

NEVUS

MODELO

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE EXCELENCIA

HUB
Melanoma

MODELO
NEVUS

HUB
Melanoma

• **ORGANIZACIÓN PARA LA EXCELENCIA DE LA SALUD | OES**

Carlos Fernando Valencia Canastero, MD
Luisa Fernanda Pombo, MD
Camilo Gutiérrez, MD
María Camila González, MD

• **EXPERTOS CLÍNICOS • REVISIÓN DE CONTENIDOS Y ENFOQUE MODELO NEVUS**

Joao Paulo Lima | AC Camargo | Brasil
Eduardo Bertolli | Beneficiencia Portuguesa | Brasil

• **EXPERTOS CLÍNICOS • VALIDACIÓN MODELO DE ATENCIÓN NEVUS**

Matías Chacón, Instituto Fleming | Argentina
Martin Greco, CEMIC | Argentina
Erica Koch, Pontificia Universidad Católica (PUC) | Chile
Pamela Salman, Fundación Arturo Lopez Perez (FALP) | Chile
Luis Leonardo Rojas, Clínica Colombia | Colombia
Guillermo Jiménez, Clínica Vida | Colombia
Miguel Angel Álvarez Avitia, Instituto Nacional del Cáncer | México
Jerónimo Rodríguez, Médica Sur | México
María Esther Sanz, PD Patología Digital | Perú

• **EXPERTOS CLÍNICOS • INVITADOS INTERNACIONALES**

Alfonso Berrocal, Grupo Español de Melanoma (GEM) | España
Pablo Cerezuela, Grupo Español de Melanoma (GEM) | España

• **ORGANIZACIONES DE APOYO A PACIENTES**

María de San Martín, Fundación Donde Quiero Estar | Argentina
Luciana Holtz, Oncoguía - Brasil
Rebecca Montaneiro, Melanoma Brasil | Brasil
Jorge Fernández, Fundación Vi-Da | Chile
Adriana Garzón, Fundación Simmon | Colombia
Guillermo Gutiérrez, Fundapso | Colombia
Isolde Ortiz, Fundación Inmune | México

• **COORDINACIÓN DEL PROYECTO • NOVARTIS**

Kariluz Maestre, Region LACan
Rafael Conti, Region LACan

MODELO NEVUS | ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE EXCELENCIA | HUB MELANOMA, fue desarrollado con el auspicio de Novartis. Los contenidos están destinados únicamente a fines científicos, educativos y no promocionales. Las opiniones y conclusiones expresadas en este informe y su material suplementario pertenecen a los desarrolladores y no necesariamente son las de Novartis.

Copyright Novartis MLR ID#110603 2021. Todos los derechos reservados. Ni esta publicación ni ninguna parte de ella puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación o de otro tipo, sin el permiso de Novartis.



TABLA DE CONTENIDOS

GUÍA DE NAVEGACIÓN NEVUS

video explicativo ▶

EXPERIENCIA DE LA INICIATIVA HUB MELANOMA	06
MODELO DE ATENCIÓN EN MELANOMA: NEVUS	14
INTRODUCCIÓN	15
QUÉ ES EL MODELO NEVUS	17
VALOR EN MELANOMA	19
PRINCIPIOS.....	20
ESTRUCTURA DEL MODELO.....	22
DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DEL MODELO.....	23
FASE N. NEW PARADIGM SHIFT - DETECCIÓN TEMPRANA.....	27
PROPÓSITO	27
RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA	27
ELEMENTOS CLAVE.....	33
RECOMENDACIONES.....	35
INDICADORES.....	39
FASE E. EARLY APPROACH - APROXIMACIÓN INICIAL.....	40
PROPÓSITO	40
RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA	40
ELEMENTOS CLAVE	49
RECOMENDACIONES.....	52
INDICADORES	57
FASE V. 360 VIEW - DIAGNÓSTICO/TARGET E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA.....	58
PROPÓSITO.....	58
RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.....	58
ELEMENTOS CLAVE	68
RECOMENDACIONES.....	70
INDICADORES.....	78
FASE U. UNIFIED TREATMENT - PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	79
PROPÓSITO.....	79
RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.....	79
ELEMENTOS CLAVE.....	82
RECOMENDACIONES.....	85
INDICADORES.....	99

TABLA DE CONTENIDOS

FASE 5. SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS - SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS	100
PROPÓSITO.....	100
RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.....	100
ELEMENTOS CLAVE.....	105
RECOMENDACIONES.....	107
INDICADORES.....	112
COMO IMPLEMENTAR EL MODELO NEVUS: GUÍA PARA LAS INSTITUCIONES DE SALUD	113
REFERENCIAS.....	120
ANEXO 1. REVISIÓN DE LITERATURA	124
PANORAMA DE LA ATENCIÓN EN MELANOMA.....	125
MODELOS DE ATENCIÓN REFERENTES.....	133
CRITERIOS DE CALIDAD EN MELANOMA	134
PREVENCIÓN	136
DETECCIÓN TEMPRANA	137
PROGRAMAS DE TAMIZAJE	138
RAPIDEZ EN EL ACCESO Y DIAGNÓSTICO	138
EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO.....	139
MULTIDISCIPLINARIEDAD.....	140
MANEJO PALIATIVO Y GRUPOS DE APOYO.....	140
ANEXO 2. PATIENT ADVOCACY Y SU INTEGRACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN PARA MELANOMA: NEVUS	141
METODOLOGÍA Y TÓPICOS PRINCIPALES	142
RESULTADOS	142
PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE	143
DIAGNÓSTICO TEMPRANO.....	144
SERVICIOS PRESTADORES DE SALUD	147
INTERACCIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	149
CALIDAD DE VIDA	150
CONCLUSIONES	150

TABLA DE CONTENIDOS

ANEXO 3. INDICADORES DE CALIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA MELANOMA BAJO EL CONCEPTO DE EXCELENCIA Y DESEMPEÑO CLÍNICO	153
INTRODUCCIÓN	153
METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN	154
INDICADORES	155
TABLA 18. INDICADORES MODELO NEVUS	155
HOJAS DE VIDA DE LOS INDICADORES	159
FASE N. NEW PARADIGM SHIFT - DETECCIÓN TEMPRANA	159
FASE E. EARLY APPROACH - APROXIMACIÓN INICIAL	162
FASE V. 360 VIEW - DIAGNÓSTICO/TARGET E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA	166
FASE U. UNIFIED TREATMENT - PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	171
FASE S. CARE AND CLINICAL RESULTS - SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS	177



HUB
Melanoma

Experiencia
de la iniciativa
**HUB
MELANOMA**



¿QUÉ ES EL HUB MELANOMA?

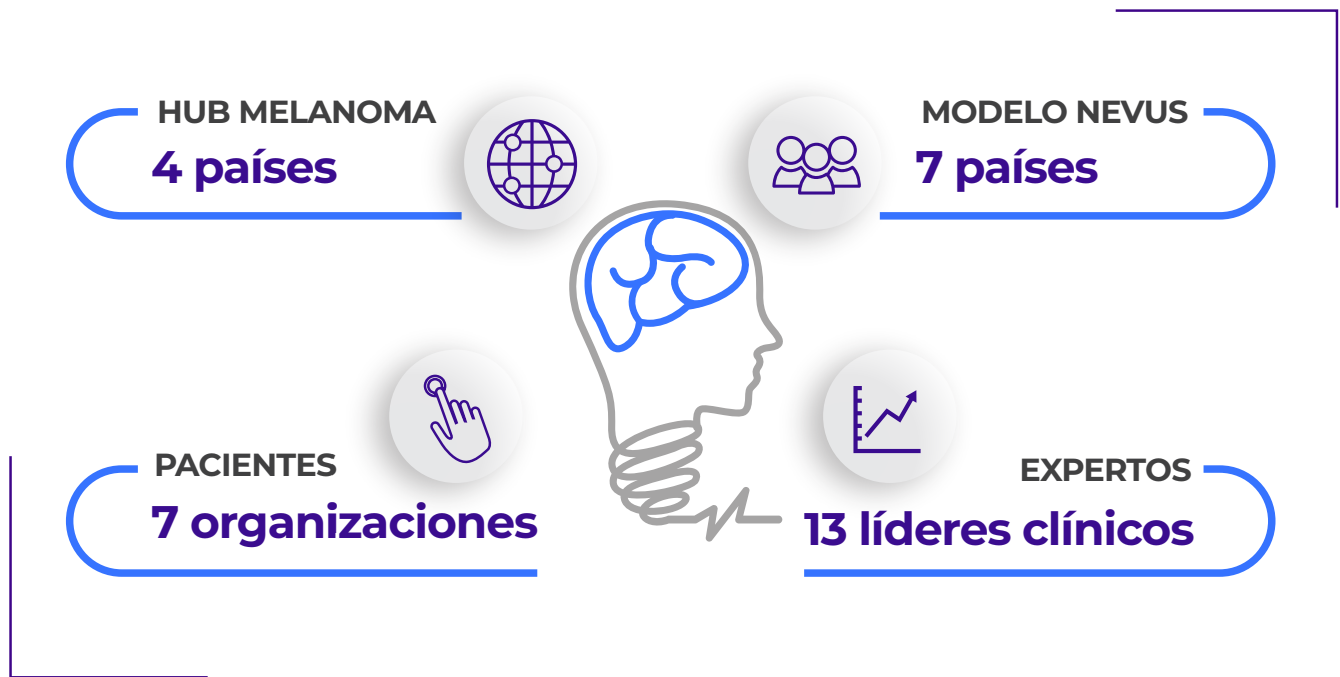
El Hub Melanoma es una iniciativa que pretende, bajo el liderazgo clínico, generar una cultura de excelencia y promover la transformación de los procesos de atención en melanoma, hacia programas diferenciales que impacten los resultados de salud de los pacientes que padecen esta enfermedad

- Es un espacio donde líderes del sistema de salud convergen alrededor del melanoma.
- Es un espacio de co-creación para transformar la atención en salud de los pacientes con melanoma.
- Se enfoca en el mejoramiento, aceleración, innovación y transformación de los resultados en melanoma.
- Plantea desde la estrategia, los resultados y el impacto en salud, definir la excelencia en salud desde los ojos del paciente.
- Favorece sinergias entre líderes.

¿POR QUÉ EL HUB MELANOMA?

- 1 de cada 3 cánceres diagnosticados es un cáncer de piel.¹
- El melanoma, aunque es una de las neoplasias menos frecuentes de la piel, presenta la mayor tasa de mortalidad. Cerca del 70% de las muertes de cáncer de piel están relacionadas a melanoma.¹
- 132,000 nuevos casos de melanoma ocurren en todo el mundo cada año.¹
- La sobrevivencia si su diagnóstico se realiza en estadios tempranos puede llegar hasta el 98%.¹





Gráfica 1. Hub Melanoma.

[REGRESAR](#)

- La incidencia de melanoma también está aumentando en todo el mundo. Las tasas de incidencia estimadas estandarizadas por edad de melanoma en hombres y mujeres en todo el mundo aumentaron de 2,3 y 2,2/100.000 personas, respectivamente, en 1990 a una tasa de incidencia estandarizada por edad de 5 por 100.000 personas por año.²
- En Latinoamérica, a pesar de una baja frecuencia de casos de melanoma existe la necesidad de mejorar los estándares de cuidado clínico, incluyendo el diagnóstico temprano y reduciendo la carga de la enfermedad.
- Los avances en diagnóstico y tratamiento deben ser incorporados apropiadamente en la ruta de atención del paciente, con el fin de impactar la supervivencia y los costos para

el sistema de salud incluyendo la medición de resultados.

- Los programas de atención multidisciplinaria pueden mejorar el cuidado de los pacientes y la eficiencia de las instituciones generando valor para el Sistema y la sociedad.
- La experiencia internacional y los estándares de cuidado pueden adaptarse a la realidad de las instituciones en Latinoamérica.

EXPERIENCIA HUB MELANOMA

El Hub Melanoma es una iniciativa regional latinoamericana, compuesto por unos espacios de co-creación y difusión de conocimiento entorno a cómo lograr mejorar los resultados de salud de los pacientes con esta condición clínica, bajo el concurso de los lineamientos de centros de excelencia y desempeño clínico.



Gráfica 2. Instituciones participantes Hub Melanoma.

Contó con la participación de expertos e instituciones de 4 países (Chile, Argentina, México y Colombia), en donde se unificaron las experiencias, necesidades, barreras, oportunidades y procesos en la región en la atención de los pacientes con melanoma, continuado con un ejercicio de autoevaluación del proceso de atención de las instituciones participantes en Hub Melanoma ([Gráfica 1](#) y [Gráfica 2](#)).

Adicionalmente se enriqueció este ejercicio mediante reuniones con organizaciones de apoyo a pacientes de la región (Oncoguía de Brasil, Melanoma Brasil, Fundación Donde Quiero Estar en Argentina, Fundación Simmon y Fundapso en Colombia, Fundación Inmune en México y Fundación Vi-Da en Chile), en donde se escucharon y debatieron las principales necesidades y puntos críticos, con lo cual se enriqueció la ruta de atención

en melanoma desde los ojos del paciente (Anexo 2).

El punto final de esta iniciativa del Hub Melanoma ([Gráfica 3](#)) dio el punto de partida para la generación del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

DEL HUB MELANOMA A UN MODELO DE EXCELENCIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON MELANOMA: NEVUS

El Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, responde a los hallazgos, necesidades, oportunidades y expectativas encontradas en el Hub Melanoma, se enriquece con la revisión y soporte de la mejor evidencia disponible en la entidad y se complementa con la inclusión de los principios y lineamientos en modelos de atención de alto desempeño clínico y centros de excelencia.



Gráfica 3. Ruta Hub Melanoma.

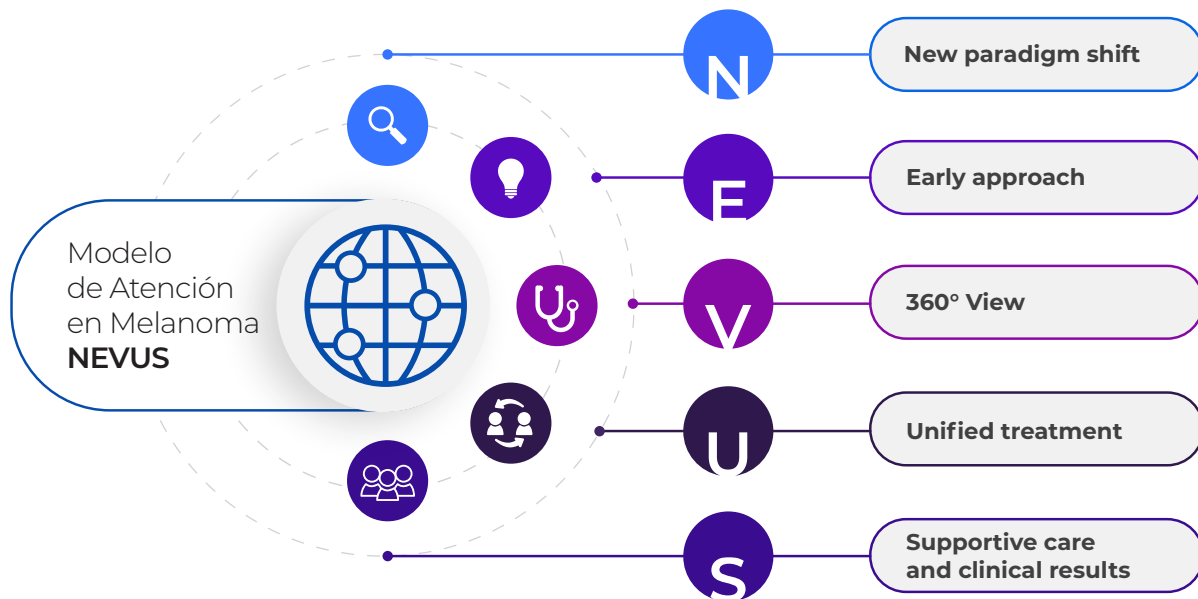
REGRESAR ↻



Gráfica 4. Participación de expertos Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

REGRESAR ↻





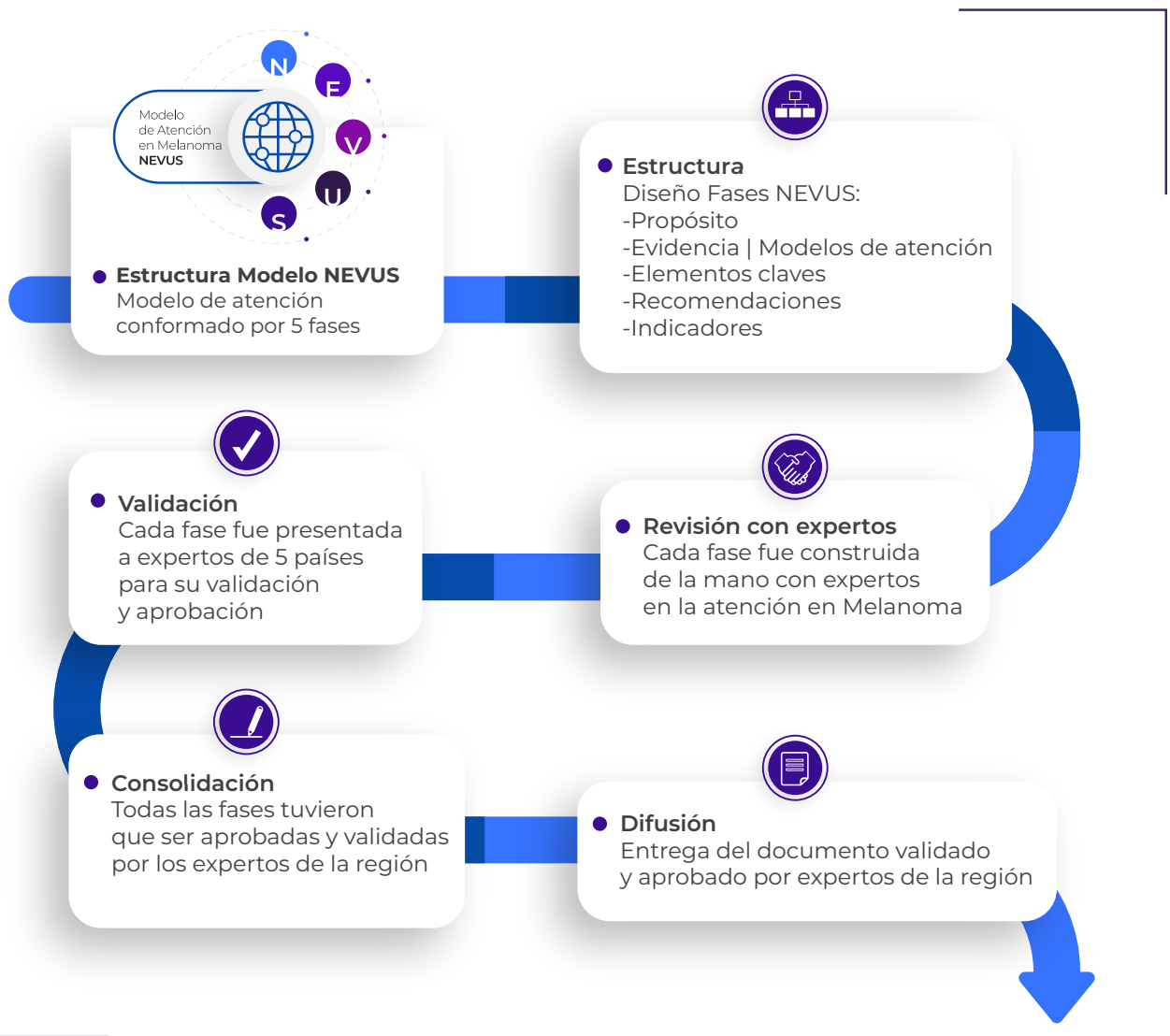
Gráfica 5. Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

El Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, promueve el cierre de barreras o brechas descritas en la literatura y/o percibidas por los equipos clínicos responsables de la atención en la operación de los procesos en el mundo real, con el objeto de entregar a la región un modelo que catalice los resultados en salud en melanoma.

Para el desarrollo del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, se contó con la participación de expertos de 7 países (Gráfica 4), los cuales revisaron y validaron cada una de las 5 fases del modelo (Gráfica 5), que se encuentra conformado por un propósito de la fase, revisión de la evidencia (Anexo 1) y modelo de atención, definición de elementos claves, generación de recomendaciones y definición de indicadores (Anexo 3 y Gráfica 6).

El Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, es el resultado de un proceso de verificación en el mundo real de la situación del melanoma en Latinoamérica desde la perspectiva de las instituciones y los ojos del paciente, bajo un modelo de atención de valor superior construido de forma co-creativa con expertos de la región, y que centra su esencia en transformar los resultados de salud en la atención en melanoma en Latinoamérica desde la búsqueda persistente y sin descanso de la excelencia en salud, por medio de una serie de estrategias e iniciativas innovadoras que promueven un proceso de atención de valor, calidad, excelencia y sin tiempos de no valor en melanoma (Gráfica 7).

Este documento describe el detalle del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS,



Gráfica 6. Ruta Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

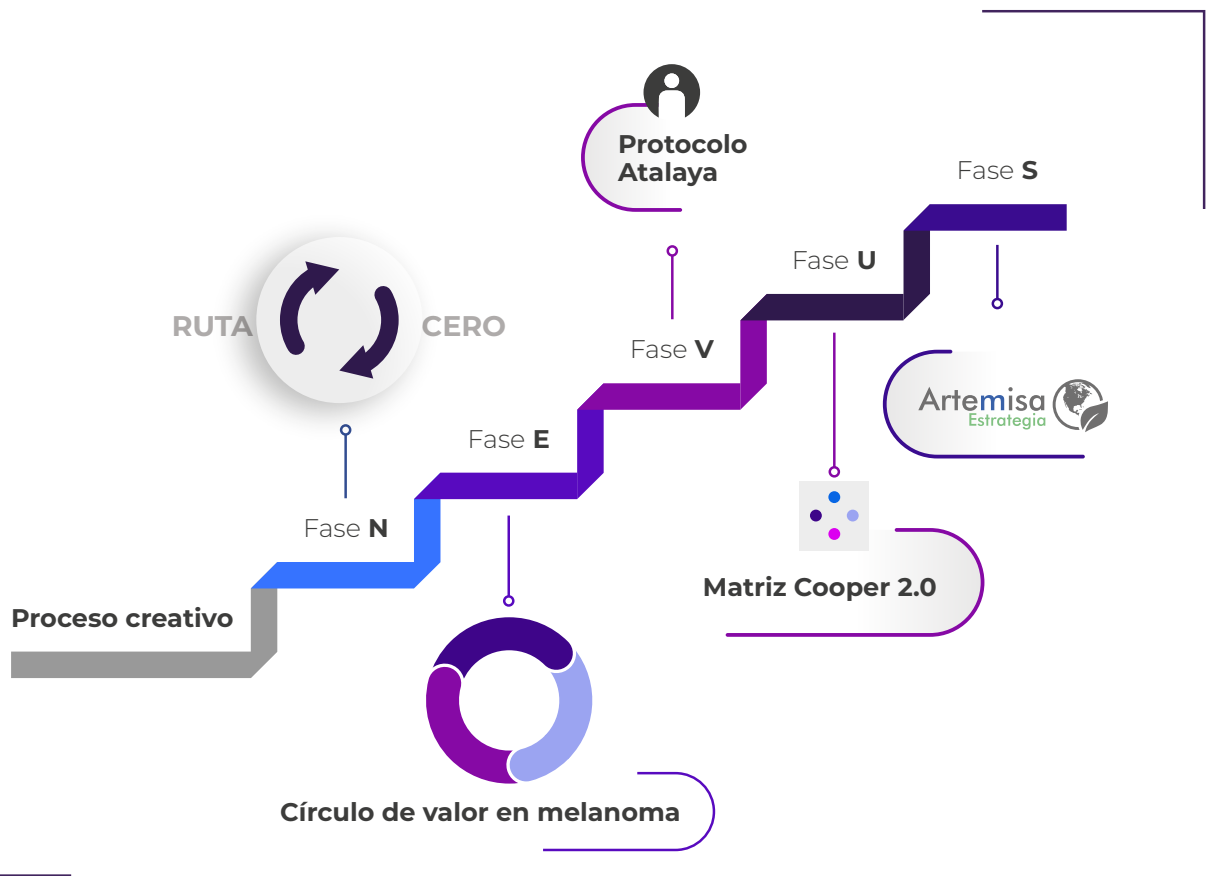
REGRESAR

con los principios, recomendaciones basadas en evidencia y las fases en la ruta de atención del paciente con melanoma, así como los pasos y estrategias a considerar para su implementación con base en estándares de calidad superior. Igualmente, se anexa información de revisión, que puede ser de utilidad para las organizaciones interesadas en emprender el proceso de diseño, rediseño y transformación de la atención hacia un centro de excelencia para pacientes con melanoma.

Anexo 1. Revisión de la literatura: Situación actual del melanoma, modelos referentes y criterios de excelencia para la atención de pacientes con melanoma.

Anexo 2. Patient advocacy: Resultados de la percepción de los representantes de los pacientes en la región.

Anexo 3. Hojas de vida de indicadores: Estructura de medición propuesta para evaluar el desempeño del modelo.



Gráfica 7. Estrategias del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

[REGRESAR](#) ↻

El Modelo NEVUS en su esencia es una invitación a transformar los resultados de salud de los pacientes con melanoma, que parte desde la mejor evidencia disponible, se nutre de la experiencia del cuidado y la experticia de las instituciones de salud, fomenta el mejoramiento a escala al considerar de forma integral y holística la ruta de atención del paciente



NEVUS

MODELO

HUB
Melanoma

Modelo de Atención en Melanoma: **NEVUS**





INTRODUCCIÓN

Excelencia en la calidad en la atención en salud, entendida como el grado en que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de obtener los resultados de salud deseados, para los individuos y poblaciones, es hoy en día un imperativo para las organizaciones de salud en el mundo. Sin embargo, como lo muestran los reportes del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés): “a pesar de los inmensos avances en el conocimiento científico y en la innovación tecnológica en salud, los resultados de los procesos de atención que perciben los pacientes y el impacto en la salud de las poblaciones, muestran una brecha importante entre el cuidado de salud que se tiene y el que deberíamos tener³”. En el análisis de esta brecha o “abismo”, se resaltan como factores determinantes, la incapacidad de los sistemas de salud para trasladar el creciente conocimiento a la práctica del día a día y para

Un centro de excelencia muestra con resultados y datos de la vida real, procesos de atención diferenciales, estandarizados, soportados en la mejor evidencia disponible y enmarcados en modelos de atención centrados en las necesidades del paciente

aplicar en la atención en salud las nuevas tecnologías de manera segura y apropiada³; esto relacionado además con el aumento de la sobrecarga de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la complejidad creciente de los procesos de salud y las dificultades en la coordinación entre los diferentes actores responsables de la atención, que promueven la fragmentación y dificultan la continuidad de la atención.



Reconocer las dificultades para alcanzar la excelencia, ha permitido poner en foco la necesidad de trabajar en el diseño y rediseño de los procesos asistenciales con el propósito de generar valor para el paciente, es decir, la obtención de los mejores resultados de desempeño clínico, de satisfacción y de experiencia del paciente con el cuidado, en relación con el costo (conceptos fundamentales de un centro de excelencia). Un centro de excelencia muestra con resultados y datos de la vida real, procesos de atención diferenciales, estandarizados, soportados en la mejor evidencia disponible y enmarcados en Modelos de Atención centrados en las necesidades del paciente, donde el Modelo (como el que se describirá en este documento) se convierte en el hilo conductor y los resultados clínicos el objetivo articulador. Las organizaciones responsables de la atención de los pacientes con melanoma, que quieran demostrar excelencia, deben centrar su interés en ofrecer programas con equipos multidisciplinarios y procesos de atención especializados⁴, que consideren la ruta del paciente a lo largo de la prestación del servicio⁵⁻⁹, en los que los resultados sean el soporte de su oferta de valor¹⁰. Esto implica generar estrategias e intervenciones para apoyar estrategias de prevención, la identificación y gestión de los factores de riesgo conocidos, garantizar un diagnóstico temprano, una evaluación, estadificación y caracterización adecuadas¹¹, generar un plan de tratamiento óptimo acorde con las características individuales del paciente, sumado a procesos de educación y de apoyo, así como acompañar al paciente en el seguimiento, monitoreo y vigilancia durante todo su ciclo de enfermedad.¹²

El Modelo de Atención NEVUS, que se presenta en este documento, busca responder bajo el concepto de excelencia, a las necesidades de los pacientes con melanoma. En él se hace una propuesta de estrategias, intervenciones y herramientas puntuales para transformar en la línea del paciente, los procesos relacionados con la atención desde la promoción, prevención, diagnóstico y cuidado, que buscan la gestión de la enfermedad y el cierre de las brechas más relevantes identificadas durante la atención de esta patología, como son: la no identificación de los factores de riesgo relacionados, las dificultades para un diagnóstico temprano y preciso, la estandarización del cuidado, la gestión de equipos multidisciplinarios, la continuidad e integralidad en el seguimiento, acompañamiento y apoyo y la promoción de buenos hábitos de vida, como factores determinantes de los resultados.

El Modelo busca mejorar los resultados del cuidado clínico, facilitar la atención, estandarizar el cuidado y promover una cultura de mejoramiento para los profesionales de la salud modernos, que desean optimizar el uso de métricas y resultados en melanoma para la toma de decisiones estratégicas. Por ende, el Modelo puede ser utilizado como fuente de información, puede promover la discusión, ser un referente y ayudar a los centros que deseen lograr un desempeño superior en melanoma a identificar brechas en sus rutas de atención y así gestionar iniciativas de mejoramiento continuo a nivel micro y macro en torno a esta patología. Un Modelo de Atención basado en la excelencia para melanoma tiene el potencial de impactar y mejorar el acceso de los pacientes y los resultados en el sistema de salud.¹³



¿QUÉ ES EL MODELO NEVUS?

NEVUS es una articulación de las mejores prácticas de la evidencia científica para la atención de las personas con melanoma en el continuo de los procesos asistenciales, que se centran en la ruta completa de atención y en la gestión de esta condición en el largo plazo

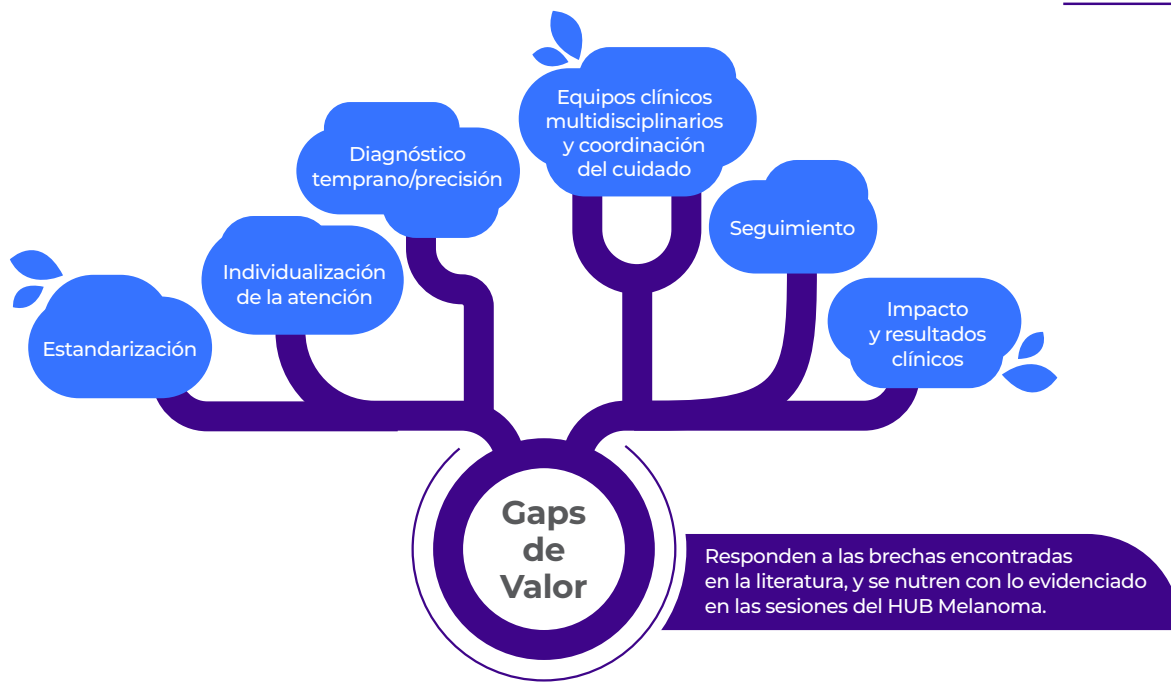
En este enfoque, considera en su línea trazadora la promoción, prevención, la gestión de la enfermedad, así como los procesos de apoyo para el autocuidado, la adherencia, vigilancia y seguimiento. Está construido desde la literatura médica disponible e incorpora estrategias, intervenciones y herramientas que permiten la entrega de una serie de recomendaciones, con la capacidad de dar directrices para escalar los resultados de salud, hacerlos concordantes con la experiencia del paciente y promover el mejoramiento y la transformación de los procesos de atención hacia programas diferenciales que enmarcan lo que hacen en el día a día en una cultura de atención de valor.

La conceptualización y las recomendaciones de NEVUS se enfocan a cerrar las principales barreras o brechas descritas en la literatura y/o percibidas por los equipos clínicos responsables de la atención en la operación de los procesos en el mundo real, y que

limitan la entrega de los mejores resultados de valor en salud¹⁴ (Gráfica 8):

- Estandarización: variable imperativa en la entrega de resultados, donde se hace hincapié en la disminución de la variabilidad de la atención (incluyendo la reducción de los tiempos en el acceso al cuidado), que resulta del entendimiento de la ruta de viaje del paciente dentro de su proceso integral de atención en salud.
- Equipos multidisciplinarios y coordinación del cuidado: necesidad transversal dentro del Modelo de Atención, en donde como resultado de centrar de forma efectiva y real al paciente, se garantiza que los atributos del sistema y el capital humano a cargo del paciente comprenden que un Modelo gira alrededor del paciente y no de forma contraria. Adicionalmente se busca que la coordinación del cuidado se ejecute de forma estandarizada, integral, humanística y con propósito.





Gráfica 8. Brechas (Gaps) objetivo del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

REGRESAR ↶

- Diagnóstico temprano/precisión: variable ampliamente conocida en la entrega de resultados particularmente en condiciones oncológicas en salud, pero que promueve el pensamiento sistémico alrededor de la consecución de dicho propósito, donde se contemplan tanto componentes del paciente, como del sistema, la evidencia médica y la experiencia e individualización del cuidado.
- Individualización de la atención: necesidad emergente y diferenciadora en nuestros días, donde el conocimiento ya no es el factor diferenciador, y en donde la capacidad de humanización del servicio y la entrega de un proceso de atención adaptado al paciente y no ajeno a su ecosistema, otorga un elemento de valor superior, que hace modelos únicos y referentes.
- Seguimiento: elemento crucial en la expedición de resultados de valor superior

entorno a modelos de alto desempeño clínico, donde existe trazabilidad de la atención, con métricas que responden a la ruta de la atención y a la medición de todas las variables alrededor del paciente (incluyendo barreras administrativas del sistema de salud que limitan o retrasan la atención oportuna para diagnóstico, manejo y seguimiento).

- Impacto y resultados clínicos: componente que plantea la necesidad de valorar, estructurar, definir y clarificar cuál es el impacto esperado de la atención y del Modelo de Atención, para construir alrededor de este ejercicio los resultados clínicos a entregar por NEVUS, resultados que deben estar definidos en el marco de la estructura, proceso y resultado en salud. En este punto también se plantea la necesidad de la evaluación de métricas de desempeño clínico que efectivamente permitan intervenir, valorar y transformar todo el viaje del paciente.



VALOR EN MELANOMA

Entregar valor a los pacientes que padecen melanoma, implica generar para ellos la mejor experiencia en salud posible

En el marco del Modelo de Atención NEVUS, como modelo de excelencia, valor es el objetivo macro a alcanzar por el Modelo mismo. En este sentido valor en melanoma se define desde los ojos del paciente, donde la experiencia, la individualización y la equidad en la atención, logre no solo entregar el mejor resultado clínico posible, sino garantizar una experiencia con la atención que vaya más allá del desenlace. Busca fomentar una atención multidisciplinaria que permita la interacción entre seres humanos y que responda al concepto universal de poder ayudar.

Entregar valor a los pacientes que padecen melanoma, implica generar para ellos la mejor experiencia en salud posible con:

- Programas diferenciales (de excelencia)

formalmente constituidos y estructurados entorno a la atención de los pacientes con melanoma.

- Procesos operativos estandarizados, fundamentados en el más alto rigor científico, que parte de la mejor evidencia científica disponible y cuya atención se fundamenta en hechos y datos para llegar hasta la evidencia del mundo real.
- Atención continua y humanizada durante todo el viaje del paciente por su condición de salud.
- La mejor individualización alcanzable para el paciente y su familia.
- Los mejores estándares de cuidado para generar resultados en salud referentes.





PRINCIPIOS

SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Garantizar la seguridad del paciente y la calidad en los procesos de atención son prioridades para el abordaje del melanoma como condición específica de salud. Estos deben ser elementos rectores en la búsqueda de las estrategias e intervenciones clave, necesarias y determinantes para el logro de los objetivos transformadores del cuidado que se entrega a los pacientes, en el marco de un Modelo de Atención diferencial.

VISIÓN HOLÍSTICA

El Modelo de Atención en melanoma no solo percibe a la persona como un “todo” (cuerpo, mente, espíritu y emociones), sino que, en el enfoque de la atención centrada en el paciente y las intervenciones transformadoras del proceso de atención, resultan de un análisis de las interrelaciones e integración de los diferentes componentes del sistema, considerando el entorno, los determinantes de salud, las estrategias de prevención/promoción, tratamiento, seguimiento y apoyo. Esto se hace para apoyar, acompañar y empoderar al paciente, haciéndolo participe de todo el ciclo de

salud-enfermedad y generar un impacto en la salud y bienestar del colectivo, en los resultados clínicos esperados para el paciente, su experiencia con la atención y en los costos que la enfermedad genera al sistema de salud en el que el Modelo está inmerso.

INTEGRACIÓN, INTEGRALIDAD EN EL CUIDADO Y EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS COORDINADOS

Bajo esta visión holística, el Modelo se fundamenta en la búsqueda de estrategias e intervenciones para que se integren y articulen a la ruta del paciente, los diferentes actores del sistema, escenarios y disciplinas del conocimiento en equipos multidisciplinarios coordinados, para responder de manera adecuada a las necesidades de la población, del paciente, su familia y cuidadores, en todas las dimensiones correspondientes: biofísica, psicológica, emocional y social. Este enfoque debe permitir generar estrategias de prevención de cáncer de piel para la población, articular los equipos de atención primaria para promover la identificación temprana y la derivación sin barreras de acceso a un proceso adecuado de

diagnóstico, tratamiento multidimensional, de seguimiento en el tiempo y de cuidados de soporte, acordes a las necesidades del paciente durante todo el ciclo de salud y enfermedad.

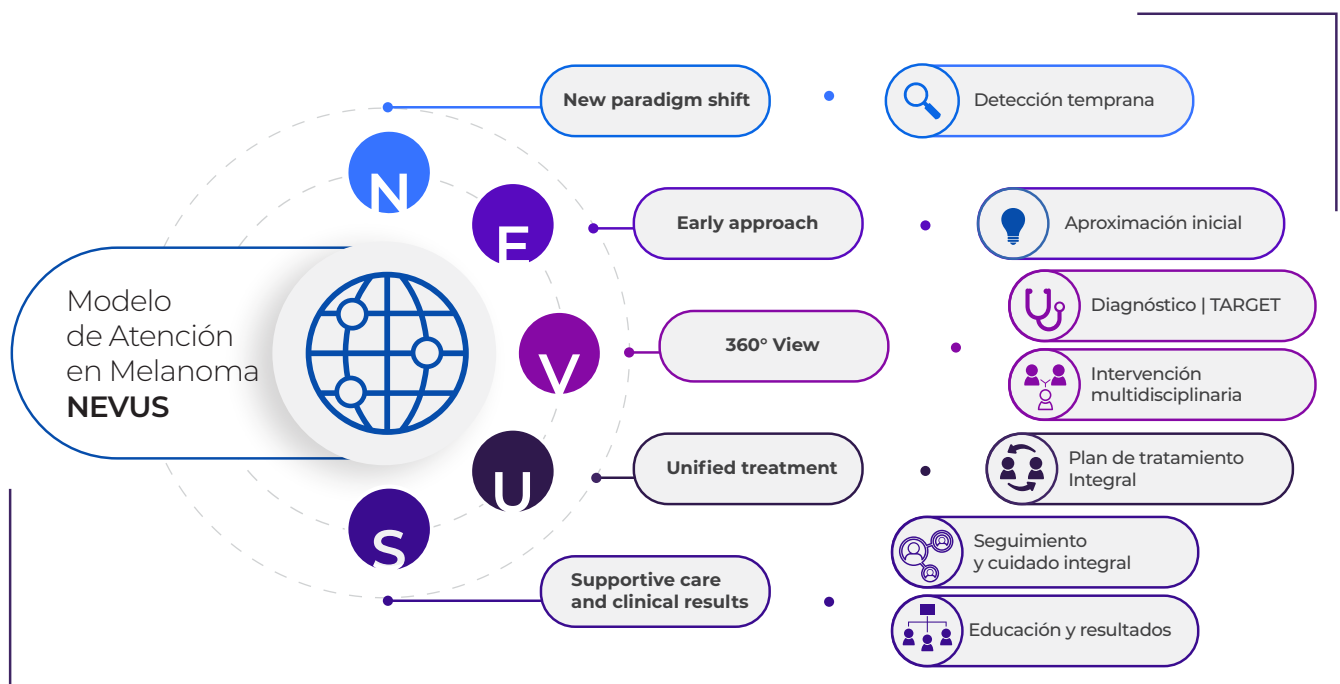
INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

El Modelo propone la estandarización de los procesos de atención para melanoma, bajo los conceptos de medicina de precisión, de tal forma que, identificando las necesidades individuales del paciente como un todo, incluyendo gustos, preferencias y respetando sus decisiones, se puedan generar y desplegar planes de tratamiento acordados, que aporten el máximo valor posible en términos de los resultados esperados y que son importantes para el paciente y su familia o cuidadores. Esto incluye la generación de Pacientes Modelo capaces de gestionar su enfermedad, replicar su conocimiento, ser adherentes, potenciar

su autocuidado y estar empoderados en relación con su enfermedad.

RESULTADOS CLÍNICOS Y EXPERIENCIA CON EL CUIDADO

Los resultados clínicos, la satisfacción y la experiencia percibida por el paciente, son los objetivos finales del Modelo. El Modelo de Atención para melanoma enfatiza en la necesidad de trazar en el tiempo y durante todo el proceso de atención, los resultados de valor obtenidos, y promueve el aprendizaje organizacional utilizando los datos y la evidencia de la atención en el mundo real, como insumo para impulsar el mejoramiento, la transformación y la innovación como soporte de la oferta de valor para los pacientes con esta condición específica de salud. El impacto de estos resultados (con una trazabilidad demostrada), beneficia a la institución, los sistemas de salud y la sociedad.



Gráfica 9. Estructura del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

La gráfica 9 muestra la estructura general del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, con las FASES clave para hacer un abordaje total y diferencial de esta patología específica en el ciclo o ruta de atención del paciente:

- **N: NEW PARADIGM SHIFT** - DETECCIÓN TEMPRANA
- **E: EARLY APPROACH** - APROXIMACIÓN INICIAL.

- **V: 360 VIEW** - DIAGNÓSTICO/TARGET E INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA.
- **U: UNIFIED TREATMENT** - PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.
- **S: SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS** - SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS.



DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DEL MODELO

Cada una de las fases de NEVUS se describe desde la evidencia científica de las guías de práctica clínica, enriquecida con una búsqueda específica de literatura, enfocada a definir el propósito mismo de la fase, a encontrar hitos, estándares, estrategias e intervenciones exitosas reportadas, para afianzar la calidad de atención que se entrega a los pacientes

La estrategia de búsqueda tomó literatura indexada en las bases de datos Medline, PubMed, Ovid, Cochrane Library y Science Direct, bajo los términos de búsqueda Mesh macro “Melanoma”, asociados a los términos relevantes para el propósito de cada fase.

Las fases se desarrollarán en este documento de la siguiente manera:

PROPÓSITO

Donde se explica la intención global de la fase en el marco del Modelo NEVUS para lograr los objetivos de valor que han sido planteados anteriormente.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Donde se expone la evidencia que soporta la construcción de la fase en el marco

del Modelo NEVUS y como ruta para la canalización de pacientes.

ELEMENTOS CLAVE

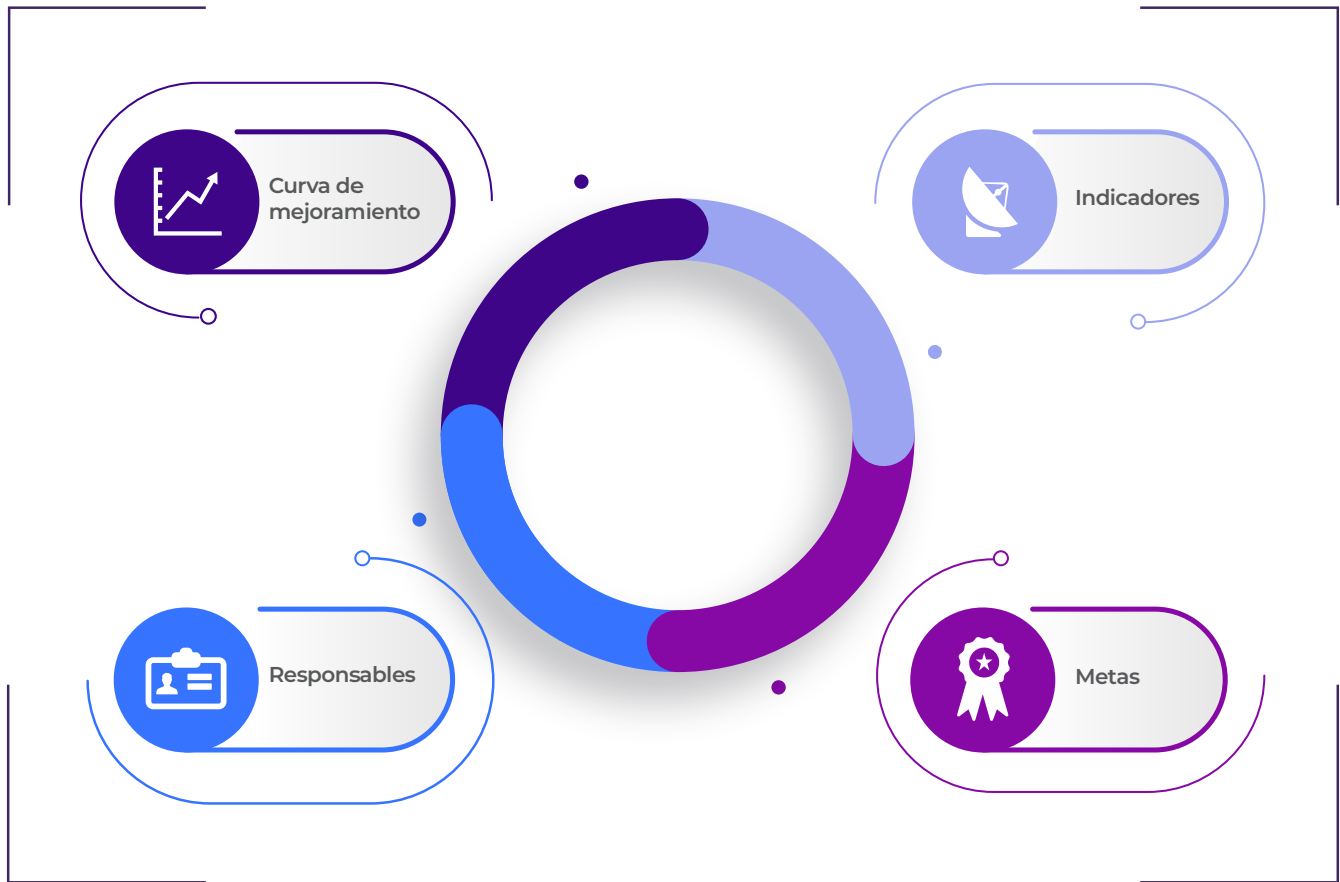
En este apartado de la fase se presenta el marco conceptual y metodológico de la misma y cómo corre la ruta del paciente en el Modelo NEVUS basados en los resultados de la evidencia.

Los elementos clave de cada fase, cuentan con un video explicativo, que puede ser consultado como apoyo adicional a la comprensión de la estructura de NEVUS.

RECOMENDACIONES

Contiene los lineamientos y directrices para que las organizaciones logren implementar el Modelo NEVUS.





Gráfica 10. Elementos de las fases del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

INDICADORES

Se expone una tabla resumida de los indicadores para evaluar el desempeño de los procesos de cada fase y la forma como suman a los resultados de valor de los pacientes con melanoma (la hoja de vida completa de los indicadores se encuentra en el anexo 3 del documento.

La medición sistemática de los indicadores mostrará el proceso de transformación de los programas de atención, permitirá la definición de metas, el análisis de brechas, la generación de intervenciones, la articulación de responsables y el mejoramiento continuo (Gráfica 10).



NEVUS
MODELO



HUB
Melanoma

Fases del Modelo de Atención en Melanoma **NEVUS**



FASE N

NEW PARADIGM SHIFT - DETECCIÓN TEMPRANA



FASE E

EARLY APPROACH - APROXIMACIÓN INICIAL



FASE V

360 VIEW - DIAGNÓSTICO/TARGET E INTERVENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA



FASE U

UNIFIED TREATMENT - PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL



FASE S

SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS
SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS



La fase N promueve la gestión del riesgo primario y la identificación temprana de los pacientes con sospecha de melanoma para activar los procesos de atención

PROPÓSITO

Fortalecer la implementación de las estrategias de prevención en la población general, que cuentan con evidencia suficiente, para disminuir el riesgo de aparición de cáncer de piel y de manera relevante facilitar la identificación y referenciación de las personas con factores de riesgo o lesiones sospechosas para melanoma a los procesos específicos de evaluación y diagnóstico, eliminando las barreras existentes y garantizando los tiempos de oportunidad.

