
Linfoma B de alto grado, NOS	Linfoma B de alto grado, NOS
	Linfoma primario de las efusiones negativo en HHV-8 y VEB
<i>Linfomas y linfoproliferaciones B asociadas a KSHV/HHV8</i>	
	Trastornos linfoproliferativos asociados a HHV-8
	Enfermedad multicéntrica de Castleman
Trastorno linfoproliferativo germinotrópico asociado al HHV8/KSVH	Trastorno linfoproliferativo germinotrópico asociado al HHV8
LBDCG asociado a KSHV/HHV8	LBDCG asociado a HHV-8, NOS
Linfoma primario de cavidades	Linfoma primario de cavidades
<i>Proliferaciones linfoides y linfomas asociados con la inmunodeficiencia y desregulación</i>	
<i>Trastornos linfoproliferativos asociados con inmunodeficiencia (Trastornos linfoproliferativos postrasplante)</i>	
Hiperplasia que surge en deficiencia/ desregulación inmunitaria (trastorno linfoproliferativo postrasplante no destructivo, entre otros)	Trastorno linfoproliferativo postrasplante no destructivo <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno linfoproliferativo postrasplante con hiperplasia plasmocítica - Trastorno linfoproliferativo postrasplante asociado a mononucleosis infecciosa - Trastorno linfoproliferativo postrasplante con hiperplasia folicular florida
Trastornos linfoproliferativos polimórficos que surgen en deficiencia/ desregulación inmunitaria	Trastornos linfoproliferativos polimórficos que surgen en deficiencia/ desregulación inmunitaria

Linfomas que surgen en deficiencia o desregulación inmunitaria (trastorno linfoproliferativo post trasplante monomórfico, trastorno linfoproliferativo postrasplante de tipo de linfoma de Hodgkin clásico, linfomas asociados a la infección con VIH, entre otros)	Trastorno linfoproliferativo postrasplante monomórfico (tipos de células B y de células T/NK)
	Trastorno linfoproliferativo postrasplante de tipo de linfoma de Hodgkin clásico
Linfomas y linfoproliferaciones asociados con errores innatos del Sistema inmunológico	Otros trastornos linfoproliferativos asociados con inmunodeficiencia iatrogénica no relacionada con trasplante
Úlcera mucocutánea positiva para VEB	Úlcera mucocutánea positiva para VEB (como enfermedad independiente en los linfomas de células B)
Linfoma de Hodgkin	
Linfoma de Hodgkin clásico	Linfoma de Hodgkin clásico <ul style="list-style-type: none"> - Linfoma de Hodgkin con esclerosis nodular - Linfoma de Hodgkin con predominio linfocitario Linfoma de Hodgkin con celularidad mixta - Linfoma de Hodgkin con depleción linfocitaria
Linfoma de Hodgkin con predominio linfocitario nodular	Linfoma B de predominio linfocitario nodular
Neoplasias de células plasmáticas y otras enfermedades con para proteínas	
Síndrome de aglutininas frías	Síndrome primario de aglutininas frías
Gammapatía monoclonal de IgM de significación indeterminada	Gammapatía monoclonal de IgM significación indeterminada (GMSI) <ul style="list-style-type: none"> - IgM GMSI, de tipo célula plasmática - IgM GMSI, NOS
GMSI no IgM	GMSI no IgM
Gammapatía monoclonal de significado renal	

Amiloidosis relacionadas con inmunoglobulinas	Enfermedad por depósito monoclonal de inmunoglobulina <ul style="list-style-type: none"> - Amiloidosis de cadenas ligeras de inmunoglobulina (AL) - Amiloidosis AL localizada
Enfermedad por depósito monoclonal de inmunoglobulina	Enfermedad por depósitos de cadenas ligeras y pesadas
Cadenas pesadas: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de la cadena mu - Enfermedad de la cadena Gamma - Enfermedad de la cadena Alpha 	Cadenas pesadas: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de la cadena mu - Enfermedad de la cadena Gamma - Enfermedad de la cadena Alpha
Plasmocitoma	Plasmocitoma óseo solitario Plasmocitoma extraóseo
Mieloma de células plasmáticas	Mieloma Múltiple (mieloma de células plasmáticas)* Mieloma Múltiple, NOS <ul style="list-style-type: none"> - Mieloma Múltiple con anormalidades genéticas recurrentes - Mieloma múltiple con translocación de la familia CCND - Mieloma múltiple con translocación de la familia MAF - Mieloma múltiple con translocación de NSD2 - Mieloma múltiple con hiperdiploidía

Tabla 9. Clasificación de Neoplasias de células T/NK Maduras OMS (5ª edición, 2022) e ICC (2022).

CLASIFICACIÓN DE LA OMS (5ª EDICIÓN)	CLASIFICACIÓN ICC (2022)
NEOPLASIAS DE CÉLULAS T Y CÉLULAS NK MADURAS	
Leucemia prolinfocítica T	Leucemia prolinfocítica de células T
Leucemia linfocítica de linfocito T grande granular	Leucemia linfocítica de células T grande granular
Trastorno linfoproliferativo crónico de células NK	Trastorno linfoproliferativo crónico de células NK
Leucemia/linfoma de células T del adulto	Leucemia/linfoma de células T del adulto
<i>Proliferaciones linfoides y linfomas de células T y células NK de la infancia EBV-positivos</i>	Trastornos linfoproliferativos de células T/NK VEB positivo
<ul style="list-style-type: none"> - Alergia severa a picadura de mosquito - Trastorno linfoproliferativo Hydroa vacciniforme - Enfermedad sistémica de infección por EBV crónica activa 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno linfoproliferativo Hydroa vacciniforme <ul style="list-style-type: none"> > Clásica > Sistémica - Alergia severa a picadura de mosquito - Enfermedad de infección por EBV crónica activa , sistémica (fenotipo de células T y NK)
Linfoma de célula T sistémico EBV-positivo de la infancia	Linfoma de célula T sistémico EBV-positivo de la infancia
Linfoma extranodal de células NK/T	Linfoma extranodal de células NK/T nasal
Leucemia agresiva de células NK	Leucemia agresiva de células NK
Linfoma de célula T y célula NK nodal EBV-positivo	Linfoma primario nodal de células T/NK positivo para el virus de Epstein-Barr
Linfoma de células T asociado a enteropatía	Linfoma de células T asociado a enteropatía
	Enfermedad celiaca refractaria tipo II
Linfoma de célula T intestinal monomorfo epiteliotrofo	Linfoma monomórfico epiteliotrópico intestinal de células T
Linfoma de célula T intestinal, no especificado	Linfoma de células T intestinal, NOS