En términos generales, esta fase promueve la gestión del riesgo primario y la identificación temprana de los pacientes con sospecha de melanoma para activar los procesos de atención, de tal manera que a los pacientes se les pueda ofrecer en el tiempo y sitio óptimos, una evaluación, diagnóstico y tratamiento correctos, por un equipo multidisciplinario que pueda responder a sus necesidades individuales.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

En el propósito de la fase, la literatura aporta evidencia relacionada con la utilidad de la educación y campañas de sensibilización, la definición y gestión de factores de riesgo, estrategias para identificar y hacer seguimiento a la población que tiene estos factores de riesgo y de manera individual las intervenciones para identificar, ojalá de manera temprana las lesiones sospechosas para derivar a los pacientes a los procesos adecuados de evaluación.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

La mayoría de los melanomas se originan de lesiones en la epidermis, donde permanecen muchos años y posteriormente inician su crecimiento¹⁵. La detección temprana del melanoma indudablemente es un factor determinante de mejores resultados pronósticos, de hecho, los pacientes con melanoma cutáneo diagnosticado en estadios 0, I o II, muestran sobrevividas a 5

años entre el 98 y 100%. Los beneficios de la prevención en personas de riesgo para diagnóstico temprano son evidentes, dado que el pronóstico del melanoma se relaciona con el estadio y grosor de la lesión, por lo que una detección temprana mejoraría de manera significativa el pronóstico¹⁶. Los estudios realizados muestran como la mortalidad por melanoma se reduce hasta en una 50% posterior a crear programas de tamizaje, sin embargo, estos resultados no han mostrado mantenerse en el largo plazo.¹⁷⁻²¹

Las guías recomiendan que las personas de mayor riesgo sean tamizadas y seguidas de una forma más rutinaria²². Aún cuando el autoexamen es importante, la evidencia muestra que intervenciones como la dermatoscopia u otros exámenes diagnósticos, pueden ser útiles para la detección temprana del melanoma con mayor precisión que únicamente el examen físico o visualización de la lesión²². Adicionalmente algunos estudios muestran que la valoración debe ser realizada por un dermatólogo, ya que esto resulta en una detección temprana y más específica que cuando es realizada por profesionales no entrenados en esta área.^{23, 24}

Los esfuerzos para mejorar el pronóstico del melanoma incluyen la identificación, seguimiento y gestión a las personas de alto riesgo, así como la evaluación, diagnóstico adecuado y la realización de estudios moleculares y genéticos a las muestras de patología, en los casos indicados por la evidencia. Estudios han mostrado, como la inclusión de pacientes con alto riesgo a programas de seguimiento, tiene una tasa mayor de identificación temprana de las lesiones, lo cual conlleva un mejor pronóstico y adicionalmente sugieren que se deben

crear estrategias y programas educativos para seguir aumentando el diagnóstico temprano de melanoma.²⁵

MENSAJES DE MEDIOS Y CAMPAÑAS

Las campañas educativas y de prevención normalmente se focalizan en 3 grandes aspectos: disminuir la exposición a radiación solar, aumentar las medidas de protección y además la realización de autoexamen de la piel para detectar lesiones sospechosas de malignidad²⁶. Cerca de 2/3 partes de los nuevos melanomas son diagnosticados por pacientes o familiares y sólo 1/3 por los médicos²⁷. Lamentablemente, los grupos con bajos ingresos socioeconómicos, las minorías y los pacientes de edad avanzada, típicamente no responden a estas campañas²⁸⁻³⁰. El uso de medios de comunicación debe ser ajustado a la población objetivo y a la región, por lo cual referenciar experiencias en otras latitudes, permitiría desarrollar programas ajustados a las situaciones específicas de nuestra región²⁶. Típicamente, las estrategias implementadas a través de medios de comunicación masiva incluyen:

- Las fotografías (las cuales mejoran la atención, impactan el recuerdo y la retención de información de salud), de pacientes con melanoma, deben ser multiculturales e incluyentes para generar un mayor impacto.³¹⁻³³
- El uso de videos también ha mostrado resultados favorables.²⁸
- Es posible que el periódico y la radio sean el medio más efectivo para la población adulta mayor.³⁴
- El uso de mensajería de texto en forma

frecuente (con ausencia de imágenes), puede inducir a la comunidad a aumentar las medidas de protección solar y de autoexamen.³⁵

- El uso de redes sociales puede permitir un alcance importante del mensaje de prevención.³⁶

Todas las campañas de detección temprana requieren de la cooperación de las redes de médicos de cuidados primarios y organizaciones de apoyo a pacientes³⁷. No solo se requiere de entrenamiento y actualización clínica. En una encuesta realizada a profesionales de atención primaria, solo el 58% de los encuestados conocían el Sistema ABCDE³⁸. Las principales dificultades expresadas por los médicos son la falta de tiempo y el pobre acceso al dermatólogo especialista de apoyo. Además, se requiere de motivación con el fin de lograr una participación activa de la comunidad. Existen dificultades por el desconocimiento y poca práctica de los médicos generales en el reconocimiento de melanomas.

FACTORES DE RIESGO

Varias revisiones sistemáticas de la literatura se han realizado con el fin de determinar la magnitud agrupada de asociación de diferentes factores de riesgo en melanoma e incluyen:³⁹⁻⁴⁶

- El número de lunares entre 101-120 comparado con <15 presenta un riesgo relativo mayor.
- El número de lunares atípicos de 5 comparado con la ausencia de estos.
- Historia familiar.
- La exposición solar intermitente y la

historia de quemaduras solares presentan una asociación importante.

- El total de exposición UV presenta asociación, pero de leve magnitud.
- La exposición crónica no está asociada a la presencia de melanoma, sin embargo, existe gran heterogeneidad en los resultados de acuerdo a las latitudes de la población, país, y el porcentaje de población de piel blanca incluida en el estudio.
- Indicadores de daño actínico.
- El uso de cámara de bronceo incrementa el riesgo de melanoma en un 20%, el cual incrementa hasta en un 59% si éstas son utilizadas antes de los 35 años de edad.
- Tipo de piel I, alta densidad de pecas, color de piel rubia, color de ojos azul y color de cabello rojo.
- Algunas labores y ocupaciones también se relacionan con el desarrollo de melanoma. La industria de petróleos y de químicos presenta una mayor incidencia y tasa de mortalidad específica.

IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS E INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO

Existen recomendaciones⁴⁷, sobre la necesidad de hacer mayor énfasis en las variables macro (fenotipo del paciente, factores de riesgo, historia personal y familiar y el tipo y número de lesiones), que en los hallazgos microscópicos de una lesión individual específica⁴⁷. Sin embargo, no existe un consenso sobre el lenguaje para clasificar los pacientes como “Grupos de alto riesgo”. Se han descrito varias escalas para evaluar el riesgo de melanoma

en los pacientes con base en los factores de riesgo definidos en la literatura, dos de ellas que se referencian a continuación:

- THE MACKIE RISK FACTORS SCORE FLOW CHART⁴⁸: una herramienta de 4 preguntas, que utiliza un diagrama para determinar el nivel de riesgo. Logró una buena medida de acuerdo, cuando comparó los resultados de la autoevaluación de los pacientes y el examen clínico de la piel⁴⁹. Sin embargo, la validación fue realizada hace más de 30 años.
- SELF-ASSESSMENT OF MELANOMA RISK SCORE (SAMScore)⁵⁰: se compone de 10 preguntas que determinan pacientes de alto riesgo. El mismo autor validó posteriormente la eficacia del puntaje de riesgo.⁵¹

Para ser utilizadas en la práctica clínica, estas escalas deben ser adecuadamente validadas y aunque existen varios estudios de validación de riesgo / escalas de riesgo para melanoma, entre ellos los dos descritos anteriormente^{49,51} y los realizados por Williams et al⁵² (compuesto por 7 predictores), y por Fortes et al⁵³ (compuesto de 5 predictores), estos estudios no logran definir una fórmula de regresión o escala de puntaje que muestre impacto en el perfilamiento poblacional. Vale la pena aclarar que si bien existen distintas estrategias que pretenden validar el riesgo en melanoma, estas escalas aún no pueden usarse de manera sistemática y hacen parte de un proceso de mejoramiento interesante, pero aun en curso.

TAMIZAJE

El tamizaje, examen rutinario de individuos asintomáticos para identificar lesiones sospechosas que requieren un diagnóstico, se realiza principalmente en aquellas personas de mayor riesgo¹⁵. El tamizaje es uno de los

pilares para la prevención secundaria en los procesos de atención⁵⁴, sin embargo, para el melanoma y posiblemente debido a la complejidad y multicausalidad del mismo, no se ha logrado una guía internacional que defina de forma clara cómo abordar este aspecto^{26,55,56,57}. El tamizaje para la población general no está recomendado^{54,56,58} aún en países de alta incidencia como Australia y Nueva Zelanda⁵⁹. Hasta el momento, el único programa de tamizaje poblacional existente, el Skin Cancer Research to Provide Evidence for Effectiveness in Northern Germany (SCREEN), ha demostrado beneficio en reducir la mortalidad^{20,21}, lo que lo convierte en una experiencia prometedora para aprender y considerar, si este tipo de estrategias aparecen como importantes para organizar el cuidado y generar valor a la salud de los pacientes y de las poblaciones de las regiones.

Por otro lado, el tamizaje selectivo, dirigido a los grupos de alto riesgo, es recomendado en forma amplia⁵⁵. Esta aproximación es considerada costo-efectiva^{22,60-63}, principalmente en grupos de población de más de 50 años^{49,51,64}. Identificar pacientes o grupos de alto riesgo, permitiría realizar medidas de educación, protección dirigida, además de incentivar la realización de autoevaluación^{59,65} para promover la identificación temprana de lesiones sospechosas.

AUTOEXAMEN

La prevalencia de encontrar una lesión en los últimos 3 años ha aumentado de 34 a 55% (2004 a 2015). THE AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS)⁶⁶ y THE NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) recomiendan el autoexamen a todas las personas mayores de 20 años. Una dificultad es la alta variabilidad de la sensibilidad del procedimiento⁶⁷ con evaluaciones de sensibilidad del autoexamen

que varían del 25% al 93%⁶⁸. Participar de forma activa en la búsqueda de lesiones, permite determinar la enfermedad en fase más tempranas y reducir el tiempo de búsqueda de evaluación especializada⁶⁹. Existen diferentes esquemas de evaluación que pueden ser utilizados tanto por los pacientes, familiares o cuidadores. Muchos de ellos han sido evaluados en el ambiente clínico de atención primaria:

- El Sistema ABCDE: posiblemente es el método de evaluación más ampliamente conocido y evaluado tanto para realizar autoexamen como para el uso clínico.^{31,66, 68,70}
- AC RULE FOR MELANOMA (ASYMMETRY, COLOUR VARIATION): una modificación más sencilla del sistema ABCDE.⁷¹
- Signo del “UGLY DUCKLING”: se refiere a una lesión que no se ve como el resto de las lesiones (diferente).^{72,73}
- Test de los “3 colores”: es un signo que esta descrito con el uso de dermatoscopio.⁷⁴
- Lista de Chequeo de tres puntos: es un patrón que evalúa la presencia de asimetría, red atípica y estructuras azul-blancas.⁷⁵
- Método de 7 puntos (descrito con dermoscopia): consta de 3 criterios principales y 4 criterios menores, cada uno con una puntuación de 2 y 1 puntos, respectivamente. Un puntaje de 3 o más, es requerido para el diagnóstico de melanoma⁷⁶.

Independientemente del sistema, en la evaluación clínica y durante el seguimiento, se requiere tener fotos o imágenes para poder compararlos y así, evaluar la aparición de nuevas lesiones o cambios.^{68,77}

- Autoevaluación facilitada mediante Apps: Existen algunas apps en funcionamiento para el uso de médicos y pacientes⁷⁸. El mejor rendimiento se presenta en la app donde la imagen es evaluada por un dermatólogo^{78, 79}. Es posible, que exista una mejoría progresiva en el rendimiento de estas aplicaciones, con el desarrollo de tecnología y de la inteligencia artificial (IA).⁸⁰

DERMOSCOPIA DIGITAL

Desde los primeros estudios de la técnica de dermoscopia digital⁸¹, se ha demostrado el beneficio de la calidad de imagen para ser utilizada tanto por el público general⁸² como por especialistas. Esta técnica presenta una mejor sensibilidad cuando se compara con los resultados de evaluaciones fotográficas⁸². Aunque el desarrollo tecnológico ha permitido el uso de esta técnica fuera del ámbito hospitalario, aún no se logra una adecuada adherencia. En estudios de auto-evaluación por dermoscopia en Australia, solamente el 64% de los encuestados realizaron autoevaluaciones regulares⁸³. Existe evidencia del beneficio de la dermoscopia realizada por pacientes de alto riesgo, pues aumenta el número de lesiones reportadas en estadios menos avanzados, en comparación a la población general⁸⁴.

El examen por dermoscopia se debe realizar en todas las lesiones sospechosas. Requiere entrenamiento para que provea una ventaja frente al examen físico. Es importante resaltar que el uso de esta técnica permite identificar lesiones benignas y así mismo reducir las biopsias innecesarias⁸⁵. Existen otros métodos no invasivos como la microscopia confocal de reflectancia que permite la identificación de células y tejidos en la epidermis y la dermis papilar con una resolución de 1 milimicra la

cual es similar a la magnificación 30X en el examen histológico, es útil en lesiones de difícil diagnóstico con dermatoscopia, en reconocimiento de lesiones amelanóticas e hipomelanóticas, seguir en el tiempo lesiones y definir márgenes previos a escisión quirúrgica de lentigo maligno. Sin embargo, consta de altos costos y poca disponibilidad⁸⁶⁻⁹⁰. Existen también imágenes multispectrales las cuales tienen softwares y algoritmos automatizados para identificar lesiones y recomendar la toma de biopsia con una especificidad y sensibilidad cercana al examen físico y la identificación de riesgos para melanoma⁹¹⁻⁹⁴. Finalmente se han introducido aplicaciones móviles que permiten a los pacientes evaluar las lesiones con una sensibilidad de acuerdo con la

aplicación que varía entre el 7 al 98% y una especificidad entre el 30 al 94%; ninguna se ha estudiado lo suficiente para considerarla como recomendación clínica.⁹⁵

Otras técnicas de tamizaje incluyen la fotografía total de cuerpo (25 fotografías) y la dermatoscopia digital secuencial⁹⁶. La recomendación basada en la evidencia de las GPC australianas, recomiendan que las personas con un riesgo muy alto de melanoma, su pareja o cuidador deban recibir educación para reconocer y documentar las lesiones sospechosas. Estas personas deben ser revisadas regularmente por un médico con un examen completo de la piel, cada 6 meses, respaldado por una fotografía de cuerpo completo y una dermatoscopia.⁹⁷



video explicativo ▶

Para cambiar el paradigma en melanoma e impactar la detección temprana, esta fase del Modelo considera relevante nutrir las políticas y estrategias de educación

Con intervenciones innovadoras y reproducibles en el mundo real que respondan a los datos y resultados en melanoma encontrados en la literatura y que transformen los planteamientos existentes en el enfoque de la detección temprana, que se listan a continuación:

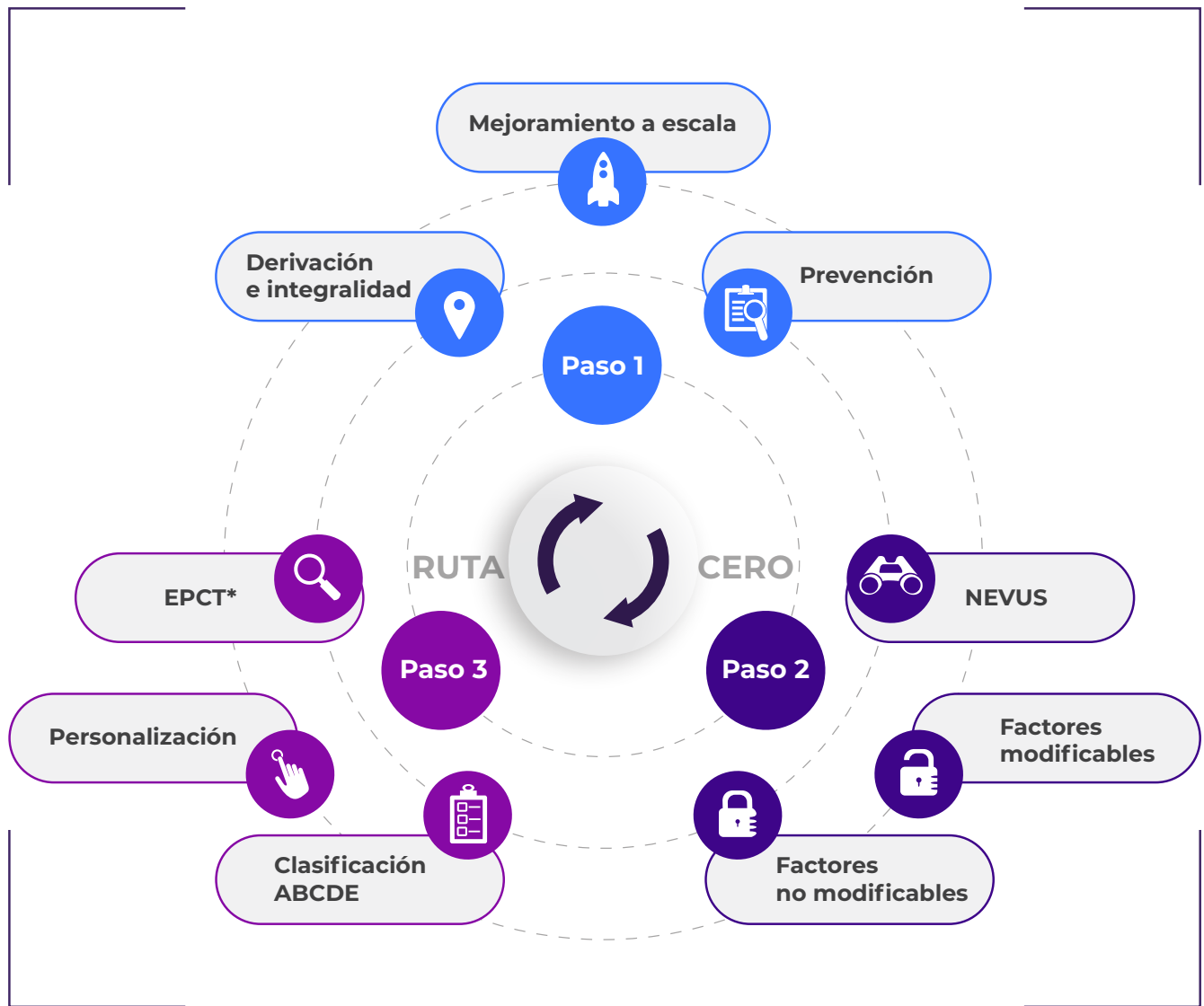
- Los Modelos de salud de las instituciones inician en las instituciones.
- El primer paso en un Modelo de Atención es la prevención.
- La prevención primaria se hace únicamente al paciente.
- La primera fase de un Modelo de Atención se enfoca en prevención y referenciación.

El Modelo plantea una estrategia denominada Ruta Cero, que incluye dentro del concepto de detección temprana 3 pasos críticos para los actores fundamentales de la ruta de atención

en melanoma: paciente, profesionales de la salud y sistema de salud. El Modelo utiliza estrategias y herramientas que procuran impactar los siguientes elementos ([Gráfica 11](#)):

- Inequidad en los procesos de atención en salud.
- Variabilidad en la atención en salud.
- Tiempos de no valor en los procesos de atención en salud.
- Estrategias en salud sin impacto.
- Ausencia de integralidad en la atención y el cuidado.

En el marco de la estrategia de Ruta Cero y los pasos críticos de la iniciativa, el Modelo de Atención hace una serie de recomendaciones que facilitan la obtención de resultados en salud que transformen los resultados en melanoma alrededor de la detección temprana.



Gráfica 11. Elementos de la Ruta Cero.

REGRESAR



Las recomendaciones, a manera de estándares de la fase N, dan las directrices para articular al paciente, a los profesionales de la salud y al sistema en general (Ruta Cero), en el propósito común de fortalecer y mejorar los resultados de identificación y derivación temprana de los pacientes con lesiones sospechosas de melanoma a procesos diferenciales de evaluación y diagnóstico

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN MACRO

La organización cuenta con un proceso documentado, estructurado, medido, avalado y sistemáticamente mejorado, que permita desde la identificación temprana, la valoración de lesiones sospechosas de melanoma y la individualización del paciente (de acuerdo a sus condiciones clínicas y factores de riesgo), con herramientas y estrategias de educación, prevención y socialización. Estas abarcan al paciente, los profesionales de la salud y el sistema en general (Ruta Cero de la estructura del Modelo NEVUS), lo cual permite mejorar a escala los procesos de gestión de riesgo y de identificación temprana para tener datos comparables con los de los mejores referentes (o en su defecto convertirse en el referente).

RECOMENDACIONES POR PASOS

PASO 1. SISTEMA DE SALUD

Las intervenciones en salud en melanoma dadas en el marco de la prevención y la detección temprana deben estar enmarcadas en el ecosistema en que se da la atención. Por consiguiente, el Modelo contempla algunos elementos cruciales de resultados, para el logro de los propósitos planteados en esta fase, y que buscan finalmente dar uniformidad a las intervenciones alrededor del paciente, los profesionales de la atención y del sistema de salud en el que se despliegan. Es importante en este contexto considerar la alineación del Modelo de atención con la estrategia de cada organización, y su articulación con las acciones de otros actores relevantes y responsables de la atención de los pacientes.

El alcance definido para esta fase del Modelo NEVUS – Fase N contempla los siguientes aspectos fundamentales: Educación en melanoma, detección temprana y derivación a los procesos de diagnóstico precoz (Tabla 1).

1. La organización en el marco de un Modelo de Atención de valor superior se articula de forma real y efectiva con los prestadores, aseguradores, pagadores, entes rectores y demás actores partícipes en la atención de pacientes con melanoma, en los procesos de educación, de detección temprana y de derivación al diagnóstico. Este último punto incluye, definición y gestión de los tiempos de atención global en melanoma y muestra los resultados, con estrategias de evaluación, mejoramiento y trazabilidad al interior de la organización.

2. Las estrategias de educación en melanoma promueven una educación consciente, en la que se mide, se evalúa y se mejora el grado de apropiación del paciente sobre su condición de salud (melanoma), en particular en aquellos pacientes de alto riesgo, abarcando en este ejercicio tanto al paciente, como a su familia y a su red de apoyo. Estos procesos también se dan en el entorno de los profesionales de salud involucrados en la ruta de atención del paciente.

3. Las iniciativas de educación en melanoma de la organización pueden demostrar con hechos, datos y tendencias, que contienen acciones sistemáticas y transversales a la ruta de atención del paciente, que responden a las necesidades y retos identificados para cada una de las partes (pacientes, profesionales de salud y sistema en general), en pro de lograr los mejores resultados de salud en melanoma.

4. La organización muestra su articulación

con acciones de promoción, prevención, identificación y derivación a los procesos de atención en melanoma y puede demostrar que dichas acciones están estandarizadas y soportadas en la mejor evidencia disponible, junto con el fortalecimiento de la información con datos y evidencia del mundo real, resultantes de su experiencia en el cuidado de la atención en melanoma, que permitan la individualización y escalabilidad en los resultados al interior de la organización de cara al paciente, en términos de definición de factores de riesgo, perfilamiento, identificación y gestión de los mismos e identificación y referenciación de los pacientes con lesiones sospechosas, con el propósito de impactar el número de pacientes en quienes se hace diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad.

5. La organización cuenta con un proceso claramente definido para la derivación del paciente desde la fase de detección temprana a diagnóstico precoz, que responde a la mejor evidencia disponible, involucra al paciente, a los profesionales de la salud, a la organización y a los aseguradores o pagadores, con el objeto de entregar el mejor proceso posible. Dicho proceso está documentado y cuenta con herramientas de medición y mejoramiento a escala que son de pleno conocimiento por parte de todos los partícipes de la atención del paciente.

6. La organización tiene definidos los roles, responsabilidades, competencias, procesos de consulta con profesionales de la organización y demás atributos necesarios para la entrega de un proceso de detección temprana y de derivación estandarizado y pensado desde el paciente.

7. La organización cuenta con elementos

y herramientas que permiten demostrar la disminución de la variabilidad de la experiencia del paciente en la ruta de atención definida por la institución, considerando la minimización de las barreras de acceso a los procesos de atención.

8. El proceso de derivación de la fase de detección temprana a diagnóstico precoz garantiza la integralidad de la atención y la omisión de tiempos de no valor para el paciente y cuenta con estrategias que permiten retroalimentar los resultados de oportunidad a las instituciones y al personal de salud que deriva al paciente.

9. La organización cuenta con herramientas y datos que permiten evaluar el impacto de las intervenciones en esta fase del Modelo de detección temprana en melanoma, así como el impacto que generan en el paciente y en su condición de salud.

10. Los sistemas de medición y métricas de desempeño en melanoma para la evaluación están estandarizados y cuentan con indicadores de estructura, proceso y resultado que permiten conocer la razón del indicador, justificación, forma de medición, datos esperados, acciones de intervención y curvas de mejoramiento.

11. La organización posee procesos de referenciación tanto internacional como nacional en melanoma, que son utilizados como insumo para el mejoramiento y escalabilidad de la atención en salud.

12. La organización garantiza, mide, mejora y socializa la ejecución de forma estandarizada de las recomendaciones contenidas en los puntos de paciente y profesionales de la salud (ruta cero).

PASO 2. PROFESIONALES DE SALUD

Las intervenciones en salud en melanoma, en este alcance, deben incorporar a la red de atención primaria o primer núcleo médico de atención del paciente; que debe tener claridad sobre las intervenciones en salud, su competencia: prevención, identificación y referenciación, y sobre el impacto que estas tienen en los resultados de salud del paciente. También deberán conocer y entender la ruta global de atención del paciente con melanoma, y la importancia de sus acciones alrededor de la oferta de valor del programa de la organización, al que deben referenciar al paciente con lesiones sospechosas de melanoma de forma adecuada y oportuna. Todas las intervenciones deben contar con estrategias de ejecución, medición, trazabilidad, mejoramiento y educación transversales dentro de la organización.

1. La red de prestadores de salud primarios o primer núcleo médico de atención del paciente, definidos en el Modelo, cuenta con herramientas estandarizadas y avaladas para la valoración de NEVUS, las cuales deben complementar las instauradas en el entorno del paciente (Ej. TIC (tamaño, irregularidad, color) o DISS (diámetro, inflamación, secreción, sensación)⁹⁸, con procesos de educación, evaluación y seguimiento claramente documentados que garantizan su aplicación, validez, estandarización e impacto).

2. La red primaria de atención cuenta con educación y capacitación sobre los factores de riesgos modificables y no modificables en melanoma, y sobre las intervenciones que se deben generar en caso de documentarse cualquiera de los riesgos en el paciente.

3. Los procesos de educación a los profesionales de la red primaria de atención

enfatan en la necesidad de incorporar el examen de piel de cuerpo total, como un elemento crítico de resultados, en particular en poblaciones de alto riesgo o que resulten de la individualización o personalización de la atención.

4. La red primaria de atención tiene claramente definido su rol y responsabilidades en la ruta de atención del paciente con melanoma, lo que implica la comprensión de la misma en el marco del Modelo de Atención de la organización.

5. La red primaria de atención tiene completo conocimiento y claridad sobre el proceso de derivación y referenciación de un paciente con sospecha de melanoma, en el marco del Modelo de Atención de la organización.

6. La red primaria de atención realiza de forma efectiva y estandarizada los procesos de derivación y referenciación de los pacientes con criterios para diagnóstico precoz de acuerdo con los lineamientos definidos por el Modelo de Atención de la organización.

7. La red primaria de atención tiene la capacidad de brindar información efectiva y estandarizada, dando la claridad y apoyo al paciente sobre el proceso de atención actual y futuro.

8. La red primaria de atención realiza de forma efectiva y estandarizada los elementos planteados en el paso de paciente, los cuales son revisados y validados durante la atención.

9. La red primaria de atención logra demostrar que el paciente y su entorno son participes activos en el proceso de identificación temprana dentro del Modelo de Atención.

PASO 3. PACIENTE

Las intervenciones de salud en melanoma

dadas en el marco de la prevención y detección temprana deben ir más allá de los procesos educativos tradicionales. La integralidad entre las estrategias de detección temprana de lesiones sospechosas de melanoma, tienen que complementarse con la concientización del paciente sobre la necesidad de examen de piel de cuerpo total, junto con la personalización del paciente y el riesgo individual de acuerdo con los factores documentados por la literatura. En este contexto la organización y su Programa de atención en melanoma, deben buscar estrategias para articular su atención a las intervenciones que en el alcance de esta fase son importantes en el enfoque del paciente.

1. Al paciente se le garantiza la educación, concientización, comprensión y evaluación sistemática de las herramientas utilizadas en la valoración de riesgo para lesiones sospechosas de melanoma (como el ABCDE y las actualizaciones derivadas de esta o de otras definidas dentro del Modelo de la organización), las cuales cuentan con un sistema de medición de la adherencia, comprensión e impacto en el paciente y su entorno, con el objeto de tomar acciones que permitan no solo su aplicabilidad sino evolución y mejoramiento.

2. El paciente recibe educación sobre la necesidad e importancia de realizarse un examen de piel de cuerpo total y de solicitarlo a los profesionales de la salud dentro de los procesos de atención, sobre todo ante la presencia de factores de riesgo.

3. El paciente dentro del Modelo conoce, comprende, entiende, socializa, divulga y se educa sobre los distintos factores de alto riesgo que personalizan su atención en salud

Fase del modelo	Nombre del indicador	Tipo de indicador
NEW PARADIGM SHIFT • DETECCIÓN TEMPRANA	0.1 Educación al paciente: detección precoz	Porcentaje de pacientes que ingresan al programa de atención de pacientes con Melanoma, en los que se pueden demostrar estrategias de educación en los procesos críticos (determinación de población de alto riesgo, ABCDE, examen de piel de cuerpo total).
	0.2 Educación al profesional de salud: detección precoz	Porcentaje de profesionales del equipo del programa de Melanoma que participan en las actividades de detección precoz, en los que se puede demostrar que ejecutaron valoración de los procesos críticos planteados en el indicador: - Valoración estandarizada NEVUS. - Valoración, intervención y educación en factores de riesgo modificables (E; exposición a luz ultravioleta, uso de cámaras de bronceo, etc.) - Valoración, intervención y educación en factores de riesgo modificables en Melanoma. - Realización de examen de piel de cuerpo total.
	0.3 Evaluación del sistema de salud en detección precoz	Porcentaje de cumplimiento de los procesos críticos definidos en detección precoz, para la evaluación de sistema de salud: - Educación sistemática y transversal. - Definición y medición de tiempos de valor. - Constitución y medición de equipos interdisciplinarios primarios. - Medición del mejoramiento. - Referenciación.
	0.4 Efectividad de la detección precoz	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Melanoma que pertenecen al programa, en los que el diagnóstico resultó de las estrategias de detección precoz definidas en el Modelo de Atención.

Tabla 1. Indicadores fase N.

[REGRESAR](#) 

en melanoma y que le otorgan una mayor probabilidad de padecer la enfermedad.

4. La organización participa en actividades de educación sobre melanoma, para el paciente, su red de apoyo, familiares y cuidadores, haciendo particular hincapié en las poblaciones de riesgo identificadas dentro de su red de influencia.

5. Los procesos de sensibilización y educación al paciente sobre melanoma parten desde la necesidad de garantizar la apropiación e impacto de la información. Para lo cual el Modelo incorpora estrategias de difusión y de evaluación del impacto en la generación de conductas de salud que lleven a un aumento de la detección temprana (transformación de la cultura).

FASE E

EARLY APPROACH

Aproximación inicial

PROPÓSITO

El propósito de esta fase se orienta a optimizar el primer contacto entre el paciente y el equipo clínico del círculo virtuoso de atención (dermatólogo, cirujano y patólogo), para favorecer un proceso de evaluación y diagnóstico de manera oportuna y efectiva. Se pretende mejorar los tiempos de oportunidad al diagnóstico, eliminando las barreras de acceso y de tiempo derivadas de dificultades en la articulación, comunicación y complementación del equipo multidisciplinario y de los servicios y tecnologías de apoyo necesarios para garantizar con certeza para el paciente el diagnóstico confirmado de melanoma.

Se promueve, además, la búsqueda de acciones para identificar las necesidades individuales del paciente, su familia y cuidadores, en pro de generar y ofrecer soporte, información y acompañamiento al paciente en los momentos de incertidumbre que se generan durante el proceso de confirmación diagnóstica.'

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

La biopsia es el procedimiento fundamental para realizar el diagnóstico y, por lo tanto, definir el tratamiento de un paciente⁹⁰ en el

que se ha identificado una lesión sospechosa de melanoma. Durante la confirmación diagnóstica, es fundamental equilibrar la necesidad de evitar las pérdidas de casos en fase inicial, versus la escisión de lesiones benignas⁹⁹. Esta decisión toma mayor relevancia en sistemas de salud donde se realizan biopsias diagnósticas por médicos generales versus especialistas. Las diferencias son importantes. El Número Necesario a Tratar (NNT), en este caso, el número de lesiones pigmentadas benignas extirpadas para detectar un melanoma varía entre 6.3 y 8.7 por los dermatólogos y entre 20 y 30 para los médicos generales. El NNT puede ser aún mayor en poblaciones de pacientes jóvenes menores de 30 años (NNT = 75) o en poblaciones de alto riesgo como son los pacientes con nevus displásicos múltiples o antecedentes de melanoma familiar (NNT = 34)¹⁰⁰. En este sentido se hace necesario considerar en la estructuración de un Modelo de atención que organiza el cuidado de los pacientes con melanoma, los perfiles y competencias de quienes evalúan a los pacientes, como y con qué recursos se evalúa, quienes realizan la biopsia y considerar las recomendaciones, estándares y características óptimas para la toma (incluyendo márgenes) y procesamiento de la biopsia. Es indispensable definir recomendaciones y criterios para

indicar una biopsia incisional, parcial, subtotal o una biopsia escisional.

USO DE DERMATOSCOPIA

La dermatoscopia es una técnica no invasiva utilizada para el examen de lesiones de piel pigmentadas y no pigmentadas. Se realiza con un instrumento portable llamado dermatoscopio y el procedimiento permite la visualización de las estructuras en la epidermis, unión dermoepidermal y dermis superficial que no son visibles al ojo humano¹⁰¹⁻¹⁰³. Debe ser realizada en todas las lesiones pigmentadas sospechosas y requiere entrenamiento en su uso para que su beneficio sea mayor al del examen físico. La sensibilidad de la dermatoscopia para evaluar lesiones melanoma está entre 80 y 90%, pero muestra variaciones según el entrenamiento de la persona que realiza el examen. En una persona entrenada la sensibilidad es de 90% versus 71% en una persona sin entrenamiento adecuado.^{85,104}

En el caso de melanoma las características de las lesiones incluyen: redes pigmentadas, líneas anguladas, redes negativas, borde de glóbulos agregados o periféricos, rayas, pigmentación azul homogénea, patrón paralelo (en palmas y plantas) y pseudored (piel facial). Posterior a estos hallazgos se continúa con la diferenciación de un nevus y se ha descrito que la técnica que más beneficia el uso de dermatoscopia es la regla ABCD.¹⁰⁵

Existen otros métodos de evaluación para la aproximación inicial, como aquellos asistidos por computadora (CAD por su nombre en inglés Computer-Assisted Diagnosis) que describe una gama de técnicas basadas en inteligencia artificial que automatizan el diagnóstico de cáncer de piel usando un computador para analizar las imágenes

de la lesión y determinar la probabilidad de malignidad y la necesidad de escisión. Cada sistema CAD tiene un componente de recolección de datos como imágenes o datos no visuales como la impedancia eléctrica de la lesión sospechosa para realizar una serie de análisis para la clasificación diagnóstica. La más común es el dermoscopio digital que crea imágenes digitales de la piel usando un dermatoscopio, video cámara y televisión digital.¹⁰⁵

A pesar del aumento de las múltiples aplicaciones para teléfonos móviles y la tele dermatología, la inspección visual de una lesión sospechosa es usualmente la más recomendada por las guías. Incluso varias recomiendan que la lesión debe ser valorada por un especialista y no por un médico general. Diferentes herramientas se han desarrollado para el diagnóstico de las lesiones de piel maligna sin embargo la dermatoscopia sigue siendo la más usada para evaluar un melanoma. Esta técnica se combina con la observación de la lesión por el especialista o el médico general en países como Australia. Sin embargo, en diferentes estudios se ha demostrado que la dermatoscopia junto con la valoración de la lesión tiende a tener una detección del cáncer más precisa cuando lo realiza una persona con mayor experiencia. Esto ha disminuido la subjetividad al momento de la interpretación de resultados. Incluso se ha sugerido que el uso de CAD podría ser beneficioso en términos de precisión, identificación de lesiones para referir a centros especializados y como una herramienta de segunda opinión en caso de ser necesario. Es importante que se brinde la mayor precisión al hacer un diagnóstico ya que de esta manera el paciente no pasará por procedimientos y aumento de ansiedad innecesarios. La dermatoscopia ha mostrado tener una sensibilidad parecida

a la dermatoscopia digital (93,3% vs 90,1 respectivamente) y una especificidad mayor (88,3% para dermatoscopia vs 80,8% dermatoscopia digital)¹⁰⁵.

Un estudio en el que se incluyeron más de 300 pacientes con antecedente de al menos un melanoma encontró que el grosor Breslow era significativamente menor en aquellos pacientes que estaban en programas especializados de tamizaje con dermatoscopia. Adicionalmente el uso de esta herramienta muestra un efecto protector contra el diagnóstico tardío en los análisis multivariados en comparación con el uso único de la observación de la lesión¹⁰⁶. Otro estudio donde se evalúan casos de melanoma nodular se encontró que la dermatoscopia aumenta la sospecha de lesiones tempranas de manera más eficaz que las características clínicas. La precisión en el diagnóstico se refleja en una menor tasa de malignidad de lesiones benignas.^{25,107}

Existen otras herramientas diagnósticas complementarias a la dermatoscopia, que no son invasivas con lo cual se disminuye el estrés del paciente y la realización de procedimientos innecesarios¹⁰⁸. En el caso del ultrasonido de alta frecuencia en una revisión sistemática de la literatura en la que se incluyeron un total de 1125 pacientes, se encontró que esta herramienta tiene una sensibilidad del 83% cuando se observan tres características: Lesiones hipoecoicas, homogéneas y bien definidas¹⁰⁸. También se encontró en diferentes estudios que la especificidad variaba entre el 30 al 90%. Sin embargo, estos estudios eran de una muestra pequeña de pacientes y presentaban resultados diferentes entre ellos por lo que no fue posible establecer recomendaciones clínicas del uso de esta herramienta¹⁰⁸. Por otro lado, está la tomografía de coherencia óptica donde el melanoma muestra desorden en

su arquitectura, poca definición, estructuras verticales y ausencia de bordes a diferencia de los nevus benignos es una herramienta prometedora dada su facilidad e inmediatez en el diagnóstico, sin embargo, hay pocos estudios que evalúen su sensibilidad y especificidad que defina su eficacia¹⁰⁹. Finalmente, en la Microscopía confocal en los casos de melanoma se observan células nucleadas brillantes y procesos dendríticos, con una sensibilidad reportada de 97.3% y una especificidad 72.3%.¹¹⁰

DIAGNÓSTICO DE CONFIRMACIÓN

A los pacientes con sospecha de melanoma, idealmente, se les debe realizar una biopsia escisional de la lesión, ya que la biopsia incisional, la biopsia por punción o por legrado, pueden perjudicar la medición del grosor de Breslow y también pueden conducir a un diagnóstico histopatológico incorrecto.⁵

Determinar el mejor método para el estudio diagnóstico, es un aspecto evaluado en las últimas dos décadas^{111,112}. Aunque se continúa realizando el uso de biopsia cutánea por punción y esta práctica con una escisión incompleta no fomenta la metástasis ni el desarrollo de una lesión más agresiva, es importante definir que esta técnica lamentablemente no abarca la extensión ni la profundidad de la lesión, que es uno de los factores principales para determinar el pronóstico de la enfermedad¹¹². Adicionalmente, cerca de 2/3 partes de estas muestras, no permiten una certeza diagnóstica.^{113,114}

Algunos estudios determinan que el tipo de biopsia no es un factor determinante en la certeza de la biopsia del nodo linfático centinela, presencia de metástasis, ni para la supervivencia^{114,115}. Sin embargo, varios estudios han descrito cambios en el estadio de la

lesión y por lo tanto un cambio en el plan de tratamiento inicial.^{114,116,117}

Cuando no hay sospecha de melanoma invasivo, se puede utilizar biopsia de afeitado superficial (SUPERFICIAL SHAVE BIOPSY), posiblemente, como la única indicación actual para su uso⁹⁰. Sin embargo, este no es un procedimiento fácil de realizar y puede llevar diagnósticos erróneos por lo cual debe ser realizado por expertos. El uso de la misma técnica de forma profunda (BROAD SHAVE BIOPSY) puede ser indicada en el melanoma in situ, tipo lentigo maligno.⁹⁰

Varias guías recomiendan la realización de biopsia escisional con bordes o márgenes laterales negativos⁹⁰. Para lograr este objetivo, se requiere una escisión de por lo menos 2 milímetros (mm) de margen clínico incluyendo grasa del tejido celular subcutáneo^{59,118,119} sin embargo, en los informes NICE y SIGN, los márgenes son descritos en centímetros (cm).^{7,120}

Algunas áreas de difícil acceso, melanoma acral o lesiones muy extensas o lesiones en cara, pueden requerir de biopsia no convencional por sacabocado (punch) o biopsia incisional (esta última debe ser guiada con dermatoscopia y la microscopía confocal si es posible).^{5,90}

CRITERIOS DE CALIDAD PARA LA TOMA DE MUESTRA (FORMATO DE SOLICITUD)

Se debe tener información tanto de la parte clínica del médico que solicita la evaluación, como información obtenida de quien realiza la biopsia. Información como edad, género, localización anatómica (incluyendo la lateralidad), tamaño de la lesión, diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales, lesiones satélites, fotografías (si es posible), tipo de biopsia (parcial o completa) y

técnica, deben estar incluidas en el informe. Las descripciones clínicas, los hallazgos dermoscópicos (incluyendo fotografías) son opcionales, pero podrían apoyar la toma de decisiones en el procesamiento de la muestra⁹⁰. Es muy importante, dejar registro del uso de elementos con contenido de hierro, los cuales son utilizados en ocasiones, para el control de la hemorragia. Esto con el fin de que el patólogo esté al tanto de cambios de coloración por el procedimiento y no relacionados a la enfermedad⁹⁰.

En las biopsias escisionales, procedimiento de elección en las lesiones altamente sugestivas de melanoma, se pretende lograr un margen de seguridad de 1 a 3 mm alrededor de la lesión, tanto en la periferia de la superficie como en la profundidad (Objetivo: márgenes negativos)⁹⁰. Cuando la biopsia se realiza en forma parcial (incisional), se ha demostrado que existen diferencias significativas en el diagnóstico de profundidad de la lesión (Breslow) y en un 21% de los casos, se requirió elevar el estadio del compromiso¹¹⁶. El pronóstico del melanoma cutáneo depende de manera significativa del momento de diagnóstico y del grosor de Breslow.²⁵

CRITERIOS DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO (FORMATO DE REPORTE)

Existe evidencia fuerte en la literatura para estandarizar los procesos de procesamiento, clasificación y reporte de los estudios de patología, en el propósito de aportar la información óptima y necesaria para soportar, primero el diagnóstico y ante un diagnóstico positivo la caracterización de las lesiones de melanoma. La muestra debe ser procesada siguiendo las recomendaciones internacionales y por laboratorios y equipos clínicos especializados, lo que mejora los

Esencial	Opcional
Tamaño del espécimen	Descripción completa de la lesión
Grosor del tumor (Breslow)	Invasión angiolinfática/ linfovascular
Ulceración	Subtipo histológico
Tasa mitótica dérmica; Método “Hotspot”; número mitosis/mm2	Neurotropismo/ Invasión perineural
Estado del margen periférico y profundo (negativo/positivo [transección amplia vs focal en el margen profundo])	Regresión
Microsatelitosis	Categoría del tumor por estadio
	Linfocitos infiltrantes del tumor
	Nivel anatómico de invasión (Nivel Clark)

Tabla 2. Hallazgos histológicos recomendados para ser incluidos en el reporte de patología de un melanoma cutáneo primario.⁹⁰

*La tabla 2 describe la información que se considera esencial en el reporte de patología y la tabla 3 describe el nivel de evidencia de dichas recomendaciones.⁹⁰

resultados en el abordaje diagnóstico. Están las recomendaciones de la AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY (AAD)⁹⁰, las de el AMERICAN COLLEGE OF PATHOLOGISTS y las especificaciones de clasificación de la AJCC AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC), que pueden utilizarse como referentes para establecer los criterios de calidad a utilizar.¹¹

El reporte de patología es un instrumento útil para trazar de manera estandarizada la ruta de diagnóstico del paciente con melanoma. La evidencia muestra la utilidad de cada parámetro para hacer una adecuada clasificación y estadificación patológica del tumor y la utilidad que tienen para definir el pronóstico de la enfermedad. De los

factores histopatológicos relacionados, el factor pronóstico más importante ha sido el espesor del Breslow, sin embargo, los avances en el conocimiento de la etiología de la enfermedad, la fisiopatología, la biología del tumor y del rol regulador del sistema inmune en la oncogénesis, han permitido identificar distintas vías moleculares de malignidad en melanoma y la participación de ciertas moléculas específicas, de mutaciones genéticas y de otros factores, en el crecimiento, diferenciación y crecimiento tumoral (Tabla 2). Estos avances en la evidencia disponible han permitido, además, reconocer una serie de biomarcadores que tienen la capacidad de impactar favorablemente los resultados de caracterización diagnóstica del melanoma, y que plantean una necesidad urgente de

Recomendación	Fortaleza de la recomendación	Nivel de la evidencia
Biopsia	B	II
Biopsia escisional con 1-3mm de márgenes clínicamente negativos	B	II
Biopsia parcial en circunstancias especiales	B	II
Seguimiento a biopsia parcial con biopsia escisional	B	II
Información clínica que se le da al patólogo	C	III
Reporte de patología		
Información clínica	C	III
Breslow	A	I/II
Ulceración	A	I/II
Tasa mitótica	A	I/II
Nivel de Clark	B	II
Microsatelitosis/satelitosis	B	II
Invasión Angiolinfática	B	II
Subtipo histológico	B	II
Invasión perineural	C	III
Regresión	B	I/II
Linfocitos infiltrantes del tumor	B	II
Uso de técnicas moleculares diagnósticas para neoplasias melanocíticas equívocas	C	III
En contra de pruebas para mutaciones oncogénicas en la ausencia de Melanoma metastásico o por fuera de un estudio clínico	C	III

REGRESAR 

Tabla 3. Nivel de evidencia y fuerza de la recomendación de las características del reporte de patología en melanoma cutáneo.⁹⁰

transformación, para los procesos de la ruta de diagnóstico en melanoma. Las mutaciones genéticas están presentes en la mayoría de los melanomas y operan activando las vías moleculares que favorecen la oncogénesis o el crecimiento y transformación maligna del tumor. La identificación del tipo de alteración genética relacionada con el melanoma en estudio, da especificidad al diagnóstico y junto con los otros factores de individualización permite definir de manera más clara y precisa el pronóstico y aportar información para hacer la mejor elección de tratamiento para el paciente. Se describen las principales alteraciones genéticas en melanoma y las recomendaciones de la evidencia actual para su testeo (Tabla 3)¹²³:

- Mutaciones de BRAF: Presentes en cerca del 50% de los melanomas. En tres cuartas partes de los casos la mutación corresponde a V600E. Son más frecuentes en melanomas que se desarrollan en piel intermitentemente expuesta al sol, pero sin daño solar crónico, especialmente en nevus melanocíticos (70-80%), en melanomas metastásicos (40-50%), e infrecuentes en melanomas en fase de crecimiento radial o in situ (6-10%) Esta mutación parece un evento precoz en el desarrollo del tumor y ha permitido el desarrollo de fármacos que inhiben específicamente esta proteína mutada, lo que le da relevancia en la práctica clínica. En las recomendaciones de las guías de práctica clínica actuales, es mandatorio, testear las mutaciones de BRAF en los pacientes con melanomas resecables o no resecables en estadios III y IV y es altamente recomendable en melanomas resecables de riesgo alto en estadio IIC.
- Alteraciones genéticas de KIT: Los melanomas que se originan en las mucosas, en las regiones

acrales y en la piel crónicamente expuesta al sol, pueden albergar mutaciones del gen KIT. Los estudios que han evaluado el papel pronóstico de las mutaciones de KIT en melanoma son controvertidos. El análisis de alteraciones genéticas de KIT puede ser razonable en pacientes con tumores primarios en los sitios descritos, en situación avanzada, pero no en pacientes con otro tipo de melanomas.

- Alteraciones genéticas de NRAS: Relacionadas con los genes RAS. Las más frecuentes en melanoma son en NRAS (10-20%), mientras que las mutaciones en HRAS y KRAS, también relacionadas con los genes RAS, se detectan aproximadamente en el 1 y el 2% de los melanomas, respectivamente. El análisis mutacional de NRAS, está indicado, casi de manera exclusiva, en melanoma metastásico salvaje tipo BRAF.
- Otras alteraciones genéticas como GNAQ/GNA11, PTEN, MITF, p16INK4: Se encuentran en el ámbito de la investigación y pueden ser alternativas futuras de testeo, sin embargo, en la actualidad no se recomienda su análisis en la práctica clínica. La detección por inmunohistoquímica del ligando de la proteína de muerte programada 1 (PD-L1), puede utilizarse si existe evidencia de actividad de anticuerpos monoclonales anti-PD-1 y de anti-PD-L1 en melanoma metastásico, sin embargo al igual que en las anteriores actualmente no se indica en la práctica clínica.¹

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la evidencia, los avances y las proyecciones de este tipo de marcadores a futuro, es importante hacer una actualización permanente de la evidencia, de tal manera que permita hacer los ajustes a la ruta y a los procesos de diagnóstico para garantizar, ante la indicación, la realización oportuna de una

Técnica de diagnóstico	Sensibilidad %	Especificidad %	LOD %
IHC (Inmunohistoquímica)	93-97	92-98	-
Secuenciación de Sanger	80-93	100	20-25
Pyrosecuenciación	95-100	90-100	5-10
Técnicas basadas en PCR de tiempo real	93-99,5	98-100	0,5-5
dPCR (PCR digital)	100	95	0,001
HRM (Fusión de alta resolución)	87-99	96-99	5,0
MALDI-TOF MS (Desorción láser asistida por matriz Espectrometría de masas de tiempo de vuelo de ionización)	97,6	100	1-5
NGS (Secuenciación de próxima generación)	98	100	5

Tabla 4. Técnicas identificación mutaciones BRAF: sensibilidad y especificidad.¹²⁴

adecuada caracterización molecular, lo cual implica contar con laboratorios especializados que utilicen tecnologías validadas para los marcadores específicos de melanoma, tanto en su especificidad, sensibilidad y valores predictivos. Además, es recomendable que dichos laboratorios participen en programas de control de calidad externos, para evaluar la calidad preanalítica (calidad y especificaciones de la muestra: tejido o sangre), analítica (técnicas a utilizar según la mutación a identificar) y postanalítica (registro y calidad del reporte) del testeo Molecular. Los métodos moleculares que se utilizan para determinar las mutaciones de BRAF son los mismos que se emplean en patología para estudios moleculares. Las mutaciones pueden identificarse en muestras

de tejido tumoral o sangre, en ADN y ARN. Se pueden clasificar en métodos de reacción de polimerasa en cadena, PCR y secuenciación, y métodos basados en PCR en tiempo real (RT-qPCR). La [tabla 4](#) muestra la sensibilidad y especificidad de las técnicas más comunes utilizadas para identificar mutaciones BRAF.¹²³

BUENAS PRÁCTICAS DE ACUERDO CON EL TIEMPO

El tiempo que transcurre desde el momento de la sospecha clínica, referenciación a la biopsia, a la entrega de resultados y al inicio de tratamiento primario, son factores determinantes de resultados. Son pocas las guías que hacen recomendaciones específicas, siendo tal vez el modelo de atención de Nueva Zelanda de los pocos que plantea tiempos

máximos para los procesos de remisión o referencia a instituciones o servicios de mayor complejidad¹¹⁸. En dicha referencia si un paciente tiene una lesión sospechosa de melanoma, debe ser remitido dentro del “marco urgente de sospecha de cáncer” (o denominación que se establezca para tal fin), en un tiempo no mayor de 2 semanas^{5,118}. Se recomienda que en este proceso se acompañe de una fotografía de la lesión sospechosa para ayudar a la toma de decisión. Luego de esta primera evaluación especializada, la escisión diagnóstica urgente se debe realizar en los siguientes 14 días.¹¹⁸

Continuando con el proceso de definición de tiempos de oportunidad el modelo de Nueva Zelanda recomienda que el tiempo que transcurra desde la identificación (generalmente dado en los procesos de atención primaria) hasta el tratamiento primario generado por la institución de alta complejidad a donde se direcciona el paciente sea idealmente sea tan rápido como 62 días, tomando en promedio la institución receptora del paciente (institución de alta complejidad) 31 días desde que el paciente tiene el primer contacto efectivo con la organización hasta que recibe su tratamiento primario.¹¹⁸

En el caso de indicación quirúrgica, el tiempo a la cirugía definitiva es importante para el pronóstico de la enfermedad. Se han confirmado, diferencias significativas del pronóstico cuando se compara un tiempo de 30 días con tiempos de biopsia a cirugía de 3 y 4 meses¹²⁵. Este tiempo es de mayor importancia a medida que el estadio diagnóstico es menor (por ejemplo, estadio I).¹²⁵

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Dada la complejidad de la patología y las

múltiples especialidades involucradas en el entendimiento y manejo se recomienda un abordaje multidisciplinario en todas las etapas de la enfermedad¹²⁶. Este equipo multidisciplinario puede incluir diferentes especialidades tales como cirugía, dermatología y patología.¹²⁶

APOYO PSICOSOCIAL

Algunas guías presentan recomendaciones sobre el apoyo psicosocial que debe ofrecerse al paciente durante el proceso de confirmación diagnóstica^{118,127}, algunas de las cuales se pueden mencionar:

- Se debe disponer de información escrita estandarizada, preferiblemente a nivel nacional.
- La información que se entrega debe ser específica para el tipo de lesión histopatológica, tipo de tratamiento y servicios locales (de acuerdo al sistema de salud de base). Además, debe abarcar cuestiones físicas y psicosociales.
- El personal que está directamente involucrado en el tratamiento de pacientes debe recibir capacitación específica en comunicación de malas noticias.
- Se debe invitar a los pacientes a que siempre asistan a la consulta con un acompañante.
- Cada equipo multidisciplinario debe tener al menos una enfermera clínica que desempeñe un papel de liderazgo en el apoyo a pacientes y cuidadores.
- Los equipos multidisciplinarios deben tener acceso a servicios de apoyo psicológico orientado a oncología (psicooncología).



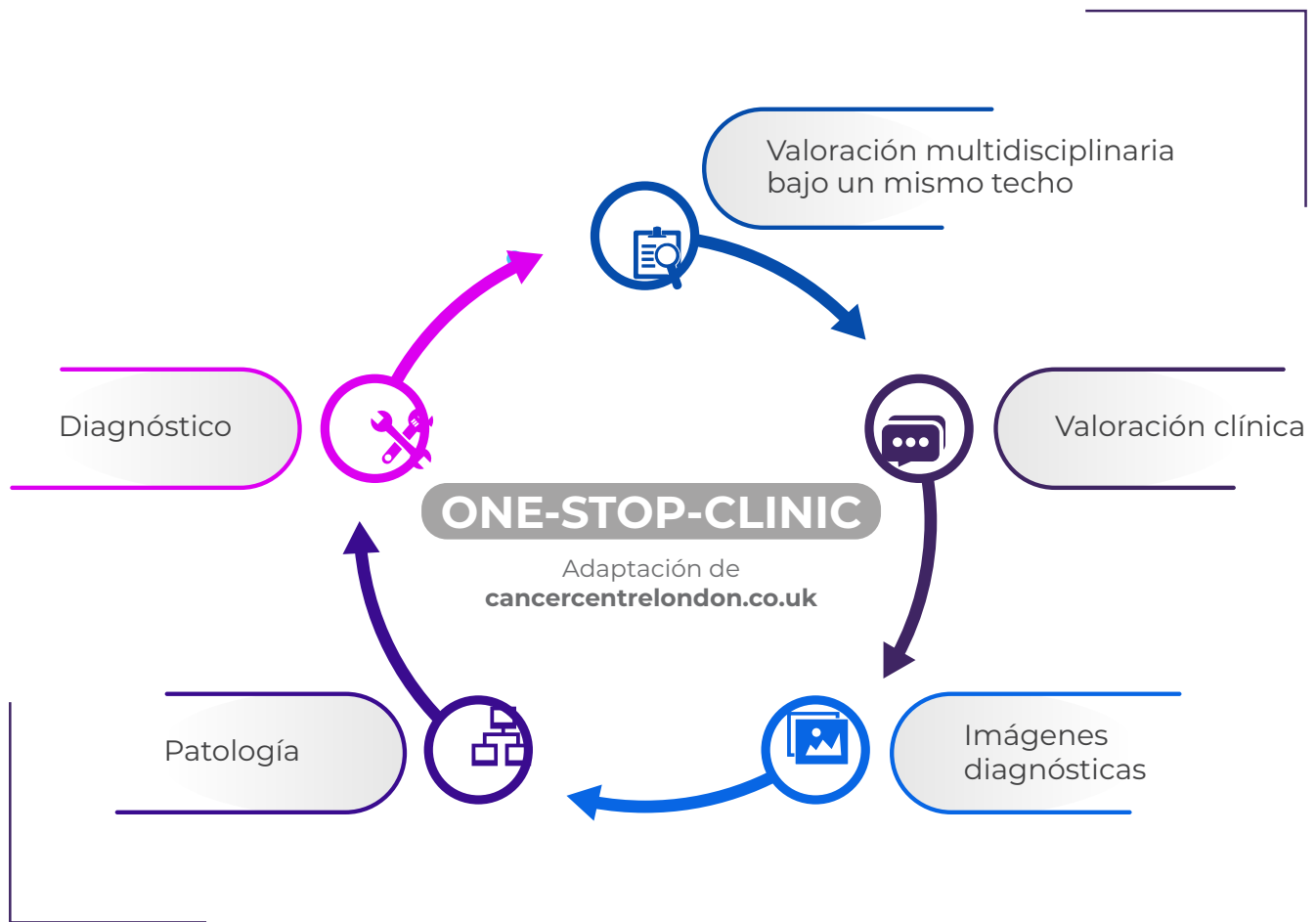
video explicativo ▶

La fase E promueve la incorporación de estrategias tipo ONE STOP CLINIC (OSC), en la que los equipos multidisciplinares responsables de la aproximación inicial, brinden al paciente una evaluación multimodal que disminuya los desperdicios, insuficiencias y minimice los tiempos de no valor de los procesos de diagnóstico

Dentro del concepto de Aproximación Inicial contemplado en esta fase del Modelo, se pretende catalizar todo el proceso realizado en la fase anterior, mediante la incorporación de forma precoz, efectiva y segura de un ONE STOP CLINIC (OSC) en melanoma. Un OSC se compone de centros conformados por equipos multidisciplinares que brindan a los pacientes procesos de atención y de evaluación multimodales (examen físico, imágenes diagnósticas y procedimientos y pruebas de diagnóstico específicas), un diagnóstico definitivo y un plan de tratamiento a futuro, si es necesario, integrado y en una sola visita o en visitas coordinadas en tiempos óptimos de respuesta. El formato o modalidad de OSC puede reducir costos, aumentar la satisfacción del paciente, la velocidad de los reportes diagnósticos y permitir

la coordinación de los servicios médicos involucrados en la toma de decisiones frente al paciente. Al constituir esta modalidad dentro de un Modelo de Atención centrado en el paciente, con los principios y premisas mencionadas anteriormente, las instituciones oncológicas pueden mejorar el desempeño de sus procesos de atención, la satisfacción y los resultados de valor para los pacientes que atienden ([Gráfica 12](#)).

NEVUS busca en esta fase incorporar todos los elementos realizados dentro de la fase de detección temprana, y acelerar las intervenciones en salud desde la premisa de atención clínica basada en valor, para facilitar las transformaciones de los parámetros clásicos en la detección temprana, como los que se listan a continuación.



Gráfica 12. Ejemplo de la modalidad OSC.

REGRESAR ↻

- Los procesos de detección temprana son clásicamente unidimensionales
- La medición de la experiencia del paciente solo se da desde la certeza diagnóstica
- La definición de los tiempos de atención son resultados de la referenciación
- La detección temprana no debe ser multidisciplinaria.

En este enfoque el Modelo plantea implementar una estrategia denominada

Círculo de Valor en Melanoma, cuyo objetivo se orienta a entregar al paciente, mediante una estrategia en el formato de OSC¹²⁸ estructurado por dermatología, cirugía oncológica y patología (Gráfica 13), la mejor experiencia del cuidado posible, para lograr los mejores resultados dentro de los procesos de detección temprana y de confirmación diagnóstica en melanoma, donde todos los recursos, atributos, conocimientos y evidencia disponibles se otorgan y se entregan al paciente en un solo tiempo. La estrategia pretende impactar los siguientes elementos y barreras de los procesos de atención:

Círculo de valor en melanoma

- Patología
- Dermatología
- Cirugía Oncológica



Gráfica 13. Elementos del Círculo de Valor en Melanoma.

REGRESAR

- Inequidad.
- Variabilidad.
- Tiempos de no valor.
- Estrategias en salud sin impacto
- Ausencia de integralidad en la atención y en el cuidado.
- Equipos de salud desarticulados y fragmentados.

En el marco de la estrategia Círculo de Valor en Melanoma y los pasos críticos de la iniciativa, el Modelo de Atención hace una serie de recomendaciones que facilitan su incorporación y la transformación de los programas específicos para la atención de los pacientes con melanoma en torno a la aproximación inicial.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN MACRO

La organización cuenta con un proceso documentado, avalado, estructurado, desplegado, medido, y sistemáticamente mejorado, que permita desde la aproximación inicial, la valoración de los pacientes con lesiones sospechosas de melanoma, por un equipo multidisciplinario (dermatología, cirugía oncológica y patología) que garantice no solo la continuidad de las intervenciones realizadas en la fase de detección temprana, sino la integralidad de un proceso diagnóstico inicial estructurado, coordinado, cohesionado, estandarizado y centrado en la experiencia del cuidado, que promueva además la gestión de tiempos óptimos de oportunidad a diagnóstico y que resulte en un proceso de atención de valor superior para el paciente y su familia.

En este contexto el Modelo debe mostrar estrategias tipo One-Stop-Clinic, que minimicen en el proceso de aproximación inicial los tiempos de no valor para el paciente y favorezcan el liderazgo, la integralidad, la coordinación y la comunicación entre los integrantes del equipo clínico responsable del paciente en el ejercicio diagnóstico (Tabla 5).

RECOMENDACIONES POR PASOS:

PASO 1. DERMATOLOGÍA (Y/O LÍDER DEL PROCESO DE APROXIMACIÓN INICIAL)

Las intervenciones en salud para la atención de pacientes con melanoma, en el marco de la aproximación inicial, promueven la definición de un líder que articule la atención y que debe centrarse en el actor con el rol que es crucial para garantizar los tiempos de oportunidad a diagnóstico. En este sentido, la institución debe definir el equipo multidisciplinario responsable de las intervenciones de esta fase (Círculo de Valor en Melanoma), el líder y los perfiles, competencias y roles de los responsables de ejecutar el proceso diagnóstico. El Modelo propone al médico especialista en Dermatología como líder del Círculo de Valor en Melanoma (propuesto en la estructura del Modelo NEVUS), por ser el líder que puede garantizar de manera integral el cumplimiento de los elementos cruciales para el logro de los propósitos planteados en esta fase de atención, y que buscará finalmente, la consecución del mejor proceso diagnóstico posible para el paciente.

1. La organización de salud tiene claramente definido y documentando el proceso

de aproximación inicial en melanoma. El proceso contempla elementos de liderazgo y dirección entorno al diagnóstico inicial, se enfoca en el paciente y en mejorar su experiencia con el cuidado y promueve una atención multidisciplinaria, coordinada y cohesionada, donde las intervenciones y la toma de decisiones están centralizadas y son resultado de un proceso de liderazgo colaborativo entre los integrantes del Círculo de Valor en Melanoma.

2. La organización de salud entiende, comprende, apoya y promueve la gerencia de la aproximación inicial dentro de la estrategia del Círculo de Valor en Melanoma, otorgándole al líder las herramientas necesarias para garantizar al paciente la mejor experiencia posible en el proceso diagnóstico inicial.

3. La organización de salud tiene claramente definida la ruta de la aproximación inicial del paciente con sospecha de melanoma, en donde los tiempos de contacto médico, toma de estudios, entrega de resultados y posterior definición de conducta están claramente definidos, y resultan no solo de procesos de referenciación sino sobre todo de procesos de mejoramiento continuo al interior de la organización, siendo estos difundidos con el paciente y planeados desde la seguridad y eficacia de los resultados.

4. La estrategia del Círculo de Valor en Melanoma implementada en los procesos de aproximación inicial es conocida por los actores responsables de la atención y cuenta con procesos sistemáticos de evaluación del desempeño, retroalimentación y análisis de desempeño para promover el mejoramiento continuo y el logro de resultados en salud de valor superior.

5. Dentro del Círculo de Valor en Melanoma, se puede demostrar y evidenciar que el eje del proceso está a cargo del especialista en dermatología (o la persona líder que considere la organización y el modelo de atención), el cual puede demostrar la cohesión de las intervenciones en salud en el paciente como resultado de un proceso multidisciplinario.

6. Dentro del proceso de atención por parte del especialista en dermatología o líder definido, se puede demostrar y evidenciar la validación, incorporación y consideración de los elementos y estrategias contempladas en la estrategia Ruta Cero, que permitan no solo la entrega de un mejor proceso diagnóstico para el paciente sino la individualización de su atención.

7. El proceso de atención por parte del especialista en dermatología o del líder definido para el proceso de diagnóstico, cuenta con estrategias y herramientas para acompañar al paciente (Ej Navegador), que garanticen, que una vez se cuente con reporte de patología, este es valorado por el Círculo de Valor en Melanoma para planear de manera adecuada las intervenciones posteriores, procurando dar continuidad al proceso bajo los lineamientos de desempeño clínico (seguridad y efectividad).

8. La toma de decisiones están centradas en el especialista en dermatología (o la persona líder que considere la organización y el modelo de atención) y este actúa como el eje de las mismas y en tal virtud es quien entrega el plan de acción diagnóstica al paciente, el cual resulta de un ejercicio multidisciplinario por parte de los integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, proceso que tiene un proceso claramente documentado, definido,

valorable y trazable que permite demostrar que todo plan diagnóstico es fruto del concurso de todos los integrantes del Círculo de Valor en Melanoma.

9. El proceso de atención específico desplegado por el especialista en dermatología, en el marco de la aproximación inicial muestra tener como mínimo los siguientes factores de buena práctica:

- Documentación de un examen de piel de cuerpo total independiente del sitio de lesión.
- Documentación, valoración y caracterización del nevus que generó el proceso de atención en salud.
- Certificación y formación en dermatoscopia y/o otras técnicas definidas en la literatura para hacer la aproximación a la sospecha diagnóstica. De ser necesario pone a disposición esta o estas herramientas desde el primer contacto con el paciente, estando los hallazgos allí encontrados documentados en la historia clínica junto con estrategias de difusión de la información con los otros integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, que faciliten la toma de un proceso diagnóstico unificado.¹²⁹
- Documentación de la valoración y consideración de las expectativas, preferencias y necesidades del paciente.

PASO 2. CIRUGÍA ONCOLÓGICA

El proceso de aproximación inicial de NEVUS incorpora la multidisciplinariedad como principio. En este sentido el equipo de cirugía oncológica debe apoyar y potencializar las intervenciones y planes diagnósticos a ejecutar por parte del líder del proceso del Círculo de Valor en Melanoma, con el fin de

realizar la mejor intervención diagnóstica posible, de tal manera que esta resulte no solo de la mejor evidencia disponible sino de la personalización de la atención e incorporación de la experiencia en la atención por parte del paciente.

1. El proceso de aproximación inicial de la organización puede mostrar la participación del especialista en cirugía oncológica en el ejercicio de diagnóstico inicial en los pacientes con sospecha de melanoma, donde se hacen evidentes procesos de intervención colaborativa entre los integrantes del círculo de valor para la atención de los pacientes.

2. La organización de salud promueve el despliegue de estrategias y herramientas de comunicación efectiva entre el especialista en cirugía oncológica y los otros integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, permitiendo con esto la apropiación de procesos tipo One-Stop-Clinic (OSC), que permitan optimizar la oportunidad de atención y minimizar los tiempos de no valor.

3. Los procesos de atención prestados por el especialista en cirugía oncológica están articulados con la propuesta de atención del Círculo de Valor en Melanoma, se dan entorno a la mejor evidencia disponible y hacen parte de un modelo de atención estandarizado, acordado y de total dominio y conocimiento por las partes del círculo de valor y por el paciente.

4. Los miembros del equipo multidisciplinario están entrenados en las técnicas definidas por la institución para hacer un diagnóstico óptimo y efectivo.

5. Dentro del proceso de aproximación diagnóstica del Círculo de Valor en

Melanoma, la decisión del tipo de biopsia está estandarizada, basada en las recomendaciones de la evidencia científica y resulta del consenso entre los integrantes del equipo multidisciplinario.

6. La organización en salud vela y promueve el aprendizaje colaborativo entre los integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, siendo en este sentido el especialista en cirugía oncológica un apoyo de alto valor para el líder del proceso de atención.

PASO 3. PATOLOGÍA

En la fase de aproximación inicial, la articulación de la especialidad patología se constituye en un elemento clave a considerar. El equipo de Patología debe apoyar y operativizar, bajo criterios y estándares superiores de calidad, los planes diagnósticos definidos de manera conjunta en el Círculo de Valor en Melanoma, de tal manera que aporte toda la información necesaria para lograr el propósito de confirmación diagnóstica y generar los estándares necesarios, para que el equipo clínico de oncología pueda caracterizar, estadificar y definir el pronóstico de la enfermedad, que permita definir el mejor y más adecuado plan de manejo para el paciente.

1. Dentro del concepto de Círculo de Valor en Melanoma de la institución, se puede evidenciar, documentar y trazar la participación del especialista en patología dentro de la aproximación inicial del paciente con sospecha de melanoma.

2. El especialista en patología conoce, entiende y tiene una participación en la aproximación inicial del paciente con sospecha en melanoma, garantizando la entrega de un proceso de atención que

responde a los tiempos, expectativas y propuestas por el modelo de atención.

3. Los procesos de atención prestados por el especialista en patología están articulados con la propuesta de atención del Círculo de Valor en Melanoma, se dan entorno a la mejor evidencia disponible y hacen parte de un modelo de atención estandarizado, acordado y de total dominio y conocimiento por las partes del círculo de valor y por el paciente.

4. El equipo de patología hace parte de las estrategias y herramientas definidas por la organización, para garantizar una comunicación efectiva con los otros integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, permitiendo con esto la apropiación de los procesos tipo One Stop Clinic (OSC).

5. El proceso de aproximación diagnóstica para melanoma de la organización tiene estandarizadas estrategias y herramientas para que el patólogo cuente con toda la información relevante del paciente (Datos e información clínica, dermatoscopia y/o estudios complementarios y condiciones preanalíticas) que le dé el conocimiento necesario para tomar decisiones frente al procesamiento y valoración de la muestra de biopsia.

6. Como elemento de diferenciación y de desempeño clínico de valor superior, y fiel al propósito de otorgar el mejor resultado posible al paciente alrededor de una experiencia en salud única, la organización posee un sistema fast track que permita en los casos que así lo ameriten, procesos de comunicación, discusión y ejecución de acciones rápidas en los resultados de patología, que agilicen la realización de estudios complementarios en los

especímenes de patología, que aceleren la comunicación entre el Círculo de Valor en Melanoma con el protocolo atalaya y lleven a la realización de marcadores, estudios de inmunohistoquímica, genéticos, moleculares y demás estudios que sean necesarios de acuerdo a los hallazgos encontrados en la patología de aproximación inicial. Lo anterior pretende promover la eliminación de tiempos de no valor y reprocesos; el cumplimiento de esta recomendación será entendida como un elemento diferenciador y de alto desempeño clínico.

7. El proceso de aproximación inicial tiene definidos y estandarizados los componentes mínimos de un reporte de patología en melanoma, que garantice la entrega de los resultados en salud ofertados por el modelo de atención entorno a la mejor evidencia disponible.

8. El proceso de aproximación inicial tiene definidos y estandarizados los criterios, indicaciones y recomendaciones para la toma de estudios de biomarcadores/ mutaciones específicas para melanoma, que respondan a la mejor evidencia disponible en la literatura.

9. Dentro del proceso de aproximación inicial del paciente con sospecha de melanoma y articulados con la estrategia del Círculo de Valor en Melanoma, se tienen unos

componentes mínimos del informe de patología dentro de los que se encuentran: sitio del tumor, lateralidad del espécimen, tipo de espécimen, Breslow, componente in situ, componente invasivo (márgenes periféricos y profundidad), ulceración, tasa mitótica, invasión linfovascular, neuro tropismo, satelitosis, márgenes, los cuales responden a la mejor práctica disponible y cuentan con estrategias, herramientas y procedimiento que garantizan sus sistematización y mejoramiento continuo.

10. Los procesos y tiempos de toma, recolección, procesamiento y resultados de patología en melanoma responden a procesos de mejoramiento sistemáticos de la organización, que buscan como mínimo estar en los parámetros encontrados con los mejores referentes.

11. La organización cuenta con los procesos de referencia y contra referencia con respecto a las muestras de patología, que aseguren el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad, que permitan que los resultados estén acordes a los parámetros definidos por la literatura y lineamientos institucionales.

12. La organización promueve el aprendizaje colaborativo entre los integrantes del Círculo de Valor en Melanoma, siendo en este sentido el especialista en patología un apoyo de alto valor para el líder del proceso de atención.

Fase del modelo	Nombre del indicador	Definición del indicador
EARLY APPROACH . APROXIMACIÓN INICIAL	0.1 Oportunidad a la aproximación inicial por el círculo de valor en melanoma	Promedio del tiempo transcurrido entre la derivación y el contacto efectivo con el círculo de valor en Melanoma: - Dermatología - Cirugía Oncológica - Patología
	0.2 Aproximación inicial por el círculo de valor en melanoma	Porcentaje de pacientes a los que se les hace valoración por sospecha de Melanoma, que contaron con una aproximación inicial por parte del Círculo de Valor en Melanoma. - Dermatología - Cirugía Oncológica - Patología Mide el porcentaje de pacientes en los cuales se realizó una evaluación en el contexto de un "One Stop Clinic".
	0.3 Tiempo de entrega de estudio de patología	Tiempo promedio entre la toma de la biopsia y la entrega del resultado patológico al paciente y a los profesionales del Círculo de Valor en Melanoma.
	0.4 Entrega de estudio de patología que cumpla criterios de calidad definidos por la evidencia	Porcentaje de reportes y resultados patológicos en Melanoma que cumplieron con los requerimientos de calidad definidos por la evidencia, institución y el Modelo de Atención en Melanoma
	0.5 Tiempo global de atención por parte del círculo de valor en melanoma para confirmación diagnóstica	Tiempo promedio global de atención desde el primer contacto del paciente con el círculo de Valor en Melanoma hasta el contacto del paciente nuevamente con el Círculo de Valor en Melanoma con el reporte de patología.
	0.6 Testeo molecular en estudios patológicos de acuerdo a los criterios definidos por la evidencia	Porcentaje de estudios patológicos en los que se realizaron y reportaron estudios moleculares de acuerdo a los criterios definidos por la evidencia.

Tabla 5. Indicadores fase E.

REGRESAR 

La fase V de NEVUS busca individualizar al paciente con diagnóstico de melanoma haciendo un diagnóstico global de precisión, considerando todas las variables necesarias para generar el mejor plan de tratamiento para el paciente

PROPÓSITO

La fase V de NEVUS busca individualizar al paciente con diagnóstico de melanoma haciendo un diagnóstico global de precisión, de tal manera que este permita hacer una adecuada caracterización del paciente, sus riesgos, factores pronósticos, estadio de la enfermedad, perfil citogenético y demás condiciones funcionales, de calidad de vida y de necesidades particulares (gustos y preferencias), que en conjunto deben considerarse para elaborar un plan terapéutico estandarizado, especializado y específico para las individualidades y necesidades de cada paciente, en el objetivo de lograr los mejores resultados, comparables con los de la evidencia científica disponible y con la mejor experiencia posible del paciente, su familia y cuidadores con el proceso de atención.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

APROXIMACIÓN A LA INDIVIDUALIZACIÓN

Aunque la incidencia del melanoma maligno está aumentando, el diagnóstico temprano y el abordaje correcto pueden ser curativos. Los procedimientos quirúrgicos son efectivos y los pacientes en riesgo de desarrollar enfermedad metastásica pueden beneficiarse de tratamiento adyuvante sea con inmunoterapia o terapia dirigida para aquellos pacientes con una mutación BRAF^{126,130-133}. Sin embargo, el uso de inmunoterapia puede incrementar el riesgo de toxicidad relacionada al sistema inmune¹³¹, por lo cual cada aproximación al paciente debe responder a las características individuales de cada paciente. En este enfoque, los equipos multidisciplinarios responsables de la atención, deben estandarizar la

Características	Melanoma
Arquitectura	
Diámetro	Asimétrico
Contorno	Pobre circunscripción
Hiperplasia epidermal	Ausente
Densidad celular	Alta
Zona de maduración	Maduración presente
Glóbulos hialinos	Ausentes
Citología	
Población celular	Células fusiformes y epiteloideas con atipia citológica creciente y pleomorfismo
Citoplasma	Citoplasma granular o mixto
Tasa nuclear a citoplasmática	Alta
Patrón cromatina	Pérdida del patrón
Nucléolo	Presente
Hipercromatismo	Presente
Proliferación	
Tasa mitótica	Mayor de 2 a 6 mm²
	Presencia de mitosis dermal marginal o profunda
Índice de proliferación Ki-67	Mayor de 15%

Tabla 6. Criterios histológicos melanoma.¹³⁴

[REGRESAR](#)

aproximación con que abordan al paciente con melanoma, para reducir la variabilidad en el cuidado que entregan e integrar a la atención de cada paciente las mejores terapias disponibles¹². Reducir la variabilidad desde la aproximación fomenta la elección del tratamiento adecuado, la equidad en salud y la reducción de los tiempos de oportunidad y acceso terapéuticos⁴. Adicionalmente, el manejo del melanoma está constantemente evolucionando y en esta evolución, se han generado cambios en la detección, el diagnóstico, la estadificación clínica, patológica, genética, molecular y en las tecnologías y terapias más efectivas a utilizar,

lo que implica procesos de actualización y entrenamiento permanentemente a los equipos multidisciplinares que toman las decisiones frente al paciente^{5,95}. En la medida que se incorporen avances como el perfilamiento genético, la biología tumoral y en las combinaciones de terapias, se podrá individualizar, de forma más específica, el manejo del paciente en un enfoque de cuidado multidisciplinario, que fortalece y da validez a las aproximaciones tipo OSC^{5,95}.

Independientemente del tipo de aproximación que se escoja, con base a la caracterización individual del paciente, se considera

	S-100	MART-1	HMB-45
Tinción del antígeno	Proteína de unión al calcio	Antígeno de diferenciación melanocítica expresada como una proteína transmembrana	Parte del complejo gp 100
Objetivo de tinción	Melanoma, nevus benigno, schwannomas, neurofibromas, lesiones malignas nervios periféricos	Células linaje melanocítico, células musculo liso perivacuulares, tumores pulmonares, renales, adrenocortical, de ovario y angiomiolipoma	Melanomas, melanocitos fetales y neonatales, componente intraepidermal y superficiales de nevus benigno, nevus azul y nevus penetrante
Ubicación de tinción	Núcleo	Citoplasma	Citoplasma

	MITF-1	TYROSINASE	SOX10
Tinción del antígeno	Regulador de la transcripción del gen tirosinasa	Enzima clave en la biosíntesis de proteína	Factor de transcripción: SRY-relacionado Proteína HMG-box 10
Objetivo de tinción	Melanoma, melanocitos benignos, carcinoma de célula epiteloides perivascular, carcinoma de célula clara	Melanoma, melanocitonormal	Células cresta neural incluye melanocitos, célula mioepitelial de mama
Ubicación de tinción	Núcleo	Citoplasma	Núcleo

Tabla 7. Marcadores de inmunohistoquímica en melanoma.¹³⁵

[REGRESAR](#) ↺

una buena práctica la recolección sistemática de datos que permitan evaluar y retroalimentar los resultados clínicos obtenidos y en el aprendizaje, considerar nuevas alternativas con base a la evidencia del mundo real⁵. Esta recolección de datos les permitirá a los equipos multidisciplinarios planear las aproximaciones óptimas en conjunto con el paciente⁵. Los equipos multidisciplinarios deben documentar porque se eligió la aproximación terapéutica seleccionada para el paciente, la cual idealmente debe resultar de la aplicación de algoritmos de toma de decisiones en escenarios de juntas multidisciplinarias, compuestas por los profesionales involucrados en el manejo de estos tumores, decisión que a su vez debe ser explicada de forma clara al paciente para que entienda los riesgos y beneficios asociados⁶.

DIAGNÓSTICO

Una vez examinada la lesión por medio de Dermatoscopia y cuando la sospecha de la lesión persiste, es necesaria la toma de una biopsia, que debe ser escisional y completa de la lesión sospechosa, con margen de piel de 1 a 3 milímetros, esto no afecta la cirugía ni la estadificación de acuerdo con los ganglios centinela. En caso de que no sea posible tomar la biopsia completa como en; cara, plantas, orejas, sublinguales o lesiones muy grandes, se considera aceptable una biopsia incisional parcial^{90,119}. El estudio histopatológico brindará el diagnóstico definitivo. En la [tabla 6](#) se exponen los criterios histológicos de melanoma que como fin tienen tratar de estandarizar el diagnóstico ya que aun en manos de especialistas con alta experiencia puede haber una falta de identificación de casos¹³⁴. Adicionalmente se pueden usar técnicas de inmunohistoquímica identificando marcadores como S-100, MART-1, MITF-1, Tirosinasa, SOX-10 y HMB-45

([Tabla 7](#))¹³⁵, que ayudan a la caracterización e individualización del paciente.

ESTADIFICACIÓN TUMORAL

El desenlace de los pacientes con melanoma cutáneo depende de la aproximación de manejo que se asigna, según los resultados de una adecuada estadificación. La estadificación además de definir el pronóstico y orientar las decisiones clínicas, también facilita el registro de reportes de la enfermedad y el diseño de estudios y estrategias futuras.¹¹

Desde los inicios de los años 90s se hizo gran énfasis en la técnica de biopsia del nódulo linfático centinela, el cual es utilizado actualmente como un procedimiento para la estadificación del melanoma. La octava edición de la AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC) de estadificación está basada de 43.792 pacientes diagnosticados con melanoma en estadios I, II y III desde el año 1998. La estadificación tumor, nódulo, metástasis (TNM) está basada en el estudio del tumor primario, los ganglios linfáticos y la presencia o ausencia de metástasis ([Tabla 8](#)).¹¹

• CATEGORÍA T

Espesor Breslow del tumor: espesor del tumor al 0.1 mm más cercano. Este espesor puede ser medido usando un micrómetro ocular, los microsátélites no deben ser incluidos. Los valores que definen la clasificación en la categoría T de acuerdo con este criterio son 1, 2 y 4 milímetros. El espesor del tumor es un importante predictor de sobrevida ([Gráfica 14](#)).¹¹

La ulceración del tumor primario, definido como ausencia del espesor total de una epidermis intacta sobre cualquier porción del tumor primario con una reacción del

Categoría T	Espesor	Estado ulceración
TX: No es posible evaluar	No aplica	No aplica
T0: no evidencia de tumor primario	No aplica	No aplica
Tis: In situ	No aplica	No aplica
T1	≤ 1mm	Inespecífico o desconocido
T1a	<0.8 mm	Sin ulceración
T1b	<0.8 mm	Con ulceración
T1b	0.8-1 mm	Con o sin ulceración
T2	1 - 2 mm	Inespecífico o desconocido
T2a	1 - 2 mm	Sin ulceración
T2b	1 - 2 mm	Con ulceración
T3	2 - 4 mm	Inespecífico o desconocido
T3a	2 - 4 mm	Sin ulceración
T3b	2 - 4 mm	Con ulceración
T4	>4 mm	Inespecífico o desconocido
T4a	>4 mm	Sin ulceración
T4b	>4 mm	Con ulceración

Categoría N	# Ganglios linfáticos involucrados	Metástasis de tránsito, satélite y microsatélite
Nx	No evaluado	No
N0	No detectado	No
N1	Un ganglio	Cualquier número
N1a	Uno clínicamente oculto	No
N1b	Uno clínicamente detectado	No
N1c	No enfermedad regional	Si
N2	2 o 3 ganglios	Cualquier número + un ganglio
N2a	2 o 3 clínicamente ocultos	No
N2b	2 o 3 clínicamente detectados	No
N2c	1 clínicamente oculto o detectado	Si
N3a	4 o más clínicamente ocultos	No
N3b	4 o más clínicamente detectados	No
N3c	2 o más clínicamente ocultos o detectados	Si

Categoría M	Sitio anatómico	Nivel LDH
M0	No evidencia	No aplica
M1	Metástasis distal	No aplica
M1a	Piel, tejido blando, musculo, ganglio no regional	No aplica
M1a (0)		Inespecífico o desconocido
M1a (1)		Sin ulceración
M1b	Pulmón con o sin sitios M1a	Con ulceración
M1b (0)		Con o sin ulceración
M1b (1)		Inespecífico o desconocido
M1c	Viseras con o sin sitios M1a o M1c	Sin ulceración
M1c (0)		Con ulceración
M1c (1)		Inespecífico o desconocido
M1d	Sistema nervioso central	Sin ulceración
M1d (0)		Con ulceración
M1d (1)		Inespecífico o desconocido

Tabla 8. Estadificación TNM.¹³⁶

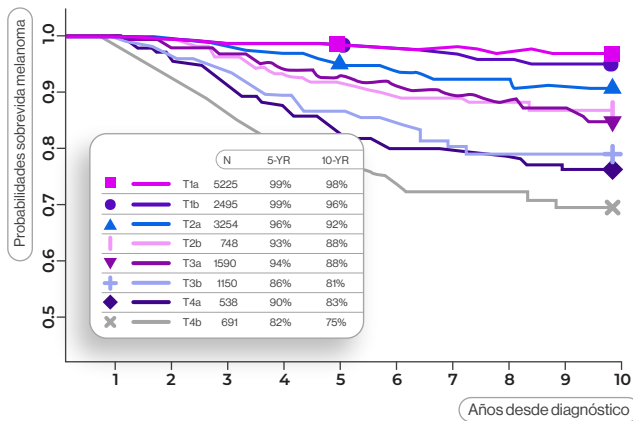
REGRESAR ↺

huésped asociado sobre el tumor primario según el examen histopatológico, es otro de los criterios de la categoría T. En caso de la ausencia de ulceración se denominará “a” y en caso de presencia de ulceración se denominará “b”. No incluye lesiones sin reacción del huésped, ni pérdida epidermal causada por biopsia previa. La ulceración es un factor pronóstico para sobrevida.¹¹

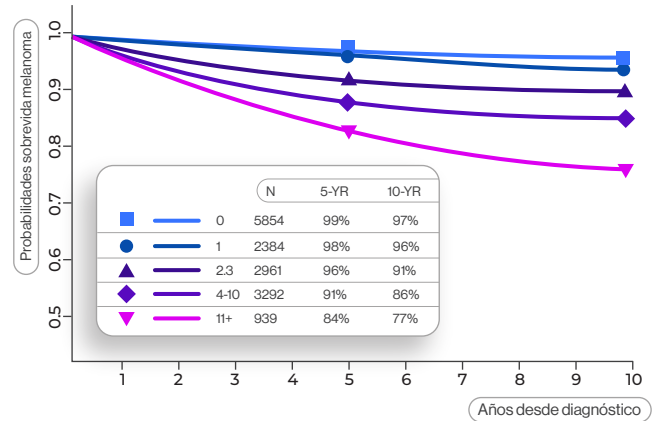
La tasa mitótica, definida como el número de mitosis por milímetro cuadrado en una porción invasiva del tumor, no influye en la estadificación sin embargo se recomienda que sea evaluada dado que también resulta en un factor pronóstico importante (Gráfica 15).¹¹

• **CATEGORÍA N**

Esta categoría registra enfermedad metastásica en nódulos linfáticos regionales y en sitios locorreionales no nodales. Se incluye la extensión de la afectación de ganglios regionales y el número de ganglios regionales invadidos. Los ganglios clínicamente ocultos se refieren a aquellos identificados en biopsia sin embargo no se observaba en evaluación imagenológica ni clínica y se denominan como “a” y los ganglios clínicamente detectados se refiere a aquellos identificados por estudios imagenológicos o evaluación clínica y se denominan como “b”. En el caso que la invasión ganglionar son microsátélites, satélites o metástasis en tránsito se denominan como “c”



Gráfica 14. Sobrevida según categoría T.¹¹ [REGRESAR](#)



Gráfica 15. Sobrevida según tasa mitótica.¹¹ [REGRESAR](#)

(Gráfica 16)¹¹. La microsatelitosis debe ser reportada de manera rutinaria, así como las macrosatelitosis o las metástasis en tránsito que se encuentran durante los exámenes físicos del paciente dado que tienen un impacto importante en el pronóstico.

• CATEGORÍA M

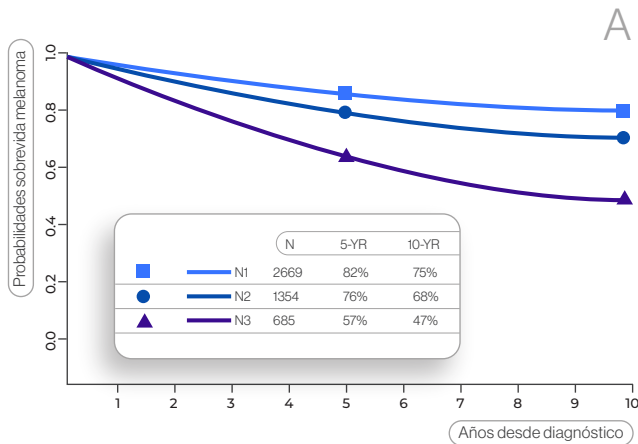
El lugar anatómico de la metástasis se usa para asignar una de las cuatro subcategorías. En el caso de metástasis distal a piel, tejido subcutáneo, músculo o ganglios linfáticos distales se categorizan como M1a, para metástasis en pulmón M1b, metástasis en cualquier otro órgano visceral se denomina como M1c y finalmente aquellas metástasis en el sistema nerviosos central se denominan como M1d. También se tiene en cuenta el nivel de Deshidrogenasa Láctica (LDH) aun cuando no modifica la estadificación ya que se considera un predictor importante¹¹. Adicionalmente se ha mostrado como la supervida varía de manera significativa en cada uno de los grupos (Gráfica 17).

CITOGÉNÉTICA

La etiología oncológica es una combinación

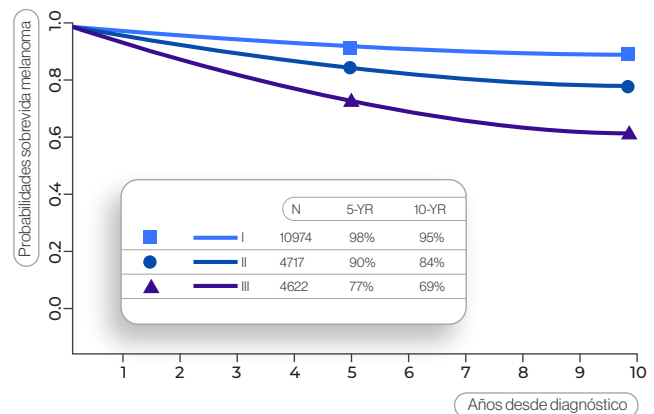
de factores genéticos y ambientales. En el caso del melanoma el factor de riesgo ambiental más importante es la exposición a luz ultravioleta. Sin embargo, los factores genéticos tienen un papel fundamental, por ejemplo, las personas de piel blanca tienen un riesgo aproximadamente 20 veces mayor¹³⁷ de padecer la enfermedad y en este contexto, se han hecho múltiples avances en la comprensión de los genes que contribuyen a la susceptibilidad hereditaria para melanoma en algunas personas.¹³⁸

Se estima que entre 8 al 12% de los pacientes con melanoma tienen antecedentes familiares. Sin embargo, no todos tienen melanoma heredado¹⁴. En lugares con una incidencia elevada o moderada de melanoma, los pacientes con tres familiares con melanoma, individuos con tres o más melanomas primarios o pacientes con diagnóstico a temprana edad se deberían realizar una prueba de susceptibilidad hereditaria^{139,140}. Entre 20 a 60 por ciento de estas familias tienen una mutación CDKN2A/p16. Los genes menos comunes son CDKN2A/ARF, CDK4, TERT, MITF,



Gráfica 16. Sobrevida según categoría N.¹¹

REGRESAR ↻



Gráfica 17. Sobrevida según clasificación TNM I, II y III.¹¹

REGRESAR ↻

BAP1 y POT1^{139,141-143}. Adicionalmente existen síndromes que causan predisposición a melanoma y otro espectro de tumores como BRCA síndrome que predispone principalmente a cáncer de mama y ovario, pero también aumenta el riesgo de otros tumores incluyendo melanoma.¹⁴³

Se recomienda realizar evaluación genética en 4 escenarios:

- Presentación en edad temprana: la edad usual de presentación en Estados Unidos es de 64 años. En familias con mutaciones genéticas la presentación varía entre los 14 y los 68 años.¹⁴⁴
- Múltiples familiares con melanoma: la mutación genética CDKN2A aumenta directamente con el número de miembros familiares con antecedente de melanoma.¹⁴²
- Individuos con múltiples melanomas primarios: la prevalencia de mutaciones genéticas en estos pacientes es variable entre el 2.9 por ciento de 1189 pacientes versus 8-16 por ciento en estudios de menor tamaño 225.¹⁴⁴⁻¹⁴⁷

- Otros tipos de patologías oncológicas en la familia: La relación entre las mutaciones de CDKN2A y otros tipos de cáncer se ilustra mediante un estudio basado en 330 familias propensas a melanoma de alto riesgo que incluyeron 236 pacientes con casos esporádicos de melanoma primario múltiple y 466 casos con melanoma familiar. Las mutaciones en CDKN2A fueron identificadas en 66 familias. Hubo un aumento estadísticamente significativo de la incidencia de otros tumores sólidos incluyendo cáncer de páncreas, cáncer de pulmón y cáncer de seno (tasa de prevalencia 3.0, 3.0 y 2.0, respectivamente).^{148,149}

INMUNOGENÉTICA

La activación de la inmunidad celular empieza cuando la célula T reconoce fragmentos de péptidos de proteínas intracelulares que se expresan en la superficie de las células presentadoras de antígeno unidas a moléculas específicas del complejo de histocompatibilidad mixto. Esta interacción requiere la presencia de una co-estimuladora (B7) y esta activación resulta en la regulación del antígeno citotóxico linfocítico T (CTLA-4). El receptor CTLA-4 en los linfocitos T

es un regulador negativo de la activación de las células T que supera el grupo de diferenciación 28 (CD28) para unirse a B7 en la célula presentadora de antígeno. CTLA-4 por lo tanto sirve como un “freno” fisiológico en el sistema inmune activado.¹⁵⁰

Una segunda vía co-inhibitoria utiliza el receptor de muerte celular programada 1 (PD-1), que es un receptor inhibitorio presente en las células T activadas. Cuando PD-1 se une a su ligando (PD-L1), que a menudo está presente en las células tumorales activadas, la capacidad de las células T para producir una respuesta inmune efectiva es modulada hacia abajo. Anticuerpos dirigidos contra PD-1 (nivolumab, pembrolizumab) o PD-L1 por lo tanto pueden restaurar o aumentar una respuesta inmune antitumoral y producir regresiones del tumor en pacientes con melanoma avanzado. Los estudios de tejidos han demostrado que los melanomas individuales se asocian frecuentemente con una gran cantidad de mutaciones somáticas, en gran parte debido al daño ultravioleta de la exposición al sol, y estas colecciones de mutaciones somáticas parecen ser únicas en cada melanoma. Estas mutaciones pueden dar como resultado la presentación de antígenos específicos de cáncer (neoantígenos asociados a mutaciones) que sirven como objetivos para las células inmunes reactivadas por inhibidores de punto de control. En definitiva, el número de tales mutaciones somáticas, entre otros factores, pueden predecir qué pacientes tendrán una respuesta a inmunoterapia.¹⁵⁰

CARACTERIZACIÓN MOLECULAR

La caracterización molecular juega un importante papel en el diagnóstico y caracterización del melanoma, por el impacto y usabilidad en la práctica clínica

rutinaria, específicamente, en la definición del pronóstico de la enfermedad y en el aporte al equipo clínico para definir una terapia óptima.