Linfoma de células T indolente del tracto gastrointestinal	Trastorno linfoproliferativo clonal indolente de células T del tracto gastrointestinal
Trastorno linfoproliferativo de células NK indolente del tracto gastrointestinal	Trastorno linfoproliferativo de células NK indolente del tracto gastrointestinal
Linfoma de células T hepatoesplénico	Linfoma de células T hepatoesplénico
Micosis fungoides	Micosis fungoides
Síndrome de Sézary	Síndrome de Sézary
Trastorno linfoproliferativo cutáneo primario de células T CD30+ - Papulosis linfomatoide	Trastorno linfoproliferativo cutáneo primario de células T CD30+ - Papulosis linfomatoide
Linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes	Linfoma cutáneo primario anaplásico de células grandes
Trastorno linfoproliferativo primario cutáneo de célula pequeña/mediana CD4+	Trastorno linfoproliferativo primario cutáneo de célula pequeña/mediana CD4+
Linfoma T subcutáneo tipo paniculitis	Linfoma T subcutáneo tipo paniculitis
Linfoma primario cutáneo de células T gamma/delta	
Linfoma de células T CD8+ acral cutáneo primario	Trastorno linfoproliferativo de células T CD81 acrales cutáneas primario
Linfoma primario cutáneo agresivo epidermotropo de células T citotóxicas CD8 positivo	Linfoma primario cutáneo CD81 agresivo epidermotropo de células T citotóxicas
Linfoma cutáneo primario periférico T (no especificado)	
Linfoma T periférico, no especificado	Linfoma T periférico, no especificado
Linfoma de células T nodales con fenotipo de linfocito T helper folicular (TFH) - Linfoma TFH nodal, de tipo folicular - Linfoma TFH nodal, no especificado	Linfoma de células T helper folicular - LCTHF, tipo angioinmunoblásticos - LCTHF, tipo folicular - LCTHF, no especificado
Linfoma ALK-positivo anaplásico de célula grande	Linfoma anaplásico de célula grande, ALK-positivo

Linfoma ALK-negativo anaplásico de célula grande	Linfoma anaplásico de célula grande, ALK-negativo
Linfoma anaplásico de célula grande asociado a implante mamario	Linfoma anaplásico de célula grande asociado a implante mamario

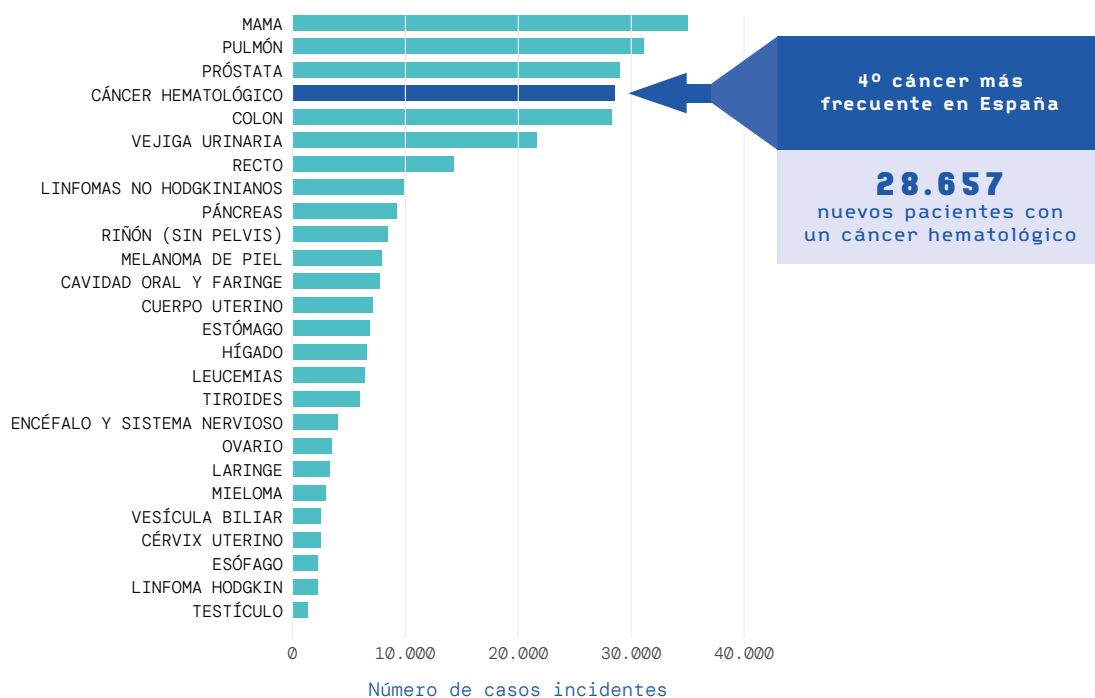
07

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS LINFOIDES

Durante el año 2023, se han comunicado las estimaciones observadas por el grupo HematoRedecan*, coordinado por el Dr. Rafael Marcos-Gragera, de incidencia, detección de tendencias y supervivencias de los cánceres hematológicos para 2024. Se ha presentado primero en rueda de prensa en la sede de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y posteriormente se ha comunicado como comunicación oral en el seno del Congreso Anual de la SEHH, celebrado en Sevilla 2023.