El descubrimiento del papel que juega la vía de la proteína cinasa activada por mitógenos (MAPK) y el factor de transcripción asociado a microftalmia (MITF) en el desarrollo y patogénesis del melanoma, ha cambiado la estructura de diagnóstico y ha promovido el desarrollo de nuevas tecnologías y opciones de tratamiento. La activación de la vía MAPK, promovida por las mutaciones y alteraciones genéticas presentes en la mayoría de los melanomas, facilita el crecimiento y supervivencia del tumor. Los genes RAS integrantes de esta vía, generan proteínas que actúan como mediadores críticos en la transmisión de señales en esta vía oncogénica. Los genes mutados con mayor frecuencia son BRAF, CDKN2A, NRAS y TP53 en el melanoma cutáneo, BRAF, NRAS, NF1 y KIT en el melanoma acral y SF3B1 en melanoma mucoso¹⁵¹. La activación de mutaciones del BRAF se encuentra en cerca del 50% de los melanomas, estas inducen la activación de MEK, y subsecuentemente la de ERK, responsables de la oncogénesis. Las mutaciones más frecuentemente observadas en el gen BRAF son la V600E (40-60%) y la V600K (20%), las V600D, V600E2, V600R, V600A, V600G y K601E son mucho más raras.¹²³

Las terapias molecularmente dirigidas con inhibidores de BRAF y MEK han sido tan relevantes desde el punto de vista estadístico y clínico, que la incorporación del estudio de este biomarcador en melanomas metastásicos debe hacerse de manera rutinaria. La guía de práctica clínica ESMO recomienda el testeo molecular a todo paciente con esta-

dios IIC, III y IV, siendo mandatario en los dos últimos. Las indicaciones de testeo de otros biomarcadores KRAS; NARS, KIT se presentaron en la fase E de aproximación diagnóstica inicial.^{124,151}

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

La toma de decisiones en conjunto con el paciente es un concepto que adquiere cada vez mayor relevancia en el tratamiento del cáncer¹⁵². En este Modelo, el paciente y su equipo tratante son socios que intercambian información y comparten las preferencias del tratamiento para llegar a un acuerdo mutuo, esto permite llegar a un punto medio entre los Modelos paternalistas tradicionales de la medicina y los autonomistas donde el paciente toma decisiones individualmente¹⁵². Este Modelo en teoría mejora la satisfacción del paciente y aumenta la adherencia a los tratamientos e incluso ha sido integrado como una meta en las guías de tratamiento alemanas¹⁵². Incluir al paciente desde el principio en la toma de decisiones y alinear sus expectativas con las del equipo multidisciplinario es de

suma importancia ya que permite evaluar el cumplimiento de objetivos y la satisfacción con la institución. Esto por ejemplo puede permitir la implementación de herramientas innovadoras como el seguimiento por telemedicina si el paciente lo acepta, participar en estudios clínicos o el uso de herramientas educativas que se ajusten a sus gustos, como el aprendizaje en línea versus otras metodologías tradicionales^{95,153-156}. Independientemente del rol que asuma el paciente como socio terapéutico o el Modelo que siga la institución, se deben tomar en cuenta la perspectiva del paciente, sus preferencias y valores para tomar decisiones clínicas en relación al melanoma¹⁵⁷. Los Modelos de Atención en Melanoma deben ser centrados en el paciente ya que los indicadores tradicionales no necesariamente describen las consecuencias biopsicosociales del diagnóstico del cáncer por lo cual se debe considerar la integración de herramientas como la SF-36¹⁵⁷. Los Modelos basados en los conceptos de excelencia deben invitar a los pacientes a participar, incentivarlos a hablar y escucharlos activamente.¹⁵⁷



video explicativo ▶

Los elementos clave se estructuran en la estrategia del protocolo Atalaya, que permite agrupar en una visión de 360 grados, la mejor evidencia disponible, la experiencia del paciente, los estudios y procesos de intervención realizados para el diagnóstico y la definición del estadio y perfil clínico de la enfermedad

El planteamiento de visión 360 contemplado en esta fase del Modelo, responde al objetivo de incorporar a los equipos multidisciplinares de alto desempeño al proceso de evaluación y diagnóstico del paciente, que tiene un reporte de patología positivo para Melanoma, bajo un protocolo que agrupa la mejor evidencia disponible, la experiencia del paciente, los estudios y procesos de intervención realizados previamente y la definición del estadio y perfil clínico de la enfermedad. Es decir, un proceso que engloba en un mismo plano, dentro del marco de un proceso diagnóstico holístico, la evidencia, la experiencia del paciente y la práctica clínica.

El Modelo de Atención no solo pretende entregar al paciente un proceso diagnóstico de alta eficiencia y bajo los mejores estándares clínicos, sino que busca agrupar todas las estrategias hasta ahora recomendadas por

el Modelo NEVUS, con el objeto de ser un punto de inflexión, que permita que la ruta de atención del paciente no esté socavada por barreras en la atención como:

- Falta de efectividad en la atención.
- Procesos y procedimientos con alta variabilidad.
- Procesos inseguros en la prestación y entrega de servicios de salud.
- Falta de Integralidad en la atención.
- Ausencia y fragmentación en la atención multidisciplinaria, en los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Para el logro de los planteamientos enunciados, el Modelo plantea implementar una estrategia denominada Protocolo



Gráfica 18. Elementos del Protocolo Atalaya.

Atalaya, cuyo propósito se fundamenta en hacer un diagnóstico de precisión en una visión de 360° que contemple por los menos los siguientes pilares fundamentales y que pretenden hacer una caracterización no del Melanoma del paciente sino del paciente con Melanoma (Gráfica 18):

- BMC: Biopsia - Márgenes - Cirugía
- Experiencia del paciente
- Estadio clínico
- Equipos multidisciplinares

Estos cuatro pilares de evaluación permiten la transmisión de un proceso diagnóstico, que no solo está soportado por la mejor evidencia y práctica clínica disponible, sino que se enriquece con todas las herramientas,

estrategias y acciones realizadas en las fases previas, y se complementa con la inclusión de la experiencia del paciente de forma activa. Estos atributos permiten realizar un proceso diagnóstico de 360 grados, que deriva en la entrega del mejor proceso diagnóstico posible para el paciente y permite la búsqueda de un plan de tratamiento de precisión, que responde al perfil e individualización del paciente y por ende a la obtención de los resultados de salud esperados.

El Modelo de Atención hace una serie de recomendaciones que facilitan la incorporación y la transformación de los programas específicos para la atención de los pacientes con Melanoma a la estrategia de visión del paciente en 360 grados.



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN MACRO

La organización cuenta con un protocolo para el diagnóstico de precisión en Melanoma, documentado, desplegado y evaluado de manera sistemática, que garantiza un proceso diagnóstico que considera en la valoración, el concepto e intervención del estadio clínico, el reporte avanzado de patología, márgenes y conceptos quirúrgicos complementarios, así como las necesidades y experiencia del paciente. Esto queda enmarcado bajo el concurso de un equipo multidisciplinario construido para Melanoma que responde a la mejor evidencia disponible y garantiza no solo la continuidad de las intervenciones realizadas en la fase de aproximación temprana, sino la integralidad de un proceso diagnóstico holístico estructurado, cohesionado, estandarizado y centrado en la experiencia del cuidado, que pone en una misma línea la evidencia clínica, la experiencia del paciente y las intervenciones en salud.

Promueve la existencia de escenarios con procesos estandarizados tipo junta médica o de decisiones, que permita en un ejercicio multidisciplinario recopilar, integrar, evaluar

y analizar, en un plan diagnóstico de precisión, la información necesaria para individualizar y caracterizar la paciente con Melanoma (Tabla 9).

RECOMENDACIONES:

BMC (BIOPSIA-MÁRGENES-CIRUGÍA):

Las intervenciones en salud en Melanoma dadas en el marco del Protocolo Atalaya (propuesta estructura Modelo NEVUS), deben garantizar la revisión y validación de los procesos realizados en la aproximación inicial, donde los lineamientos con respecto a la calidad y especificaciones del reporte de patología en Melanoma, los márgenes quirúrgicos y las intervenciones quirúrgicas complementarias, deben estar no solo acordes a las mejores recomendaciones y prácticas clínicas disponibles sino que deben entregarse siempre considerando la obtención de los mejores resultados para el paciente.

1. El proceso de diagnóstico de precisión de la organización puede demostrar con hechos y datos, que hace un ejercicio de evaluación estandarizado, que garantiza la participación

activa del equipo multidisciplinario necesario, equipo que conoce las acciones, actividades y sus responsabilidades para integrar y evaluar la información derivada del paso BMC con el propósito de hacer una adecuada caracterización del paciente.

2. La organización dentro del proceso de diagnóstico de precisión puede demostrar y garantizar que el ejercicio de revisión de la biopsia, valoración de márgenes y consideración de procedimientos quirúrgicos complementarios se da alrededor de un proceso diagnóstico multidisciplinario donde todos sus componentes conocen el procedimiento en su totalidad y hacen parte activa en la entrega de un concepto y plan diagnóstico para el paciente.

3. La organización tiene claramente definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación tanto del reporte de patología como de la disponibilidad de la muestra en caso de requerir estudios complementarios.

4. La organización dentro del proceso diagnóstico de precisión cuenta con procesos de revisión y actualización sistemática sobre las indicaciones, lineamientos y evidencia con respecto a las muestras de patología, márgenes quirúrgicos y estudios complementarios en Melanoma, procesos en donde se cuenta y evidencia la participación, conocimiento y apropiación por parte de todo del equipo multidisciplinario en Melanoma.

5. El proceso de revisión, estadificación y validación tiene definido un responsable con el rol y responsabilidad de hacer seguimiento a la información y resultados necesarios para hacer el adecuado diagnóstico de

precisión, para garantizar la disponibilidad, en este paso, de las muestras y reportes completos de patología a presentar al equipo multidisciplinario para el análisis y caracterización del paciente.

6. En el proceso de diagnóstico de precisión, y como parte del ejercicio del equipo multidisciplinario se contempla la revisión de los siguientes elementos:

- Márgenes quirúrgicos siguiendo las recomendaciones de la mejor evidencia disponible.
- Indicación y justificación en la realización de ganglio centinela en los casos en que, acorde con la evidencia, se considere.
- Definición y estandarización del procedimiento para el abordaje de los casos que tengan indicación de realización de ganglio centinela. En este caso, contempla también estrategias para entregar al paciente toda información necesaria para tomar con él una decisión consentida, que responda a la evidencia científica y contemple la experiencia del paciente.
- Resultados de estudios inmunohistoquímicos, de testeo molecular o citogenéticos que correspondan.

7. La organización como elemento de mejoramiento sistemático cuenta con estrategias de retroalimentación, mejoramiento y medición con respecto a los reportes de patología, toma de muestra y abordaje realizado en la aproximación inicial, con el objeto de disminuir la variabilidad en la atención y promover la entrega de un servicio de salud enfocado en excelencia.

8. La organización de salud dentro del proceso diagnóstico posee un sistema de información que permite evaluar el desempeño del proceso de diagnóstico de precisión para hacer ejercicios de mejoramiento sistemático en los parámetros de BMC.

9. El proceso de diagnóstico de precisión, y como parte de un ejercicio del equipo multidisciplinario, tiene definido y realiza procesos de referenciación con respecto al proceso de BMC, que permiten comparación, aprendizaje y mejoramiento.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE:

El proceso de diagnóstico en Melanoma, en un Modelo de Atención enfocado en la excelencia, debe, en el marco del Protocolo Atalaya ponderar y hacer partícipe de forma activa y equitativa la experiencia del paciente, considerando de manera sistemática sus necesidades y su entorno como variables a tener en cuenta para la elaboración de un plan óptimo de tratamiento. Involucrar al paciente en el proceso, favorecer su capacidad de participar de las decisiones que se toman alrededor de su condición clínica y entender el propósito de las intervenciones y procedimientos a realizar dentro de un plan diagnóstico estandarizado y soportado en la mejor evidencia disponible, así como de los resultados derivados y esperados del mismo.

1. La organización dentro del proceso de diagnóstico de precisión cuenta con herramientas, estrategias y acciones que permiten evidenciar que la información dada al paciente dentro del proceso diagnóstico cuenta con la claridad para ser comprendida y analizada por el paciente. Lo anterior cuenta con herramientas de medición que garantizan el entendimiento, análisis, comprensión y difusión de la información

de la totalidad del ejercicio diagnóstico por parte del paciente.

2. La organización dentro del proceso de diagnóstico de precisión puede demostrar y garantizar que el paciente tiene completa información sobre su proceso diagnóstico.

3. Dentro del componente de la experiencia del paciente en el Protocolo Atalaya, el paciente como parte del equipo multidisciplinario, tiene completo conocimiento y comprensión sobre las probabilidades de curación de su condición de salud, y en caso de ser necesario esta información es extendida a sus familiares y a su red de cuidadores, de acuerdo a los gustos y preferencias del paciente, lo anterior se encuentra claramente documentado y estandarizado en la historia clínica del paciente.

4. Dentro del componente de la experiencia del paciente en el Protocolo Atalaya, el paciente tiene completo conocimiento y comprensión sobre el plan terapéutico de acuerdo con el concepto del equipo multidisciplinario, teniendo el paciente plena información sobre la indicación, expectativas, pronóstico, resultados, contraindicaciones, efectos adversos, opciones complementarias, evidencia médica y soporte científico. Lo anterior se encuentra claramente documentado y estandarizado en la historia clínica del paciente.

5. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, como parte del Protocolo Atalaya, el equipo multidisciplinario de la organización realiza valoración sistemática de su calidad de vida, con herramientas de medición avaladas para Melanoma. Lo anterior cuenta con hechos y datos que soportan la implementación de esta recomendación y el análisis de la

información para la toma de decisiones frente a las intervenciones de apoyo que el paciente de manera individual o los pacientes del programa necesiten para mejorar su experiencia en el proceso de atención.

6. La valoración sistemática de la calidad de vida en Melanoma en el paciente es fortalecida con la valoración de la expectativa de sobrevida del paciente, que resulte del estadio clínico en Melanoma, la valoración de las comorbilidades, factores sociales, culturales, demográficos, y demás elementos críticos necesarios para tener una valoración de sobrevida global ajustada a la calidad de vida del paciente.

7. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, como parte del Protocolo Atalaya, la organización garantiza, mide y documenta que la valoración de la sobrevida ajustada a la calidad de vida es comprendida, entendida y analizada por todos los integrantes del equipo multidisciplinario incluyendo al paciente, teniendo completa claridad sus integrantes sobre las implicaciones e impacto de esta medición en la definición de un plan diagnóstico y terapéutico.

8. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, como elemento de valor superior, la organización promueve y garantiza que el equipo multidisciplinario con la participación y concurso del paciente, formula un plan de tratamiento que incorpora la mejor evidencia científica e incluye los gustos, expectativas y preferencias del paciente. Dicha decisión de tratamiento está documentada y es de pleno conocimiento por parte de todo el equipo multidisciplinario.

9. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, como elemento de valor superior,

la organización promueve, documenta y garantiza que el equipo multidisciplinario como resultado de la intercomunicación concurrente con el paciente, extiende las decisiones y procedimientos resultantes del Protocolo Atalaya a la red de cuidadores, familiares y red de apoyo. Guardando las preferencias, expectativas y decisiones por parte del paciente o red de decisión de acuerdo a la condición clínica, autonomía y funcionalidad del paciente.

10. La organización dentro del proceso diagnóstico posee un sistema de información que permite procesos de mejoramiento y análisis de forma sistemática en la esfera de la experiencia del paciente.

11. La organización dentro del proceso de diagnóstico de precisión, como parte de un ejercicio del equipo multidisciplinario, tiene definido procesos de referenciación y liderazgo con respecto a la experiencia del paciente, que permiten acciones de mejoramiento sistemático.

ESTADIO CLÍNICO

Dentro del ejercicio de diagnóstico de precisión en Melanoma, resulta indispensable garantizar a todo paciente la estadificación clínica y caracterización de factores pronósticos de la enfermedad. Lo anterior para promover el planteamiento de intervenciones congruentes y coherentes en línea con la mejor evidencia científica disponible, contando igualmente con la valoración de comorbilidades y factores de riesgo del paciente. En este sentido el Protocolo Atalaya asegura y garantiza que las intervenciones y planes diagnósticos a ejecutar por parte del equipo multidisciplinario, permiten definir las características clínicas y paraclínicas la enfermedad y la definición de una valoración global del paciente.

1. Dentro del concepto del Protocolo Atalaya y como parte del ejercicio de diagnóstico de precisión, el equipo multidisciplinario debe garantizar que todo paciente posee un TNM (según la mejor evidencia científica disponible) y definido un estadio clínico como elemento mínimo, el cual debe estar claramente documentado y estandarizado en la historia clínica del paciente.

2. Para la estadificación, el equipo multidisciplinario cuenta con un proceso diagnóstico que está acorde con el estadio otorgado y con la evidencia disponible. Para esto el equipo dispone de estrategias y herramientas de medición que permiten verificar y evaluar la concordancia del estadio asignado a cada paciente con los procesos diagnósticos planteados.

3. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, el equipo multidisciplinario del programa, en caso de que la mejor evidencia disponible así lo recomiende, debe contemplar marcadores, variables o estudios complementarios que permitan entregar un diagnóstico seguro y de alta calidad.

4. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, se tienen claramente definidos, con base en la mejor evidencia científica disponible, los lineamientos para la realización de los estudios de testeo molecular o genética, que incluyen criterios de indicación en el paciente (aplicación clínica o investigación) y el tipo de estudios a realizar. Lo anterior está documentado y cuenta con datos que soportan la implementación de intervenciones.

5. Dentro del proceso de diagnóstico de precisión, en la realización de estudios de testeo molecular o genética, la organización garantiza que:

- Estas técnicas responden a la mejor práctica clínica disponible, y cuenta con procesos, procedimientos y evidencia de alto valor, que permiten la implementación de las recomendaciones en el proceso de evaluación y diagnóstico del paciente, e incluye especificaciones de calidad preanalítica (calidad y especificaciones de la muestra: tejido o sangre), analítica (técnicas a utilizar según estudio) y postanalítica (registro y calidad del reporte)

- Todo paciente cuenta con un concepto sobre la indicación, concepto que es discutido y analizado de cara a la mejor evidencia disponible, con el único propósito de brindar el mejor proceso diagnóstico posible. Lo anterior se encuentra documentado dentro del protocolo diagnóstico y en los registros clínicos del paciente.

- El paciente comprende y entiende la indicación de dichos estudios, así como las implicaciones terapéuticas y/o de investigación de los resultados emitidos.

- El equipo multidisciplinario garantiza que la decisión de toma de estos estudios, no solo son contemplados y considerados dentro del proceso diagnóstico global, sino que en el caso en que se considere, se asegura la expedición de conductas terapéuticas acordes con los resultados y en concordancia con la evidencia disponible. Esto cuenta con los soportes y datos que permiten demostrar dicho proceso.

6. Dentro del proceso de estadificación de la enfermedad por parte del equipo multidisciplinario, la organización garantiza que este proceso considera y analiza como parte del protocolo diagnóstico, la intervención y control de las comorbilidades del paciente.

7. Para la intervención y control de las comorbilidades del paciente, se incluye de ser necesario un equipo clínico complementario que permita una atención integral del paciente. Lo anterior se encuentra debidamente documentado y soportado en el historial del paciente.

8. Dentro del proceso de caracterización de la enfermedad por parte del equipo multidisciplinario, se revisan, evalúan e intervienen los factores de riesgo modificables en Melanoma. Lo anterior cuenta con un proceso claramente definido dentro del protocolo diagnóstico, y puede ser verificable, medible y trazable.

9. La evaluación de los factores de riesgo no modificables en Melanoma permite formular recomendaciones dentro del plan diagnóstico del paciente, que permitan generar datos, educación, herramientas de intervención hacia el paciente, su familia, cuidadores, sociedad y el sistema de salud en general. Lo anterior cuenta con un proceso claramente definido dentro del protocolo diagnóstico y puede ser verificable, medible y trazable.

10. El Modelo de Atención dentro del proceso diagnóstico por parte de equipo multidisciplinario cuenta con herramientas y estrategias que permiten asegurar el cumplimiento, trazabilidad y adecuado desempeño clínico del proceso de estadificación de la enfermedad, perfilamiento citogenético, la valoración, análisis e intervención de comorbilidades, así como la valoración y concepto de los factores de riesgo modificables y no modificables en Melanoma, atributos que son demostrables, medibles y trazables.

11. La organización, dentro del proceso de

diagnóstico de precisión, posee un sistema de información que permite análisis y mejoramiento de forma sistemática en la esfera de estadio clínico.

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

En esta fase de visión 360, dentro del proceso de diagnóstico de precisión en Melanoma, la centralización del proceso diagnóstico entorno al paciente, y la inclusión de éste como un integrante más del proceso, requiere sin lugar a dudas del concurso y participación de todas las personas, especialidades y servicios de apoyo necesarios para la entrega de un concepto holístico alrededor del diagnóstico, estadificación y definición del pronóstico de la enfermedad. Para esto el Modelo de Atención debe contar con un equipo multidisciplinario que no solo garanticen la entrega al paciente de la mejor evidencia clínica disponible, sino que responda de forma global a las necesidades, expectativas y requerimientos del paciente; equipo que debe tener claramente definidos sus roles, responsabilidades, estrategias de intervención y análisis, así como la universalización de la información al interior del equipo, contando para esto con procesos de liderazgo, referenciación, gobernanza y co-creación que permitan ver a este equipo multidisciplinario como un elemento diferenciador y de alto desempeño dentro del Modelo de Atención.¹⁵⁸

1. La organización comprende, entiende, reconoce y garantiza la entrega de un proceso diagnóstico en Melanoma por parte de un equipo multidisciplinario, que asegura la valoración holística del paciente, con un procedimiento diagnóstico claramente definido dentro de la organización, el cual es verificable, medible y trazable.

2. La organización cuenta con un equipo multidisciplinario para el diagnóstico de precisión en Melanoma, que resulta de procesos de referenciación con líderes e instituciones modelo en la enfermedad, análisis y revisión de la literatura, y sobre todo de la revisión de las necesidades del paciente y del sistema de salud. Lo anterior se encuentra claramente documentado y puede ser no solo evaluado, sino que cuenta con procesos de mejoramiento sistemático.

3. La constitución del equipo multidisciplinario en Melanoma dentro de la organización en salud cuenta con procesos de gestión claros y definidos, que promueven el liderazgo, la dirección y la autogestión en pro de entregar al paciente resultados en salud uniformes, estandarizados y de referencia para el paciente. Lo anterior se encuentra claramente documentado y posee procesos de mejoramiento.

4. El equipo multidisciplinario en Melanoma tiene claramente definido un procedimiento para la presentación de casos que promuevan el mejor protocolo diagnóstico posible, con la menor cantidad de reprocesos posibles, con altos estándares de calidad y con datos, métricas y documentos que soportan dichas intervenciones.

5. El equipo multidisciplinario en Melanoma cuenta con estrategias y herramientas que aseguran la entrega (a la totalidad de los pacientes) de un plan diagnóstico universal que contempla tanto la condición clínica, pronóstico, comorbilidades, factores de riesgo y la expectativa del paciente.

6. Cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario tiene total conocimiento de sus roles y responsabilidades dentro

del equipo, así como conocimiento claro y suficiente sobre los roles y responsabilidades de los otros integrantes. Lo anterior dentro de un proceso claro de liderazgo y gobernanza que puede ser demostrado por la organización.

7. La organización tiene claramente definidos una serie de datos y métricas de desempeño clínico para el equipo multidisciplinario, que le permite el mejoramiento sistemático, la referenciación y la generación de liderazgo en Melanoma.

8. La organización, en el marco del equipo multidisciplinario cuenta con la documentación, herramientas y estrategias para demostrar un responsable por parte de la organización, que acompaña y apadrina al paciente en su ruta o un proceso de acompañamiento durante el diagnóstico. Lo anterior con el único propósito de garantizar la entrega del mejor proceso de atención posible para el paciente.

9. El equipo multidisciplinario en Melanoma y en articulación con la organización, le proporciona al paciente con la participación activa de este, unos tiempos globales de diagnóstico y tratamiento, que responden a la mejor evidencia disponible, se adaptan a las características del paciente, la institución de salud y del sistema de salud, y están no solo acordados y divulgados con el paciente y su red de apoyo sino que fueron definidos como resultado de un ejercicio colaborativo centrado en el paciente. Todo lo anterior se encuentra debidamente documentado y justificado dentro del plan diagnóstico del paciente, y posee la organización sistemas de medición y análisis de estos tiempos de atención, con las correspondientes métricas de mejoramiento sistemático.

10. El equipo multidisciplinario en Melanoma y en articulación con la organización, y como parte del plan diagnóstico expedido, posee una estrategia de seguimiento tanto del paciente como del plan propuesto, que le permite garantizar el cumplimiento de lo allí planteado, o en caso negativo facilita la toma de acciones de mejoramiento para la consecución de mejores procesos y resultados en salud. Esto está debidamente documentado y contiene estrategias, herramientas, datos y métricas que trazan el cumplimiento de dicho seguimiento.

11. La organización de salud dentro del proceso diagnóstico posee un sistema de información que permite procesos de mejoramiento y análisis de forma sistemática en la esfera de equipos multidisciplinarios.

12. La organización de salud dentro del proceso diagnóstico, y como parte de un ejercicio del equipo multidisciplinario, tiene definido procesos de referenciación y liderazgo con respecto al estadio clínico, que permiten acciones de mejoramiento sistemático.

Fase del modelo	Nombre del indicador	Definición del indicador
360 VIEW • VISTA 360	0.1 Valoración y concepto BMC (Biopsia, márgenes y cirugía)	Porcentaje de reportes de biopsias valoradas por el equipo multidisciplinario en Melanoma que cumplen con los requerimientos, criterios y análisis definidos por el Modelo de Atención como BMC
	0.2 Valoración de sobrevivida ajustada a la calidad de vida en melanoma	Porcentaje de pacientes que contaron dentro del proceso de diagnóstico de precisión con una valoración y análisis de la sobrevivida ajustada a su calidad de vida como parte de su protocolo diagnóstico.
	0.3 Conocimiento y adopción de la decisión del paciente en su proceso diagnóstico y terapéutico en melanoma: experiencia del paciente	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar la inclusión de la experiencia del paciente dentro del plan diagnóstico de precisión emitido por el equipo multidisciplinario.
	0.4 Proceso de estadificación en melanoma	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar la definición de un estadio clínico de la enfermedad.
	0.5 Protocolo diagnóstico de acuerdo con el estadio clínico en melanoma	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar la evaluación de los estudios diagnósticos acordes con el estadio clínico de la enfermedad según la mejor evidencia disponible. Evalúa y analiza el grado de estandarización y alineación con la evidencia médica disponible, por parte del protocolo diagnóstico realizado por el equipo multidisciplinario y los estudios y procesos derivados de dicha estadificación.
	0.6 Estadio clínico del paciente con melanoma	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar la caracterización e individualización del paciente con melanoma, más allá del estadio clínico, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el Protocolo Atalaya. Evalúa y analiza el grado de estandarización del proceso diagnóstico en Melanoma por parte de equipo multidisciplinario que asegura que todo paciente junto al concepto del estadio clínico de la enfermedad tiene igualmente una valoración y concepto de sus comorbilidades, factores de riesgo y necesidad de estudios genéticos/moleculares complementarios. El objeto de este indicador es garantizar que todo paciente con Melanoma cuenta con una aproximación de su condición de salud más allá del estadio clínico de su condición oncológica, y que esta responde a la condición global del paciente.
	0.7 Equipo multidisciplinarios en el proceso diagnóstico en melanoma	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar que el proceso diagnóstico de la enfermedad se dio como resultado del análisis, valoración y posterior expedición de conductas por un equipo multidisciplinario constituido para Melanoma.
	0.8 Equipo multidisciplinarios en el proceso diagnóstico en melanoma	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar y evidenciar que el proceso diagnóstico de la enfermedad se dio como resultado del análisis, valoración y posterior expedición de conductas por un equipo multidisciplinario constituido para Melanoma.

Tabla.9. Indicadores fase V.

REGRESAR 

La fase U pretende cohesionar los procesos diagnósticos y terapéuticos alrededor del paciente, demostrando la inclusión, participación y comprensión de éste dentro de la definición del mejor plan de tratamiento para el abordaje y manejo del Melanoma

PROPÓSITO

Garantizar que las actividades, herramientas y acciones realizadas dentro del protocolo Atalaya, sean recogidas, analizadas y evaluadas en el momento de definir un plan de tratamiento unificado, donde bajo las virtudes de la que hemos denominado Matriz Cooper 2.0, se desarrolle un ejercicio de planeación del mejor tratamiento en Melanoma posible, que responda a la mejor evidencia disponible, se nutra con la experiencia del paciente y que permita al final del proceso entregar un manejo holístico concebido en el entorno de un equipo clínico multidisciplinario. En esta fase se pretende cohesionar los procesos diagnósticos y terapéuticos alrededor del paciente, demostrando la inclusión, participación y comprensión de éste dentro de la definición de su plan de tratamiento para el abordaje y manejo del Melanoma.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

PLANEACIÓN TRATAMIENTO

En la planeación del tratamiento, el equipo multidisciplinario tiene varias responsabilidades, según lo reportado en la evidencia, entre éstas la de nombrar un miembro, que sea el líder clínico del proceso de atención, en concordancia con el estadio clínico de la enfermedad del paciente y que a su vez sea responsable del manejo y de la coordinación y articulación del equipo multidisciplinario entorno al paciente, para proveer información y apoyo al paciente, familia y cuidadores. De acuerdo con esto, se considera una buena práctica no sólo designar el líder sino conformar el grupo de manejo de él y con el paciente y generar, en el despliegue, espacios de revisión y aprendizaje en los que el equipo pueda reunirse, discutir los resultados del paciente durante el proceso, involucrar y recibir las

expectativas y necesidades del paciente, acordar metas y generar las estrategias de coordinación en la toma de decisiones y acciones de tratamiento.¹⁵⁸

Es importante que la planeación del tratamiento y los algoritmos de toma de decisiones, siempre estén soportados en evidencia actualizada, incluyendo ensayos clínicos, de tal manera que el paciente, de acuerdo a sus características de individualización, tenga un amplio rango de opciones que se puedan elegir y ajustar, considerando los resultados esperados y sus necesidades y preferencias.¹⁵⁸

Adicionalmente se considera importante preparar al paciente para los tratamientos elegidos, con el fin de minimizar riesgos, prevenir complicaciones y aumentar el resultado positivo esperado de las intervenciones. La planeación del tratamiento, utiliza un enfoque multidisciplinario que combina ejercicio, nutrición y estrategias psicológicas que permitan preparar al paciente, para enfrentar los desafíos de su tratamiento, en el esquema planteado, como la cirugía, quimioterapia, terapia dirigida, inmunoterapia y radioterapia¹⁵⁸. Esto incluye la realización de una evaluación física y psicológica para establecer un nivel de función de referencia, identificar necesidades y proporcionar intervenciones específicas para soportar y mejorar la salud del paciente, reduciendo así la incidencia y la gravedad de las deficiencias actuales y futuras relacionadas con el cáncer y su tratamiento. Los medicamentos deben revisarse en este punto para garantizar la optimización y mejorar la adherencia a estos.¹⁵⁹

Finalmente, y como resultado de la individualización del paciente, se debe definir la intensidad de tratamiento, que por demás

debe considerar las expectativas y deseos consentidos con el paciente. Esta definición implica especificar si el manejo va a ser curativo, de control loco-regional y/o para prolongar la sobrevida, mejorar la calidad de vida o para hacer paliación de síntomas. Esto siempre debe estar balanceado de acuerdo a los riesgos y beneficios de cada decisión.^{85,158,159}

TRATAMIENTO

En un enfoque de atención centrada en el paciente y de medicina basada en valor, el tratamiento debe ser acordado con el paciente y su familia, y las opciones deben darse de acuerdo con el estadio de la enfermedad y con la evidencia científica más reciente, considerando además factores predictivos o pronósticos de respuesta esperada para soportar la decisión clínica (i.e. edad, LDH, número de lesiones, ECOG, PD-1 status, mutación BRAF, etc).

En pacientes con Melanoma resecable, la cirugía continúa siendo la primera opción de tratamiento. Para aquellos pacientes con lesiones irresecables o Melanomas avanzados, la evidencia ha mostrado la efectividad de nuevas alternativas de tratamiento, que han resultado de un mayor entendimiento de la virología del tumor, del estudio de las mutaciones oncogénicas y de la sobrevida inmune y que han permitido el desarrollo de inhibidores específicos para el manejo de metástasis y del Melanoma irresecable¹²⁶. El uso de esta evidencia actualizada en el tratamiento de la enfermedad, ha cambiado el pronóstico y los resultados esperados en los pacientes con Melanoma, impactando especialmente los tiempos de sobrevida a largo plazo.¹²⁶

El manejo quirúrgico en el caso de una o pocas metástasis resecables, puede

generar un beneficio duradero; y se puede acompañar, con criterios específicos de terapia adyuvante adicional para estos pacientes. Esta opción es útil también en el caso de metástasis que tuvieron respuesta apropiada a la terapia sistémica y dejan de ser irreseables, particularmente aquellos que recibieron manejo con inmunoterapia¹⁶⁰⁻¹⁶². Entre los criterios para cirugía en caso de metástasis están¹⁶³⁻¹⁶⁵:

- Lugar primario controlado o controlable.
- El paciente debe estar en condiciones médicas para resistir la cirugía planeada.
- El cáncer específico debe presentar un patrón metastásico el cuál ha sido estudiado y tiene evidencia del beneficio de la cirugía.

Es importante que, a todo paciente con un Melanoma cutáneo reseable, se haga evaluación completa para descartar metástasis en lugares que se puedan

resear. Por lo que se recomienda realizar una historia detallada de piel, tejidos blandos y ganglios linfáticos. Algunos programas recomiendan incluso que se haga una radiografía de pecho periódica y un lactato deshidrogenasa. En el caso de que se encuentren metástasis, se recomienda hacer exámenes de extensión como una resonancia magnética de cerebro y un PET-scan con F-18-Fluorodeoxiglucosa.¹⁶³⁻¹⁶⁵

Sin embargo, como se mencionó previamente la cirugía no siempre es una opción de manejo de primera línea ya que muchas lesiones, no son reseables completamente ni representan una urgencia paliativa. Por esta razón se deben iniciar con otras opciones de tratamiento:

- Radioterapia
- Tratamiento sistémico (terapia dirigida, inmunoterapia, quimioterapia)



video explicativo ▶

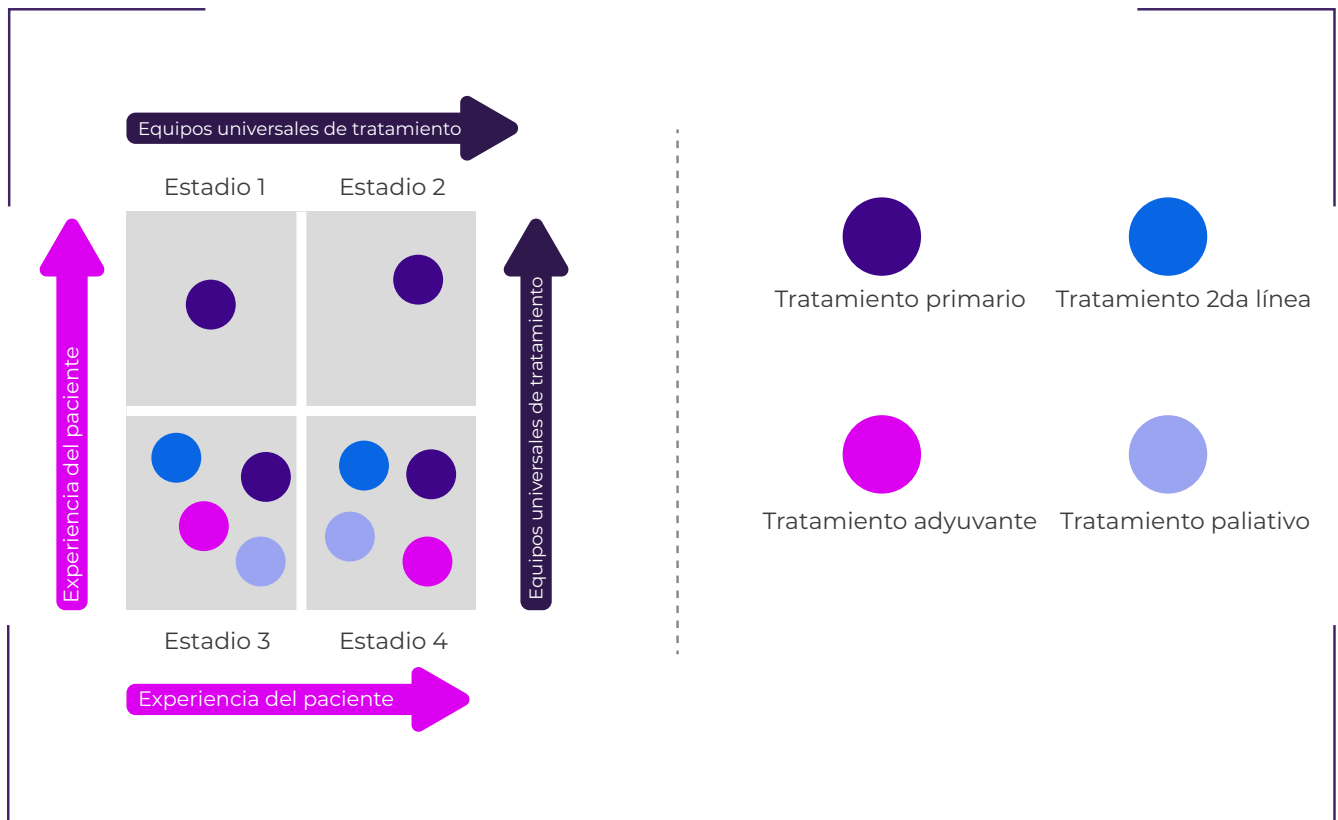
El planteamiento de la fase de tratamiento unificado pretendió recoger todas las iniciativas ejecutadas hasta el momento por el Modelo NEVUS que han permitido un proceso de individualización de la atención y la entrega de una experiencia en el cuidado con altos estándares de calidad, responde al objetivo de consolidar y potenciar a los equipos multidisciplinares alrededor de un proceso diagnóstico y terapéutico, que garantiza la entrega de un proceso de atención holístico donde las expectativas, necesidades, recursos, experiencia y condición clínica del paciente, son no solo considerados sino intervenidos en la búsqueda de la mejor experiencia compartida en la atención. Todo esto dentro de una estrategia denominada Matriz Cooper 2.0, la cual incorpora los principios del desempeño clínico con las mejores prácticas en melanoma en el marco de la mejor evidencia disponible.

La Matriz Cooper 2.0, evoluciona el concepto emitido por el Doctor Samuel Cooper en su libro primeras líneas de la teoría y la práctica de cirugía, donde expresaba: “el melanoma, en etapas avanzadas es intratable y la única

posibilidad de curación es la extirpación”, hacia “el melanoma, en etapas avanzadas es tratable y la única posibilidad de curación no es únicamente la extirpación quirúrgica temprana”, evolución que resulta de la incorporación de la mejor evidencia disponible, de la evolución de los recursos terapéuticos, la necesidad de tratar el melanoma por equipos multidisciplinares y escalar los resultados clínicos, como fruto del conocimiento de la evidencia del mundo real.

Esta estrategia parte de la revisión de los distintos protocolos y procedimientos terapéuticos usados en melanoma, pero incorpora con particular interés los bloques y categorías de National Comprehensive Cancer Network en melanoma cutáneo, en donde la eficacia, seguridad, calidad y consistencia de la evidencia, junto con la asequibilidad sustentan y soportan las distintas recomendaciones de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad dentro de la guía de atención.

Soportados en la mejor evidencia disponible, enriquecido por el conocimiento y comprensión de los procesos de atención en



Gráfica 19. Elementos de la Matriz Cooper 2.0.

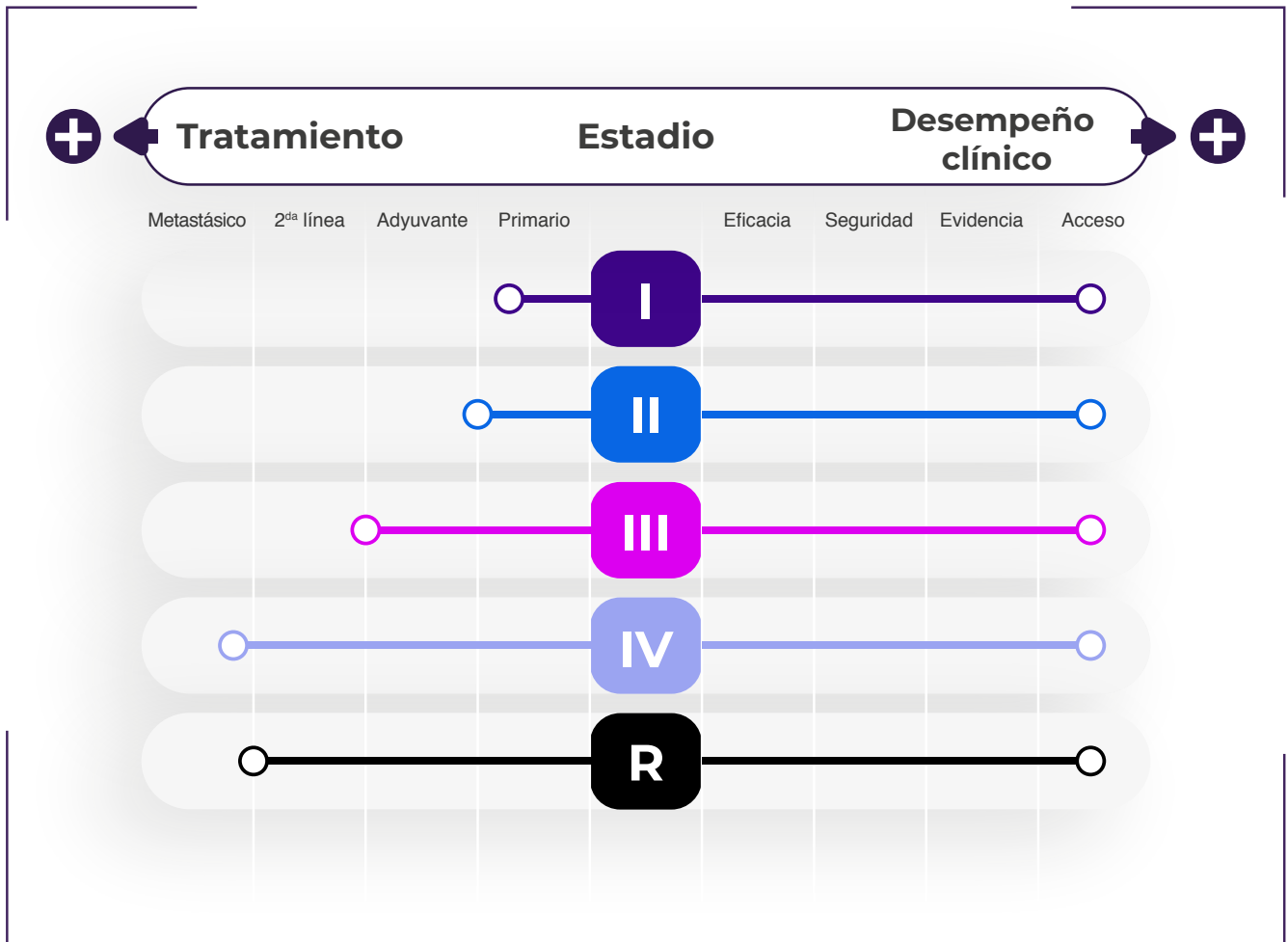
Melanoma cutáneo y fundamentados en la entrega de la mejor experiencia de cuidado posible, la estrategia denominada Matriz Cooper 2.0, plantea dentro del modelo de atención en melanoma, un proceso terapéutico que involucre 4 elementos críticos (Eficacia, Seguridad, Evidencia, Acceso) que sean transversales para el paciente independientemente de su estadio (Gráfica 19 y Gráfica 20).

Dichos elementos críticos se ejecutan en el marco de la mejor experiencia del paciente y dentro de equipos universales de tratamiento, garantizando que el plan terapéutico entregado al paciente por el Modelo de Atención NEVUS emiten procesos estandarizados y uniformes de acuerdo con los cuatro elementos críticos

de la estrategia, con el objetivo superior de proporcionar una experiencia en la atención de alto desempeño clínico y bajo los más altos estándares y evidencia disponible.

Complementando la estrategia y como un elemento de valor superior, la Matriz Cooper 2.0, enriquece su ejecución con la definición de metas acordadas dentro del plan terapéutico, donde se logren identificar tres factores críticos dentro del plan de tratamiento:

1. Acuerdos terapéuticos con el paciente
2. Base del cuidado: inclusión del entorno familiar del paciente, cuidadores y promoción de paciente modelo
3. Cohesión del cuidado: incorporación, me-



Gráfica 20. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0.

[REGRESAR](#)

dición e inclusión dentro del plan de tratamiento de la calidad de vida dentro del plan impartido.

La Matriz Cooper 2.0 no solo pretende entregar al paciente un proceso diagnóstico y terapéutico de alta eficiencia y bajo los mejores estándares clínicos, sino que busca agrupar todas las estrategias hasta ahora recomendadas por el Modelo NEVUS, con el objeto de ser un punto de inflexión, que permita que la ruta de atención del paciente no esté socavada por barreras en la atención como:

- Falta de efectividad en la atención.
- Debilidades en la seguridad de la atención.
- Procesos terapéuticos que no responden a la mejor evidencia disponible.
- Problemas de acceso a planes terapéuticos
- Ausencia y fragmentación en la atención multidisciplinaria, en los procesos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.
- Ausencia de integralidad en la atención.



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN MACRO

La organización cuenta con procesos y algoritmos definidos para establecer un plan terapéutico unificado en Melanoma, documentado, desplegado y evalúa sus resultados de manera sistemática, donde se garantiza que la seguridad, eficacia, evidencia y acceso de las distintas opciones terapéuticas ofrecidas a los pacientes fueron consideradas y donde el proceso diagnóstico y terapéutico está claramente cohesionado y enfocado en la entrega del mejor resultado posible para el paciente. En este sentido, los planes terapéuticos para el paciente van mucho más allá de la expedición de un protocolo de acuerdo al estadio de la enfermedad ya que considera un abordaje multidimensional del paciente. El Plan terapéutico está enmarcado dentro de un equipo universal de tratamiento construido para Melanoma, se soporta en la mejor evidencia disponible y garantiza la continuidad de las intervenciones realizadas, la integralidad de un proceso terapéutico

holístico estructurado, cohesionado, estandarizado y centrado en la experiencia del cuidado, que pone en la misma línea la evidencia clínica, la experiencia del paciente y las intervenciones en salud ([Tabla 10](#)).

RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones alrededor de los elementos de la Matriz Cooper 2.0 ([Gráfica 21](#)) se plantean de acuerdo con los elementos críticos definidos por la estrategia y pretenden asegurar un proceso de atención de valor superior, a este respecto es importante aclarar que los elementos de la Matriz Cooper 2.0 responden a los 4 estadios clínicos de la enfermedad y se complementa con un elemento adicional, denominado recurrencia en donde planteamos aquellas condiciones donde se presenta nuevamente la enfermedad, los cuales no deben entenderse como un continuo en las gráficas.



Gráfica 21. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0 en Eficacia de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.

EFICACIA

Las recomendaciones de eficacia pretenden que se logren los objetivos planteados en el plan terapéutico.

ESTADIO 1 - 2

1. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde se tiene claramente definido, documentado y medi-

do el resultado del tratamiento primario de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

2. La organización dentro del resultado del tratamiento primario de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.

3. La organización dentro de sus planes terapéuticos ha considerado, evaluado, revisado y justificado que acuerdo a la mejor evidencia disponible, e idealmente con evidencia y datos del mundo real, indicaciones y usos para tratamiento neoadyuvante que respondan al mejor resultado clínico para el paciente.

4. La organización dentro del resultado del tratamiento primario cuenta con métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

5. La organización dentro del resultado del tratamiento primario cuenta con herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

6. La organización dentro del resultado del tratamiento primario cuenta con herramientas, métricas, y análisis de la literatura que justifique o avale, en los casos que así lo requieran, la realización de ganglio centinela, donde se tiene completa claridad sobre la indicación del procedimiento, resultado esperado, evidencia e inclusión del paciente dentro de la decisión.

7. La organización dentro del resultado del

tratamiento primario y en los casos en los que se haya realizado, cuenta con métricas y análisis que demuestren el impacto de la realización de ganglio centinela de cara a resultados clínicos en el paciente.

8. La organización contiene estrategias, herramientas y metodologías claras que les permita evaluar, participar, proponer, implementar o revisar procesos de innovación terapéutica en melanoma, lo anterior inmerso en el propósito de generar conocimiento sobre la entidad como un elemento de valor superior.

ESTADIO 3

1. La organización garantiza que en el estadio 3 las recomendaciones dadas en los estadios previos están inmersas en este punto y se cuenta con un cumplimiento y medición de dichas recomendaciones.

2. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento con linfadenectomía de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

3. La organización dentro del resultado del tratamiento con linfadenectomía de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con:

- Herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado.
- Es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.
- Posee métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

- Cuenta con herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

4. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento adyuvante de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

5. La organización dentro de sus planes terapéuticos ha considerado, evaluado, revisado y justificado que acuerdo a la mejor evidencia disponible, e idealmente con evidencia y datos del mundo real, indicaciones y usos para tratamiento neoadyuvante que respondan al mejor resultado clínico para el paciente.

6. La organización dentro del resultado del tratamiento quirúrgico cuenta con:

- Definición y documentación del proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, en donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento quirúrgico de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

- Herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.

- Métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

- Herramientas, estrategias, métricas o datos

que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

7. La organización dentro del resultado del tratamiento adyuvante de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con:

- Herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.

- Métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

- Posee herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

8. La organización cuenta con herramientas, métricas, documentos y estrategias, que permitan en los casos en donde se considere escalonamiento, ajustes o modificaciones a su plan terapéutico.

- Justificar, avalar, soportar y trazar dichas decisiones clínicas de cara a la evidencia, en articulación con la experiencia del cuidado y bajo el concurso del paciente, sus gustos y preferencias.

- Contemplar y documentar el resultado esperado de dicha intervención, la cual es ejecutada dentro de un equipo multidisciplinario en donde el paciente participa de forma activa.

- Ejecutar la intervención dentro de un equipo multidisciplinario.

9. La organización cuenta con herramientas, métricas, documentos y estrategias, que permitan en los casos en donde se considere inmunoterapia:

- Justificar, avalar, soportar y trazar dichas decisiones clínicas de cara a la evidencia, en articulación con la experiencia del cuidado y bajo el concurso del paciente, sus gustos y preferencias.
- Documentar el resultado esperado de dicha intervención, la cual es ejecutada dentro de un equipo multidisciplinario en donde el paciente hace forma activa,
- Demostrar la participación, concurso y toma de decisiones por parte del paciente, estando la experiencia del cuidado, sus gustos y preferencias planteados.

10. La organización cuenta con herramientas, métricas, documentos y estrategias, que permitan en los casos en donde se considere terapia dirigida:

- Justificar, avalar, soportar y trazar dichas decisiones clínicas de cara a la evidencia, en articulación con la experiencia del cuidado y bajo el concurso del paciente, sus gustos y preferencias.
- Documentar el resultado esperado de dicha intervención, la cual es ejecutada dentro de un equipo multidisciplinario en donde el paciente hace forma activa.
- Demostrar la participación, concurso y toma de decisiones por parte del paciente, estando la experiencia del cuidado, sus gustos y preferencias planteados.

11. La organización garantiza y asegura

como un componente de valor superior que las indicaciones terapéuticas están en concordancia con el estadio clínico que presenta el paciente, y que estas indicaciones responden de forma holística a las necesidades y requerimientos tanto en los componentes quirúrgicos y no quirúrgicos (ej. farmacológicos, etc).

12. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, en donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento por parte de cuidados paliativos de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

13. La organización dentro del resultado del tratamiento con cuidados paliativos de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible, adicionalmente cuenta con métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

14. La organización dentro del resultado del tratamiento con cuidados paliativos cuenta con herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

ESTADIO 4

1. La organización garantiza que en el estadio 4 las recomendaciones dadas en los estadios previos están inmersas en este punto y se cuenta con un cumplimiento y medición de dichas recomendaciones.

2. La organización ha definido y documen-

tando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento quirúrgico de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

3. La organización dentro del resultado del tratamiento quirúrgico de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con:

- Herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.
- Métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.
- Herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

4. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, en donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento por parte de cuidados paliativos de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

5. La organización dentro del resultado del tratamiento con cuidados paliativos de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.

6. La organización dentro del resultado del tratamiento con cuidados paliativos cuenta

con métricas que permiten trazar si el resultado obtenido es acorde con el estadio de la enfermedad.

7. La organización dentro del resultado del tratamiento con cuidados paliativos cuenta con herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce, entiende y comprende el resultado esperado de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

RECURRENCIA

1. La organización garantiza que en recurrencia las recomendaciones dadas en los estadios previos están inmersas en este punto y se cuenta con un cumplimiento y medición de dichas recomendaciones.

2. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde se tiene claramente definido, documentado y medido el resultado del tratamiento quirúrgico y requerimientos de estudios patológicos complementarios de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

3. La organización en los casos en donde se considere terapia local, regional o sistémica contempla documentar el resultado esperado de dicha intervención, la cual es ejecutada dentro de un equipo multidisciplinario donde el paciente hace forma activa.

4. La organización en los casos en donde se considere terapia local, regional o sistémica puede demostrar y justificar la necesidad de esta intervención, la cual es ejecutada dentro de un equipo multidisciplinario donde el paciente hace forma activa.

5. La organización en los casos en donde se

considere terapia local, regional o sistémica puede demostrar la participación, concurso y toma de decisiones por parte del paciente, estando la experiencia del cuidado, sus gustos y preferencias planteados.

SEGURIDAD

Las recomendaciones de seguridad pretenden minimizar los riesgos relacionados con las intervenciones y tratamientos del proceso de atención (Gráfica 22).

ESTADIO 1 - 2

1. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, estadificación y validación de la enfermedad, donde el análisis y validación sistemática de los márgenes de acuerdo con la localización de la lesión responden a las mejores prácticas clínicas y a la mejor evidencia disponible.

2. La organización dentro del resultado del tratamiento primario de acuerdo con el estadio de la enfermedad cuenta con herramientas de medición que permitan validar que el resultado entregado en los márgenes quirúrgicos es acorde con lo encontrado en la literatura y con la mejor práctica clínica disponible.

3. La organización dentro del resultado del tratamiento primario cuenta con métricas que permiten trazar si el resultado obtenido en los márgenes es acorde con el estadio de la enfermedad y su localización.

4. La organización dentro del resultado del tratamiento primario cuenta con herramientas, estrategias, métricas o datos que demuestren que el paciente conoce,

entiende y comprende el resultado esperado con respecto a los márgenes de acuerdo con el estadio de la enfermedad y su localización.

5. La organización posee un proceso claramente establecido para la participación, desarrollo, ejecución, medición y evaluación de estudios clínicos en melanoma, en donde el paciente no solo haga parte de acuerdo a los criterios establecidos, sino que estas opciones estén planteadas dentro del modelo de atención y estén a la mano del paciente, lo anterior cuenta con datos y métricas que permitan validar esta recomendación.

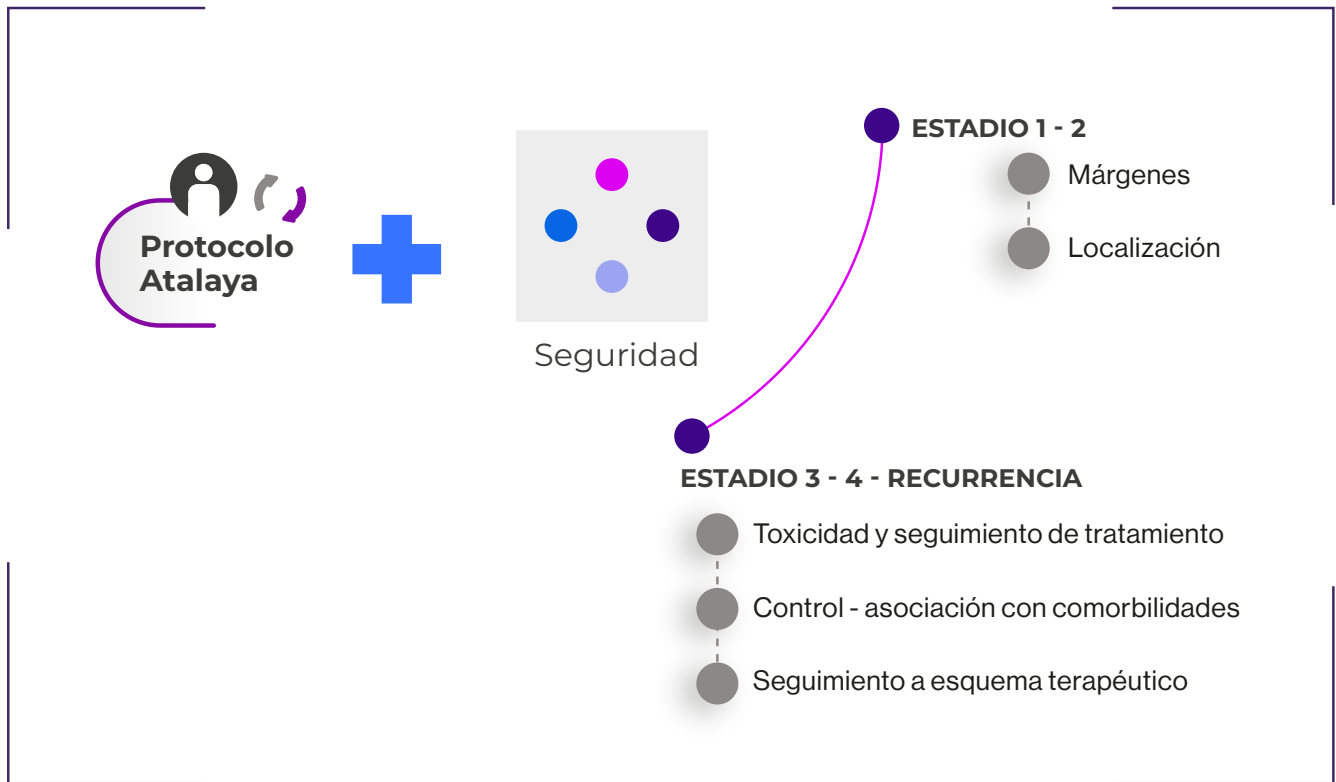
ESTADIO 3- 4 - RECURRENCIA

1. La organización garantiza que independientemente del estadio las recomendaciones dadas en los estadios previos están inmersas en este punto y se cuenta con un cumplimiento y medición de dichas recomendaciones.

2. La organización ha definido y documentando el proceso de revisión, validación, seguridad, toxicidad y seguimiento de los distintos esquemas terapéuticos definidos de acuerdo con el estadio clínico del paciente.

3. La organización cuenta con un sistema de farmacovigilancia que hace parte activa del equipo multidisciplinario, el cual asegura y garantizar que la expedición de los distintos esquemas terapéuticos cuenta con estrategias de seguimiento y seguridad que permitan la obtención del mejor resultado clínico posible en el paciente.

4. Las acciones, actividades, resultados, datos y métricas del sistema de farmacovigilancia son de completo conocimiento del equipo multidisciplinario, y se cuentan con datos y métricas que soportan esta recomendación.



Gráfica 22. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0 en Seguridad de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.

[REGRESAR](#) ↶

5. La organización estimula y promueve la inclusión de equipo de farmacovigilancia dentro del equipo multidisciplinario, esto como un elemento diferenciador y de valor dentro del modelo de atención, que promueve una política de seguridad en medicamentos.

6. La organización garantiza y mide de forma sistemática, que la valoración, control y seguimiento de las preexistencias y comorbilidades del paciente son intervenidas como parte del plan terapéutico.

7. La organización garantiza que, en el momento de la expedición del plan terapéutico en melanoma, las preexistencias y comorbilidades fueron contempladas,

intervenidas y controladas, incluyendo de ser necesario personal de apoyo para el control de dichas condiciones de salud, lo anterior cuenta con métricas y datos que soportan la recomendación.

8. La organización cuenta como un elemento crítico en la obtención de resultados en salud, con un sistema, herramienta o estrategia de seguimiento, medición, análisis y validación de esquema terapéutico, que permita el mejoramiento sistemático, la seguridad en la atención y el logro de los resultados en salud acordados con el paciente y ofertados por el modelo de atención, lo anterior cuenta con métricas y datos que soportan la recomendación.



Gráfica 23. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0 en Evidencia de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.

EVIDENCIA

Las recomendaciones de evidencia pretenden promover una permanente actualización de las intervenciones y tratamientos del proceso de atención (Gráfica 23).

ESTADIO 1 - 2

1. La organización cuenta con una estrategia de revisión y validación sistemática de la literatura con respecto a los márgenes necesarios en el tratamiento primario de acuerdo con el estadio de la enfermedad y su localización, que permitan la entrega de un proceso diagnóstico y terapéutico centrado en el paciente y atado a la mejor evidencia disponible.

2. La organización cuenta con una estrategia de revisión y validación sistemática de la literatura con respecto a la necesidad, pertinencia, justificación e impacto de intervenciones complementarias o de reciente uso en el tratamiento primario de acuerdo con el estadio de la enfermedad y su localización, que permitan la entrega de un proceso diagnóstico y terapéutico centrado en el paciente y atado a la mejor evidencia disponible.

3. La organización cuenta con datos y métricas que permiten soportar que las intervenciones en el tratamiento primario responden al análisis de la evidencia, revisión de la literatura y actualización sistemática de sus procesos de atención.

4. La organización dentro de la importancia de contar con procesos de investigación, innovación y liderazgo cuenta con procedimientos, herramientas y estrategias que permitan la revisión, evaluación e implementación de protocolos de investigación entorno a melanoma, que lleven a la organización a posiciones de liderazgo y al paciente a recibir el mejor resultado posible.

ESTADIO 3 – 4 - RECURRENCIA

1. La organización garantiza que independientemente del estadio las recomendaciones dadas en los estadios previos están inmersas en este punto y se cuenta con un cumplimiento y medición de dichas recomendaciones.

2. La organización cuenta con una estrategia de revisión y validación sistemática de la literatura con respecto a los distintos esquemas terapéuticos de acuerdo con el estadio de la enfermedad, que permitan la entrega de un proceso terapéutico centrado en el paciente y atado a la mejor evidencia disponible.

3. La organización cuenta con una estrategia de revisión y validación sistemática de la literatura con respecto a la necesidad, pertinencia, justificación e impacto de intervenciones complementarias o de reciente uso en los distintos esquemas terapéuticos de acuerdo con el estadio de la enfermedad, que permitan la entrega de un proceso terapéutico centrado en el paciente y atado a la mejor evidencia disponible.

4. La organización cuenta con datos y métricas que permiten soportar que las intervenciones de los distintos esquemas terapéuticos responden al análisis de la evidencia, revisión de la literatura y

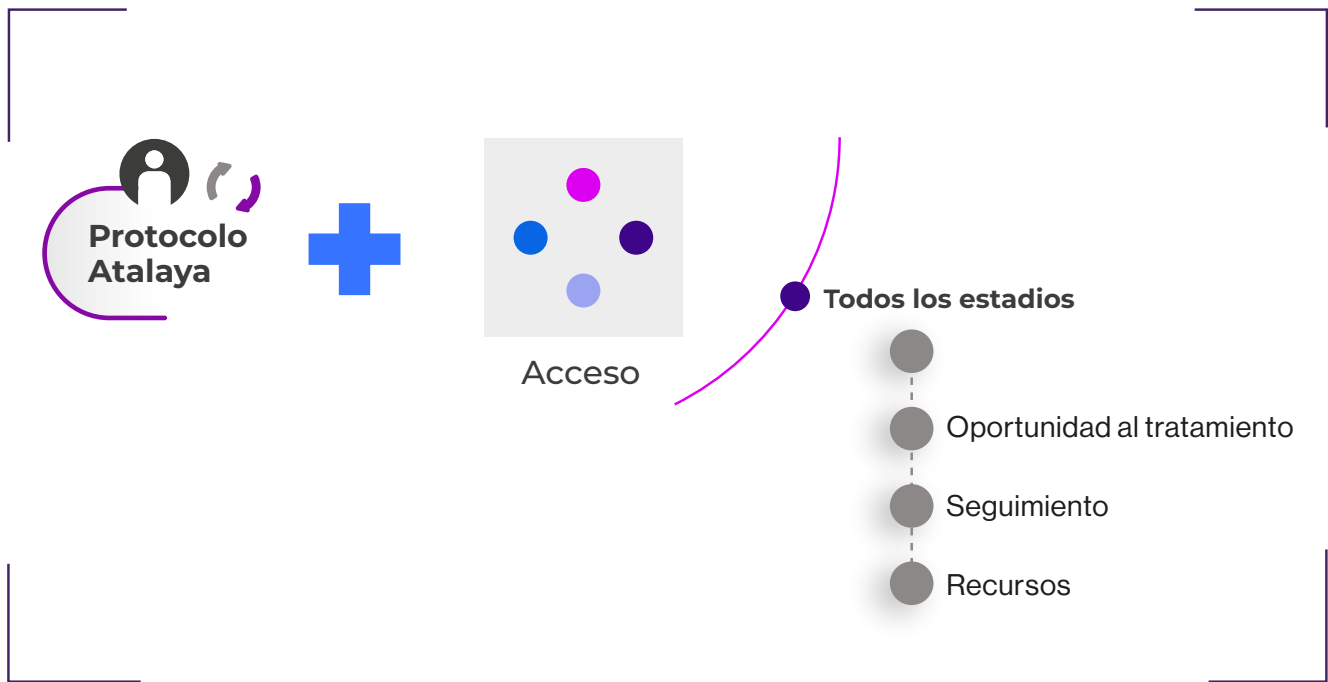
actualización sistemática de sus procesos de atención.

5. La organización como un elemento de valor superior cuenta con una estrategia de revisión, validación y análisis concurrente de las nuevas opciones terapéuticas en melanoma, que promuevan el mejoramiento continuo de la oferta de valor para el paciente.

6. La organización posee una estrategia claramente definida para la realización de procesos de referenciación de forma sistemática, que permitan el mejoramiento del proceso de atención, la obtención de mejores resultados en salud y el liderazgo en modelos de atención en melanoma, lo cual está debidamente documentado y soportado.

7. En los escenarios en donde por la condición del paciente se requieran intervenciones complementarias, nuevas o experimentales, la organización y el modelo de atención en melanoma cuentan con una estrategia clara que les permita revisar, analizar, documentar y emitir un concepto que responda a la necesidades, expectativas, gustos y preferencias del paciente, se articule con la mejor evidencia disponible y que cumpla con los elementos definidos por la Matriz Cooper 2.0.

8. La organización dentro de la importancia de contar con procesos de investigación, innovación y liderazgo cuenta con procedimientos, herramientas y estrategias que permitan la revisión, evaluación e implementación de protocolos de investigación entorno a melanoma, que lleven a la organización a posiciones de liderazgo y al paciente a recibir el mejor resultado posible.



Gráfica 24. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0 en Acceso de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.

ACCESO

Las recomendaciones de acceso promueven la búsqueda de estrategias que permitan minimizar las barreras en el acceso a las distintas intervenciones y tratamientos del proceso de atención (Gráfica 24).

TODOS LOS ESTADIOS

1. La organización cuenta con una estrategia que permite garantizar la oferta, cumplimiento y trazabilidad de unos tiempos a tratamiento, que son fruto de la valoración de las características del sistema, de los distintos esquemas de aseguramiento y de las cualidades de la institución, en donde los tiempos ofertados son el resultado de un proceso de análisis que buscan entregar el mejor tiempo a tratamiento posible en el marco del modelo de atención y que como mínimo es comparable con el mejor

referente nacional e idealmente con el mejor internacional y en caso de no tenerse con el mejor encontrado en la literatura.

2. La organización cuenta con un proceso de medición de tiempo para diagnóstico y acceso a tratamiento que le permite ejercicios de mejoramiento sistemático, en donde se puede evidenciar la eliminación continua de tiempos de no valor.

3. La organización puede demostrar procesos de mejoramiento e innovación enfocados en la entrega del mejor tiempo posible a tratamiento de acuerdo con: las recomendaciones clínicas, las cualidades del sistema de salud, aseguramiento-aseguradores e institución, procesos que responden a la necesidad de generar conocimiento, referenciación y liderazgo en la región y en esta condición específica de salud.



Gráfica 25. Elementos críticos de la Matriz Cooper 2.0 en Metas acordadas de acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad.

[REGRESAR](#) ↻

4. La organización cuenta con una estrategia que permite garantizar la oferta, cumplimiento y trazabilidad de unos tiempos de seguimiento (los cuales debe responder a las mejores prácticas disponibles en la literatura), que son fruto de la valoración de las características del sistema, de los distintos esquemas de aseguramiento y de las cualidades de la institución, en donde los tiempos ofertados son el resultado de un proceso de análisis que buscan entregar el mejor plan de seguimiento posible en el marco del modelo de atención y que como mínimo es comparable con el mejor referente nacional e idealmente con el mejor internacional y en caso de no tenerse con el mejor encontrado en la literatura.

5. La organización garantiza como mínimo el cumplimiento de los estándares y tiempos de calidad para la entrega y ejecución del plan terapéutico al paciente, esto en

estrecha relación con las mejores prácticas y evidencia disponible en la literatura.

6. La organización cuenta con un proceso de medición del plan de seguimiento que le permite ejercicios de mejoramiento sistemático, en donde se puede evidenciar la eliminación continua de tiempos de no valor.

7. La organización puede demostrar procesos de mejoramiento e innovación enfocados en la entrega del mejor plan de seguimiento de acuerdo con las cualidades del sistema de salud, aseguramiento-aseguradores e institución, procesos que responden a la necesidad de generar conocimiento, referenciación y liderazgo en la región y en esta condición específica de salud.

8. La organización cuenta con un plan de seguimiento del paciente que responde a la

mejor evidencia disponible, se articula con las cualidades del sistema de salud, de los distintos esquemas de aseguramiento y del alcance de la institución.

9. La organización cuenta con métricas y datos que soportan el plan de seguimiento, en donde se valora la continuidad de este, las fallas, abandonos, y demás variables que impactan la atención y los resultados en salud del paciente.

10. La organización cuenta con indicadores de adherencia al seguimiento del plan terapéutico, con análisis del indicador y estrategias de mejoramiento que respondan a este ejercicio de calidad.

11. La organización dentro del plan de tratamiento contempla la disponibilidad, acceso, alcance y oportunidad de recursos necesarios tanto para la formulación como para la entrega y mantenimiento del plan de tratamiento ofertado para el paciente.

12. La organización cuenta con estrategias que permitan que el plan de tratamiento ofertado en el paciente no tenga barreras de disponibilidad, acceso, alcance y recursos, estando en todo momento soportado en la mejor evidencia posible y en articulación con los gustos y preferencias del paciente.

13. La organización garantiza que, al momento de expedir el plan de tratamiento, este sea accesible para el paciente de acuerdo con las condiciones del sistema, aseguramiento y cualidades de la institución, no estando en ningún momento este plan de tratamiento en oposición de la mejor evidencia medica disponible.

14. La organización puede demostrar que al

La iniciativa ABC en metas acordadas en melanoma serán consideradas como elementos diferenciadores dentro del modelo de atención, y el cumplimiento, mantenimiento y mejoramiento sistemático de esta iniciativa será entendido como de alto desempeño clínico

paciente se le oferto y entrego el mejor plan de tratamiento disponible, acorde con la mejor evidencia y en articulación con sus gustos y preferencias.

15. La organización conoce, mide, entiende y sistematiza los costos de la atención en melanoma, en donde la efectividad y la seguridad en la atención responden el mejor costo posible para el mejor resultado posible en el paciente.

METAS ACORDADAS

En la búsqueda de lograr y entregar un proceso de atención en melanoma que se enmarque en una experiencia de cuidado compartida extraordinaria, tanto para el paciente como para el equipo de profesionales integrantes del modelo de atención, para esta fase y como un elemento transversal a todos los estadios de la estrategia Cooper 2.0, se hace una recomendación especial para la incorporación de metas acordadas dentro del plan de tratamiento unificado que respondan a la iniciativa ABC en metas acordadas en melanoma (Gráfica 25).

INICIATIVA ABC EN METAS ACORDADAS EN MELANOMA

A ACUERDOS TERAPÉUTICOS
 Hace referencia a la inclusión dentro del plan de tratamiento unificado de evidencia, soportes y documentación que prueban que el plan de tratamiento en el paciente es fruto de un acuerdo paciente-médico, donde las expectativas, evidencia, conocimientos, gustos y preferencias son cohesionados en aras de lograr el mejor tratamiento personalizado para el paciente.

B BASE DE CUIDADO (FAMILIAR-CUIDADOR-MODELO)
 Resalta la importancia de la inclusión de la red de apoyo y cuidado del paciente, como un elemento diferenciador que puede apoyar la continuidad y adherencia del paciente dentro del modelo de atención, también busca la construcción y consolidación de pacientes

modelo, que puedan dar testimonio de los atributos, resultados e impacto del Modelo de Atención NEVUS para el sistema de salud, los aseguradores, pacientes, cuidadores, familiares y sociedad en general, que permitan demostrar desde la experiencia del mundo real, lo que es calidad en salud en melanoma.

C COHESIÓN DEL CUIDADO (CALIDAD DE VIDA-TRATAMIENTO)
 Pondera la necesidad dentro del modelo de atención en melanoma y como un elemento de valor superior, la evidencia de la expedición de planes terapéuticos que vayan más allá de la evidencia y de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, y garanticen el mantenimiento, y de ser posible el mejoramiento de la calidad de vida, está definida desde la concepción, gustos, y preferencias del paciente.

Fase del modelo	Nombre del indicador	Definición del indicador
UNIFIED TREATMENT • TRATAMIENTO UNIFICADO	0.1 Integración del proceso diagnóstico y el plan de tratamiento unificado	Número total de pacientes en los que se puede demostrar que el plan de tratamiento responde a los resultados del proceso diagnóstico de acuerdo con la evidencia y los lineamientos de la institución.
	0.2 Procesos de tratamiento unificado por equipos multidisciplinarios	Número total de pacientes en los que se puede demostrar que su plan de tratamiento fue definido por un equipo multidisciplinario bajo la estructura de un Modelo de Atención en Melanoma (por ejemplo: juntas médicas).
	0.3 Procesos de tratamiento unificado con la experiencia del paciente	Número de pacientes en los que se puede demostrar que su plan de tratamiento considero, evaluó e incluyó la experiencia del paciente.
	0.4 Procesos de tratamiento unificado con metas acordadas	Número total de pacientes en los que se puede demostrar la implementación de la estrategia de metas acordadas dentro del plan de tratamiento en melanoma.
	0.5 Procesos de tratamiento unificado en estadio I	Número total de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio I bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0 (Considerando los criterios de desempeño: efectividad, seguridad, evidencia, acceso).
	0.6 Procesos de tratamiento unificado en estadio II	Número total de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio II bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0 (Considerando los criterios de desempeño: efectividad, seguridad, evidencia, acceso).
	0.7 Procesos de tratamiento unificado en estadio III	Número total de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio III bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0 (Considerando los criterios de desempeño: efectividad, seguridad, evidencia, acceso).
	0.8 Procesos de tratamiento unificado en estadio IV	Número total de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio IV bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0 (Considerando los criterios de desempeño: efectividad, seguridad, evidencia, acceso).
	0.9 Procesos de tratamiento unificado en recurrencia	Número total de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en recurrencia bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0 (Considerando los criterios de desempeño: efectividad, seguridad, evidencia, acceso).

Tabla 10. Indicadores fase U.

REGRESAR 

SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS

Seguimiento y cuidado integral, educación y resultados

PROPÓSITO

Asegurar un proceso estandarizado, unificado, soportado en la mejor evidencia disponible, y centrado en el paciente, que permita la valoración, medición, evaluación, seguimiento y transformación de los resultados clínicos en melanoma y el soporte del cuidado en esta condición específica en salud, bajo una estrategia en la atención que permita no solo el mejoramiento de los resultados en salud en los pacientes sino que contribuya a que las organizaciones, instituciones en salud y el sistema en general cuenten con lineamientos que promuevan un proceso de atención en melanoma bajo los más altos estándares de calidad y excelencia en salud.

RESULTADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA**SEGUIMIENTO DE ACUERDO A ESTADÍO**

Los laboratorios e imágenes son necesarias para estadificar de manera adecuada los pacientes y así iniciar un tratamiento. Sin embargo, también son útiles en el diagnóstico y seguimiento posterior al tratamiento inicial. La información o guías que definan

los paraclínicos para el seguimiento de los pacientes son muy pobres y se deberían dividir por estadios.¹⁶⁶

En los primeros estadios clínicos (I y II) el melanoma tiene el potencial de hacer metástasis a cualquier órgano, siendo los más comunes: piel, tejido subcutáneo, ganglios linfáticos, pulmones, hígado, hueso, cerebro y órganos viscerales. Por lo que se recomienda en casos determinados biopsia de ganglio centinela, radiografía de tórax en pacientes asintomáticos tienen pobre probabilidad de tener metástasis pulmonar en estas fases (0.1% de acuerdo a un estudio de 876 pacientes). Sin embargo, esto sirve como punto de comparación para exámenes futuros. Otros más sofisticados como una tomografía computarizada o una tomografía de emisión de positrones (PET-scan) deben hacerse solo en el caso de que existan síntomas, hallazgos físicos o anomalías en los paraclínicos de control usual.¹⁶⁶⁻¹⁷⁰

Pacientes con diagnóstico de estadio III, con melanoma locorregional clínico (incluidas las recidivas locales, enfermedad satélite o en tránsito, o enfermedad ganglionar clínicamente aparente en el momento de la presentación), tienen un riesgo de recidiva

sistémica superior al 50%. Para estos pacientes, se debe tomar un hemograma completo, lactato deshidrogenasa sérica y una radiografía de tórax. Aunque estos estudios no son útiles para la estadificación en esta situación, pueden servir como referencia para futuros exámenes. Aunque los estudios de imágenes avanzados (CT, MRI, PET / CT) tienen un rendimiento relativamente bajo para detectar metástasis a distancia en pacientes asintomáticos, las metástasis se detectan con más frecuencia que en aquellos con enfermedad en estadio clínico I y II, lo que sugiere que se justifican estudios de imágenes adicionales.¹⁷¹⁻¹⁷⁵

Los pacientes con metástasis sistémicas conocidas (estadio IV) deben ser evaluados de manera más exhaustiva porque la probabilidad de detectar lesiones adicionales no sospechadas es mayor. Se sugiere estadificar generalmente a estos pacientes con imágenes de resonancia magnética de cerebro y tomografía por emisión de positrones. Si no se dispone de PET-Scan, se debe obtener una CT del tórax, el abdomen y, por lo general, la pelvis. Se deben solicitar otros estudios de imágenes en función de los síntomas. Se debe obtener lactato deshidrogenasa (LDH) sérica en todos los pacientes para completar la estadificación; también tiene importancia pronóstica para pacientes con enfermedad en estadio IV y podría usarse como un biomarcador para la respuesta al tratamiento.¹⁷⁶⁻¹⁷⁹

SOBREVIDA POSTERIOR A TRATAMIENTO

El objetivo principal del seguimiento de pacientes con melanoma es identificar posibles recurrencias curables, melanomas primarios y probablemente recurrencias del tumor. La incidencia de un segundo melanoma primario aumenta en periodos

de 5 a 20 años después del diagnóstico inicial³²⁻³⁴. Para pacientes con melanoma in situ, no está indicado ningún seguimiento específico está indicado, pero requieren un seguimiento dermatológico especialmente si tienen lunares atípicos. En estadios I y II con biopsia de nódulo centinela negativo es muy poco probable que presenten recurrencias locorregionales.³⁵

En pacientes que inicialmente presentan enfermedad en estadio III, las recurrencias sistémicas son más frecuentes³⁶. Aunque las recurrencias a distancia pueden ser con frecuencia fatales, el potencial de beneficio a largo plazo del tratamiento de la enfermedad sistémica, en particular para aquellos con una carga tumoral baja, ha mejorado notablemente con el desarrollo de inmunoterapia con inhibidores de puntos de control y terapias dirigidas contra mutantes anti-BRAF V600.

No obstante, no se han determinado la estrategia de seguimiento ni los intervalos óptimos^{34,37,38}. Como mínimo, los pacientes deben someterse a un examen físico de rutina anual que incluya una evaluación completa de la piel y la palpación de los ganglios linfáticos regionales^{37,39}. El seguimiento con mayor frecuencia es apropiado para pacientes con alto riesgo de múltiples lesiones primarias (es decir, pacientes con múltiples lunares clínicamente atípicos, antecedentes familiares de melanoma o exposición excesiva al sol) o para una enfermedad más extensa (estadio II o III).

La mayoría de las series que examinaron el valor de los estudios por imágenes para el seguimiento de rutina fueron retrospectivas y mostraron que la mayoría de las recurrencias (80 a 90 por ciento) se descubrieron mediante

la anamnesis y el examen físico y no mediante estudios por imágenes o de laboratorio^{7,40-43}. A menudo se obtenían radiografías de tórax periódicas para la detección temprana de metástasis pulmonares. Las radiografías de tórax y otros estudios radiográficos detectaron recurrencias en menos del 10% de los casos de enfermedad en estadio temprano, pero en un porcentaje más alto de aquellos con enfermedad con ganglios positivos resecaos⁴². Los análisis de sangre de rutina, incluidos el hemograma completo, las pruebas de función hepática y el lactato deshidrogenasa sérica (LDH), rara vez eran el único indicador de recurrencia.^{7,41}

Un estudio prospectivo que evaluó el valor de los estudios de vigilancia de seguimiento en 211 pacientes que habían recaído después del tratamiento inicial para el melanoma en estadio I, II o III. La primera recurrencia del melanoma fue local en el 13 por ciento, en tránsito en el 17 por ciento, en los ganglios regionales en el 46 por ciento y distante en el 24 por ciento de los pacientes. Setenta y tres por ciento de todas las recurrencias fueron detectadas por el paciente. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia dependiendo de si la recurrencia fue detectada por el paciente o el médico. Los autores del estudio concluyeron que una mejor educación del paciente puede mejorar la tasa de detección y que es poco probable que las visitas de seguimiento más frecuentes sean valiosas.

En un estudio 108 pacientes con biopsias positivas de ganglio linfático centinela fueron seguidos con radiografías de tórax de vigilancia cada seis meses durante cinco años y luego anualmente durante cinco años más. Finalmente, se detectaron metástasis pulmonares en 21% de los casos, pero las

radiografías de tórax de vigilancia detectaron solo la mitad de estos, de los cuales solo tres eran candidatos para la metastasectomía. Además, se identificaron hallazgos falsos positivos en los pulmones en 19 casos. Los autores concluyeron que era poco probable que las radiografías de tórax de vigilancia en serie fueran beneficiosas.⁴⁵

A modo de conclusión, el principal valor del seguimiento es garantizar que el modelo de atención acompaña al paciente en su ruta de atención y de forma sistemática entrega un plan individualizado que está en relación con la mejor evidencia disponible y los gustos y preferencias del paciente, acordes con su estadio clínico y necesidades.^{46,47}

RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE

La medición de resultados reportados por los pacientes (PROM: Patient reported outcomes measures) ofrecen información importante desde los ojos del paciente que permiten mejorar la calidad y resultados de los servicios de salud la finalidad es poder obtener la percepción de los pacientes de su mejoría, su recuperación de salud y su reintegro a su vida cotidiana.¹

Existe un volumen limitado de evidencia publicada para la aplicación de PROM genéricos para personas con cáncer de piel. La evaluación del EQ-5D puede ser particularmente importante dado su uso generalizado en muchos otros contextos de atención médica. Para los pacientes con cánceres de piel no melanoma, también se pueden considerar las medidas de Skindex. El SCQOLIT tiene alguna evidencia de aplicabilidad en ambos tipos de cáncer de piel, pero se necesitan más estudios. El FACT-M tiene características

más prometedoras para los pacientes con melanomas malignos. La próxima EORTC-M puede resultar una medida útil dada la experiencia y el historial de esta colaboración europea en cáncer y calidad de vida.

Una revisión sistemática incluyó 24 estudios sobre diferentes PROM. La calidad metodológica y la evidencia psicométrica fueron variables, y el resultado de la cirugía para el paciente: cabeza / cuello (POS-H / N), Índice de cáncer de piel (SCI), Herramienta de impacto en la calidad

de vida del cáncer de piel (SCQOLIT) y demostraron los mayores niveles de validación. Esta revisión sistemática evalúa críticamente los PROM para el cáncer de piel facial utilizando criterios aceptados internacionalmente. Solo mediante la mejora de la calidad de los PROM disponibles y su enfoque en el resultado estético y funcional posterior al tratamiento podremos apreciar verdaderamente las preocupaciones de los pacientes y mejorar el tratamiento del cáncer de piel. Se exponen a continuación los PROM y sus respectivos dominios¹⁸⁰ (Tabla 11).

PROM	Dominio	Genérico o específico
SF-36	-Vitalidad -Estado físico -Dolor -Percepción general de salud -Emocional -Relaciones interpersonales -Salud mental	Genérico
FACT-G	-Físico -Familia/amigos -Emocional -Bienestar funcional	Genérico
FACT-M	-Bienestar Físico -Bienestar emocional -Bienestar social	Específico
POS-H/N	-Estado psicológico -Apariencia -Satisfacción	Específico
SCI	-Emociones -Relaciones interpersonales -Apariencia	Específico
SCQoL	-Función -Emociones -Control	Específico
aBCCdex	-Miedo sobre lesiones específicas -Salud mental -Relaciones interpersonales -Síntomas lesiones -Impacto en su vida	Específico
SCQOLIT	-Psicosocial -Físico	Específico
FACE-Q	-Satisfacción con apariencia -Función psicológica -Relaciones interpersonales	Específico
DLQI	-Síntomas y sentimientos -Actividades diarias -Ocio -Trabajo y estudio -Relaciones interpersonales -Tratamiento	Genérico
Esser et al.	-Preocupación salud facial -Susceptibilidad a carcinoma de piel -Miedo de desarrollar un nuevo carcinoma de piel	Específico

Tabla 11. PROM en cáncer de piel.¹⁸⁰

REGRESAR 



video explicativo ▶

En esta última fase de soporte del cuidado y resultados clave el Modelo NEVUS decanta todo el proceso realizado durante todo el modelo, y se centra en la generación de datos, métricas y evaluación de resultados que impacten de forma clara, concisa, entorno a la mejor evidencia posible, enmarcados en el liderazgo, la gobernanza clínica y la experiencia de la atención con medicina basada en valor alrededor de una patología puntual como lo es el melanoma.

Busca la entrega en un proceso de atención de valor superior bajo estándares de desempeño clínico comparables con los mejores referentes, promueve la efectividad, seguridad, evidencia, y el cuidado centrado en el paciente, responde a la necesidad de evaluar la atención de una forma integral, consolidación y unificación de datos y métricas que permiten trazar el mapa de experiencia del paciente alrededor del melanoma, fomentan la generación de conocimiento y la transformación de

resultados en salud en un ecosistema de excelencia en salud.

Para el logro de lo anteriormente expuesto, esta fase del modelo de atención mediante la Estrategia Artemisa, acoge los principios de la educación terapéutica para pacientes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸¹, y los enriquece con tres elementos adicionales:

- Seguimiento y resultados
- Datos y métricas
- Economía del melanoma

Estos cuatro componentes en conjunto conforman la Estrategia Artemisa (Gráfica 26), estrategia que promueve la medición y evaluación de un proceso de atención integral en melanoma, que se encuentre centrado en el paciente, enfocado en la expedición de resultados en salud de valor superior y que promueva como elemento diferenciador la entrega de la mejor experiencia del cuidado



Gráfica 26. Elementos de la Estrategia Artemisa.

[REGRESAR](#) ↶

posible tanto para el paciente como para el equipo clínico.

Dentro de la estrategia se encuentran una serie de recomendaciones, indicadores y herramientas que promueven la medición integral del proceso de atención del paciente, y que permiten el cierre de brechas en la

atención que impacten en:

- Efectividad en la atención.
- Datos y métricas del cuidado
- Definición de resultados críticos en la atención.
- Seguimiento de la atención
- Trazabilidad y resultados clínicos
- Mejoramiento sistemático

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIÓN MACRO

La organización cuenta con un programa claramente establecido, documentado, desplegado y evaluado de manera sistemática en el marco de resultados clínicos y soporte del cuidado en melanoma, que contemple la educación terapéutica del paciente, economía de la atención, resultados clínicos y seguimiento de estos, con un sistema de datos y métricas que permitan evaluar de forma integral el proceso global de atención, comportamientos históricos, tendencias, acciones de mejoramiento y procesos de referenciación (Tabla 12).

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones alrededor de los elementos de la Estrategia Artemisa se plantean de acuerdo con los cuatro elementos críticos definidos por la iniciativa.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE:

1. La organización en el marco de la educación terapéutica del paciente promueve y garantiza procesos de educación, evaluación e incorporación de nuevas competencias en melanoma que respondan al conocimiento de la entidad, a los procesos de evaluación de la organización y al cumplimiento de los gustos, preferencias y expectativas del paciente entorno a su atención, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas actividades.
2. Los procesos de educación terapéutica incorporan estrategias para identificar, evaluar y abordar las necesidades del paciente, de la organización y del talento humano integrante de los equipos multidisciplinarios en melanoma.
3. Cuando la organización incorpora a la atención nuevos conceptos, metodologías y tecnologías, contempla y ejecuta procesos de educación, evaluación y desempeño

en melanoma de acuerdo con la mejor evidencia disponible y con la experiencia de la organización. Que muestra datos y métricas que soportan dichas actividades.

4. La organización dentro del propósito de entregar un proceso de atención en el marco de equipos multidisciplinarios en melanoma cuenta con:

- Procesos estructurados de evaluación y medición de los equipos.
- Ejercicios de referenciación que permiten a los equipos estar actualizados y a la vanguardia en los procesos de atención en melanoma, para cual se cuenta como mínimo con un proceso de referenciación periódica (ojalá anual) con una institución referente en la entidad.
- Datos y métricas que permiten evaluar la variabilidad en el desempeño de los equipos y demostrar procesos de mejoramiento sistemático resultado de la evaluación, medición y referenciación.

5. La organización dentro de la necesidad en el marco de instituciones con propósito de excelencia en salud cuenta con una estrategia de aprendizaje activo (paciente-equipo humano de la organización) que evidencia y soporta acciones de mejoramiento de acuerdo con los resultados encontrados en los procesos de medición, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas intervenciones.

6. La organización dentro de la necesidad en el marco de instituciones con propósito de excelencia en salud cuenta con una estrategia de aprendizaje activo (paciente-equipo humano de la organización) logra demostrar que las actividades, estrategias

y acciones resultantes de este aprendizaje activos, son difundidas y entregadas tanto al paciente como a la organización, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas intervenciones.

7. La educación terapéutica de la organización cuenta con procesos de educación centrados en la organización y que responden a sus cualidades y necesidades.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS:

1. La organización dentro del Modelo de Atención en Melanoma, y como parte de la estrategia de seguimiento al proceso de atención garantiza:

- Seguimiento al plan terapéutico del paciente.
- Seguimiento y medición de la calidad de vida del paciente.
- Seguimiento de la sobrevida del paciente.

• Para el cumplimiento de los ítems anteriormente citados, la organización cuenta con herramientas y estrategias debidamente soportadas en la literatura y avaladas al interior de la organización, que permiten que los datos resultantes respondan a las necesidades del paciente, a la mejor evidencia disponible y al modelo de atención de la organización, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas actividades.

2. La organización dentro del Modelo de Atención en Melanoma, y como parte de la estrategia de seguimiento al proceso de atención garantiza:

- Control y seguimiento de las comorbilidades del paciente.
- Control y seguimiento de la adherencia del plan terapéutico del paciente.

- Control y seguimiento de los gustos y preferencias del paciente.
- Control y seguimiento de las complicaciones en el paciente.
- Para el cumplimiento de los ítems anteriormente citados, la organización cuenta con herramientas y estrategias debidamente soportadas en la literatura y avaladas al interior de la organización, que permiten que los datos resultantes respondan a las necesidades del paciente, a la mejor evidencia disponible y al modelo de atención de la organización, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas actividades.

3. La organización dentro del Modelo de Atención en Melanoma, y como parte de la estrategia de seguimiento del proceso de atención garantiza:

- Seguimiento al plan terapéutico del paciente de acuerdo con la medicina basada en la evidencia.
- Seguimiento al plan terapéutico del paciente de acuerdo con la experiencia del paciente
- Seguimiento al plan terapéutico del paciente de acuerdo con la evidencia del mundo real con base en la información propia de la institución (casuística y trazadores propios)
- Para el cumplimiento de los ítems anteriormente citados, la organización cuenta con herramientas y estrategias debidamente soportadas en la literatura y avaladas al interior de la organización, que permiten que los datos resultantes respondan a las necesidades del paciente, a la mejor evidencia disponible y al modelo de atención de la organización, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas actividades.

4. La organización dentro del Modelo de Atención en Melanoma, y como parte de la estrategia de medición de resultados claves en melanoma, posee indicadores mínimos de desempeño clínico como son:

- Número de biopsias para diagnóstico definitivo.
- Número de pacientes con planes multidisciplinarios en estadios I, II, III, IV.
- Número de procedimientos y estudios reprocesados.
- Número de efectos adversos al plan terapéutico del paciente.
- Tiempo del diagnóstico al tratamiento en estadios I, II, III, IV.
- Número de hospitalizaciones no planeadas.
- Valoración de calidad de vida en el paciente con melanoma en estadios I, II, III, IV.
- Lugar de la muerte de los pacientes con melanoma del modelo de atención.
- Valoración de la sobrevida ajustada a la calidad de vida en melanoma en estadios I, II, III, IV.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadios I, II, III, IV.
- Número de años de seguimiento en estadios I, II, III, IV.
- Porcentaje de pacientes con recurrencia.
- Para el cumplimiento de los indicadores anteriormente citados, la organización cuenta con herramientas y estrategias

debidamente soportadas en la literatura y avaladas al interior de la organización, que permiten que los datos resultantes respondan a las necesidades del paciente, a la mejor evidencia disponible y al modelo de atención de la organización, lo anterior cuenta con datos y métricas que soportan dichas actividades.

DATOS Y MÉTRICAS

1. La organización dentro del Modelo de Atención en Melanoma cuenta con una estrategia estandarizada para la captura de los datos relevantes de la atención, que muestra la sistematicidad, calidad, confiabilidad y seguridad de los mismos, con el propósito de garantizar la adecuada toma de decisiones como resultado de la valoración y evaluación de estos, lo anterior cuenta con documentos, procesos, y manuales que soportan dichas intervenciones.
2. La valoración, evaluación y captura de datos derivados de la atención en melanoma, contempla procesos de minería de datos, que buscan la depuración y calidad de la información recolectada, en aras de dar confiabilidad y garantizar la veracidad de la medición de resultados.
3. La medición y evaluación de la atención en melanoma, permita trazar de forma real y fiel la ruta de atención del paciente, utilizando datos y métricas que demuestran ojalá en tiempo real el desempeño de las actividades e intervenciones realizadas.
4. La organización tiene definido una estrategia de difusión, socialización y retroalimentación de los datos y métricas que evalúan el desempeño de sus procesos de atención a los integrantes del equipo multidisciplinario, lo que permite la universalización de la información y el aprendizaje organizacional.
5. La organización y como un elemento de valor superior, cuenta con procesos de referenciación en melanoma, que les permiten comparar y trazar sus resultados con los de referentes nacionales e internacionales, para promover el mejoramiento, la innovación y la transformación de su proceso global de atención.
6. Dentro del proceso de evaluación y medición de los datos y métricas del Modelo de Atención en Melanoma, la organización garantiza que se cuente con curvas de mejoramiento y tendencias que permitan ver no solo su comportamiento histórico, sino el impacto de las intervenciones de mejoramiento implementadas de acuerdo con los resultados encontrados.
7. La organización y como factor diferencial de valor superior utiliza, mide y evalúa para trazar la atención del paciente con melanoma los indicadores contemplados en todas las fases del Modelo de Atención NEVUS, contado para ello con un tablero de indicadores que resume de forma clara la atención, con sus comportamientos históricos, tendencias o acciones de mejoramiento.
8. Dentro del proceso de atención del paciente con melanoma, la organización evalúa la percepción del paciente frente a los resultados obtenidos y su experiencia con el cuidado dentro de su ruta de atención, utilizando de manera estandarizada herramientas de PROMS y PREMS y promueve el análisis y el mejoramiento basado en los resultados. Los instrumentos utilizados les permiten a los pacientes participar de forma activa en los procesos de atención y permite mostrar,

compartir y aprender de sus experiencias.

9. Dentro del Modelo de Atención en Melanoma la organización y como factor de diferenciación articula procesos de investigación, innovación y liderazgo, que permiten generar conocimiento y aportar para su institución, región y país publicaciones, protocolos, iniciativas y demás elementos que los posicionen como referente regional, nacional, e idealmente mundial.

ECONOMÍA DEL MELANOMA

1. La organización y como parte del proceso global de atención en melanoma evalúa la costo-efectividad de la atención de los pacientes con melanoma, lo que le permite además establecer parámetros de evaluación económica para la toma de decisiones estratégicas, financieras y de contratación. Para esto:

- Conoce, mide y traza el costo global de la atención por estadios.
- Conoce el comportamiento histórico del costo de la atención
- Mide, traza, evalúa y analiza el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y su relación con los costos derivados de la atención.
- Mide, traza, evalúa y analiza el cumplimiento de las distintas opciones terapéuticas (Ej: quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida, radioterapia, cirugía, etc.) planteados por el equipo multidisciplinario y el paciente por estadios clínicos, contando para esto con herramientas de entrega de la información tanto para el paciente como para el equipo multidisciplinario.
- Mide, traza, evalúa, analiza y socializa la efectividad del plan terapéutico del paciente

frente a lo encontrado en la evidencia científica, lo anterior cuenta con un proceso de evaluación y análisis que permite entregar al paciente el mejor proceso de atención posible, todo lo anterior se encuentra debidamente documentado y socializado en el talento humano del modelo de atención.

2. La organización garantiza que todo el proceso de atención del paciente entorno su condición de salud, se da en estricto cumplimiento de la regulación y normas vigentes dentro de sistema de salud nacional.

3. La organización garantiza que todo el proceso de atención del paciente entorno su condición de salud, se da en estricto cumplimiento de los estándares institucionales y en articulación con los lineamientos de la organización.

4. La organización garantiza que todo el proceso de atención del paciente entorno su condición de salud, como mínimo es comparable con los referentes nacionales e idealmente con internacionales en melanoma.

En conclusión, el Modelo de Atención NEVUS y todo el proceso entorno a él, busca que las instituciones vayan mucho más allá del mejoramiento continuo, y logren un mejoramiento a escala, que los lleve a no solo impactar las métricas e indicadores ya disponibles en la literatura, sino a transformar bajo estándares y lineamientos de un centro de excelencia su modelo de atención en melanoma, donde adicionalmente tengan la capacidad de promover el mejoramiento en su país, bajo procesos de referenciación, co-creación, innovación y difusión del conocimiento, el Modelo NEVUS no es otra cosa que la búsqueda continua y sistemática de la excelencia en la atención en melanoma.

Fase del modelo	Nombre del indicador	Definición del indicador
SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS • SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS	0.1 Educación terapéutica del paciente	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar un plan de tratamiento que cumple los lineamientos y recomendaciones de educación terapéutica del paciente emitidas por la Estrategia Artemisa.
	0.2 Aprendizaje compartido	Número total de evaluaciones tanto al paciente y al talento humano integrante del equipo multidisciplinario en Melanoma. Este indicador Evalúa y analiza que el proceso de atención en Melanoma contiene los lineamientos de aprendizaje compartido contenidos en la Estrategia Artemisa. El objeto es garantizar un proceso crecimiento por parte del Modelo de Atención como fruto del aprendizaje de la organización.
	0.3 Seguimiento a la calidad de vida del paciente	Porcentaje de pacientes que cuentan con valoración de su calidad de vida como parte de su proceso de atención en Melanoma de acuerdo con la herramienta definida por la organización, en donde esta valoración es actualizada por lo menos de forma semestral.
	0.4 Seguimiento a la sobrevivida del paciente	Porcentaje de pacientes del denominador que cuentan con valoración de su sobrevivida como parte de su proceso de atención en Melanoma de acuerdo con la herramienta definida por la organización, en donde esta valoración es actualizada por lo menos de forma semestral.
	0.5 Seguimiento al plan terapéutico del paciente ajustado a la experiencia del cuidado	Porcentaje de pacientes en los que se puede demostrar que hicieron parte activa de su plan terapéutico, y que este responde a sus gustos y preferencias garantizando la experiencia del cuidado.
	0.6 Seguimiento y trazabilidad a los indicadores definidos en resultados	Porcentaje de indicadores que cuentan con procesos de medición, evaluación, análisis y trazabilidad por parte del modelo de atención.
	0.7 Economía del melanoma	Costo promedio de la atención de acuerdo con el estadio del paciente de acuerdo con plan de tratamiento definido por la organización (este valor promedio deberá tenerse por cada estadio).
	0.8 Referenciación en melanoma	Número total de procesos de referenciación realizados por la organización entorno a Melanoma Nota: en este indicador se deberá aclarar cuantos procesos de referenciación fueron nacionales y cuantos internacionales y la razón por la que se realizó el proceso de referenciación con la institución, organización o entidad seleccionada.
	0.9 Liderazgo, innovación e investigación en melanoma	Número total de procesos, actividades, y demás acciones o iniciativas en Liderazgo, innovación e investigación en Melanoma realizadas por la organización.