En concreto, se estiman cerca de 29.000 cánceres hematológicos en España en 2024, lo que sitúa a estas patologías en su totalidad como el 4º cáncer más frecuente en España (**Fig. 1**).

Figura 1. Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral, 2023 (ambos sexos).



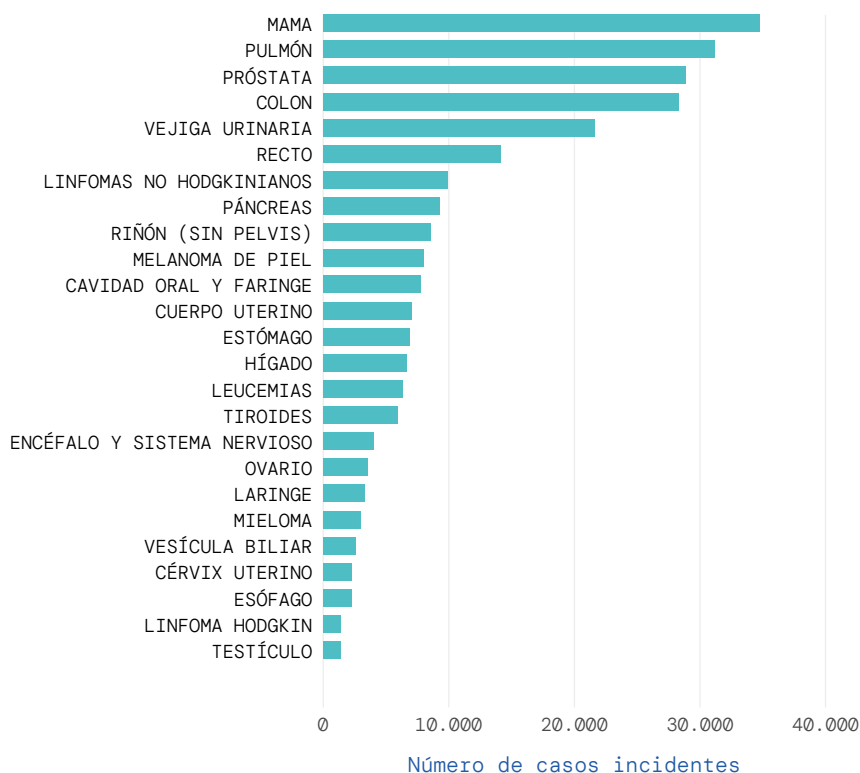
*REDECAN es la Red Española de Registros de Cáncer compuesta por los registros poblacionales de cáncer de Albacete, Asturias, Canarias, Castellón, Castilla y León, Ciudad Real, Cuenca, Euskadi, Girona, Granada, La Rioja, Mallorca, Murcia, Navarra y Tarragona, por el Registro Poblacional de Tumores Infantiles de la Comunitat Valenciana y por el Registro Español de Tumores Infantiles. La tasa de cobertura de la población española es de un 25-30%, pero se representan de forma compensada áreas industrializadas y zonas geográficas de predominio rural. Periódicamente comunican las tasas de incidencia, mortalidad y supervivencia por los distintos tipos oncológicos.

En estos cánceres hematológicos están incluidas tanto las neoplasias linfoides como mieloides, con una estimación de incidencia para 2024 de 19900 y 8611 casos nuevos respectivamente, siendo la patología linfoide (que incluye las neoplasias de células precursoras, neoplasias de células B y T maduras, incluyendo LLC y mieloma múltiple y el

linfoma de Hodgkin) la más incidente, con una tasa bruta (TB) de 41.30 casos /10⁵ personas-año.

Si los desagregamos, vemos como los LNH se sitúan como el 6º cáncer diagnosticado en la población española, detrás de las neoplasias de mama, pulmón, próstata, colo-rectal y vejiga urinaria (Fig. 2).

Figura 2. Número estimado de casos incidentes de cáncer en España por tipo tumoral, 2023 (ambos sexos).



En la misma comunicación se mostraron las estimaciones de incidencia de las neoplasias linfoides en su conjunto (**Fig. 3**), y de las neoplasias linfoides B maduras en particular (**Fig. 4**).

La tasa bruta (TB) para linfoma Hodgkin y neoplasias de células B maduras se estima en 3.23 y 32.9 /10⁵ personas-año, respectivamente.

Figura 3. Estimaciones de las neoplasias linfoides en España para 2024 (Dr. Marcos-Gragera, por REDECAN en SEHH2023).