Tabla 12. Indicadores fase S.

REGRESAR 



Cómo implementar **El Modelo**

Guía para las instituciones de salud

CÓMO IMPLEMENTAR EL MODELO NEVUS

Guía para las instituciones de salud

Para implementar el Modelo NEVUS, se debe partir de una premisa. NEVUS no es una guía de práctica clínica, es una herramienta de calidad, que tiene el propósito de dar directrices para apoyar a las organizaciones de salud a transformar los procesos de atención que entregan a los pacientes con melanoma, en programas diferenciales, de valor superior, que se enmarcan y promueven una cultura de aprendizaje, mejoramiento continuo, innovación y excelencia.

En este sentido, las instituciones interesadas en hacer este ejercicio de rediseño y transformación deben seguir la ruta que se muestra a continuación, que parte de la definición estratégica de la organización, de tal manera que con el compromiso de la alta

dirección se logre desplegar un programa que considere el liderazgo y la gobernanza clínica para gestionar los procesos de atención, conformar un equipo multidisciplinario de alto desempeño y promover el desarrollo de una cultura de mejoramiento, valor y excelencia, que centre la atención en el paciente, su familia y su entorno.

La ruta muestra los pasos a seguir, sus componentes y los parámetros de evaluación (Gráfica 27):

1. **Estrategia**
2. **Estructura del programa**
3. **Evaluación**
4. **Rediseño y estandarización**
5. **Mejoramiento y referenciación**



Gráfico 27. Ruta de implementación.



PASO 1. ESTRATEGIA

El primer paso se orienta a alinear la estrategia del programa clínico, a la estrategia y al Modelo de atención de la organización, lo cual incluye:

- Definir y aprobar la misión y el alcance de los servicios del Programa, considerando que estos deben ser relevantes para la población que atiende la organización.
- Definir la oferta de valor del programa y los objetivos del programa.
- Definir el organigrama del programa y su articulación en la estructura funcional de la organización.
- Definir el gobierno clínico, el líder o líderes del programa para el diseño, desarrollo y supervisión del mismo, que por demás deben tener el perfil y competencia acorde a la misión y al alcance definido para el programa.

PASO 2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El objetivo de este paso es dar estructura y diseñar el programa de atención de pacientes con melanoma, considerando las definiciones y alcance estratégico definido.

- Definir los procesos de atención y los servicios que se ofrecen al paciente en el marco de la misión y alcance estratégico definido por la institución.
- Definir los criterios de inclusión y de exclusión de los pacientes, su ruta de derivación y de acceso al programa.
- Definir, adoptar o adaptar las principales Guías de Práctica Clínica (CPC), que soportarán el modelo de atención del Programa. La evidencia científica debe estar actualizada para definir los objetivos de tratamiento, apoyar la atención al paciente, la educación de profesionales de la salud y la investigación clínica.

PARÁMETRO EVALUACIÓN | PASO 1. ESTRATEGIA

El programa está formalmente constituido, es visible en la estructura organizacional, de gobierno clínico y liderazgo y su misión, alcance, oferta de valor y objetivos son aprobados por la organización y líderes responsables del desarrollo y supervisión de la atención.

PARÁMETRO EVALUACIÓN | PASO 2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La estructura del programa está claramente documentada y definida, considerando ruta de atención, evidencia científica, objetivos, proceso, servicios y equipo multidisciplinario.

- Definir y constituir el equipo multidisciplinario responsable de los procesos de atención del programa, considerando perfiles, competencias y su rol frente a la atención del paciente.

PASO 3. EVALUACIÓN.

Este paso es el insumo para el rediseño, estandarización y transformación de los procesos de atención del programa. Se

centra en hacer un ejercicio de evaluación de los procesos existentes frente al referente NEVUS, para identificar fortalezas y oportunidades de mejora, y optimizar la calidad de la atención y el desempeño de los procesos específicos para los pacientes con melanoma, definiendo estrategias e intervenciones a implementar en la gestión de los procesos, considerando las recomendaciones del Modelo NEVUS.

PARÁMETRO EVALUACIÓN | PASO 3. EVALUACIÓN

% Cumplimiento de los procesos de atención, frente a los estándares de NEVUS. Identificación de fortalezas y oportunidades de mejora, estrategias e intervenciones a implementar.

• COMO HACER LA EVALUACIÓN

Para el ejercicio de evaluación es importante considerar el alcance del programa definido en la estrategia, describir la ruta de atención actual y alinear la atención, a la ruta propuesta por NEVUS. A manera de ejemplo, un programa puede definir que presta sus servicios a los pacientes con diagnóstico confirmado de melanoma en estadios III y IV (población objetivo y criterios de inclusión al programa), es decir pacientes en quienes ya se realizó, siguiendo la ruta de atención, un diagnóstico global de precisión, e ingresan al programa para tratamiento (Fase U), seguimiento y soporte (Fase S) o bien definir que presta sus servicios a todos los pacientes con factores de riesgo y lesiones sospechosas de melanoma, para hacer evaluación, confirmación diagnóstica, diagnóstico de precisión e individualización, tratamiento, seguimiento y soporte, en cuyo caso su atención se alinearía con todas las fases del Modelo NEVUS.

Una vez definida la ruta institucional, podemos hacer el ejercicio de comparación, siguiendo las siguientes directrices y teniendo en cuenta que lo que se busca es definir estrategias e intervenciones que le permitan al programa cumplir con niveles superiores de calidad.

1. Revise el estándar macro de la fase del Modelo.

El estándar indica la calidad superior esperada de los procesos de esa fase.

Ejemplo 1.

2. Revise el Indicador de resultado.

El indicador de resultado muestra el propósito de porque el programa debe tener un proceso para identificar de manera temprana los pacientes con sospecha de melanoma, si este es un objetivo definido en el alcance del programa institucional.



REGRESAR 

EJEMPLO 1 | **RECOMENDACIÓN MACRO FASE N**

La organización cuenta con un proceso documentado, estructurado, medido, avalado y sistemáticamente mejorado, que permita desde la identificación temprana, la valoración de lesiones sospechosas de melanoma y la individualización del paciente (de acuerdo a sus condiciones clínicas y factores de riesgo), con herramientas y estrategias de educación, prevención y socialización. Estas abarcan al paciente, los profesionales de la salud y el sistema en general (Ruta Cero de la estructura del Modelo NEVUS), lo cual permite mejorar a escala los procesos de gestión de riesgo y de identificación temprana para tener datos comparables con los de los mejores referentes (o en su defecto convertirse en el referente).

INDICADOR DE RESULTADO | **0.4 EFECTIVIDAD DE LA DETECCIÓN PRECOZ**

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de melanoma que pertenecen al programa, en los que el diagnóstico resultó de las estrategias de detección precoz definidas en el Modelo de Atención.

REGRESAR 

3. Evalúe el desempeño de su atención.

Implica comparar el desempeño de los procesos institucionales con lo solicitado por el estándar. Para hacerlo de manera cuali-cuantitativa, se puede calificar el cumplimiento frente al estándar siguiendo los lineamientos de la [tabla 13](#), y documentar los resultados para resaltar las fortalezas en términos de documentación del proceso, su despliegue en la atención y en la medición y evaluación de resultados de manera sistemática en el tiempo.

* Describa cada una de las estrategias e intervenciones del proceso. (FORTALEZAS)

** Describa los indicadores (hechos y datos) con los que evalúa de manera sistemática la implementación de las estrategias e

intervenciones del proceso. (INDICADORES DE PROCESO).

*** Describa el resultado, datos del indicador de impacto (INDICADOR RESULTADO). En el caso del ejemplo los resultados de impacto en el diagnóstico temprano de melanoma.

**** Describa la tendencia de mejoramiento en el objetivo de detección precoz.

***** Describa los procesos y ejercicios de referenciación.

4. Oportunidades de mejora.

En este punto es importante resaltar y describir las oportunidades para mejorar, diseñar o rediseñar el proceso de atención e impactar los resultados clave, en el objetivo



Estándar Fase N	SI	NO	NA	Calificación
La institución tiene un Proceso para identificar de manera temprana los pacientes con Melanoma	*			0
El proceso está implementado (cada una de las estrategias e intervenciones) de manera sistemática.				1
Cada una de las estrategias e intervenciones muestra resultados y evaluación.	**			2
El proceso muestra resultados sistemáticos en el impacto del Estándar (en este caso efectividad de la detección temprana).	***			3
El indicador de resultado muestra tendencias de mejoramiento.	****			4
Puede mostrar procesos de referenciación en el proceso de detección precoz.	*****			5

Tabla 13. Evaluación cumplimiento del estándar.

REGRESAR 

del cuidado que se brinda al paciente; en el caso del ejemplo, la detección efectiva y precoz de lesiones sospechosas de melanoma.

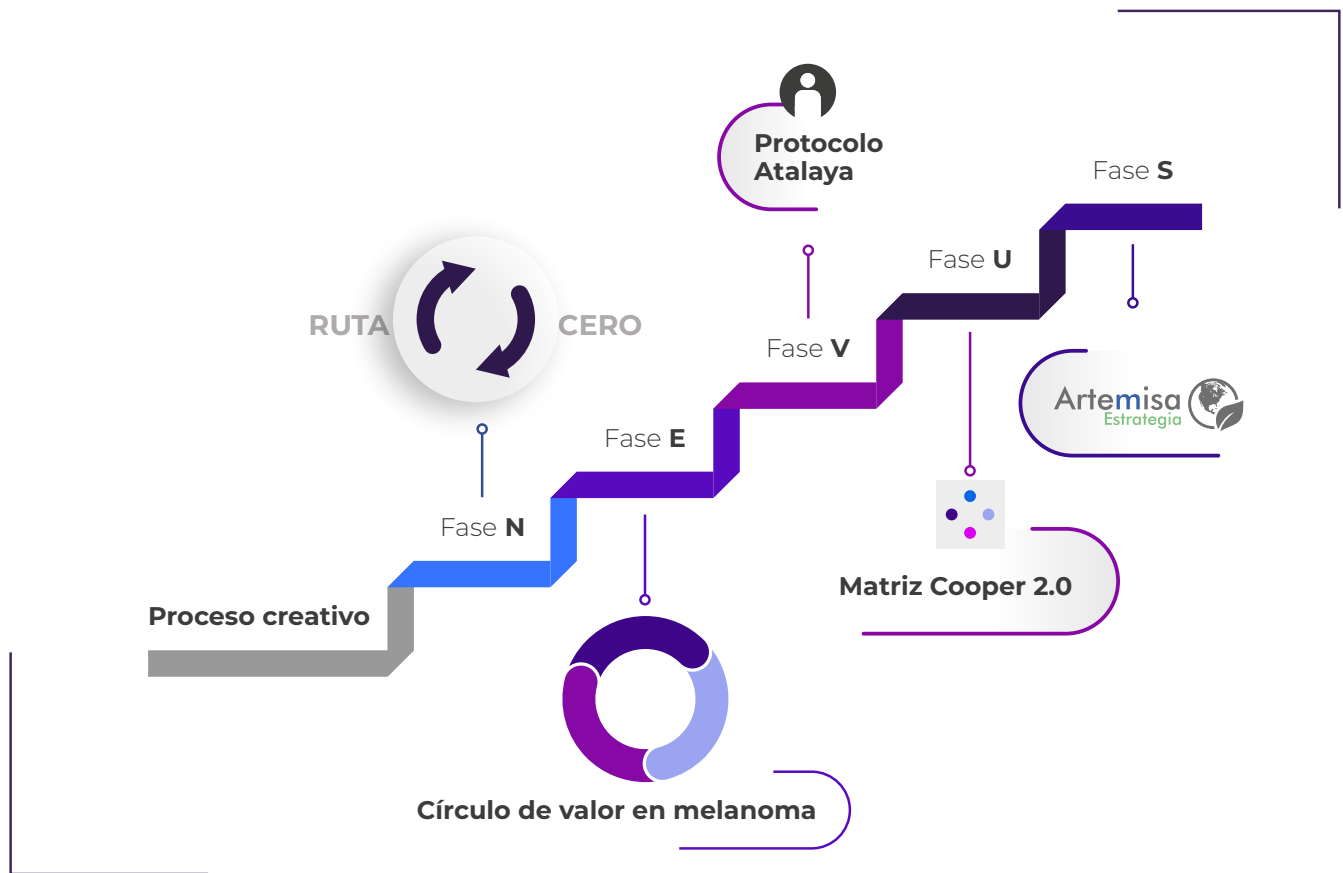
PASO 4. REDISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN

En este paso el grupo de líderes debe diseñar o rediseñar el proceso de atención de pacientes con melanoma, generando, frente a las oportunidades de mejora, procesos operativos estandarizados. Para hacerlo deben considerarse las recomendaciones del Modelo NEVUS y definir con claridad los objetivos de tratamiento en términos de valor. Lo cual incluye:

- Definir las estrategias e intervenciones para transformar los procesos de atención, lo cual responde a cómo avanzar en el mejoramiento. En este punto se recomienda considerar las estrategias de las fases del

Modelo NEVUS, que se muestran en la [gráfica 28](#). (En el caso de nuestro ejemplo la estrategia de Ruta Cero).

- Diseñar el proceso considerando cada una de las recomendaciones por pasos en el caso de la Fase N:
 - o Sistema de Salud
 - o Profesionales de salud
 - o Paciente.
- Definir el plan de implementación, lo cual incluye educación y despliegue.
- Definir el Modelo de evaluación del proceso. Indicadores de estructura. Proceso y resultado.
- Hacer seguimiento a la implementación y a los resultados.



Gráfica 28. Estrategias Modelo NEVUS.

REGRESAR ↻

PASO 5. MEJORAMIENTO Y REFERENCIACIÓN

Se relaciona con la operativización del proceso e implica hacer la evaluación sistemática del desempeño, analizar los resultados, generar espacios de aprendizaje organizacional para mostrar tendencias de mejoramiento impacto en los resultados de detección precoz y hacer ejercicios de referenciación.

En conclusión, este paso propende por el desarrollo de una cultura de mejoramiento, de excelencia y de valor.

El Modelo NEVUS da las directrices para que cada institución desde su estrategia y bajo el liderazgo del gobierno clínico, busque el camino de la excelencia e impacte los resultados de salud de los pacientes con melanoma

REFERENCIAS

1. P. Redondo, M. Ribeiro, M. Lopes, M. Borges, and F. R. Gonçalves, "Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes?," 2019.
2. E. de Vries, M. Sierra, M. Piñeros, D. Loria, and D. Forman, "The burden of cutaneous melanoma and status of preventive measures in Central and South America," *Cancer Epidemiol.*, vol. 44, pp. S100–S109, 2016, doi: 10.1016/j.canep.2016.02.005.
3. D. M. Berwick, "A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report," *Health Aff.*, vol. 21, no. 3, pp. 80–90, 2002, doi: 10.1377/hlthaff.21.3.80.
4. N. J. Look Hong, S. Y. Cheng, N. N. Baxter, and F. C. Wright, "Melanoma patterns of care in Ontario: A call for a strategic alignment of multidisciplinary care," *J. Surg. Oncol.*, vol. 117, no. 4, pp. 597–617, 2018, doi: 10.1002/jso.24936.
5. The Melanoma Taskforce, "The Melanoma Taskforce Quality in Melanoma Care: A best practice pathway," 2015.
6. National Comprehensive Cancer Network, "Cutaneous Melanoma: NCCN Evidence Blocks," 2019.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline, "Melanoma: assessment and management," 2019.
8. British Association of Dermatology, "Quality Standards for Teledermatology," BAC PCC, p. 60, 2011, doi: 10.1207/S15374424JCCP3002_10.
9. M. W. Wouters et al., "ECCO essential requirements for quality cancer care: Melanoma," *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, vol. 122, no. December 2017, pp. 164–178, 2018, doi: 10.1016/j.critrevonc.2017.12.020.
10. Healthcare Improvement Scotland, "Scottish Cancer Taskforce Cutaneous Melanoma Clinical Quality Performance Indicators," 2014.
11. J. E. Gershenwald et al., "Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 67, no. 6, pp. 472–492, 2017, doi: 10.3322/caac.21409.
12. K. D. Cromwell et al., "Variability in melanoma post-treatment surveillance practices by country and physician specialty: A systematic review," *Melanoma Res.*, vol. 22, no. 5, pp. 376–385, 2012, doi: 10.1097/CMR.0b013e328357d796.
13. J. K. Elrod and J. L. Fortenberry, "Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them," *BMC Health Serv. Res.*, vol. 17, no. Suppl 1, 2017, doi: 10.1186/s12913-017-2340-y.
14. D. Schadendorf et al., "Melanoma," *Lancet*, vol. 392, no. 10151, pp. 971–984, 2018, doi: 10.1016/S0140-6736(18)31559-9.
15. R. M. MacKie, "Thickness and Delay in Diagnosis of Melanoma," *Arch. Dermatol.*, vol. 135, no. 3, pp. 339–340, 1999, doi: 10.1001/archderm.135.3.339.
16. A. R. Rhodes, M. A. Weinstock, T. B. Fitzpatrick, M. C. Mihm, and A. J. Sober, "Risk Factors for Cutaneous Melanoma A Practical Method of," *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 258, no. 21, pp. 3146–3154, 1987.
17. A. Waldmann et al., "Frequency of excisions and yields of malignant skin tumors in a population-based screening intervention of 360 288 whole-body examinations," *Arch. Dermatol.*, vol. 148, no. 8, pp. 903–910, 2012, doi: 10.1001/archdermatol.2012.893.
18. A. Katalinic, N. Eisemann, and A. Waldmann, "Hautkrebscreening in Deutschland -Erfassung der Melanominzidenz und sterblichkeit von 2008 bis 2013," *Dtsch. Arztebl. Int.*, vol. 112, no. 38, pp. 629–634, 2015, doi: 10.3238/arztebl.2015.0629.
19. A. Stang and K. H. Jöckel, "Does skin cancer screening save lives? A detailed analysis of mortality time trends in Schleswig-Holstein and Germany," *Cancer*, vol. 122, no. 3, pp. 432–437, 2016, doi: 10.1002/cncr.29755.
20. E. W. Breitbart et al., "Systematic skin cancer screening in Northern Germany," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 66, no. 2, pp. 201–211, 2012, doi: 10.1016/j.jaad.2010.11.016.
21. A. Katalinic et al., "Does skin cancer screening save lives?: An observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening," *Cancer*, vol. 118, no. 21, pp. 5395–5402, 2012, doi: 10.1002/cncr.27566.
22. F. J. Moloney et al., "Detection of primary melanoma in individuals at extreme high risk: A prospective 5-year follow-up study," *JAMA Dermatol.*, vol. 150, no. 8, pp. 819–827, 2014, doi: 10.1001/jamadermatol.2014.514.
23. M. L. Pennie, S. L. Soon, J. B. Risser, E. Veledar, S. D. Culler, and S. C. Chen, "Melanoma Outcomes for Medicare Patients," *Arch. Dermatol.*, vol. 143, no. 4, 2007, doi: 10.1001/archderm.143.4.488.
24. P. Carli et al., "Dermatologist Detection and Skin Self-examination Are Associated With Thinner Melanomas," *Arch. Dermatol.*, vol. 139, no. 5, 2003, doi: 10.1001/archderm.139.5.607.
25. G. Salerni, L. Lovatto, C. Carrera, S. Puig, and J. Malvehy, "Melanomas Detected in a Follow-up Program Compared With Melanomas Referred to a Melanoma Unit," *Arch. Dermatol.*, vol. 147, no. 5, pp. 549–555, 2015, doi: 10.1001/archdermatol.2010.430.
26. A. Wainstein et al., "Melanoma early detection and awareness: How countries developing melanoma awareness programs could benefit from melanoma-proficient countries," *Am. J. Ther.*, vol. 22, no. 1, pp. 37–43, 2015, doi: 10.1097/MJT.0000000000000038.
27. H. K. Koh, D. R. Miller, A. C. Geller, R. W. Clapp, M. B. Mercer, and R. A. Lew, "Who discovers melanoma? Patterns from a population-based survey," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 26, no. 6, pp. 914–919, 1992, doi: 10.1016/0190-9622(92)70132-Y.
28. M. Janda et al., "The skin awareness study: Promoting thorough skin self-examination for skin cancer among men 50 years or older," *Contemp. Clin. Trials*, vol. 31, no. 1, pp. 119–130, 2010, doi: 10.1016/j.cct.2009.11.003.
29. D. R. Miller et al., "Melanoma awareness and self-examination practices: Results of a United States survey," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 34, no. 6, pp. 962–970, 1996, doi: 10.1016/S0190-9622(96)90273-X.
30. D. Z. Korta, V. Saggari, T. P. Wu, and M. Sanchez, "Racial differences in skin cancer awareness and surveillance practices at a public hospital dermatology clinic," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 70, no. 2, pp. 312–317, 2014, doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.030.
31. J. E. McWhirter and L. Hoffman-Goetz, "Visual images for patient skin self-examination and melanoma detection: A systematic review of published studies," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 69, no. 1, pp. 47–55, 2013, doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.031.
32. S. Girardi, C. Gaudy, J. Gouvernet, J. Teston, M. A. Richard, and J. J. Grob, "Superiority of a cognitive

education with photographs over ABCD criteria in the education of the general population to the early detection of melanoma: A randomized study," *Int. J. Cancer*, vol. 118, no. 9, pp. 2276–2280, 2006, doi: 10.1002/ijc.21351.

33. L. X. Chao, S. S. L. Patterson, A. W. Rademaker, D. Liu, and R. V. Kundu, "Melanoma Perception in People of Color: A Targeted Educational Intervention," *Am. J. Clin. Dermatol.*, vol. 18, no. 3, pp. 419–427, 2017, doi: 10.1007/s40257-016-0244-y.

34. L. Griffin, D. Roche, L. Roche, and M. Murphy, "Local radio and local newspaper best methods to reach older male population for Euromelanoma campaign in Ireland," *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.*, vol. 32, no. 12, pp. e463–e464, 2018, doi: 10.1111/jdv.15064.

35. P. H. Youl, H. P. Soyer, P. D. Baade, A. L. Marshall, L. Finch, and M. Janda, "Can skin cancer prevention and early detection be improved via mobile phone text messaging? A randomised, attention control trial," *Prev. Med. (Baltim.)*, vol. 71, pp. 50–56, 2015, doi: 10.1016/j.jpmed.2014.12.009.

36. A. Nosrati et al., "Skin cancer prevention messages on Facebook: Likes, shares, and comments," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 79, no. 3, pp. 582–585.e1, 2018, doi: 10.1016/j.jaad.2018.02.062.

37. R. M. MacKie and D. Hole, "Audit of public education campaign to encourage earlier detection of malignant melanoma," *Br. Med. J.*, vol. 304, no. 6833, pp. 1012–1015, 1992, doi: 10.1136/bmj.304.6833.1012.

38. V. Zimmerler et al., "Recognition and initial management of melanoma by general practitioners: A survey in a rural French area with low medical density," *Press. Medecale*, vol. 47, no. 4P1, pp. e35–e42, 2018, doi: 10.1016/j.lpm.2017.11.024.

39. S. Gandini et al., "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi," *Eur. J. Cancer*, vol. 41, no. 1, pp. 28–44, 2005, doi: 10.1016/j.ejca.2004.10.015.

40. S. Gandini et al., "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure," *Eur. J. Cancer*, vol. 41, no. 1, pp. 45–60, 2005, doi: 10.1016/j.ejca.2004.10.016.

41. S. Gandini et al., "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors," *Eur. J. Cancer*, vol. 41, no. 14, pp. 2040–2059, 2005, doi: 10.1016/j.ejca.2005.03.034.

42. S. Caini et al., "Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma according to anatomical site and clinico-pathological variant," *Eur. J. Cancer*, vol. 45, no. 17, pp. 3054–3063, 2009, doi: 10.1016/j.ejca.2009.05.009.

43. I. Vujic et al., "A meta-analysis of melanoma risk in industrial workers," *Melanoma Res.*, p. 1, 2018, doi: 10.1097/cmr.0000000000000531.

44. K. Vuong, K. McGeechan, B. K. Armstrong, and A. E. Cust, "Risk prediction models for incident primary cutaneous melanoma: A systematic review," *JAMA Dermatology*, vol. 150, no. 4, pp. 434–444, 2014, doi: 10.1001/jamadermatol.2013.8890.

45. J. A. Usher-Smith, J. Emery, A. P. Kassianos, and F. M. Walter, "Risk prediction models for melanoma: A systematic review," *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, vol. 23, no. 8, pp. 1450–1463, 2014, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-0295.

46. M. Boniol, P. Autier, P. Boyle, and S. Gandini, "Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: Systematic review and meta-analysis," *BMJ*, vol. 345, no. 7877, pp. 1–12, 2012, doi: 10.1136/bmj.e4757.

47. A. A. Marghoob and A. Scope, "The complexity of diagnosing melanoma," *J. Invest. Dermatol.*, vol. 129, no. 1, pp. 11–13, 2009, doi: 10.1038/jid.2008.388.

48. R. M. Mackie, T. Freudenberger, and T. C. Aitchison, "Personal Risk-Factor Chart for Cutaneous Melanoma," *Lancet*, vol. 334, no. 8661, pp. 487–490, 1989, doi: 10.1016/S0140-6736(89)92097-7.

49. A. Jackson, C. Wilkinson, M. Ranger, R. Pill, and P. August, "Can primary prevention or selective screening for melanoma be more precisely targeted through general practice? A prospective study to validate a self administered risk score," *BMJ*, vol. 316, no. 7124, pp. 34–8, 1998.

50. G. Quéreux et al., "Development of an individual score for melanoma risk," *Eur. J. Cancer Prev.*, vol. 20, no. 3, pp. 217–224, 2011, doi: 10.1097/CEJ.0b013e32834474ae.

51. G. Quéreux, J. M. N'Guyen, M. Cary, O. Jumbou, Y. Lequeux, and B. Dréno, "Validation of the Self-Assessment of Melanoma Risk Score for a melanoma-targeted screening," *Eur. J. Cancer Prev.*, vol. 21, no. 6, pp. 588–595, 2012, doi: 10.1097/CEJ.0b013e328353ed68.

52. L. H. Williams, A. R. Shors, W. E. Barlow, C. Solomon, and E. White, "Identifying Persons at Highest Risk of Melanoma Using Self-Assessed Risk Factors," *J. Clin. Exp. Dermatol. Res.*, vol. 2, no. 6, p. pii:1000129, 2011, doi: 10.4172/2155-9554.1000129.

53. C. Fortes et al., "Identifying individuals at high risk of melanoma: A simple tool," *Eur. J. Cancer Prev.*, vol. 19, no. 5, pp. 393–400, 2010, doi: 10.1097/CEJ.0b013e32833b492f.

54. K. Wernli, N. Henrikson, C. Morrison, and M. Nguyen, "Screening for skin cancer in adults: an updated systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 137," *Agency Healthc.*, no. 137, 2015.

55. C. A. Watts CG, Dieng M, Morton RL, Mann GJ, Menzies SW, "Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review," *Br J Dermatol.*, vol. 172, no. 1, pp. 33–47, 2015.

56. U.S. Preventive Services Task Force, "Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement," *Ann Intern Med.*, vol. 150, no. 3, pp. 188–93, 2009, doi: 10.7748/phc.91.28.s14.

57. K. Bibbins-Domingo et al., "Screening for skin cancer US preventive services task force recommendation statement," *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, vol. 316, no. 4, pp. 429–435, 2016, doi: 10.1001/jama.2016.8465.

58. M. Johansson, J. Brodersen, P. C. Göttsche, and K. J. Jørgensen, "Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2019, no. 6, 2019, doi: 10.1002/14651858.CD012352.pub2.

59. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines. Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009). 2009.

60. R. L. Ferrini, M. Perlman, and L. Hill, "American College of Preventive Medicine policy statement: Screening for skin cancer," *Am. J. Prev. Med.*, vol. 14, no. 1, pp. 80–82, 1998, doi: 10.1016/S0749-3797(97)00007-X.

61. K. A. Freedberg, A. C. Geller, D. R. Miller, R. A. Lew, and H. K. Koh, "Screening for malignant melanoma: A cost-effectiveness analysis," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 41, no. 5 I, pp. 738–745, 1999, doi: 10.1016/S0190-9622(99)70010-1.

62. S. Seidenari et al., "Italian Euromelanoma Day Screening Campaign (2005–2007) and the planning of melanoma screening strategies," *Eur. J. Cancer Prev.*, vol. 21, no. 1, pp. 89–95, 2012, doi: 10.1097/CEJ.0b013e3283498e14.

63. J. Hübner et al., "Association between risk factors and detection of cutaneous melanoma in the setting of a population-based skin cancer screening," *Eur. J. Cancer Prev.*, vol. 27, no. 6, pp. 563–569, 2018, doi: 10.1097/CEJ.0000000000000392.

64. E. Losina et al., "Visual Screening for Malignant Melanoma," *Arch Dermatol.*, vol. 143, no. 1, pp. 21–8, 2007.

65. R. Shellenberger, M. Nabhan, and S. Kakarparthi, "Melanoma screening: A plan for improving early detection," *Ann. Med.*, vol. 48, no. 3, pp. 142–148, 2016, doi: 10.3109/07853890.2016.1145795.

66. American Cancer Society, "Signs and Symptoms of Melanoma Skin Cancer."

67. X. Wu et al., "Feasibility and efficacy of patient-initiated mobile teledermoscopy for short-term monitoring of clinically atypical nevi," *JAMA Dermatology*, vol. 151, no. 5, pp. 489–496, 2015, doi: 10.1001/jamadermatol.2014.3837.

68. R. Hamidi, D. Peng, and M. Cockburn, "Efficacy of skin self-examination for the early detection of melanoma," *Int. J. Dermatol.*, vol. 49, no. 2, pp. 126–134, 2010, doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.04268.x.

69. S. A. Oliveria, P. J. Christos, A. C. Halpern, J. A. Fine, R. L. Barnhill, and M. Berwick, "Patient knowledge, awareness, and delay in seeking medical attention for malignant melanoma," *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 52, no. 11, pp. 1111–1116, 1999, doi: 10.1016/S0895-4356(99)00083-9.

70. D. S. Rigel, J. Russak, and R. Friedman, "The Evolution of Melanoma Diagnosis: 25 Years Beyond the ABCDs," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 60, no. 5, pp. 301–316, 2010, doi: 10.3322/caac.20074.

71. M. J. Luttrell, R. Hofmann-Wellenhof, R. Fink-Puches, and H. P. Soyer, "The AC Rule for melanoma: A simpler tool for the wider community," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 65, no. 6, pp. 1233–1234, 2011, doi: 10.1016/j.jaad.2011.05.012.

72. A. Scope et al., "The 'ugly duckling' sign: Agreement between observers," *Arch. Dermatol.*, vol. 144, no. 1, pp. 58–64, 2008, doi: 10.1001/archdermatol.2007.15.

73. M. Ilyas, C. M. Costello, N. Zhang, and A. Sharma, "The role of the ugly duckling sign in patient education," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 77, no. 6, pp. 1088–1095, 2017, doi: 10.1016/j.jaad.2017.06.152.

74. R. MacKie, C. Fleming, A. McMahon, and P. Jarrett, "The use of the dermatoscope to identify early melanoma using the three-colour test," *Br. J. Dermatol.*, vol. 146, no. 3, pp. 481–4, 2002, doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.05000.12.x.

75. H. P. Soyer et al., "Three-point checklist of dermoscopy: A new screening method for early detection of melanoma," *Dermatology*, vol. 208, no. 1, pp. 27–31, 2004, doi: 10.1159/000075042.

76. G. Argenziano, G. Fabbrocini, P. Carli, V. De Giorgi, E. Sammarco, and M. Delfino, "Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions: Comparison of the ABCD rule of dermoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis," *Arch. Dermatol.*, vol. 134, no. 12, pp. 1563–1570, 1998, doi: 10.1001/archderm.134.12.1563.

77. P. Hanrahan, P. Hersey, S. Menzies, A. Watson, and C. D'Este, "Examination of the Ability of People to Identify Early Changes of Melanoma in Computer-Altered Pigmented Skin Lesions," *Arch Dermatol.*, vol. 133, no. 3, pp. 301–311, 1997.

78. J. A. Wolf et al., "Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection," *JAMA Dermatology*, vol. 149, no. 4, pp. 422–426, 2013, doi: 10.1001/jamadermatol.2013.2382.

79. X. Chadwick, L. J. Loescher, M. Janda, and H. P.



- Soyer, "Mobile medical applications for melanoma risk assessment: False assurance or valuable tool?," in Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences, 2014, pp. 2675–2684, doi: 10.1109/HICSS.2014.337.
- 80.** S. Cazzaniga et al., "Mobile teledermatology for melanoma detection: Assessment of the validity in the framework of a population-based skin cancer awareness campaign in northern Italy," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 81, no. 1, pp. 257–260, 2019, doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.036.
- 81.** L. Grimaldi et al., "Digital epiluminescence dermoscopy for pigmented cutaneous lesions, primary care physicians, and telediagnosis: a useful tool?," *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.*, vol. 62, no. 8, pp. 1054–1058, 2009, doi: 10.1016/j.jbjps.2008.01.011.
- 82.** M. J. Luttrell, P. McClenahan, R. Hofmann-Wellenhof, R. Fink-Puches, and H. P. Soyer, "Laypersons' sensitivity for melanoma identification is higher with dermoscopy images than clinical photographs," *Br. J. Dermatol.*, vol. 167, no. 5, pp. 1037–1041, 2012, doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11130.x.
- 83.** U. Koh et al., "Consumer acceptance and expectations of a mobile health application to photograph skin lesions for early detection of melanoma," *Dermatology*, vol. 235, no. 1, pp. 4–10, 2018, doi: 10.1159/000493728.
- 84.** G. Salerni et al., "Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: A study on behalf of the International Dermoscopy Society," *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.*, vol. 27, no. 7, pp. 805–814, 2013, doi: 10.1111/jdv.12032.
- 85.** M. E. Vestergaard, P. Macaskill, P. E. Holt, and S. W. Menzies, "Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting," pp. 669–676, 2008, doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08713.x.
- 86.** S. K. T. Que, N. Fraga-Braghirolli, J. M. Grant-Kels, H. S. Rabinovitz, M. Oliviero, and A. Scope, "Through the looking glass: Basics and principles of reflectance confocal microscopy," *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015, doi: 10.1016/j.jaad.2015.04.047.
- 87.** T. J. Brinker et al., "Skin cancer classification using convolutional neural networks: Systematic review," *Journal of Medical Internet Research*. 2018, doi: 10.2196/11936.
- 88.** A. Hekler et al., "Superior skin cancer classification by the combination of human and artificial intelligence," *Eur. J. Cancer*. 2019, doi: 10.1016/j.ejca.2019.07.019.
- 89.** M. A. Marchetti et al., "Computer algorithms show potential for improving dermatologists' accuracy to diagnose cutaneous melanoma: Results of the International Skin Imaging Collaboration 2017," *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2020, doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.016.
- 90.** S. M. Swetter et al., "Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 80, no. 1, pp. 208–250, 2019, doi: 10.1016/j.jaad.2018.08.055.
- 91.** J. March, M. Hand, and D. Grossman, "Practical application of new technologies for melanoma diagnosis: Part I. Noninvasive approaches," *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015, doi: 10.1016/j.jaad.2015.02.1138.
- 92.** C. Fink, C. Jaeger, K. Jaeger, and H. A. Haenssle, "Diagnostic performance of the MelaFind device in a real-life clinical setting," *JDDG J. der Dtsch. Dermatologischen Gesellschaft*, 2017, doi: 10.1111/ddg.13220.
- 93.** F. M. Walter et al., "Effect of adding a diagnostic aid to best practice to manage suspicious pigmented lesions in primary care: Randomised controlled trial," *BMJ*, 2012, doi: 10.1136/bmj.e4110.
- 94.** M. A. Haniffa, J. J. Lloyd, and C. M. Lawrence, "The use of a spectrophotometric intracutaneous analysis device in the real-time diagnosis of melanoma in the setting of a melanoma screening clinic," *Br. J. Dermatol.*, 2007, doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.07932.x.
- 95.** T. Knackstedt, R. W. Knackstedt, R. Cuoto, and B. Gastman, "Malignant Melanoma: Diagnostic and Management Update," *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 142, no. 2, pp. 202–216, 2018, doi: 10.1097/PRS.00000000000004571.
- 96.** J. Berk-Krauss, D. Polsky, and J. A. Stein, "Mole Mapping for Management of Pigmented Skin Lesions," *Dermatol. Clin.*, vol. 35, no. 4, pp. 439–445, 2017, doi: 10.1016/j.det.2017.06.004.
- 97.** G. Mann et al., "What interventions have been shown to reduce the risk of death from melanoma in those assessed to be at high risk of new primary melanoma?," In: *Cancer Council Australia Melanoma Guidelines Working Party. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of melanoma*. Sydney: Cancer Council Australia, 2018. .
- 98.** S. Carr, C. Smith, and J. Wernberg, "Epidemiology and Risk Factors of Melanoma," *Surg. Clin. North Am.*, vol. 100, no. 1, pp. 1–12, 2020, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.005.
- 99.** J. Dinnes et al., "Reflectance confocal microscopy for diagnosing cutaneous melanoma in adults (Review)," 2018.
- 100.** I. P. Santos et al., "Improving clinical diagnosis of early-stage cutaneous melanoma based on Raman spectroscopy," *Br. J. Cancer*, vol. 119, no. 11, pp. 1339–1346, 2018, doi: 10.1038/s41416-018-0257-9.
- 101.** A. A. Marghoob et al., "in Vivo Diagnosis of Melanoma," *New York*, pp. 777–797, 2003, doi: 10.1067/S0190-9622(03)02470-8.
- 102.** S. W. Menzies, C. Ingvar, and W. H. McCarthy, "A sensitivity and specificity analysis of the surface microscopy features of invasive melanoma," *Melanoma Research*, vol. 6, no. 1, pp. 55–62, 1996, doi: 10.1097/00008390-199602000-00008.
- 103.** G. Argenziano and H. P. Soyer, "Dermoscopy of pigmented skin lesions - a valuable tool for early diagnosis of melanoma," *Lancet Oncol.*, vol. 2, no. 7, pp. 443–449, 2001, doi: 10.1016/S1470-2045(00)00422-8.
- 104.** J. Dinnes et al., "Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults (Review)," *Cochrane Libr.*, no. 12, pp. 1–661, 2018, doi: 10.1002/14651858.CD011902.pub2.www.cochranelibrary.com.
- 105.** L. Ferrante di Ruffano et al., "Computer-assisted diagnosis techniques (dermoscopy and spectroscopy-based) for diagnosing skin cancer in adults," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2018, no. 12, 2018, doi: 10.1002/14651858.CD013186.
- 106.** H. A. Haenssle et al., "Melanoma thickness : the role of patients' characteristics , risk indicators and patterns of diagnosis," pp. 102–108, 2015, doi: 10.1111/jdv.12471.
- 107.** S. Kalkhoran et al., "Historical, clinical, and dermoscopic characteristics of thin nodular melanoma," *Arch. Dermatol.*, vol. 146, no. 3, pp. 311–318, 2010, doi: 10.1001/archdermatol.2009.369.
- 108.** J. Dinnes et al., "Reflectance confocal microscopy for diagnosing cutaneous melanoma in adults (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON," no. 12, 2018, doi: 10.1002/14651858.CD013190.www.cochranelibrary.com.
- 109.** A. Rajabi-Estarabadi et al., "Optical coherence tomography imaging of melanoma skin cancer," *Lasers in Medical Science*. 2019, doi: 10.1007/s10103-018-2696-1.
- 110.** V. Ahlgrimm-Siess et al., "Confocal Microscopy in Skin Cancer," *Current Dermatology Reports*. 2018, doi: 10.1007/s13671-018-0218-9.
- 111.** J. Meffert, "Lentigo maligna melanoma," *Am Fam Physician*, vol. 1, no. 61, pp. 3385–6., 2000.
- 112.** J. Meffert, "Punch biopsies are not the way to diagnose melanoma," *Am Fam Physician*, vol. 66, no. 9, p. 1616, 2002.
- 113.** R. Pariser, A. Divers, and A. Nassar, "The relationship between biopsy technique and uncertainty in the histopathologic diagnosis of melanoma," *Dermatol Online J.*, vol. 5, no. 2, p. 4, 1999.
- 114.** J. K. Mills, I. White, B. Diggs, J. Fortino, and J. T. Vetto, "Effect of biopsy type on outcomes in the treatment of primary cutaneous melanoma," *Am. J. Surg.*, vol. 205, no. 5, pp. 585–590, 2013, doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.01.023.
- 115.** R. C. G. Martin et al., "Is incisional biopsy of melanoma harmful?," *Am. J. Surg.*, vol. 190, no. 6, pp. 927–932, 2005, doi: 10.1016/j.amjsurg.2005.08.020.
- 116.** D. J. Karimipour et al., "Microstaging accuracy after subtotal incisional biopsy of cutaneous melanoma," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 52, no. 5, pp. 798–802, 2005, doi: 10.1016/j.jaad.2004.09.031.
- 117.** T. J. Hieken, R. Hernández-Irizarry, J. M. Boll, and J. E. Jones Coleman, "Accuracy of diagnostic biopsy for cutaneous melanoma: Implications for surgical oncologists," *Int. J. Surg. Oncol.*, vol. 2013, 2013, doi: 10.1155/2013/196493.
- 118.** National Melanoma Tumour Standards Working Group, "Standards of Service Provision for Melanoma Patients in New Zealand – Provisional," 2013.
- 119.** J. R. Marsden et al., "Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010," *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.*, vol. 63, no. 9, pp. 1401–1419, 2010, doi: 10.1016/j.jbjps.2010.07.006.
- 120.** NHS Scotland, "SIGN 146 • Cutaneous melanoma KEY TO EVIDENCE STATEMENTS AND RECOMMENDATIONS," 2017.
- 121.** W. Shon et al., "Protocol for the Examination of Biopsy Specimens From Patients With Melanoma of the Skin," 2020.
- 122.** W. Shon et al., "Protocol for the Examination of Excision Specimens From Patients With Melanoma of the Skin," *College of American Pathologists (CAP)*, 2019. .
- 123.** A. S. Terrón, "Recomendaciones del Introducción," pp. 53–67, 2015.
- 124.** I. Vanni, E. T. Tanda, F. Spagnolo, V. Andreotti, W. Bruno, and P. Ghirozo, "The Current State of Molecular Testing in the BRAF-Mutated Melanoma Landscape," vol. 7, no. June, pp. 1–16, 2020, doi: 10.3389/fmolb.2020.00113.
- 125.** R. Z. Conic, C. I. Cabrera, A. A. Khorana, and B. R. Gastman, "Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 78, no. 1, pp. 40–46.e7, 2018, doi: 10.1016/j.jaad.2017.08.039.
- 126.** M. A. McKean and R. N. Amaria, "Multidisciplinary treatment strategies in high-risk resectable melanoma: Role of adjuvant and neoadjuvant therapy," *Cancer Treat. Rev.*, vol. 70, no. August, pp. 144–153, 2018, doi: 10.1016/j.ctrv.2018.08.011.
- 127.** NICE National Institute for Health and Care Excellence, "Managing melanoma," 2019.
- 128.** A. Páez, E. Redondo, J. Sáenz, M. Marín, N. Juárez, and M. Durán, "The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department," vol.



37, no. 5, pp. 623–629, 2011.

129. H. Kittler, A. A. Marghoob, G. Argenziano, and C. Carrera, "Standardization of terminology in dermoscopy / dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy," *J. Am. Dermatol.*, pp. 1–14, 2016, doi: 10.1016/j.jaad.2015.12.038.

130. J. Sosman, "Molecularly targeted therapy for metastatic melanoma," UpToDate, 2020.

131. A. Agha and A. A. Tarhini, "Adjuvant Therapy for Melanoma," 2017, doi: 10.1007/s11912-017-0594-5.

132. M. A. Wilson and L. M. Schuchter, "Chemotherapy for Melanoma," pp. 209–229, doi: 10.1007/978-3-319-22539-5.

133. M. Yushak, J. Mehnert, J. Luke, and A. Poklepovic, "Approaches to High-Risk Resected Stage II and III Melanoma," pp. 207–211, 2019.

134. H. Eriksson et al., "Interobserver variability of histopathological prognostic parameters in cutaneous malignant melanoma: Impact on patient management," *Acta Derm. Venereol.*, 2013, doi: 10.2340/00015555-1517.

135. J. J. Lee and C. G. Lian, "Molecular testing for cutaneous melanoma: an update and review," *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 2019, doi: 10.5858/arpa.2018-0038-RA.

136. C. M. Balch et al., "Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification," *J. Clin. Oncol.*, vol. 27, no. 36, pp. 6199–6206, 2009, doi: 10.1200/JCO.2009.23.4799.

137. National Cancer Institute, "SEER Cancer Stat Facts," National Institutes of Health, 2019.

138. F. G. Haluska and F. S. Hodi, "Molecular genetics of familial cutaneous melanoma," *J. Clin. Oncol.*, 1998, doi: 10.1200/JCO.1998.16.2670.

139. M. Gabree, D. Patel, and L. Rodgers, "Clinical applications of melanoma genetics," *Curr. Treat. Options Oncol.*, 2014, doi: 10.1007/s11864-014-0282-8.

140. S. A. Leachman et al., "Selection criteria for genetic assessment of patients with familial melanoma," *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2009, doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.016.

141. A. M. Goldstein et al., "High-risk melanoma susceptibility genes and pancreatic cancer, neural system tumors, and uveal melanoma across GenoMEL," *Cancer Res.*, 2006, doi: 10.1158/0008-5472.CAN-06-0494.

142. A. M. Goldstein et al., "Features associated with germline CDKN2A mutations: A GenoMEL study of melanoma-prone families from three continents," *J. Med. Genet.*, 2007, doi: 10.1136/jmg.2006.043802.

143. S. A. Leachman et al., "Identification, genetic testing, and management of hereditary melanoma," *Cancer Metastasis Rev.*, 2017, doi: 10.1007/s10555-017-9661-5.

144. S. Auroy et al., "Sporadic multiple primary melanoma cases: CDKN2A germline mutations with a founder effect," *Genes Chromosom. Cancer*, 2001, doi: 10.1002/gcc.1183.

145. M. A. Blackwood et al., "Multiple primary melanoma revisited," *Cancer*, 2002, doi: 10.1002/cncr.10454.

146. J. Monzon et al., "CDKN2A mutations in multiple primary melanomas," *N. Engl. J. Med.*, 1998, doi: 10.1056/NEJM199803263381305.

147. S. Puig et al., "Role of the CDKN2A locus in patients with multiple primary melanomas," *J. Clin. Oncol.*, 2005, doi: 10.1200/JCO.2005.08.034.

148. M. Potrony et al., "Increased prevalence of lung, breast, and pancreatic cancers in addition to melanoma risk in families bearing the cyclin-dependent

kinase inhibitor 2A mutation: Implications for genetic counseling," in *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2014, doi: 10.1016/j.jaad.2014.06.036.

149. D. Mandelker et al., "Mutation detection in patients with advanced cancer by universal sequencing of cancer-related genes in tumor and normal DNA vs guideline-based germline testing," *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, 2017, doi: 10.1001/jama.2017.11137.

150. A. Snyder et al., "Genetic basis for clinical response to CTLA-4 blockade in melanoma," *N. Engl. J. Med.*, 2014, doi: 10.1056/NEJMoa1406498.

151. O. Michielin, A. van Akkooi, P. Ascierto, R. Dummer, and U. Keilholz, "ESMO Guidelines Committee, Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up," *Ann. Oncol.*, 2019, doi: 10.1093/annonc/mdz411.

152. F. Meiss and K. J. Albrecht, "Shared decision making in dermatology: preference for involvement of melanoma patients," pp. 68–74, doi: 10.1097/CMR.0000000000000030.

153. P. Murchie, E. K. Delaney, N. C. Campbell, and P. C. Hannaford, "GP-led melanoma follow-up: views and feelings of patient recipients," pp. 225–233, 2010, doi: 10.1007/s00520-009-0648-9.

154. WHO Regional Office for Europe, "Therapeutic Patient Education," *Educ. Heal. Chang. Learn. Pract.*, vol. 13, no. 3, 1998, doi: 10.1080/135762800750059552.

155. N. Maganty, M. Ilyas, N. Zhang, and A. Sharma, "Online, game-based education for melanoma recognition: A pilot study," *Patient Educ. Couns.*, vol. 101, no. 4, pp. 738–742, 2018, doi: 10.1016/j.pec.2017.11.003.

156. X. Zhao et al., "The Application of Deep Learning in the Risk Grading of Skin Tumors for Patients Using Clinical Images," 2019.

157. S. K. McKinley and G. M. Boland, "The Patient Speaks: Importance of Patient Perspectives in Clinical," *Ann. Surg. Oncol.*, 2001, doi: 10.1245/s10434-019-07575-6.

158. National Cancer Expert Reference Group, "Optimal cancer care pathway for people with melanoma," *Optim. Cancer Care Pathways*.

159. J. K. Silver and J. Baima, "Cancer prehabilitation: An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes," *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013, doi: 10.1097/PHM.0b013e31829b44fe.

160. J. A. Sosman et al., "A phase 2 trial of complete resection for stage IV melanoma: Results of Southwest Oncology Group Clinical Trial S9430," *Cancer*, 2011, doi: 10.1002/cncr.26111.

161. E. C. Hsueh et al., "Prolonged survival after complete resection of disseminated melanoma and active immunotherapy with a therapeutic cancer vaccine," *J. Clin. Oncol.*, 2002, doi: 10.1200/JCO.2002.01.151.

162. S. L. Fitzpatrick et al., "An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care," *Am. J. Med.*, vol. 129, no. 1, pp. 115.e1-115.e7, 2016, doi: 10.1016/j.amjmed.2015.07.015.

163. R. Essner, "Surgical treatment of malignant melanoma," *Surgical Clinics of North America*, 2003, doi: 10.1016/S0039-6109(02)00205-0.

164. C. P. Karakousis, A. Velez, D. L. Driscoll, and H. Takita, "Metastectomy in malignant melanoma," *Surgery*, 1994.

165. A. Forschner, F. Eichner, T. Amaral, U. Keim, C. Garbe, and T. K. Eigentler, "Improvement of overall survival in stage IV melanoma patients during 2011–2014: analysis of real-world data in 441 patients of

the German Central Malignant Melanoma Registry (CMMR)," *J. Cancer Res. Clin. Oncol.*, 2017, doi: 10.1007/s00432-016-2309-y.

166. M. H. Terhune, N. Swanson, and T. M. Johnson, "Use of chest radiography in the initial evaluation of patients with localized melanoma," *Arch. Dermatol.*, 1998, doi: 10.1001/archderm.134.5.569.

167. A. C. Buzaid et al., "Role of computed tomography in the staging of primary melanoma," *J. Clin. Oncol.*, 1993, doi: 10.1200/JCO.1993.11.4.638.

168. T. Khansur, J. Sanders, and S. K. Das, "Evaluation of Staging Workup in Malignant Melanoma," *Arch. Surg.*, 1989, doi: 10.1001/archsurg.1989.01410070107021.

169. N. Iscoe et al., "Predictive value of staging investigations in patients with clinical stage I malignant melanoma," *Plast. Reconstr. Surg.*, 1987, doi: 10.1097/00006534-198708000-00012.

170. G. V. Long et al., "Prognostic and clinicopathologic associations of oncogenic BRAF in metastatic melanoma," *J. Clin. Oncol.*, 2011, doi: 10.1200/JCO.2010.32.4327.

171. J. E. Gershenwald and M. I. Ross, "Sentinel-lymph-node biopsy for cutaneous melanoma," *N. Engl. J. Med.*, 2011, doi: 10.1056/NEJMct1002967.

172. T. A. Aloia et al., "Utility of computed tomography and magnetic resonance imaging staging before completion lymphadenectomy in patients with sentinel lymph node-positive melanoma," *J. Clin. Oncol.*, 2006, doi: 10.1200/JCO.2006.05.6176.

173. E. P. Miranda et al., "Routine imaging of asymptomatic melanoma patients with metastasis to sentinel lymph nodes rarely identifies systemic disease," *Arch. Surg.*, 2004, doi: 10.1001/archsurg.139.8.831.

174. J. S. Gold, D. P. Jaques, K. J. Busam, M. S. Brady, and D. G. Coit, "Yield and predictors of radiologic studies for identifying distant metastases in melanoma patients with a positive sentinel lymph node biopsy," *Annals of Surgical Oncology*, 2007, doi: 10.1245/s10434-007-9399-3.

175. T. Wagner et al., "Fluorodeoxyglucose positron emission tomography fails to detect distant metastases at initial staging of melanoma patients with metastatic involvement of sentinel lymph node," *Br. J. Dermatol.*, 2011, doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10247.x.

176. D. L. Damian, M. J. Fulham, E. Thompson, and J. F. Thompson, "Positron emission tomography in the detection and management of metastatic melanoma," *Melanoma Res.*, 1996, doi: 10.1097/00008390-199608000-00008.

177. M. Dietlein et al., "Positron emission tomography using 18F-fluorodeoxyglucose in advanced stages of malignant melanoma: a comparison of ultrasonographic and radiological methods of diagnosis," *Nucl. Med. Commun.*, 1999, doi: 10.1080/00006231-199903000-00008.

178. W. D. Holder, R. L. White, J. H. Zuger, E. J. Easton, and F. L. Greene, "Effectiveness of positron emission tomography for the detection of melanoma metastases," in *Annals of Surgery*, 1998, doi: 10.1097/0000658-199805000-00017.

179. M. J. Reinhardt et al., "Diagnostic performance of whole body dual modality 18F-FDG PET/CT imaging for N- and M-staging of malignant melanoma: Experience with 250 consecutive patients," *J. Clin. Oncol.*, 2006, doi: 10.1200/JCO.2005.03.5634.

180. M. Bennie, "Cancer Medicines Outcome Project (CMOP)."

181. M. G. Rubio, P. Joslin, R. Daniel, E. Roma, J. Pirart, and R. Silvestrini, "Educación terapéutica básica," vol. 07, pp. 5–10, 2016.



ANEXO 1

REVISIÓN DE LITERATURA

La construcción del Modelo NEVUS se soportó en una revisión de literatura que se enfocó a describir el panorama y estado actual de la atención en melanoma en el mundo y en Latinoamérica y que permitió evidenciar las dificultades, las brechas y el impacto en los resultados de salud en nuestros países. Igualmente se consideró la literatura relacionada con Modelos de atención referentes, estándares y recomendaciones de calidad, para definir la ruta de atención, la estructura de un Modelo de Atención ideal, los hitos, parámetros y elementos claves a considerar para abordar los gaps identificados en la atención de pacientes con melanoma, y determinar los factores determinantes de resultados que permiten el cumplimiento de los objetivos de valor para el paciente, su familia y la población en general.

En este anexo se muestran los resultados de esa búsqueda de literatura, enfatizando en los tres puntos que se enumeran a continuación:

- Panorama de la atención en melanoma
- Modelos de atención referentes y guías de práctica clínica GPC.
- Criterios de calidad en la atención de pacientes con melanoma.

PANORAMA DE LA ATENCIÓN EN MELANOMA

El melanoma, aunque es una de las neoplasias menos frecuentes de la piel, es la que presenta la mayor tasa de mortalidad. Cerca del 70% de las muertes relacionadas con cáncer de piel son causa de este tipo de cáncer¹¹, que se origina de los melanocitos, una de las células principales de la epidermis que contiene la melanina y que protege las capas profundas de la piel del daño de los rayos Ultra Violeta (UV). El melanoma se manifiesta de diferentes maneras. El más conocido y frecuente es la presentación cutánea, responsable de cerca del 90% de los casos¹². La presentación no cutánea, menos frecuente, produce compromiso a nivel ocular, gastrointestinal, genitourinario y nasofaríngeo entre otros.

Existen 4 subtipos mayores de melanoma cutáneo. Sus características^{12,13} y frecuencia de presentación son:

- 1. Melanoma de diseminación superficial:** Es la presentación más frecuente de melanoma cutáneo la cual se presenta en cerca del 57,6% de los casos. El crecimiento principalmente es lateral (radial) y posteriormente crece de forma vertical (invasivo).
- 2. Melanoma nodular:** Son lesiones elevadas o polipoides. Se presentan en cerca de 18.9% de los casos. Su crecimiento de carácter es vertical, temprano y rápido. Frecuentemente son lesiones azules o negras.
- 3. Melanoma lentigo maligno:** ocurre con mayor frecuencia en pacientes mayores con exposición crónica al sol. Se presentan en un 21,4% de los casos y habitualmente inician como una pequeña mácula pecosa que crece progresivamente de forma vertical, con cambios en su coloración y forma.

4. Melanoma lentiginoso acral: Son lesiones poco frecuentes (2,1% de los casos), que se presentan con mayor frecuencia en palmas, plantas, área subungueal o en las superficies mucosas.

Para definir la estratificación al momento del diagnóstico o severidad de la enfermedad, definir la mejor terapia y, además, determinar el pronóstico de la enfermedad, se utilizan los criterios de la versión del AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC) para la clasificación de melanoma. Esta clasificación utiliza características como espesor (engrosamiento), tasa de mitosis y ulceración de la lesión. Otros factores a tener en cuenta incluyen el número de nódulos linfáticos con metástasis y el sitio donde se presentan metástasis sistémica¹⁴. Un estudio del NATIONAL CANCER DATABASE de EEUU determino que se presenta un mayor riesgo de muerte cuando el diagnóstico se realiza en los estados más avanzados¹². Una clasificación de compromiso anatómico más sencilla para efectos únicamente académicos, es la siguiente¹²:

- 1. Melanomas localizados:** Se refiere a los Estadios 0, I, II (85,7%) con una frecuencia de presentación de 14,9%, 47,6% y 23,2% respectivamente.
- 2. Melanoma con compromiso regional:** Se refiere al compromiso de nódulo linfático regional (Estadio III). Se diagnostica en un 9,0% de los casos.
- 3. Melanoma a distancia:** Se refiere al compromiso metastásico (Estadio IV) se diagnostica en un 5,3% de los casos.

Los % descritos, no necesariamente representa la realidad en Latino América



donde la frecuencia de estadios avanzados de la enfermedad es mayor, posiblemente por retraso en la identificación temprana de las lesiones, situación que además impacta los resultados de salud, considerando el hecho de que a medida que el diagnóstico se demore y avance en la clasificación de estadios, mayor será la mortalidad.

Como en la gran mayoría de las patologías, la causalidad del melanoma muestra un comportamiento de origen multicausal. Existe predisposición genética, con identificación de los genes DKN2A, CDK4, MC1R en los casos de melanoma familiar, y el compromiso de los oncogenes BRAF y el NRAS con porcentajes diferentes según el tipo de tumor¹⁵. Se ha considerado como parte de la fisiopatología, del desarrollo de melanoma la exposición acumulativa a radiación UV, mientras que otros autores lo relacionan a una intensa pero intermitente exposición¹⁶⁻¹⁸. Esta última aseveración se realiza, basada en las diferencias de localización en comparación a otros tipos de cáncer de piel como es el carcinoma escamocelular y en un mayor riesgo en personas con historia de quemaduras solares durante la juventud¹⁹. El melanoma al presentarse en áreas habitualmente no expuestas al sol, significa que no solo actúa por acción directa sobre la piel sino por un efecto de daño del ADN. En este tipo de lesiones, se ha encontrado alta frecuencia de mutaciones en los genes BRAF o NRAS¹⁵. Existen estudios que acercan estas dos teorías, al demostrar que diferentes tipos de melanomas pueden presentar diferentes patrones de exposición solar y por lo tanto, diferentes vías causales.²⁰

La prevalencia de melanoma aumenta en las personas a medida que avanza la edad, sin importar el nivel de exposición. La edad juega

un rol fundamental en la fotocarcinogenesis¹⁹, pues a mayor edad, existe un mayor tiempo de exposición acumulada y una disminución en los factores de reparación de la piel. Sin embargo, la exposición a edades más tempranas, también aumenta el riesgo de presentar melanoma. Esto está confirmado en estudios de poblaciones inmigrantes, principalmente en Australia^{18,21} y en estudios de exposición a cámaras de bronceo en edades tempranas.²²⁻²⁴

En varios países, el melanoma es una de las patologías neoplásicas más frecuentes. En los Estados Unidos de América (EEUU), el melanoma fue el quinto tipo de cáncer con mayores casos incidentes (82.476 casos) en el año 2016²⁵ y 8.188 personas fallecieron el mismo año por la misma causa.

La incidencia del melanoma también presenta variación según la ubicación geográfica, en EEUU es de 22 casos/100.000 personas²⁵ mientras que en España es de 5,3 casos/100.000 personas. Los países con mayor tasa de incidencia de melanoma estandarizada por edad para el año 2018, son Australia, Nueva Zelanda, Noruega, Dinamarca y Holanda con tasas de 33,6, 33,3, 29,6, 27,6, 25,7 casos/100.000 personas respectivamente. Le siguen países como Suecia, Alemania y Suiza²⁶. En términos generales, existe una tendencia de aumento progresivo en la incidencia de melanoma a nivel mundial.²⁶

Las diferencias de incidencia están relacionadas no solo a la exposición solar, latitud y altitud, sino a la raza, edad, sexo, ocupación y grupo socioeconómico²⁶⁻²⁸. El bajo porcentaje de personas de raza caucásica en los países ecuatoriales como África, Asia, el pacífico, Centro América y Sur

País	Incidencia	País	Incidencia
Argentina	2,9	Martinica (Fr)	2
Bahamas	1,4	Guyana (Fr)	3,7
Barbados	0,69	Guatemala	0,76
Belice	3	Haití	0,37
Bolivia	2,7	Honduras	0,89
Brasil	2,8	Jamaica	0,25
Chile	2,5	México	2,2
Colombia	3,3	Nicaragua	0,52
Costa Rica	2,2	Panamá	1,1
Cuba	1,4	Paraguay	2
República Dominicana	0,44	Perú	2,7
Ecuador	2,2	Puerto Rico	2
El Salvador	0,08	Uruguay	4,8
Guadalupe (Fr)	1,5	Venezuela	1,4

Tabla 14. Incidencia de melanoma en los países de América Latina, año 2018.²⁶

* Tasas de incidencia estimadas y estandarizadas por edad por 100.000 habitantes, basadas en la información de GLOBOCAN 2018 (<http://gco.iarc.fr/today>). WORLD HEALTH ORGANIZATION.

América, puede ser el principal responsable de una menor incidencia de melanoma, en comparación de países con población mayoritariamente blanca^{26,27}. En algunas poblaciones, se ha podido determinar diferencias de incidencia respecto a la latitud con una relación inversa en Australia²⁸, pero una relación directa en Europa.²⁷

Como se mencionó anteriormente, en los países de América Latina, la incidencia de melanoma es relativamente baja a pesar de una mayor exposición solar por su

ubicación ecuatorial, en comparación a otros países²⁶ (Tabla 14). La información regional sobre la epidemiología, condiciones socioeconómicas y severidad de la enfermedad es escasa, evidenciando una brecha en la caracterización de la enfermedad a nivel regional²⁹⁻³¹. Aunque los registros de cáncer han aumentado en la región, pocos cumplen estándares de calidad y la variación regional se puede deber a las diferencias en el registro, acceso a la salud y estrategias de prevención y promoción^{32,33}. Es necesario mejorar estas prácticas de registro para

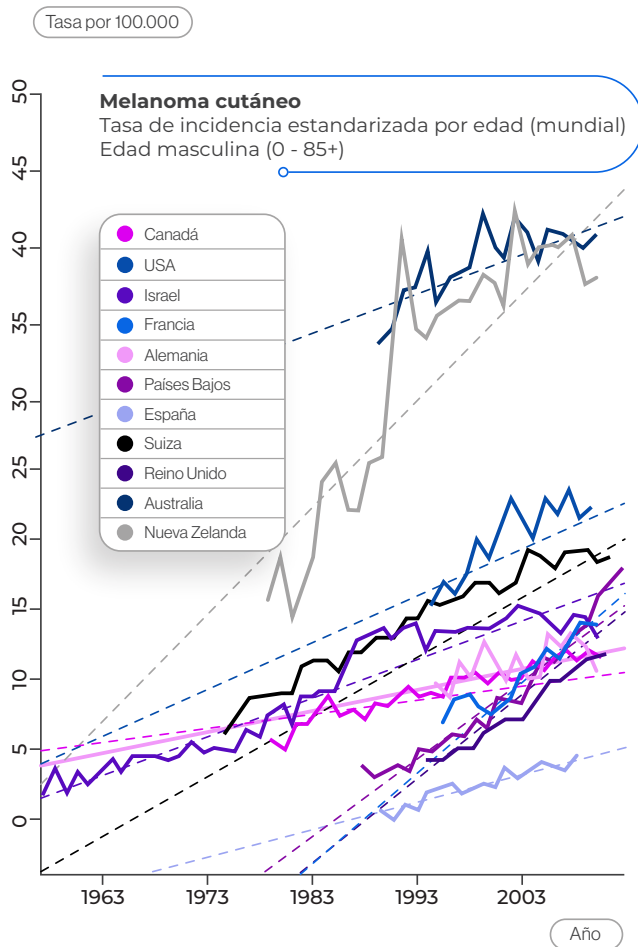
Año	Consulta		Urgencias		Hospitalización		Fallecidos
	C	P	C	P	C	P	#
2014	11.634	3.926	143	115	551	364	356
2015	9.731	3.053	156	103	392	293	346
2016	7.095	2.939	137	112	264	217	371
2017	9.793	3.758	201	158	298	229	349
2018	5.181	2.185	119	75	181	117	—

Tabla 15. Número de consultas ambulatorias, de urgencias, hospitalizaciones y fallecimientos por melanoma durante los años 2014 a 2018 en Colombia (SIGLAS - C: Consultas; P: Personas; #: Número de fallecidos).

guiar y evaluar el futuro de las políticas de control y programas relacionadas a melanoma y otros tipos de cánceres³². Sin estos registros, calcular el impacto y carga del melanoma para dirigir estrategias que mitiguen su carga será muy difícil.³³

Por ejemplo, en el caso colombiano la información también es escasa^{30,31}. Se realizó una búsqueda utilizando los códigos CIE-10 que corresponden a melanoma maligno (Códigos C430 a C439) en el portal del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social³⁴, y en el portal de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)³⁵. De esta manera se obtuvo el número de consultas (C) y personas atendidas (P) a nivel ambulatorio, de urgencias, hospitalizaciones y muertes asociadas a melanoma, durante los años 2014 a 2018 (Tabla 15).

El aumento de la incidencia de melanoma se observa a nivel global (Gráfica 29)^{26,36}. La incidencia de melanoma ha aumentado un 270% en EEUU en tres (3) décadas (del año 1.973 al año 2.002)³⁷ y del 333% en cuatro (4) décadas (del año 1975 a 2015)³⁸. Sin embargo, aunque se puede considerar el aumento de la incidencia de melanoma como el resultado de un mayor conocimiento y búsqueda más activa de la enfermedad, con un consecuente aumento de diagnósticos en los Estadios más tempranos³⁹; otros autores descartan esta relación, al encontrar un aumento en lesiones más gruesas⁴⁰, lo cual se ha sostenido en el tiempo confirmado en estudios posteriores^{41, 42}. En un seguimiento realizado en EEUU durante 15 años, hay un aumento en la incidencia global de 20,1 a 22,9 casos/100.000 personas por año. Los casos de las formas invasivas han aumentado de 50.272 a 83.362 durante los años 2001 a 2015⁴². Esto significa que existe un verdadero aumento en la incidencia de la enfermedad



Gráfica 29. Tendencia de incidencia de melanoma en once (11) países del mundo (1963 -2012).³⁶

REGRESAR

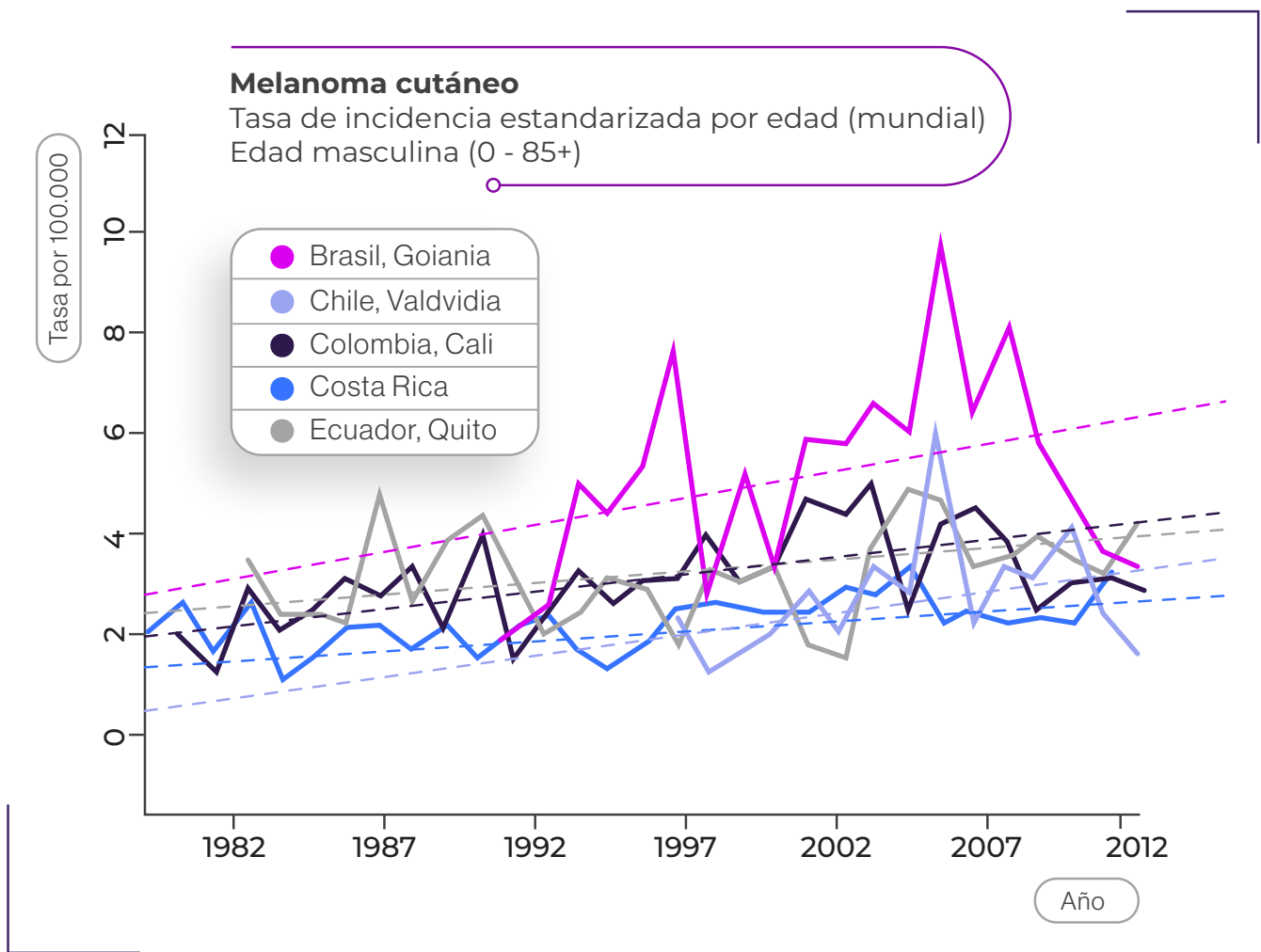
y no esta simplemente relacionado a un proceso de diagnóstico precoz.

Este aumento de la incidencia se presenta principalmente en la población de adultos mayores de 40 años⁴². En el mismo estudio, se determinó una estabilización de la incidencia en la población adolescente, con una posterior disminución desde el año 2006. América Latina no es la excepción a esta tendencia. Es posible observar un aumento en la incidencia de melanoma en algunos países de América Latina donde la información está disponible^{32,36} (Gráfica 30).

Lamentablemente, son muy pocos los estudios/registros al respecto.^{29,32,33}

Existe una gran variación en la tendencia de mortalidad. Múltiples variables determinan la mortalidad como es la ubicación geográfica, la raza, el género y la edad²⁶⁻²⁸. También lo determina el momento en que se realiza el diagnóstico según el tipo de tumor y estado de progresión o extensión de la enfermedad¹⁴. La mediana de sobrevida para un paciente con diagnóstico en Estadio IV es de solamente seis (6) meses⁴³ pero la sobrevida a cinco (5) años, en términos generales es de 89,6%²⁵. La mayoría de los diagnósticos del melanoma se realizan en Estadios tempranos y el pronóstico normalmente es bueno, se cuentan con estructuras adecuadas para la prevención, promoción y el diagnóstico de la enfermedad¹¹. Sin embargo, la sobrevida disminuye con el aumento del grosor de la lesión⁴⁰, y llega a ser tan baja (cerca del 10%) cuando el diagnóstico se realiza en Estadios avanzados (Estadio IV)¹⁴. Según la información obtenida de la base de datos SEER (SURVEILLANCE, EPIDEMIOLOGY, AND END RESULTS) y manejada por el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, con pacientes diagnosticados por melanoma desde el 2008 al 2014, dependiendo de la localización del melanoma, la presentación de compromiso regional o distante, la tasa relativa de sobrevida a los 5 años fue del 98%, 64% y 23% respectivamente.⁴⁴

En América Latina, lamentablemente existe poca información de mortalidad, pero la sobrevida es menor en comparación a otras latitudes. En México, un estudio reciente demostró una baja sobrevida a los 5 años de tan solo 52,3%, posiblemente relacionado a que la mitad de los pacientes presentaban un grosor de lesión de 5.2 mm. El subtipo



Gráfica 30. Tendencia de incidencia ajustada por edad, en hombres de todas las edades, en algunos países de América Latina.²⁶

[REGRESAR](#)

más frecuente de melanoma fue el acral lentiginoso (44,1%)⁴⁵. Un estudio que evaluó la carga de la enfermedad y las medidas preventivas para melanoma encontró que la carga de la enfermedad está subestimada dado por el pobre registro de datos en estas regiones, adicionalmente se encontró que hay una frecuencia elevada de melanoma tipo acral en miembros inferiores por lo que se sugiere que se deben implementar medidas preventivas primarias y secundarias de acuerdo con los tipos de melanoma más frecuentes³³. Por otro lado, en la revisión

de la literatura realizada por Schmerling et al. se buscaron estudios epidemiológicos en Argentina, Brasil, Colombia, México, Puerto Rico y Venezuela. Se encontró que los estudios se basaban en experiencias de hospitales o estudios de casos y controles, pocos reportan incidencia y tasa de mortalidad. El estudio concluye que existe una necesidad urgente de tener datos epidemiológicos precisos sobre melanoma en Latinoamérica para poder definir la incidencia y tasa de mortalidad reales y así mismo crear Modelos preventivos efectivos

para esta patología con una frecuencia en aumento²⁹. Esto adquiere mayor relevancia al considerar que muchos pacientes podrían estar sujetos a diagnósticos erróneos y nunca reciben la atención que requieren o son sujetos a biopsias que no son reportadas al sistema.

La carga económica del melanoma, no solo se mide en costos directos de la atención en salud sino de los costos indirectos para los familiares y los costos para la sociedad. Por ejemplo, una publicación realizada en el 2016 muestra como a nivel mundial, el melanoma causa la pérdida entre 18 y 21 años por muerte prematura, superando al cáncer de mama, pulmón o colo-rectal⁴⁶. De estos últimos, lamentablemente hay muy poca información al respecto, lo que hace complejo un estudio completo de la carga económica de la enfermedad. Para el año 1997, se estimaba un costo anual de 563 millones USD, para tratar los casos incidentes. Cerca del 90% del costo directo se concentraría en el 20% de los casos, los cuales son los Estadios más avanzados⁴⁷. Los costos han aumentado en EEUU entre los años 2002 a 2006 y 2007 a 2011, el costo promedio anual para el tratamiento del melanoma aumento un 288% en comparación a un incremento de 25% para los demás tipos de cáncer⁴⁸ lo cual posiblemente está relacionado con las nuevas terapias para tratamiento. En el mismo país, el costo promedio para el proceso de detección y diagnóstico de melanoma es de 32.5⁹⁴ vs 2.496 USD para la atención de los demás tipos de cáncer.⁴⁹

Los costos de atención de un paciente con melanoma se relacionan con el Estadio de la enfermedad al momento de realizar el diagnóstico. En un reciente estudio australiano que incluye los costos de las nuevas terapias;

y desde la perspectiva de sistema de salud; el costo anual promedio para pacientes con diagnóstico reciente de melanoma Estadio 0/I/II fue de AUD 1.681 (USD 1.175). Para Estadio III resecable fue de 37.729 dólares australianos (AUD) o USD 26.365 y para Estadio III no resecable o Estadio IV, fue de AUD 115.109 o USD 80.440⁵⁰. Finalmente, un estimativo de los costos totales del tratamiento del melanoma para el año 2020 en EEUU es de 4.58 mil millones de USD⁵¹. Lo anteriormente descrito refuerza la necesidad de fortalecer un diagnóstico temprano, pues no solo existen beneficios clínicos y de sobrevivencia, sino beneficios económicos para los sistemas de salud.

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y la carga económica de la enfermedad, es relevante generar estrategias de promoción y prevención articuladas entre todos los actores del sistema de salud que integren los distintos factores que afectan al paciente y sus resultados en salud⁵²⁻⁵⁴. Existen varios planes de prevención de lesiones cutáneas, con énfasis para melanoma. Uno de ellos es el programa en EEUU denominado SUNWISE SCHOOL PROGRAM, desarrollado por el US ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. El programa cuenta con al menos 15.000 escuelas registradas, las cuales corresponden a cerca del 12% de todas las escuelas de educación elemental y de secundaria de EEUU. El programa consiste en la entrega gratuita de información para el salón de clase, actividades para realizar en todas las edades desde pre-escolar (jardín) hasta el grado octavo, libros de cuentos, carteles y videos entre otras actividades. Una evaluación económica del programa, realizada por Kyle et al⁵⁵ estimó para el año 2015, que el programa podía evitar 50 muertes prematuras y cerca de 11.000 casos

de cáncer de piel. En términos prácticos, por cada dólar invertido en prevención, se podía ahorrar de 2 a 4 dólares de costos médicos directos⁵⁵. El programa de Australia, denominado SUNSMART, no solo trabaja en la parte educativa sino también desde la parte legislativa. Se estima que en Victoria, durante 15 años (Desde el año 1988 al 2003), más de 103.000 casos de cáncer de piel (9.000 casos de melanomas) pueden haber sido prevenidos por dicho programa. De la misma forma, se considera que se evitaron cerca de 1.000 muertes. En términos prácticos, se estimó un ahorro de 2 dólares por cada AUD utilizado en prevención⁵⁶. Otros estudios han confirmado el costo/beneficio de este tipo de programas desde varias perspectivas de los actores del sistema de salud.⁵⁷

Un RETO para cualquier sistema de salud, es sensibilizar a la comunidad sobre el autoexamen y el diagnóstico precoz. En Colombia, un estudio demostró que uno de cada tres (3) pacientes con diagnóstico de melanoma, retrasaron la evaluación médica por más de un año, luego de identificada la lesión⁵⁸. Antes del inicio de THE WEST OF SCOTLAND MELANOMA EDUCATION CAMPAIGN, Doherty et al, demostró que, luego de la aparición de una nueva lesión o cambio sospecho de una lesión antigua, solo el 16% de los pacientes habían concluido toda la cadena de diagnóstico y resección quirúrgica en los primeros tres (3) meses⁵⁹. En el 34% de los pacientes, este tiempo fue mayor de un (1) año. En ninguno de los pacientes, el tiempo entre la evaluación por el médico familiar y la escisión quirúrgica fue mayor de tres (3) semanas. Lo cual demuestra una excelente articulación del sistema de salud, pero una baja sospecha por parte del paciente⁵⁹. En Brasil se

cuenta con las experiencias de JUNTOS CONTRA O MELANOMA (<http://www.juntoscontraomelanoma.com.br/>), donde se ha entrenado a profesionales de peluquería/tatuajes y otras profesiones en la detección de lesiones sospechosas.

Otro aspecto importante a considerar, evidente en las sociedades actuales, son las diferencias y brechas socioeconómicas existentes, algunas con mayor o menor grado. Es claro, que dichas brechas están asociadas con la salud, y afectan la oportunidad, calidad y tratamiento de la enfermedad⁶⁰⁻⁶². En las neoplasias no es diferente. Aunque los países de bajos o medianos ingresos, presentan cerca del 51% de los nuevos casos, en estos países se presenta el 71% de las muertes⁶³. Los pacientes con bajos ingresos socioeconómicos, presentan Estadios más avanzados (Estadio III o IV) de la enfermedad el momento del diagnóstico^{41,64}. Estas diferencias pueden ser tan importantes como un 19,1% vs 12,2% de Estadios avanzados en pacientes con bajos y altos ingresos socioeconómicos respectivamente⁶⁴. Estas diferencias y brechas socioeconómicas también se reflejan en la sobrevida. En Estadios avanzados de la enfermedad (Estadio III y IV), los pacientes de bajos ingresos socioeconómicos presentaron una menor sobrevida a cinco (5) años en comparación a los pacientes de altos ingresos (30,0% y 45,4% respectivamente)¹² en otros países las diferencias no son tan marcadas, pero se mantiene la tendencia.⁶⁵

El cuidado y manejo óptimo de pacientes con melanoma debe ser consistente, seguro, basado en la evidencia, centrado en el paciente y basado en los mejores estándares de calidad. A su vez se debe alinear con las políticas de los diferentes actores del sistema



para garantizar con equidad el acceso al cuidado, generar la atención multidisciplinaria y reducir la variación. La formación de equipo multidisciplinarios ha contribuido a mayor sensibilización en relación a su importancia en la ruta del paciente con melanoma⁵⁴. Sin embargo, como se mencionó anteriormente las rutas de atención en patologías oncológicas y a experiencia del cuidado, en particular melanoma son complejas y poco comprendidas por aquellos involucrados, incluyendo a los profesionales de la salud y al paciente^{52-54,66}. Estas rutas involucran múltiples actores del sistema, tanto públicos como privados. En respuesta a todo lo anterior, este Modelo de Atención busca mejorar los resultados del cuidado clínico, facilitar la atención, estandarizar el cuidado y promover una cultura de mejoramiento para los profesionales de la salud modernos que desean recolectar registros en melanoma para la toma de decisiones estratégicas. Por ende, el Modelo puede ser utilizado como fuente de información, puede promover la discusión, ser un referente y ayudar a los centros que deseen lograr un desempeño superior en melanoma a identificar brechas en sus rutas de atención para así gestionar iniciativas de mejoramiento continuo a nivel micro y macro en torno a esta patología. Un Modelo de Atención basado en la excelencia para melanoma tiene el potencial de impactar y mejorar el acceso de los pacientes y los resultados en el sistema de salud.⁶⁷

MODELOS DE ATENCIÓN REFERENTES

A continuación, se presentan algunos de los referentes en Modelos de Atención y calidad para melanoma que operan bajo los conceptos de centros de excelencia. Muchas de las guías de práctica clínica (GPC), abordan situaciones clínicas con el fin de disminuir la variabilidad del tratamiento y fomentar la estandarización

en el manejo del melanoma. Las guías se focalizan en aspectos tales como:

- Adecuado reporte clínico y patológico.
- Aspectos de la cirugía primaria (biopsia) y estadificación.
- Estudios de línea de base y de seguimiento.
- Consideraciones del tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.
- Consideraciones respecto a la consejería genética y recomendaciones en situaciones especiales.

Sin embargo, las GPC no establecen mecanismos o recomendaciones para disminuir las brechas existentes para el manejo del melanoma y cómo lograr mejores resultados. Algunas de las GPC referentes incluyen:

1. AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE⁶⁸ es la actualización de la primera guía realizada en el año 2010. Es una guía de práctica clínica la cual no presenta ninguna recomendación diferente a la del manejo médico interdisciplinario según el Estadio.

2. BRITISH ASSOCIATION OF DERMATOLOGISTS. REVISED UK GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CUTANEOUS MELANOMA 2010⁶⁹ realiza algunas recomendaciones sobre prevención primaria, autodiagnóstico y la rápida referencia desde el médico de práctica general al denominado LOCAL SKIN CANCER MULTIDISCIPLINARY TEAMS en Inglaterra y Gales, al LOCAL RAPID ACCESS CANCER CLINIC en Escocia. La remisión debe ser de carácter urgente y no debe tomar más de 2 semanas.

3. SIGN CUTANEOUS MELANOMA A NATIONAL CLINICAL GUIDELINE⁷⁰ aunque trata algunos aspectos referentes a prevención



primaria, autodiagnóstico y cuidados paliativos, en términos generales es una GPC.

4. ESMO (EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY) GUIDELINES COMMITTEE, CUTANEOUS MELANOMA⁷¹; la guía clínica SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)⁷², y el documento SWISS GUIDELINES 2016 FOR THE TREATMENT AND FOLLOW-UP OF CUTANEOUS MELANOMA⁷³; son GPC. No abordan ningún tema diferente a los de diagnóstico y tratamiento.

5. La CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF MELANOMA IN AUSTRALIA AND NEW ZEALAND⁷⁴, presenta información sobre prevención, cuidado paliativo e incluso de terapias alternativas. Sin embargo, está organizada como una GPC y por tanto aborda casi exclusivamente temas de diagnóstico y tratamiento. Un hallazgo de importancia, es que esa guía no recomienda la realización de tamizaje total de piel.

6. La NG:14 MELANOMA: ASSESSMENT AND MANAGEMENT DEL NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE)⁵, realiza unas recomendaciones principalmente clínicas (relacionadas al diagnóstico y tratamiento), además que identifica ciertas prioridades clave para su implementación. Ante la complejidad de algunas guías, se ha generado listas de chequeo para médicos de práctica general, lo cual permite una mayor adherencia a la guía.⁷⁵

7. QUALITY IN MELANOMA CARE: A BEST PRACTICE PATHWAY³; realizado por el MELANOMA TASKFORCE en el Reino Unido es de los pocos documentos que en sus objetivos, no solo se focaliza en mejorar o disminuir la mortalidad sino en mejorar el servicio prestado como esta

descrito en el documento “desde el inicio hasta el final”. Este grupo es integrado no solo por personal asistencial sino además intervienen sobrevivientes y pacientes en su estado al final de la vida. Un documento que presenta el denominado MELANOMA CARE PATHWAY del tratamiento del melanoma. Varias declaraciones de calidad son descritas. Una rápida referencia (no mayor a dos semanas), el uso de tele-dermatología y la posibilidad de evaluación simultánea por representantes de las diferentes áreas, con el fin de facilitar la toma de decisiones, recomendaciones y seguimiento y el fácil acceso a cuidado paliativo.

8. SPANISH MULTIDISCIPLINARY MELANOMA GROUP (GEM) GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ADVANCED MELANOMA⁷⁶; recomienda un abordaje multidisciplinario para el diagnóstico y manejo del melanoma maligno. Los pacientes con lesiones sospechosas o factores de riesgo deben ser referidos a centros especializados que usen técnicas de imágenes con dermatoscopia digital. Los dermatólogos y dermatopatólogos deben diagnosticar el cáncer primario. La cirugía de ganglios centinela y la estadificación del melanoma debe realizarse en centros con experticia en el tema. Se debe evaluar en comités de estos centros especializados o de referencia deben evaluar en compañía de cirugía oncológica la necesidad de cirugía para metástasis locoregionales o distales junto con un manejo oncológico para los pacientes terapia adyuvante, inmunológica o dirigida en estadios avanzados e incluso irresecables que se abordan a lo largo de la guía.

CRITERIOS DE CALIDAD EN MELANOMA

Aunque existen artículos de calidad en el tema de melanoma, estos se focalizan alrededor



del tema de calidad de atención prestada tanto durante el diagnóstico, estadificación, como el tratamiento quirúrgico posterior⁷⁷⁻⁷⁹. Los indicadores de gestión documentados en la evidencia se enfocan principalmente a generar registros de información y a indicadores de infraestructura, más que a los resultados de calidad en la atención.

Dentro de los criterios de calidad para la atención de melanoma se resalta el MELANOMA HOPE NETWORK (MHN)⁸⁰, una iniciativa que busca crear unos estándares mínimos para denominar centros de excelencia a las instituciones que cumplan con estos requisitos. Hasta el momento son 17, los centros de excelencia reconocidos por esta organización en EEUU. Los requisitos que deben considerarse para un “Centro de Excelencia de Melanoma MHN” son los siguientes:

- El centro debe tener la capacidad de tratar TODAS las etapas del melanoma entre los médicos y profesionales de salud que cooperan y participan en el equipo multidisciplinario (Etapas I a IV).
- El centro debe tener el equivalente a 0.5 FTE (empleado a tiempo completo) que realiza tratamiento de melanoma (es decir, un médico con un 50% de casos atiende melanoma, dos médicos con un 25% de casos atienden melanoma, tres médicos con un 15-20% de casos atienden melanoma, etc.).
- El centro debe tener múltiples disciplinas bajo un mismo techo o acuerdos de trabajo entre grupos colaboradores que brinden a los pacientes una atención multidisciplinaria e integral.
- El centro debe tener al menos dos ensayos

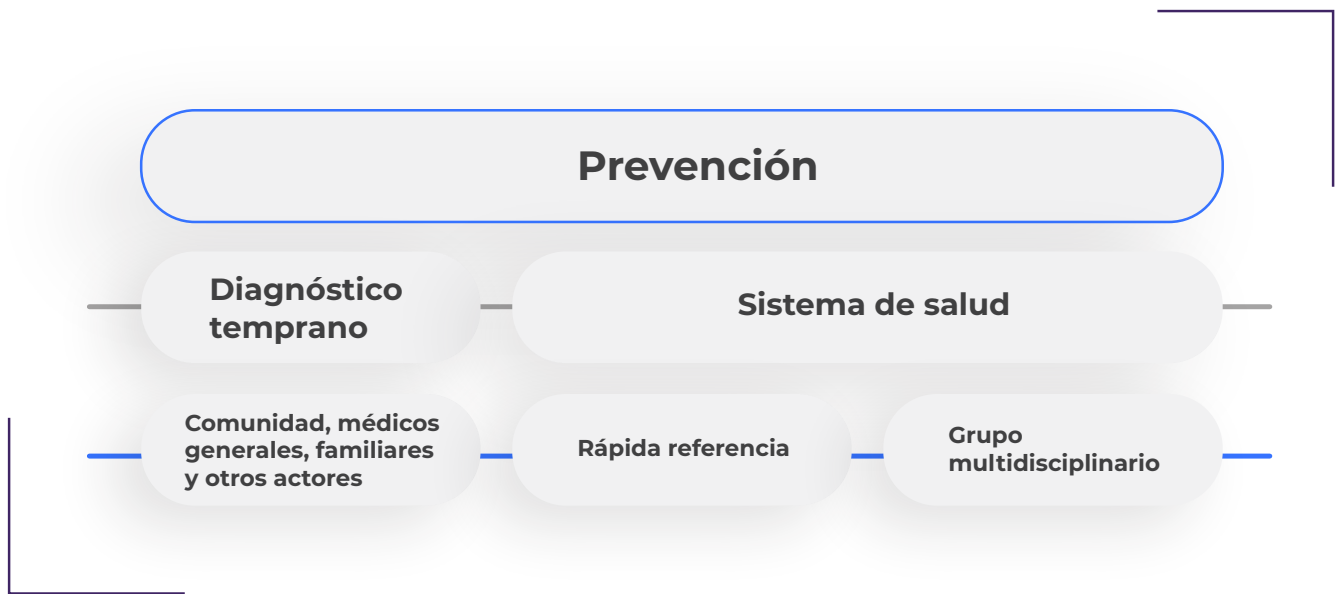
clínicos específicos de melanoma que recluten pacientes activamente.

- El centro debería poder proporcionar un médico y una enfermera o un miembro del personal del consultorio como persona de contacto del MHN o tener un líder de equipo para referencias y otras necesidades de información de los pacientes y sus familiares o cuidadores.
- El centro debe disponer de servicios de apoyo para sus pacientes y sus familias. Estos servicios pueden ser proporcionados directamente por el centro o mediante acuerdos de colaboración con otras agencias de apoyo.
- El centro debe realizar esfuerzos de educación comunitaria, ya sea local o nacionalmente.

Un reciente documento denominado CANCER PREPAREDNESS AROUND THE WORLD: NATIONAL READINESS FOR A GLOBAL EPIDEMIC⁶³, realizado por el THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU), determinó que existen a nivel global, cuatro elementos importantes para la lucha contra el cáncer, como reto global. Estos elementos se pueden aplicar a cualquier país, en cualquier nivel de desarrollo económico y a cualquier patología oncológica. Los cuatro elementos son:

- Inversión (Recursos).
- Hoja de ruta (Diseñar un plan nacional para el control del cáncer).
- Sistema de salud (Accesibilidad).
- Inteligencia (Información).

Esta información está implícitamente incluida en los dos documentos posiblemente más completos, respecto a criterios de



Gráfica 31. Esquema de componentes fundamentales en la atención de calidad del melanoma.

calidad y buenas prácticas en la atención de melanoma^{3,81}. Aunque se requiere la participación de múltiples actores, múltiples niveles, y un muy alto nivel de coordinación; se presenta en forma sencilla los aspectos claves o fundamentales a considerar de acuerdo a esta evidencia para un Modelo de Excelencia en la Atención de Melanoma (Gráfica 31).

PREVENCIÓN

La Guía de Servicios de Prevención Comunitarios (COMMUNITY GUIDE), recomienda intervenciones que no solo combinen enfoques de educación formal a múltiples niveles, sino también educación no formal en entornos recreativos y turísticos, además de incluir políticas y normativas cuando se considere necesario.⁸²

Existe una clara asociación de causalidad de la exposición solar y el desarrollo de melanoma. Por tal razón, se requiere de estrategias que permitan reducir la exposición a los rayos UV (evitar la exposición durante las horas del mediodía y evitar el uso de cámaras de

bronceo), y que promuevan la protección solar (uso de cremas con protector solar con un mínimo factor de protección solar de 30, ropa protectora, uso de gafas y sombrero) con el fin de reducir la exposición a los rayos UV⁷⁰. Es importante aclarar que varias guías recomiendan el uso de cremas con bloqueador solar, pero su uso NO reemplaza las medidas físicas de protección.⁷⁴

Un Modelo de Atención basado en los conceptos de un centro de excelencia para melanoma debe ser ensamblado correctamente para lograr el mayor valor posible para sus pacientes, familias y equipos multidisciplinarios⁶⁷. Por esto, los mecanismos de prevención, e incluso detección temprana (Ver 4.2.) deben estar incluidos en las rutas que se ensamblen en el marco del Modelo de Atención. Los Modelos deben analizar qué estrategias de educación a médicos del sistema son efectivas, cuáles alianzas (gubernamentales, con grupos de pacientes, con la comunidad, etc.) mejoran los resultados en melanoma, y permitirá

medir el valor de las referencias y sus implicaciones⁸³. Definir estas estrategias de captación temprana de pacientes aumentara la tasa de pacientes que el Modelo reciba y la habilidad institucional para cumplir su misión y mejorar sus resultados.

DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana del cáncer de piel puede permitir diagnósticos de melanoma en Estadios más tempranos y por tanto, con mejor pronóstico. Los pacientes con factores de riesgo como son la presencia de múltiples lunares, antecedente personal o familiar de melanoma⁸⁴, se benefician de medidas de supervisión y vigilancia.

Desde mediados de los años 80s, han aparecido iniciativas enfocadas a la detección temprana de melanoma y relacionadas con mejorar el conocimiento de la población sobre la enfermedad, aumentar la vigilancia y el autoexamen y evaluación de los lunares existentes. Los criterios ABCDE para el melanoma, presentan una sensibilidad cercana al 90%³⁷. La evaluación se realiza siguiendo la nemotecnia que se describe. Cada letra significa una característica a evaluar:

- La “A” es para asimetría.
- La “B” se refiere a los bordes los cuales deben ser regulares.
- La “C” es para color, el cual debe ser homogéneo.
- La “D” es para diámetro (una lesión > 6 mm es un signo de alarma).
- La “E” significa evolución o cambios con el tiempo.

Cualquier alteración en alguna de ellas requiere referenciación sin retraso a la evaluación especializada⁸⁵. Al parecer, el mayor retraso se presenta en la asistencia a la consulta

por primera vez⁵⁹. Esto fue confirmado en un estudio en Colombia. En una consulta especializada de dermatología, en un 37,1% se presentó un retraso a consulta entre 6-12 meses y en 41,9% se presentó un retraso de más de 1 año⁸⁶. Realizar actividades como el programa australiano (QUEENSLAND MELANOMA PROJECT), ha logrado realizar diagnósticos más tempranos y por tanto, mejorar el pronóstico de la enfermedad⁸⁷.

Durante la consulta se debe indagar sobre la aparición de la lesión sospechosa y los factores de riesgo de cada paciente⁸⁸. El examen físico que se realiza a una lesión sospechosa consta de tres pasos importantes⁸⁹. El primero consiste en la observación y el análisis de la lesión o patrón sospechoso de melanoma incluyendo asimetría, bordes irregulares, variedad en color y diámetro mayor a 6 mm⁹⁰, posteriormente se realiza un análisis comparativo usando el signo del “ugly-duckling” que se refiere a la presencia de una sola lesión que no encaja con el fenotipo de los nevus del paciente⁹¹. Finalmente se hace un análisis dinámico y se evalúa si ha habido cambios en el color, tamaño o forma de la lesión el cual es el criterio clínico más importante para el diagnóstico de melanoma⁸⁹. En cuanto a la utilidad de estos métodos diagnósticos el signo “ugly duckling” no se ha estudiado de manera sistemática por lo que no se cuenta con un valor de sensibilidad sin embargo es ampliamente utilizada⁸⁸. Los criterios ABCDE que han sido ampliamente estudiados muestran una sensibilidad si se combinan los 5 criterios del 43% mientras que si se usa un solo criterio tiene una sensibilidad de 97%. Sin embargo, al evaluar la especificidad se encontró que esta era del 100% al combinar los criterios y tan solo del 36% cuando se hace uso de un solo criterio⁹². En el caso de

melanomas de subtipos poco comunes o en niños se hace más difícil el diagnóstico por lo que se han propuesto múltiples criterios clínicos⁹³⁻⁹⁵. En los melanomas nodulares se debe enfatizar el signo “ugly duckling” y en la regla EFG200:

- La “E” se refiere a evaluación.
- La “F” se refiere a firmeza o lesión palpable.
- La “G” se refiere a crecimiento continuo en un mes (GROWTH en inglés).

En los niños donde usualmente el ABCDE no es suficiente dada su presentación y evolución diferente se ha propuesto el uso de los criterios ABCD y CUP:

- La “A” se refiere a amelanótica.
- La “B” se refiere a lesión bultosa o sangrado de esta.
- La “C” se refiere a pérdida de uniformidad en el color.
- La “D” se refiere de lesión De novo y de cualquier diámetro.
- La “C” se refiere a cambio de la lesión y/o color rojo/rosado.
- La “U” se refiere a ulceración de la lesión o crecimiento hacia arriba.
- La “P” se refiere a lesión que simula un granuloma piogénico o nueva lesión emergente.