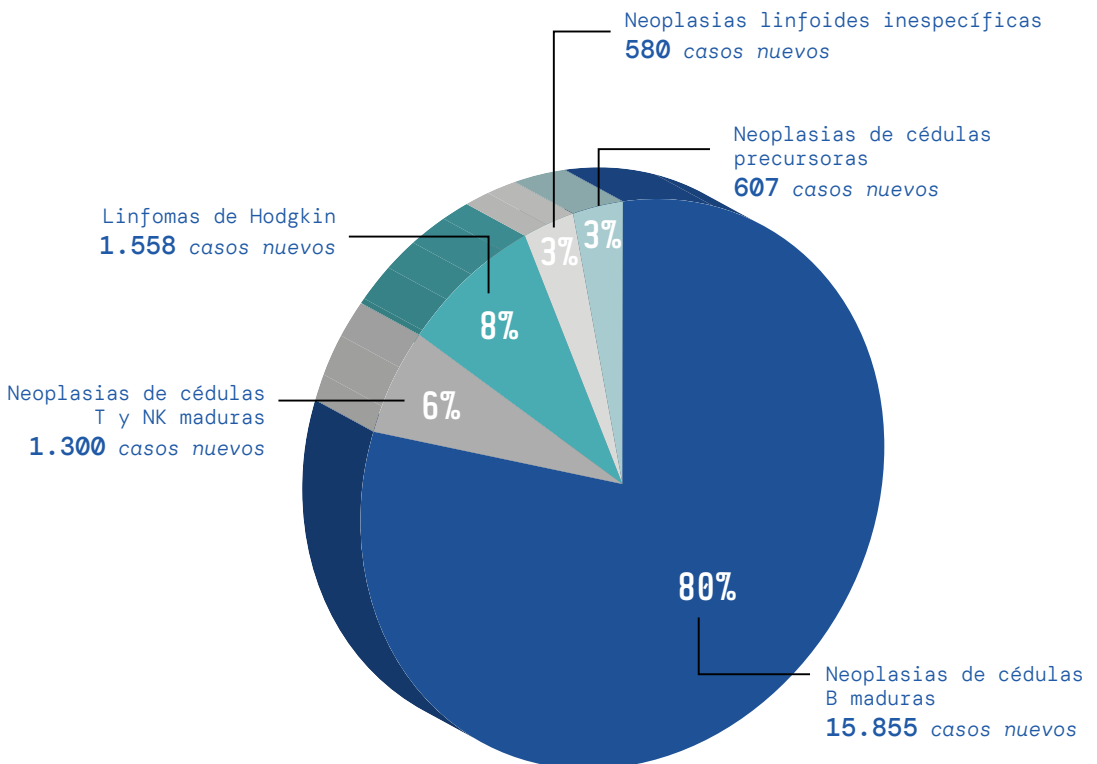
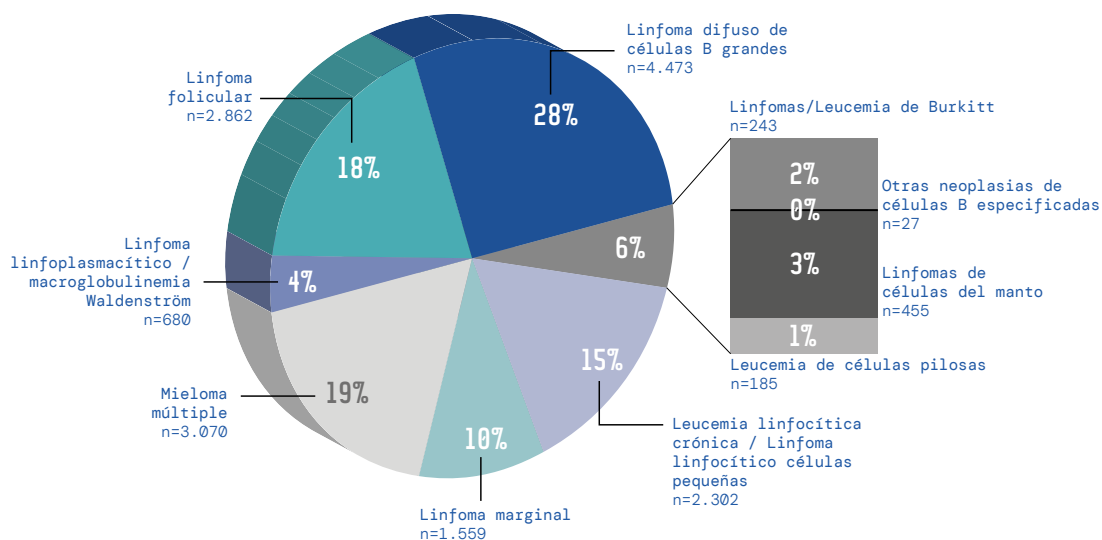


Fig. 4. Estimaciones de las neoplasias de células B maduras en España para 2024 (Dr. Marcos-Gragera, por REDECAN en SEHH2023).



Estos datos se corresponden con los obtenidos en otros estudios poblacionales como el del *National Cancer Institute (NCI) Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER)* de Estados Unidos, o el *Haematological Malignancy Research Network (HRMN)*, registro de tumores hematológicos centralizado de Reino Unido. Podemos ver de forma conjunta los datos crudos y la estimación de número de casos anual estimados por las tres plataformas en la Tabla 2.

Tabla 10. Incidencia estimada según REDECAN, SEER y HRMN.

TIPO DE LINFOMA	REGISTRO POBLACIONAL (AÑO)	N TOTAL	TB*
Linfoma no Hodgkin	REDECAN ¹ (estimación 2024)	15855	32.9
	SEER (2019) ² ¶	35730¶	18.7¶
	HRMN (2022) ³	22720	34.9
Linfoma Hodgkin	REDECAN (estimación 2024)	1558	3,23
	SEER (2019)	8830	3,0
	HRMN (2022)	1870	2.8

*Tasa bruta de incidencia, x 10⁵ habitantes/año.

1. N.º de casos y tasa de incidencia anual estimados para 2024, en la población española registrada en REDECAN. **2.** N.º de casos e incidencia acumulada anual en 2019 para la población estadounidense registrada en SEER ¶ Incluye LLC, no incluye mieloma múltiple. **3.** N.º de casos e incidencia estimada, actualizado en 2023 en la población británica, registrados en HRMN. Incluye datos de registro 2010-2019.

Linfoma no Hodgkin incluye LLC y mieloma en los 3 registros. Los LNH presentan una incidencia creciente a mayor edad (**Fig. 5**), no así el LH (**Fig. 6**) que mantiene su clásica distribución bimodal:

Figura 5. Distribución tasas de incidencia de LNH por edad al diagnóstico (ambos sexos, todas las razas, (SEER, 2016-2020).

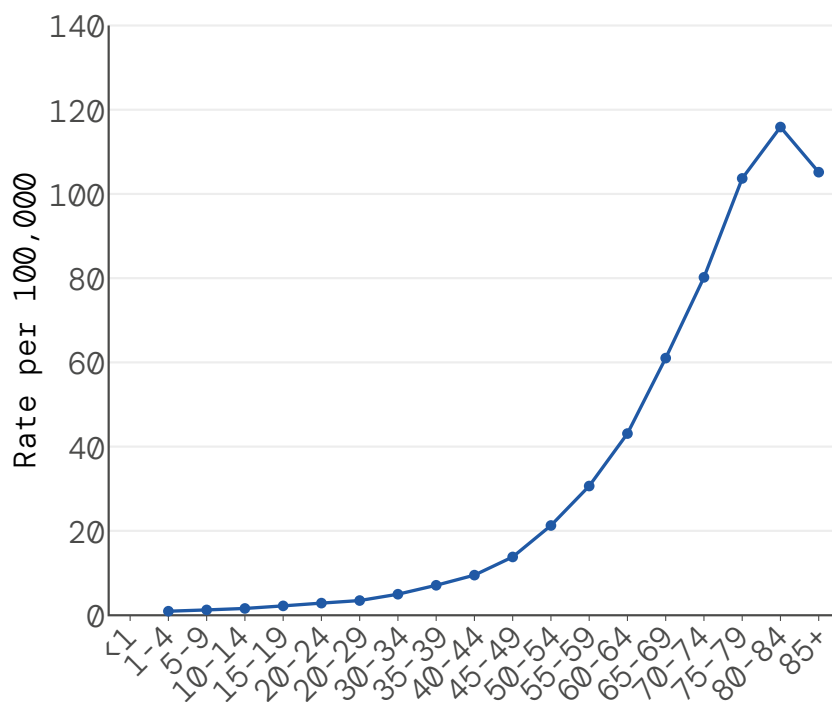
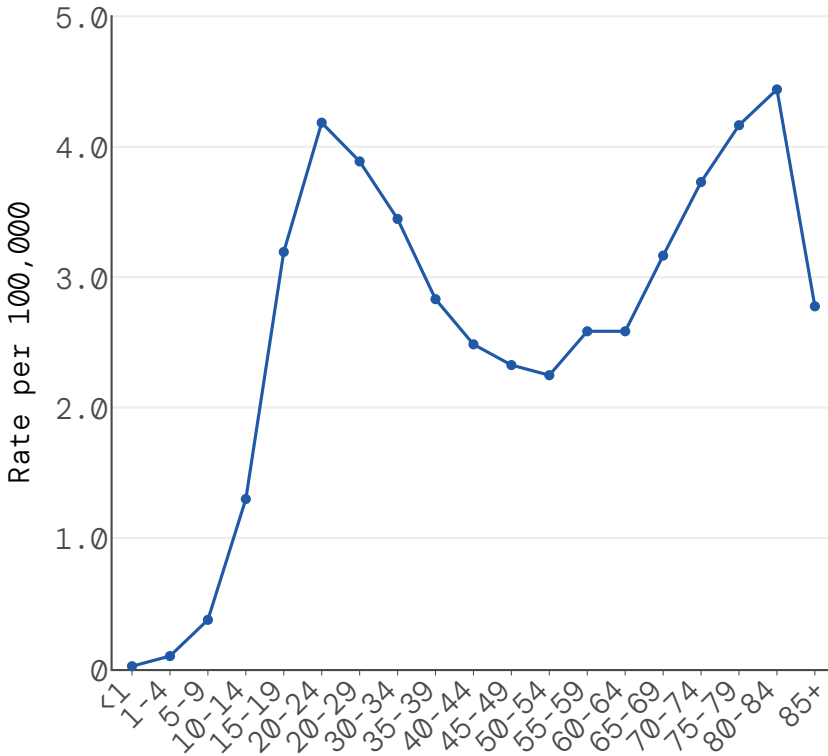


Figura 6. Distribución tasas de incidencia de LH por edad al diagnóstico (ambos sexos, todas las razas, SEER, 2016-2020).

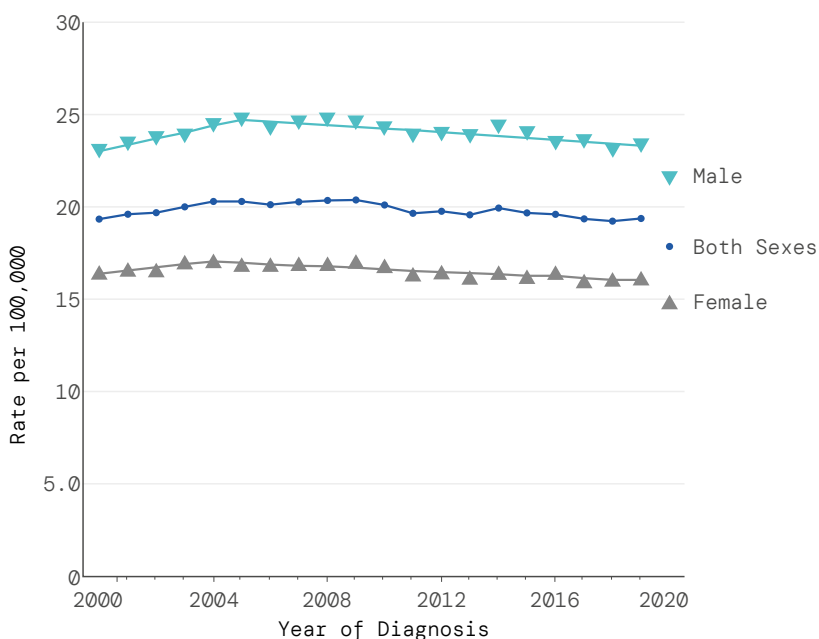


Se ha indicado una incidencia creciente en los últimos años en las poblaciones occidentales, por distintos motivos: envejecimiento de la población occidental con una mayor incidencia de los linfomas en edades avanzadas de la vida, prevalencia creciente de enfermos recibiendo tratamientos inmunosupresores como los tratamientos biológicos (trasplantes, tratamientos biológicos e inmunosupresores utilizados en las enfermedades sistémicas), mayor precocidad y precisión en el diagnóstico, etc.

No obstante, parece que es una tendencia que se ha estabilizado en el último lustro (Fig. 7), probablemente porque los factores citados anteriormente no han variado sustancialmente en los últimos años, y algunos han perdido importancia como la infección el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC) con tratamientos antivirales eficaces que han permitido negativizar la viremia de estos pacientes y sus consecuencias en el sistema inmune.

Desconocemos el papel que va a jugar en los próximos años la pandemia por coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV2), no tanto por el retraso diagnóstico durante los años 2020 y 2021, que estamos recuperando en las fechas actuales, sino por la desconocida acción sobre el mecanismo inmune a largo plazo de SARS-CoV2 u otros virus zoonóticos presentes y futuros.

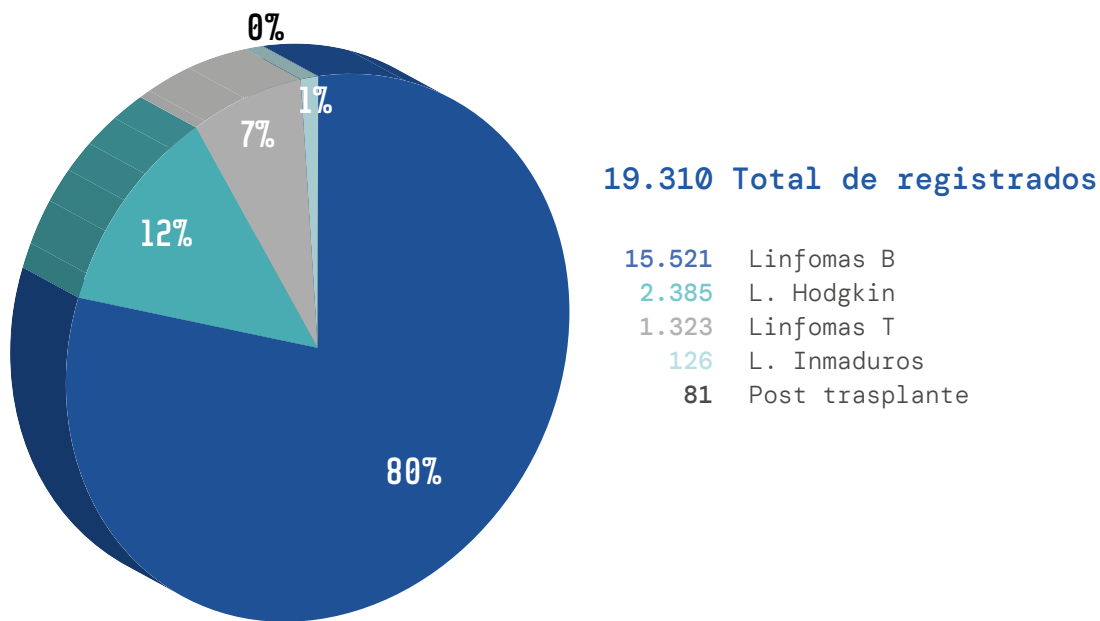
Figura 7. Tendencias en tasas de incidencias ajustadas a edad, 2000-2020. Fuente SEER.



El grupo GELTAMO inició en el año 2014 el proyecto RELINF, un registro de casos con neoplasia linfóide a nivel nacional, cuyo objetivo es determinar la distribución de las neoplasias linfoides en España y analizar su comportamiento y su supervivencia. Los datos publicados en 2020⁴ incluyen a pacientes diagnosticados entre enero de 2014 y julio de 2018. Se registraron un total de 11.400 pacientes mayores de 18 años procedentes de un total de 63 hospitales. En este registro se excluyeron los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple o síndromes linfoproliferativos crónicos. El linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) y el linfoma folicular (LF) fueron los más frecuentes. El linfoma marginal fue el 11% del total. El linfoma de células T periféricas no especificado fue el más común del subtipo de linfoma de células T, y los linfomas de células NK/T fueron más frecuentes de lo esperado (5,4% del total). El linfoma de Hodgkin representó el 12% de los síndromes linfoproliferativos. La supervivencia general fue superior al 90 % a los 2 años para los linfomas indolentes y aproximadamente de un 60% para el linfoma B difuso de célula grande. Los linfomas T tuvieron una baja supervivencia, similar a la ya conocida.

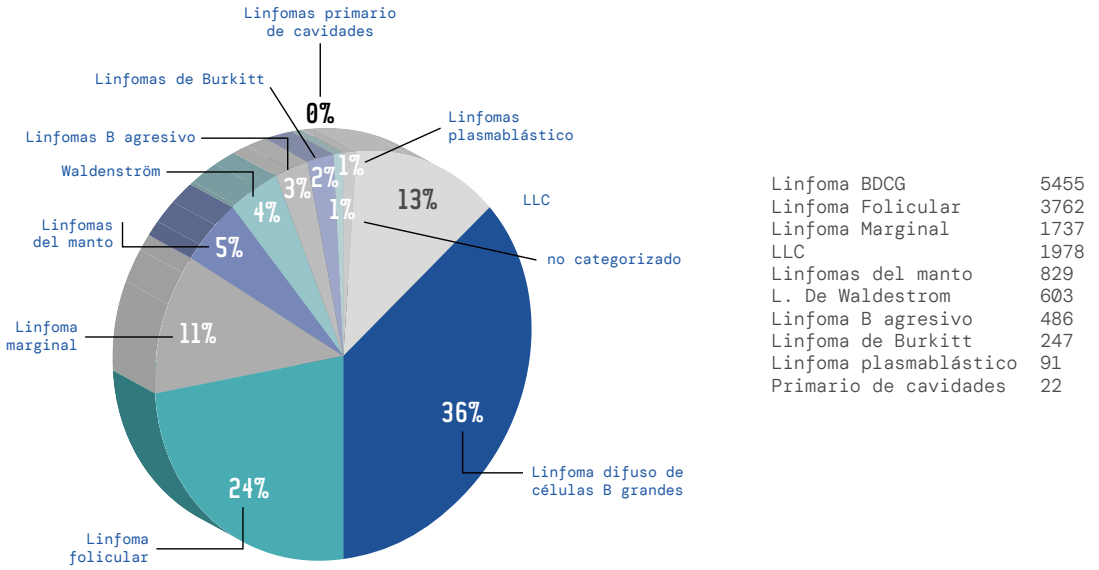
Datos más actuales de este registro confirman que el 80% de los pacientes registrados corresponden a linfomas B, siendo los más frecuentes el LBDCG y el LF; representando el 36% y 24% respectivamente (**Fig. 8**).

Figura 8. Distribución por grupos histológicos RELINF 2022.



En la figura 9 se muestra la distribución de las neoplasias linfoides de células B incluidos en el registro RELINF.

Figura 9. Síndromes linfoproliferativos B RELINF 2022.



08

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/Cancer_EyR.pdf. Accessed 27 March 2024.
- <https://fundacioneco.es/project/proyecto-criterios-de-calidad-asistencial-qopi-asco/>. Accessed 27 March 2024.
- <https://old-prod.asco.org/practice-patients/quality-improvement/quality-programs>. Accessed 27 March 2024.
- Harris NL, Jaffe ES, Stein H, et al. A revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994; 84: 1361-92.
- Steven HS, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, Thiele J. WHO Classification of tumours of haematopoietic and Lymphoid tissues- Revised 4th edition. Organización Mundial de la Salud. 2017.
- Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia* 2022; 36:1720-1748.
- Campo E, Jaffe ES, Cook JR, et al. The International Consensus Classification of Mature Lymphoid Neoplasms: a report from the Clinical Advisory Committee. *Blood* 2022; 140: 1229-1253.
- <https://redecana.org/es/proyectos/15/estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2023>. Accessed 27 March 2024.
- <https://seer.cancer.gov/statistics-network/>. Accessed 27 March 2024.
- <https://hmrn.org/statistics/incidence>. Accessed 27 March 2024.
- Bastos-Oreiro M, Muntañola A, Panizo C, et al. RELINF: prospective epidemiological registry of lymphoid neoplasms in Spain. A project from the GELTAMO group. *Ann Hematol* 2020;99(4):799-808.

ANEXO 1. ACTA DEL COMITÉ DE LINFOMAS

Hospital COMITÉ DE LINFOMAS

Título: Acta de sesión comité de Linfomas/ Unidad Funcional de Linfomas

FECHA	N.º ACTA (N.º/ AÑO)

ASISTENCIA		
Servicio	Nombre del profesional sanitario	Firma del profesional sanitario

IDENTIFICACIÓN PACIENTE	Nombre: N.º historia: Apellidos: Fecha solicitud de 1ª visita:
PROCESO DIAGNÓSTICO	Fecha 1ª visita con sospecha diagnóstica: Fecha de presentación al Comité con sospecha diagnóstica: Sospecha diagnóstica: <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Hepato/esplenomegalia. <input type="checkbox"/> Tumor en otros tejidos <input type="checkbox"/> Linfocitosis <input type="checkbox"/> Otros Procedimiento diagnóstico y fecha: <input type="checkbox"/> Biopsia excisional / cuña. Fecha: <input type="checkbox"/> Biopsia con aguja gruesa guiada por imagen. Fecha: <input type="checkbox"/> Biopsia ósea / aspirado medular. Fecha: <input type="checkbox"/> Otros (especificar). Fecha:
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fecha de diagnóstico definitivo AP: Fecha de presentación al Comité con diagnóstico: <input type="checkbox"/> Linfoma / Sd. Linfoproliferativo -> Clasificación OMS/ICC: código y descripción <input type="checkbox"/> No linfoma Información adicional: Inmunofenotipo: Estudios Citogenéticos/moleculares:

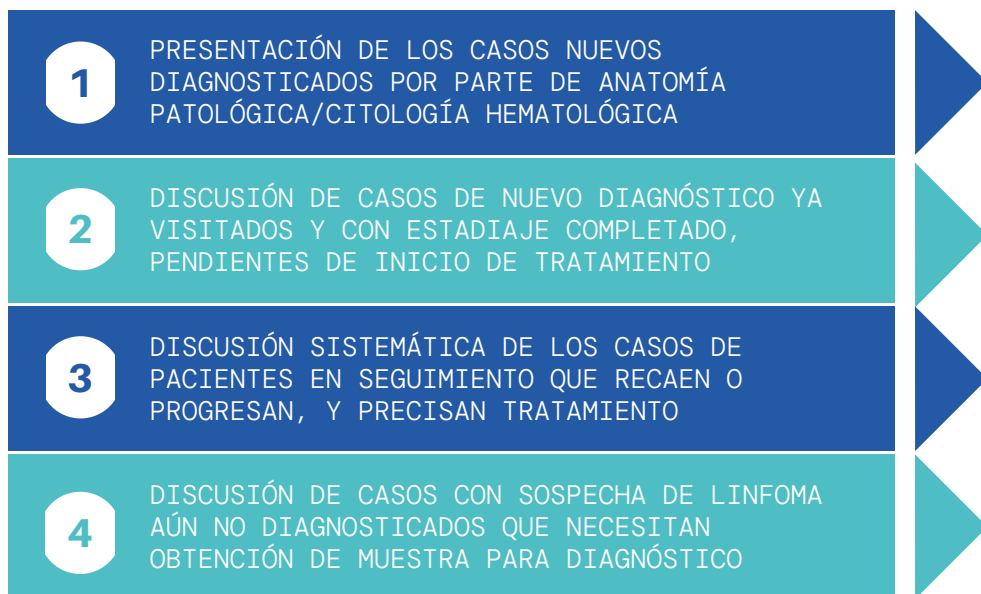
ESTADIAJE	<p>Síntomas B: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ECOG (DE 0-5):</p> <p>Pruebas de estadiaje y fecha:</p> <p><input type="checkbox"/> TAC. Fecha:</p> <p><input type="checkbox"/> PET/TAC. Fecha:</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsia MO/ Aspirado medular. Fecha:</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (especificar). Fecha:</p> <p>Estadio Ann Arbor en linfomas (I-IV):</p> <p>Estadio Rai (0-4) / Binet en LLC (A-B-C):</p> <p>Fecha de presentación al Comité con diagnóstico y estadiaje:</p> <p>Fecha de la primera visita con estadiaje completo:</p>
ÍNDICE PRONÓSTICO	<p>IPI (0-5):</p> <p>Otros índices pronósticos, especificar:</p>
PLAN TERAPÉUTICO	<p>Tratamiento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tipo de tratamiento:</p> <p>Fecha de inicio del tratamiento:</p>
SOLICITUD DE ACLARACIONES	

ANEXO 2. INFOGRAFÍA DEL COMITÉ DE LINFOMAS

COMITÉ DE LINFOMAS



METODOLOGÍA



ACTA Y REGISTROS

- Fecha de presentación del caso
- Diagnóstico: tipo de linfoma y código según la clasificación vigente
- Fecha de diagnóstico
- Estadio
índice pronóstico
- Plan terapéutico propuesto
- Asistentes al Comité

ANEXO 3. INFOGRAFÍA DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE LINFOMAS

01. CIRCUITOS RÁPIDOS DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE

DIAGNÓSTICO

Sospecha de linfoma



CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA

NO



Obtención biopsia:
Servicio Cirugía
Servicio
Radiodiagnóstico

SÍ



Según procedencia:
Servicios del propio hospital: presentación CdL
Otro Hospital: remitir muestra para estudio centralizado

ESTADIAJE

Biopsia ósea con aspirado medular y estudios moleculares o citogenéticos.

Según el caso. Se realizarán en un intervalo de tiempo inferior a 7 días una vez conocido el diagnóstico.

TC cervical toraco-abdominal pélvico.

Se realizarán en un intervalo de tiempo óptimo que se proponga en la UFL, idealmente en menos de 10 días una vez conocido el diagnóstico.

PET/TC.

Se realizarán en un intervalo de tiempo óptimo que se proponga en la UFL, idealmente en menos de 10 días una vez conocido el diagnóstico

PLAN FU DE LA MULTIDIS DE LIM

0 CONS INTERDISC

- Hematología Clí
- Oncología Radio
- Dermatología
- Cirugía
- Enfermería

Opcionales:

- Hematogeriatría
- Cardiooncología
- Neurooncología

Según las particu
consultas se divi

- Primeras visita
- Visitas sucesiv

FUNCIONAL UNIDAD DISCIPLINAR INFOMAS

2. ULTAS CIPLINARES

nica
terápica

laridades de las
dirán en:
s
as



03.

PROCESO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Los profesionales informarán al paciente y familiares de manera detallada, adecuada y comprensible. La información que debe transmitirse al paciente / familiar en la UFL incluirá los siguientes aspectos:

- A) Información sobre las características generales de las UFL.
- B) Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados acerca de:
 - La patología que presenta el paciente y motivan su asistencia en la unidad.
 - Los procedimientos de tratamiento y de cuidados realizados en la unidad.
 - Las medidas que han de adoptarse, como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados.
- C) Consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley.
- D) Se ha de ofrecer preservación de fertilidad en pacientes jóvenes que aún no hayan cumplido sus deseos de tener hijos.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Coordinación:

Eva González Barca. *Consultoría: Janssen, Abbvie, Kiowa, Beigene, SOBI. Ponencias: Janssen, Abbvie, Takeda, Astra-Zeneca, Lilly. Becas de viaje: Janssen, Abbvie, AstraZeneca.*

Autores:

Sonia González de Villambrosia. *Consultoría: Abbvie, Incyte, SOBI. Ponencias: Incyte, Abbvie, Takeda, Roche. Becas de viaje: Roche, AstraZeneca.*

María Elena Amutio. *Ponencias: Roche, GSK, Takeda, Kite-Gilead, Janssen. Becas de viaje: Janssen, Gilead, Takeda.*

María Stefania Infante. *Sin conflictos de interés.*

Raúl Córdoba Mascuñano. *Consultoría y ponencias en congresos: Abbvie, Johnson&Jonhson, Astra Zeneca, Beigene, Lilly, Gilead, BMS, Roche.*

María José Terol Casterá. *Consultoría: Abbvie, Roche, Gilead, Incyte, Janssen. Ponencias: Abbvie, Roche, Gilead, Incyte, Janssen, AstraZeneca. Becas de viaje: Roche, AstraZeneca.*

Mariana Bastos Oreiro. *Consultoría: Abbvie, Incyte, Janssen, Kite, Lilly, Novartis, Roche, Takeda. Ponencias: Abbvie, Incyte, Janssen, Kite, Lilly, Roche, Takeda. Ayudas investigación: AMHH, SEHH, Instituto Carlos III, Kite, Roche.*

Antonio Gutiérrez García. *Consultoría: Janssen, Abbvie, Roche, Takeda, Astra-Zeneca, Beigene, Incyte, Lilly. Ponencias: Janssen, Abbvie, Roche, Takeda, Astra-Zeneca, Incyte, Beigene. Ayudas investigación: Janssen, Abbvie, Roche, Astra-Zeneca, Incyte.*

COLABORACIONES: esta GPC ha contado para su realización con el soporte de:*



*La empresa colaboradora ha contribuido desinteresadamente con esta guía facilitando fondos para su realización, sin participación alguna en ningún momento en el diseño, análisis de datos, conclusiones o redacción de la misma.