PROGRAMAS DE TAMIZAJE.

Los programas de tamizaje de cáncer de piel salvanvidas⁹⁶. Existen varios tipos de programas de tamizaje; desde la evaluación personal hasta la evaluación por médicos familiares. Incluso, THE UNITED KINGDOM MELANOMA TASKFORCE incluyó recomendaciones sobre el entrenamiento a personal no médico que tiene alto contacto con la piel de los pacientes, como el personal de fisioterapia e incluso esteticistas o instructores de natación^{3,81}.

En un estudio en Alemania, se determinó el efecto regional de un programa de tamizaje de cáncer de piel y la disminución de mortalidad con respecto a otras áreas geográficas sin programas de tamizaje⁹⁷. Esfuerzos de tamizaje de fácil y rápido acceso gratuito, denominado “MELANOMA MONDAY” han sido populares en EEUU y Europa⁹⁸. Estos programas han permitido el acceso a evaluación de personas sin dermatólogo de base, sin estudios de tamizaje previo y sin seguro de salud. En un solo día, en Bélgica se logró realizar el 15-20% de los diagnósticos que se realizaban en un año. En esta actividad, participaron en forma gratuita y por 4 horas, el 65% de todos los dermatólogos del país.⁹⁹

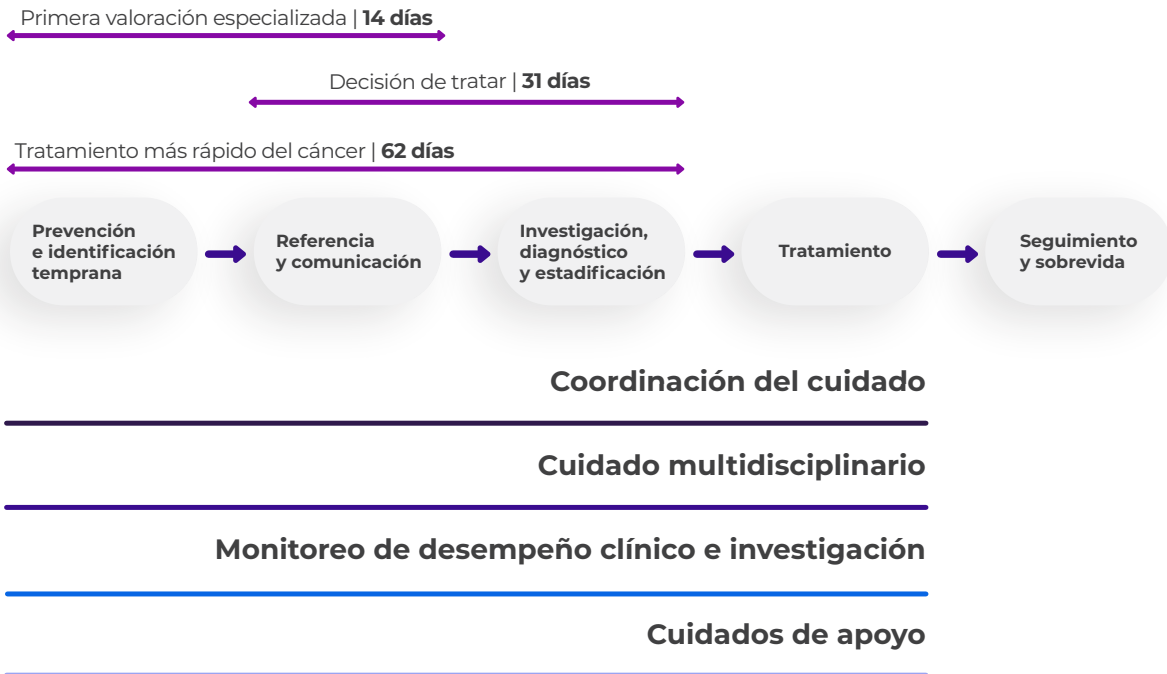
Realizar estudios de tamizaje a la población general puede ser costoso, aun en poblaciones de alta incidencia. En un estudio de EEUU, el número necesario de tamizaje (NNS) y número necesario de biopsia (NNB) para detectar un caso de melanoma fue estimado de 252 y 27,8 respectivamente⁴⁹. Posiblemente es mejor realizar tamizajes a los pacientes de alto riesgo. En este mismo estudio, los dos factores independientemente asociados al NNS fue la historia familiar de melanoma y la edad⁴⁹. Estudios más recientes han determinado un NNS para melanoma de 667 participantes en EEUU y de 110 en Bélgica^{98, 99}. Sin embargo, la GPC australiana y de Nueva Zelanda, basados en la evidencia actual o la ausencia de esta, no recomiendan su uso⁷⁴. Dicha decisión es llamativa, más aún cuando son los dos países con mayor incidencia de melanoma en el mundo, y por lo tanto, el beneficio de cualquier práctica debería ser considerado mayor.

RAPIDEZ EN EL ACCESO Y DIAGNÓSTICO

Varias instituciones hacen énfasis en la rapidez con la que el paciente debe acceder a



ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS: TRATAMIENTO MÁS RÁPIDO DE CÁNCER



Gráfica 32. Hoja de ruta y cuidado estándar en melanoma.⁸¹

una consulta especializada ante la sospecha diagnóstica inicial. El cumplimiento de esta meta, es considerado como un criterio de calidad^{3,81}. También dan recomendaciones sobre los tiempos máximos que pueden transcurrir entre el diagnóstico y la cirugía, e inicio de tratamiento farmacológico según el estadiodiagnóstico, que por demás claramente debe ser concordante con las características histológicas, la extensión, la diferenciación genética, molecular y demás variables que determinan en la individualización el pronóstico de la enfermedad, de tal manera que la opción terapéutica y el planteamiento de intervenciones sea la más adecuada

para garantizar los mejores resultados de desempeño clínico en términos de respuesta, sobrevida y ojalá sobrevida ajustada a una muy buena calidad de vida para el paciente (Gráfica 32).

EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO.

Existen estudios en donde se ha determinado que existe dificultad en el consenso de diagnóstico entre dermatólogos. Diferenciar melanoma de lesiones benignas puede ser difícil entre un 26% y un 38% de los casos^{100,101}, por lo cual en ocasiones se recomienda la evaluación por un segundo especialista (NIH - INC de EEUU). Similares diferencias

se encontraron entre los grupos de atención primarias y los grupos especializados en el reino Unido, con un 27,6% de diferencias en al menos uno de los parámetros evaluados, lo cual represento un cambio en el Estadio inicio del 6,7% y un cambio en el tratamiento del 2,9% de los casos¹⁰². En el personal especializado, se demostró una adecuada fiabilidad entre nueve (9) dermato-patólogos¹⁰³, todo lo anterior permite inferir, que el diagnóstico en lesiones sospechosas mejora con el grado de entrenamiento y experiencia componente fundamental para el diagnóstico y clasificación del Estadio de la enfermedad.

MULTIDISCIPLINARIEDAD

Ya está bien establecido el beneficio del uso de grupos interdisciplinarios en cáncer. En una revisión sistemática de la literatura de 51 artículos de Europa, se determinó un beneficio en los procesos, sobrevida, cambios diagnósticos y en el tratamiento con repercusión positiva para los pacientes.¹⁰⁴

Específicamente en melanoma, todas las GPC y revisiones^{3,54,69,70}, hacen énfasis en la complejidad del melanoma tanto para su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Por lo que recomiendan una aproximación interdisciplinaria la cual incluye, pero no está limitada múltiples especialidades tales como:

- Dermatología
- Radiología
- Medicina nuclear
- Radio oncología
- Neurocirugía
- Cirugía general
- Cirugía plástica
- Otorrinolaringología
- Patología
- Psico-oncología
- Enfermería

Se debe ofrecer la posibilidad que los miembros principales de todas las áreas del grupo interdisciplinario, funcionen simultáneamente para facilitar la discusión y decisión clínica oportuna³. Aunque en el estadio in situ, se puede realizar manejo con dermatología y cirugía plástica, se requieren con frecuencia dermatólogo o experimentados, cirujanos, dermatólogos de alta calidad. Cuando el melanoma es tipo III o IV, el uso de estos equipos se hace obligatorio.

MANEJO PALIATIVO Y GRUPOS DE APOYO.

Los pacientes con melanoma avanzado o los pacientes que presentan síntomas de difícil control sin importar el Estadio o momento de progresión de la enfermedad, requieren un enfoque multidisciplinario, con especial interés en la participación de un equipo especializado de cuidados paliativos^{70,105}. Las guías SIGN recomiendan los grupos de apoyo, pues tienen evidencia que estos grupos ayudan a los pacientes a sobrellevar mejor todas las etapas de su enfermedad, aumentan los niveles de conocimiento y reducen la angustia generada por su enfermedad⁷⁰. En este paso se debe mantener la calidad de vida del paciente y manejar sus necesidades de salud y apoyo de cuidado mientras llegan al final de la vida⁹⁴. Adicionalmente, se deben vincular especialistas en dolor, cuidadores/ consejeros espirituales, terapeutas y coordinar el cuidado en casa (incluyendo sitio preferido para finalizar su vida)¹⁰⁵. La vinculación a estudios clínicos debe hacerse si es apropiado y están disponibles⁹⁴. El médico líder debe ser abierto con el paciente, su familia y su red de apoyo para discutir el curso natural de la enfermedad, entendiendo sus preferencias culturales y expectativas.⁹⁴

ANEXO 2

PATIENT ADVOCACY Y SU INTEGRACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN PARA MELANOMA: NEVUS

En el anexo se muestran los resultados de un ejercicio de grupos primarios o PATIENT ADVOCACY “por la defensa de los pacientes”, que en el marco de la construcción de un modelo referente para la atención de los pacientes con melanoma, se orientó a escuchar la percepción de los pacientes, a través de los representantes de un grupo de asociaciones de pacientes de los países de Latinoamérica, en el propósito de identificar sus necesidades y validar desde su óptica la estructura planteada por el Modelo NEVUS. La actividad consideró la importancia que tiene hacer que las voces de los pacientes lleguen a los actores del sistema de salud para rediseñar el cuidado, impactar el mejoramiento y fortalecer la gestión por calidad, la transformación y la innovación en los procesos de atención, haciéndolos más relevantes, ajustados a la realidad, eficientes y centrados en el paciente. Considerar la percepción de los pacientes e identificar sus necesidades es particularmente relevante en patologías como melanoma, donde se necesita la articulación de muchos escenarios, disciplinas, equipos clínicos, herramientas, procesos diagnósticos, intervenciones y tratamientos, que hace que la atención pueda parecer compleja para el paciente que vive la ruta de atención.

PAÍS	NOMBRE	INSTITUCIÓN
Argentina	María De San Martin	Fundación Donde Quiero Estar
Brasil	Luciana Holtz	Oncoguía
Brasil	Rebecca Montanheiro	Melanoma Brasil
Chile	Jorge Fernández	Fundación Vi-Da
Colombia	Adriana Garzón	Fundación Simmon
Colombia	Guillermo Gutiérrez	Fundapso
México	Isolde Ortiz	Imune

Tabla 16. Regiones, representantes e Instituciones.

METODOLOGÍA Y TÓPICOS PRINCIPALES

La tabla 16 muestra los países de la región, los líderes y las organizaciones de pacientes que participaron en el ejercicio de grupo primario como referentes de PATIENT ADVOCACY en melanoma.

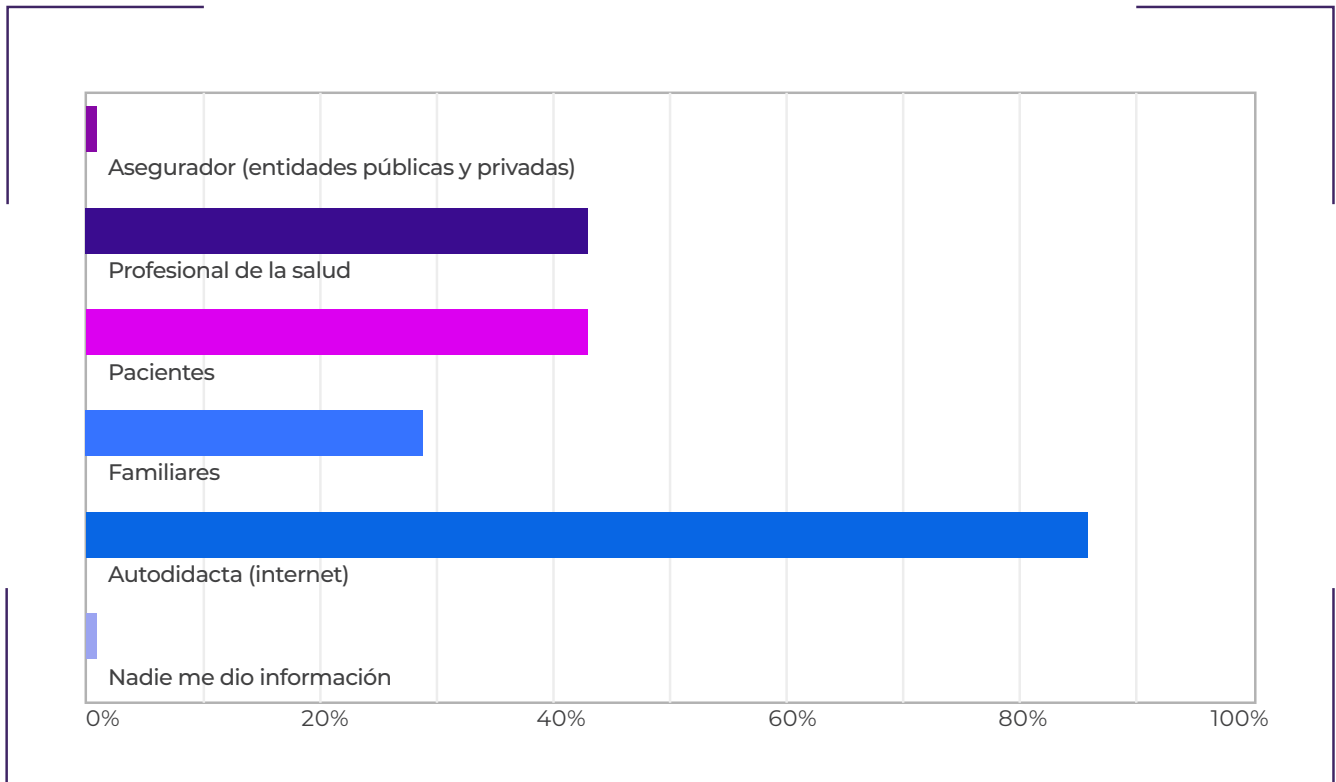
La percepción y la identificación de las necesidades del paciente entorno a los procesos de atención, se realizó utilizando una plataforma virtual, que permitió responder, comentar y moderar, de manera asincrónica una serie de preguntas cuyos resultados fueron analizados y discutidos en una reunión sincrónica, que permitió sacar conclusiones relevantes para el Modelo de

atención NEVUS, en los aspectos que se relacionan a continuación:

- Prevención y educación del paciente
- Diagnóstico temprano
- Servicios prestadores de salud
- Interacción con los profesionales de la salud
- Resultados y calidad de vida

RESULTADOS

Para cada uno de los tópicos abordados con los líderes de las organizaciones de pacientes participantes en el PATIENT ADVOCACY, se muestran las preguntas, y los resultados relevantes que permitieron aportar, a manera de conclusión, aquellos



Gráfica 33. Actor que ofrece los procesos de educación en Melanoma.

[REGRESAR](#) ↻

aspectos a considerar en el Modelo NEVUS para mejorar, en un enfoque centrado en el paciente, su experiencia con el cuidado.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE

En este tópico, el trabajo con el grupo abordó las estrategias de educación y de sensibilización entorno a la enfermedad, que brindan al paciente los procesos de atención, y la relevancia, que estas estrategias tienen, en la prevención, la identificación de factores de riesgo y en el diagnóstico temprano de este tipo de cáncer de piel.

Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

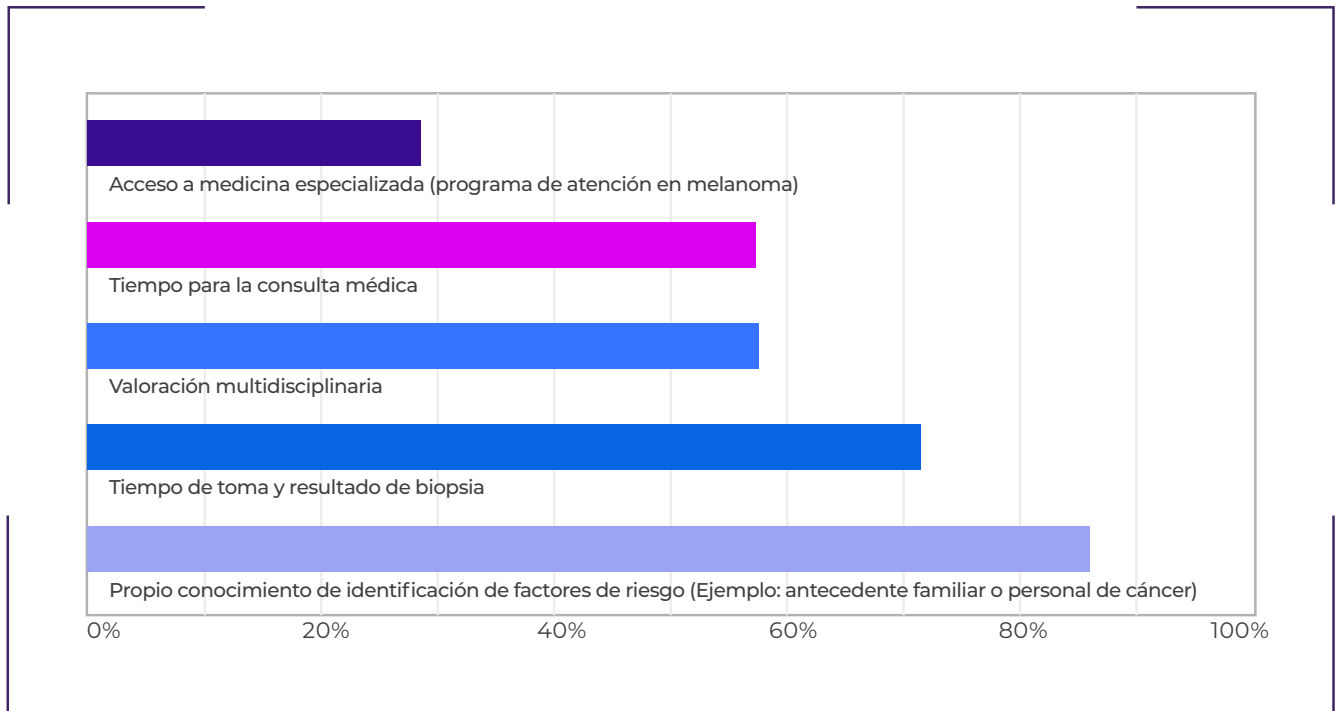
1. ¿Considera que las campañas de educación en melanoma tienen un impacto en la atención, cuidado y conciencia de la enfermedad?

2. ¿La educación que reciben los pacientes frente a melanoma les permite identificar con claridad los riesgos individuales de tener la enfermedad?

3. ¿Qué tipo de estrategia educativa considera menos efectiva para lograr mejorar el conocimiento sobre melanoma? (Webinars, folletos, grupos focales, correos electrónicos, aplicaciones móviles, mensaje de texto, televisión y radio, redes sociales.

4. El conocimiento que obtienen los pacientes sobre la enfermedad es resultado de procesos educativos ofrecidos por: Aseguradores, profesionales de la salud, pacientes, familiares, autodidacta (internet), no recibe información.





Gráfica 34. Factores claves para hacer diagnóstico temprano en Melanoma.

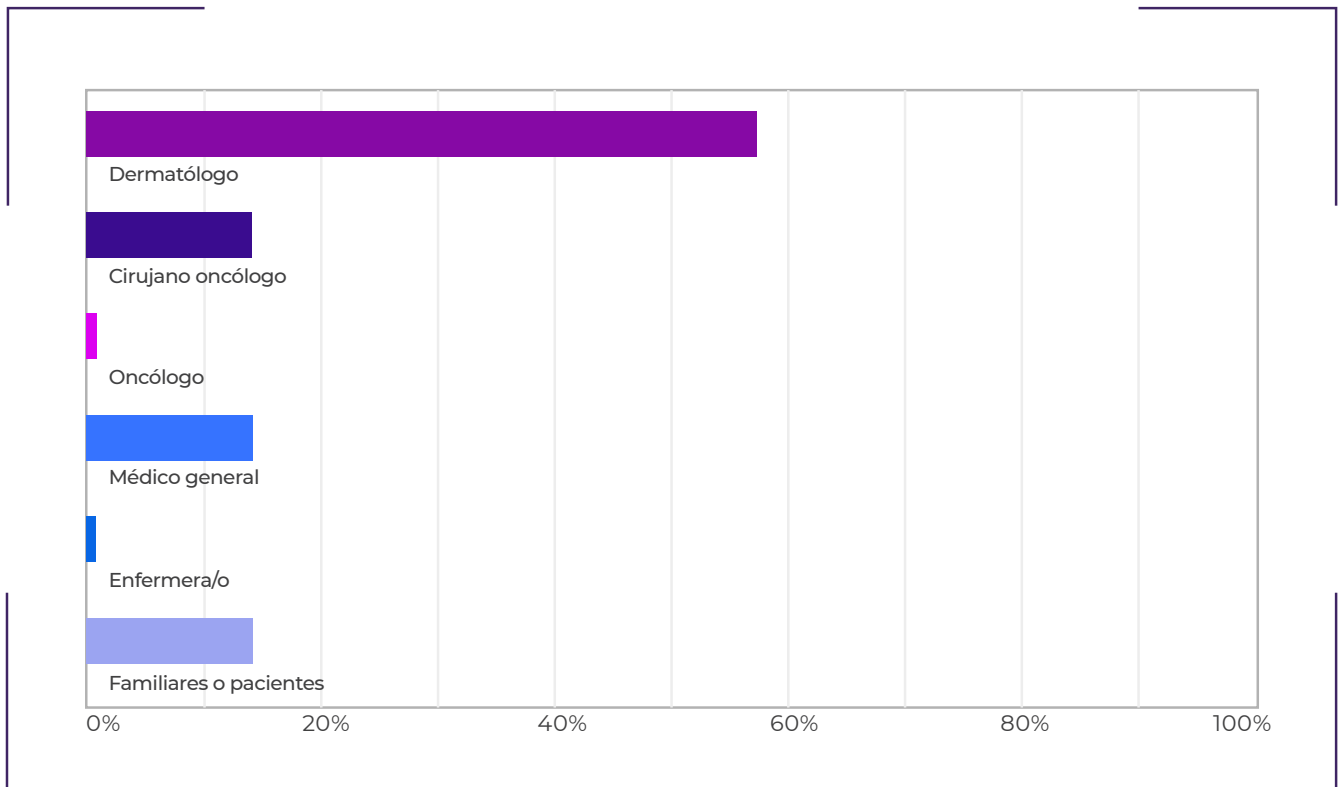
REGRESAR ↺

El 80% de los participantes en el ejercicio, considera que las estrategias de educación si impactan la atención y la conciencia que la población tiene de la enfermedad, sin embargo, ellos perciben que la educación que se recibe, se queda en la promoción de acciones preventivas (exposición solar y uso de protectores) que no sensibilizan sobre el riesgo de melanoma y sobre la gravedad de la enfermedad. Igualmente, y en opinión de los líderes defensores de los pacientes con melanoma, el conocimiento que los pacientes reciben sobre la enfermedad proviene de búsquedas en internet (Gráfica 33), que, en muchas oportunidades, no tiene contenidos técnicos adecuados y revisados, y que pueden distorsionar la comprensión y la sensibilización entorno a los objetivos que se quieren lograr en términos de referenciación adecuada, contacto con proceso de atención y diagnóstico temprano.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

A continuación se muestran las preguntas utilizadas para abordar la opinión de los representantes de los pacientes, en el abordaje que, en los procesos de atención, se hace del diagnóstico temprano de melanoma.

1. ¿Cuáles son esos factores fundamentales o claves que permiten hacer un diagnóstico temprano?
2. Dentro de su experiencia ¿A quién atribuye usted el inicio del proceso diagnóstico en melanoma?
3. ¿Usted cree que los profesionales de la salud están suficientemente entrenados para identificar de manera temprana los casos de melanoma?
4. ¿Los pacientes reciben de forma suficiente



Gráfica 35. Responsable de iniciar proceso diagnóstico en Melanoma.

[REGRESAR](#) ↻

apoyo e información durante su proceso de diagnóstico? Es decir, todas sus dudas son resueltas adecuadamente por los profesionales de la salud y recibe el apoyo psicológico para manejar la angustia e incertidumbre.

5. ¿Cómo cree usted que se puede mejorar la información y el apoyo que se brinda a los pacientes durante el tiempo de incertidumbre del proceso diagnóstico?

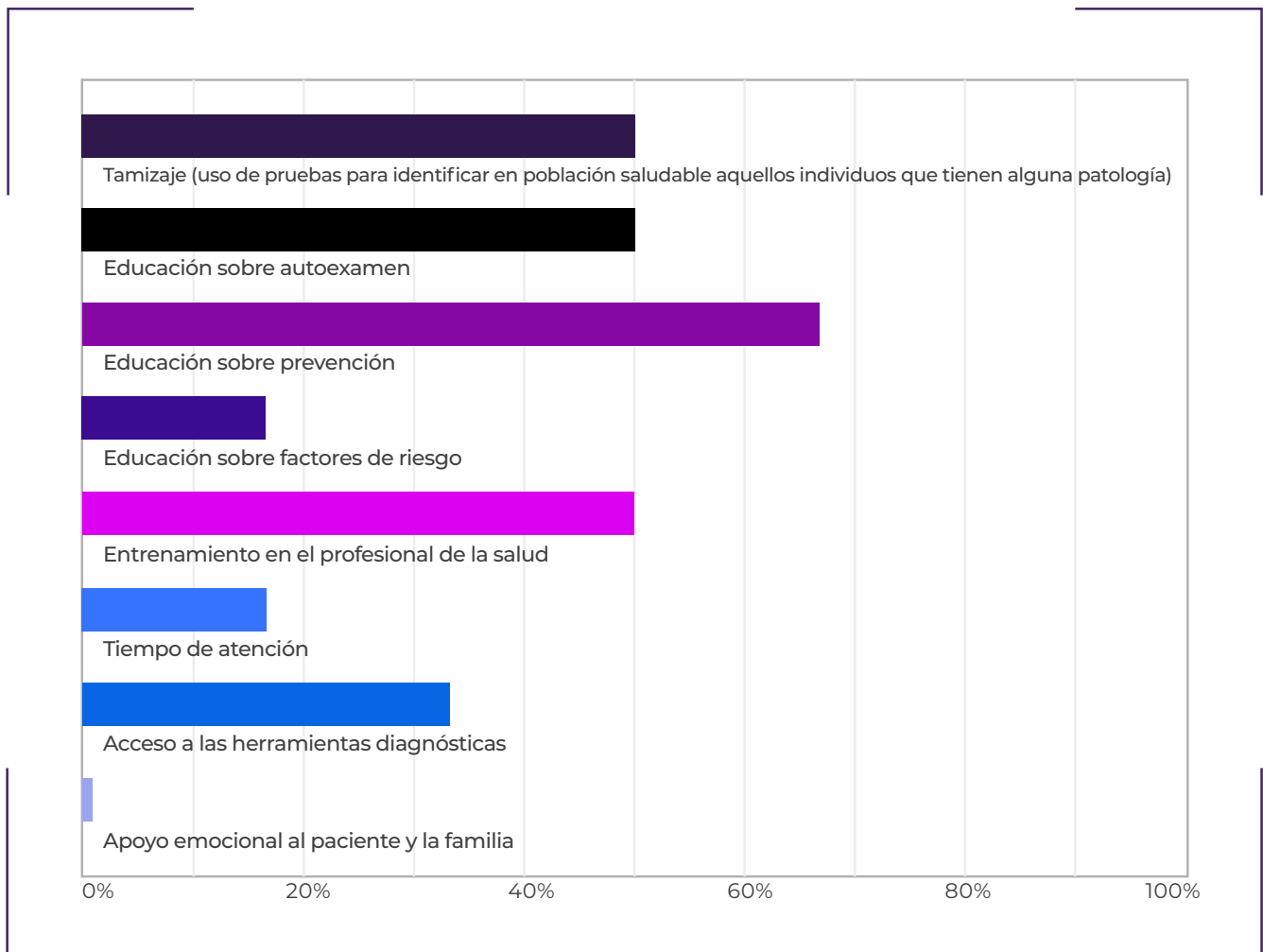
6. ¿Cuáles son los aspectos del cuidado de la salud en frente al diagnóstico que se pueden mejorar para los pacientes con melanoma?

La [gráfica 34](#) muestra los factores que se consideraron claves o relevantes y la importancia que cada uno tiene, en el objetivo de impactar, desde los ojos del paciente, los

resultados de diagnóstico temprano en el entorno de la atención de melanoma.

Los participantes consideraron, que el factor de mayor relevancia para favorecer el diagnóstico temprano de melanoma, es el conocimiento que los mismos pacientes tengan sobre la enfermedad y sobre la identificación de sus factores de riesgo, para poder hacer contacto, de manera oportuna, a un proceso adecuado de valoración, de confirmación diagnóstica y de atención.

El 100% de los participantes consideran, desde la perspectiva de los pacientes, que los profesionales de salud están poco entrenados para identificar de manera temprana los casos de melanoma. (especialmente los médicos generales y equipo clínico en la línea de frente)



Gráfica 36. Intervenciones para mejorar el proceso de diagnóstico.

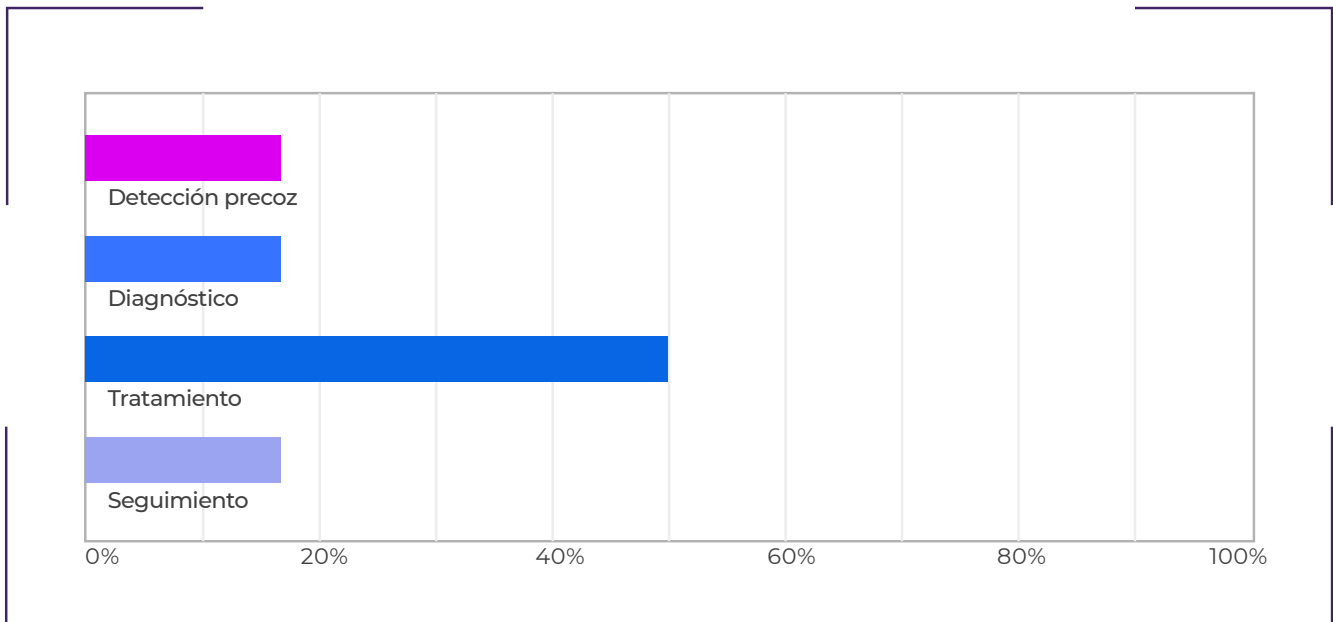
“Los médicos de atención primaria no están entrenados adecuadamente, no hay énfasis en el examen general en la piel y lesiones nuevas. Se debe hacer énfasis en educación sobre melanoma en el pregrado de los médicos”.

La [gráfica 35](#) muestra la especialidad y/o actor que perciben es el responsable de iniciar el proceso de diagnóstico en melanoma, dando especial relevancia a las acciones del dermatólogo, como enlace con el diagnóstico y demás procesos de atención.

Finalmente, los participantes consideran que

es importante fortalecer los procesos de información y apoyo que se brinda al paciente durante el proceso de diagnóstico, haciendo énfasis en entregar información detallada y gestionando los tiempos a diagnóstico, sobre la enfermedad y los pasos a seguir en el proceso de atención y en las opciones de tratamiento que deseablemente para el paciente, deben ser acordes con la evidencia científica disponible.

La [gráfica 36](#) muestra las intervenciones que los líderes representantes de los pacientes, podrían mejorar la atención impactar los



Gráfica 37. Brechas Vs fases de la atención.

REGRESAR ↻

resultados en los procesos de diagnóstico y que pueden ser tenidas en cuenta en el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de los modelos de atención en melanoma.

SERVICIOS PRESTADORES DE SALUD

El ejercicio se enfocó a recoger las necesidades de los pacientes y a identificar las brechas percibidas en todas y cada una de las etapas de la ruta de atención de los pacientes con melanoma. A continuación se muestran las preguntas utilizadas en el ejercicio asincrónico.

1. ¿En qué fase del proceso de atención los pacientes encuentran las mayores dificultades que impactan su experiencia con el cuidado?
2. ¿Cuáles variables han sido dificultades para la fase de detección precoz?: Barreras del paciente, de acceso geográfico o barreras económicas.
3. ¿Qué considera usted que son las principales dificultades en la fase de detección precoz?

4. ¿Qué considera usted que son las principales dificultades en la fase de diagnóstico?
5. ¿Qué considera usted que son las principales dificultades en la fase de tratamiento?

5.1. ¿Los pacientes reciben información sobre el pronóstico según el estadio de su enfermedad?

5.2. ¿Los pacientes reciben información sobre el plan de tratamiento según el estadio de su enfermedad?

5.3. Previo al plan de tratamiento ¿Los pacientes reciben explicación sobre las intervenciones, procedimientos, pruebas a realizar, y medicamentos y terapias a recibir? Incluyendo, por ejemplo, extensión de cirugías, eventos adversos de medicamentos o terapias, riesgos y beneficios.

6. ¿Qué considera usted que son las principales dificultades en la fase de seguimiento?

FASE	BARRERA
DETECCIÓN PRECOZ	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso oportuno a valoración por especialistas • Acceso a biopsia • Acceso a pruebas genéticas
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios médicos y a medicamentos
SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • No hay un plan de seguimiento claro • No se conocen los resultados esperados

Tabla 17. Barreras vs Fases de atención.

7. ¿Los pacientes tienen un plan de seguimiento acorde pero independiente del estadio de su enfermedad lo que garantiza vigilancia y monitoreo de los resultados a corto mediano y largo plazo?

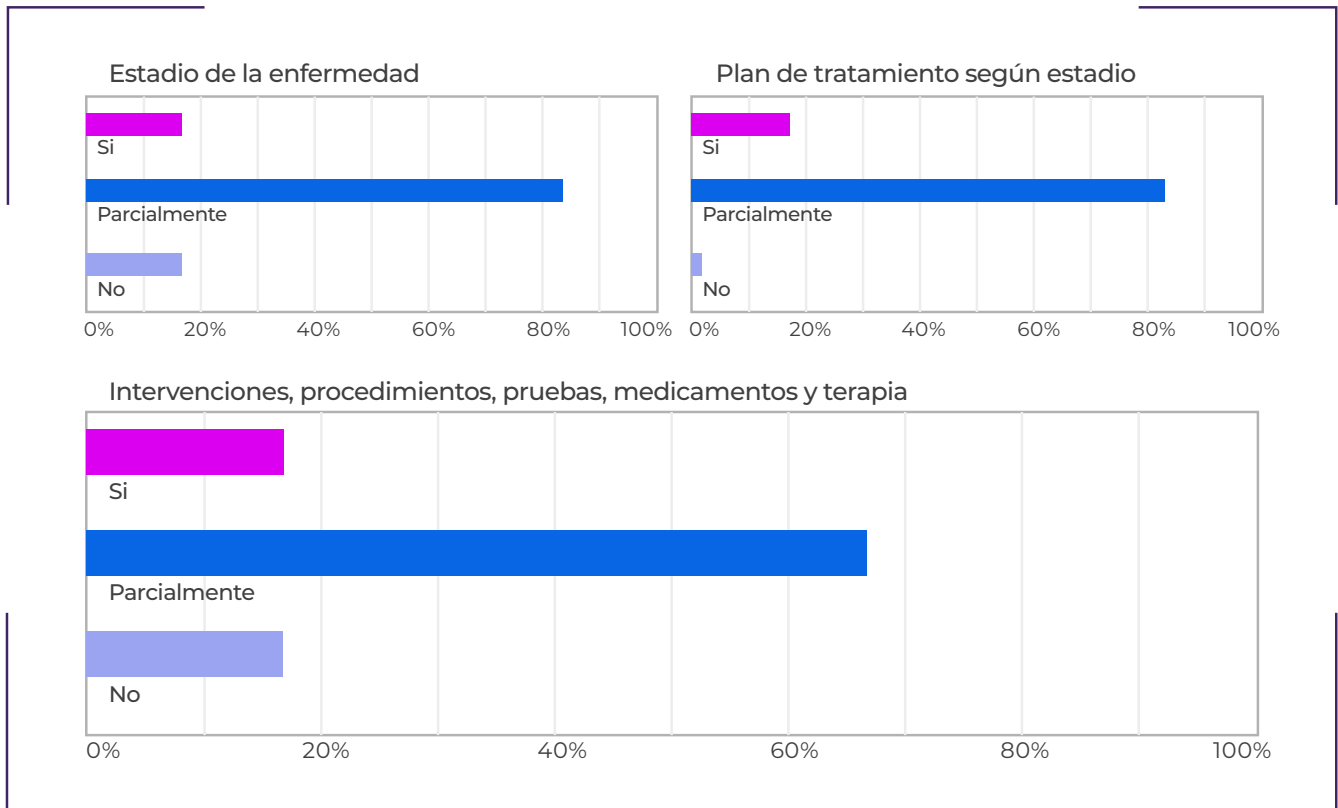
Los líderes mostraron en el ejercicio, que los pacientes perciben brechas en todas las fases de la atención, siendo mayores las dificultades encontradas en la fase de tratamiento (*Gráfica 37*), que se relacionan principalmente con problemas de acceso como se muestra en la *tabla 17*.

En este tópico específico, se hizo evidente, la necesidad que tienen los pacientes de recibir apoyo e información en todos los aspectos que le son relevantes y que se muestran en la *gráfica 38*: Estadio, severidad y pronóstico de la enfermedad, plan de tratamiento y en las especificidades de intervenciones, procedimientos, pruebas y terapias que se deben realizar, su propósito y resultados esperados. En términos generales los

pacientes consideran importante que, su voz sea escuchada y que se les involucre en el proceso de atención, para mejorar la experiencia con el cuidado.

Las sugerencias del grupo, para mejorar la experiencia de los pacientes en cada una de las fases (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) se describen a continuación:

- Diagnóstico: Individualización del paciente, buscar todas las estrategias para caracterizar adecuadamente al paciente con sus estudios de extensión, mayor información de la enfermedad, pronóstico y seguimiento. Trabajo en redes sociales que permita identificación temprana. Tamizajes.
- Tratamiento: Mejorar acceso (determinar en cuál de las fases está realmente el problema para poder generar intervenciones) y adherencia.
- Seguimiento: Que sea multidisciplinario.



Gráfica 38. Percepción de información en la atención.

REGRESAR ↺

INTERACCIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

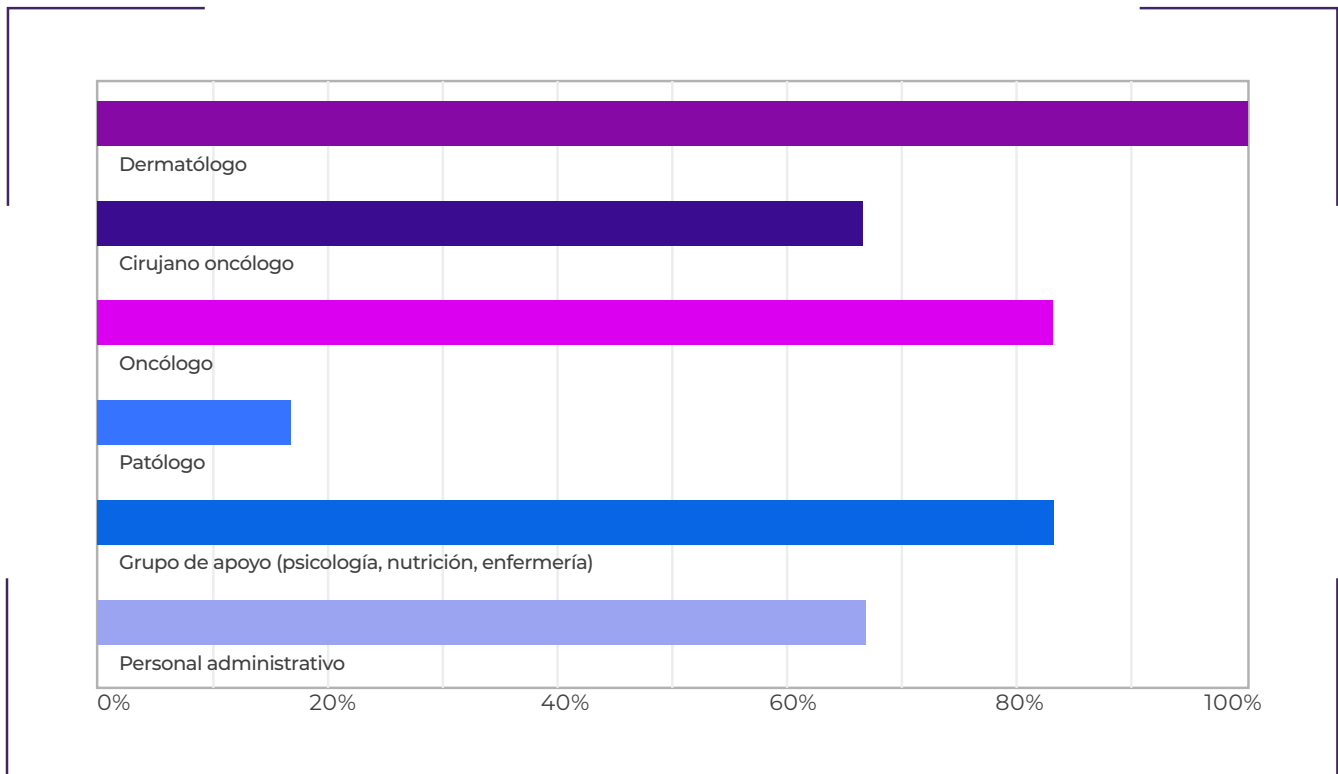
Las preguntas sobre las que en este tópico aportaron los participantes del grupo primario se enfocaron a evaluar la percepción de los pacientes frente a la atención por un equipo multidisciplinario.

1. ¿La experiencia de los pacientes en la atención de melanoma cuenta con un manejo multidisciplinario claramente establecido?
2. ¿Qué profesionales consideran que son los principales actores del proceso de atención?
3. ¿Usted considera que la atención en melanoma cuenta con procesos de comunicación efectiva con los profesionales de la salud?

4. ¿Los gustos, preferencias y opiniones del paciente y su familia son tomadas en cuenta por los profesionales de la salud durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y manejo de la enfermedad?

El 100% de los líderes hacen ver que los pacientes no perciben un manejo multidisciplinario, aunque saben la importancia de cada una de las especialidades y disciplinas que participan en los procesos de atención de los pacientes con melanoma (Gráfica 39), que por demás debe tener adecuadas estrategias de comunicación efectiva.

En el marco de la interacción que tienen los pacientes con el equipo de profesionales de la salud, son enfáticos nuevamente, en la necesidad de mejorar y humanizar



Gráfica 39. Principales actores del equipo Multidisciplinario/percepción de los pacientes.

[REGRESAR](#)

la atención, de tal manera que se incluya al paciente, se indague y responda a sus necesidades y se consideren sus gustos, preferencias y expectativas con el proceso completo de intervenciones y manejo.

CALIDAD DE VIDA

Se exploró la percepción de los pacientes frente a los aspectos que de la enfermedad que afectan su calidad de vida y de manera puntual cuales son los resultados que desde su perspectiva se vuelven importantes como objetivos del tratamiento del melanoma.

Los resultados se muestran en las gráficas a continuación ([Gráfica 40](#) y [Gráfica 41](#)), y en consenso el grupo declaró que “... lo más importante para los pacientes es la sobrevida de la mano de calidad de vida” y definieron desde su óptica los resultados esperados

por los pacientes así: Diagnóstico temprano, sobrevida y calidad de vida.

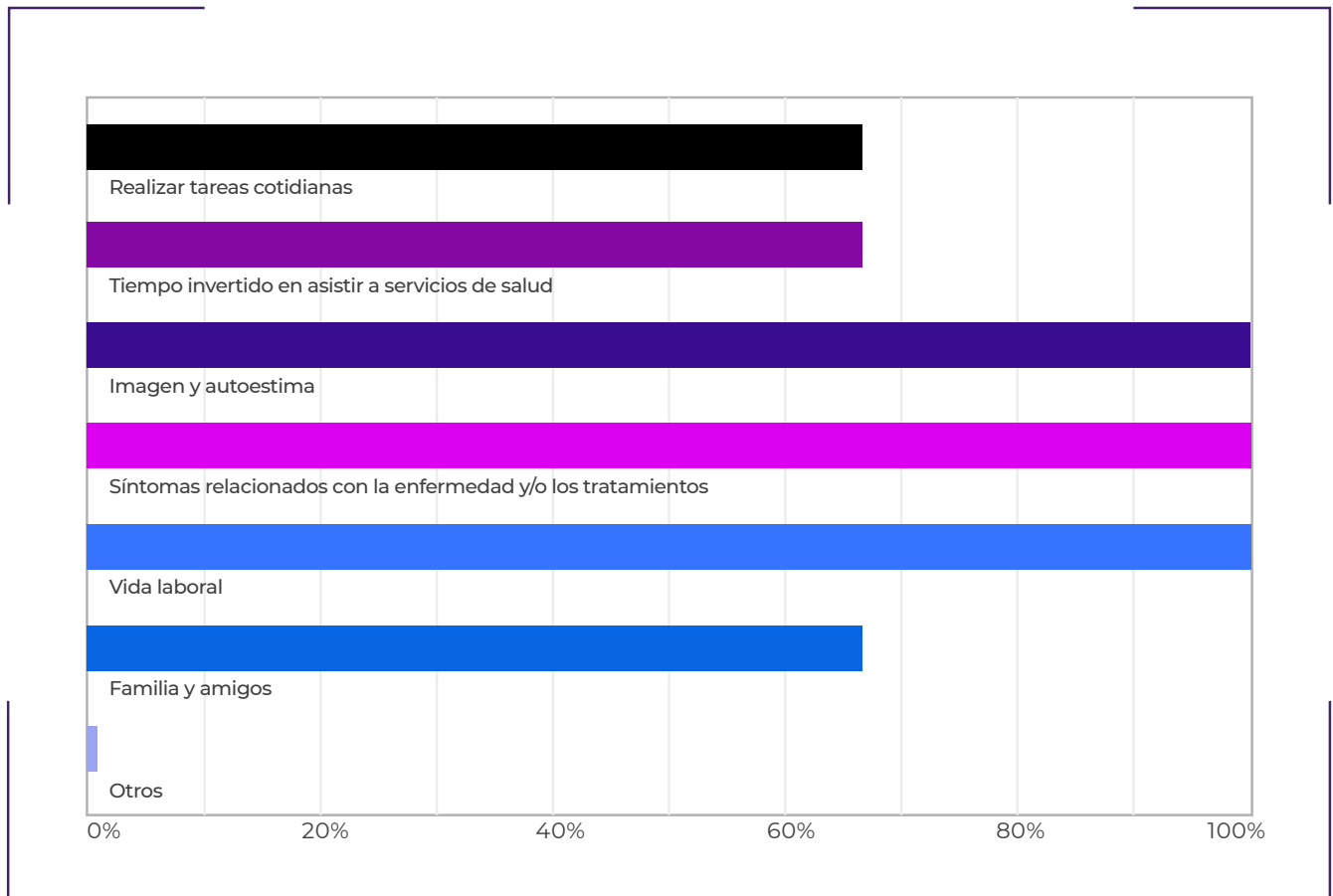
- Aspectos de la calidad de vida de los pacientes más afectados como consecuencia de la enfermedad.
- Valor para los pacientes en el manejo del melanoma.

CONCLUSIONES

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Se deben implementar campañas que impacten y tengan contenidos relevantes de educación para promover el conocimiento y la gestión de los factores de riesgo relacionados con melanoma y el pronóstico de esta enfermedad.

Las redes sociales pueden ser un buen



Gráfica 40. Calidad de vida en melanoma.

[REGRESAR](#) ↻

canal de comunicación, por ser una fuente importante de información frecuentemente utilizada por los pacientes.

Consideran importante mostrarle al sistema y al nivel macro de políticas públicas, la necesidad de abordar la atención del melanoma en varios pasos antes de la puerta de entrada a las instituciones prestadoras de salud.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Se evidencia una clara necesidad de articular a los actores responsables de la atención o a los líderes involucrados, en trabajos co-creativos a nivel regional para favorecer el desarrollo de estrategias conjuntas que se enfoquen a impactar los resultados de diagnóstico

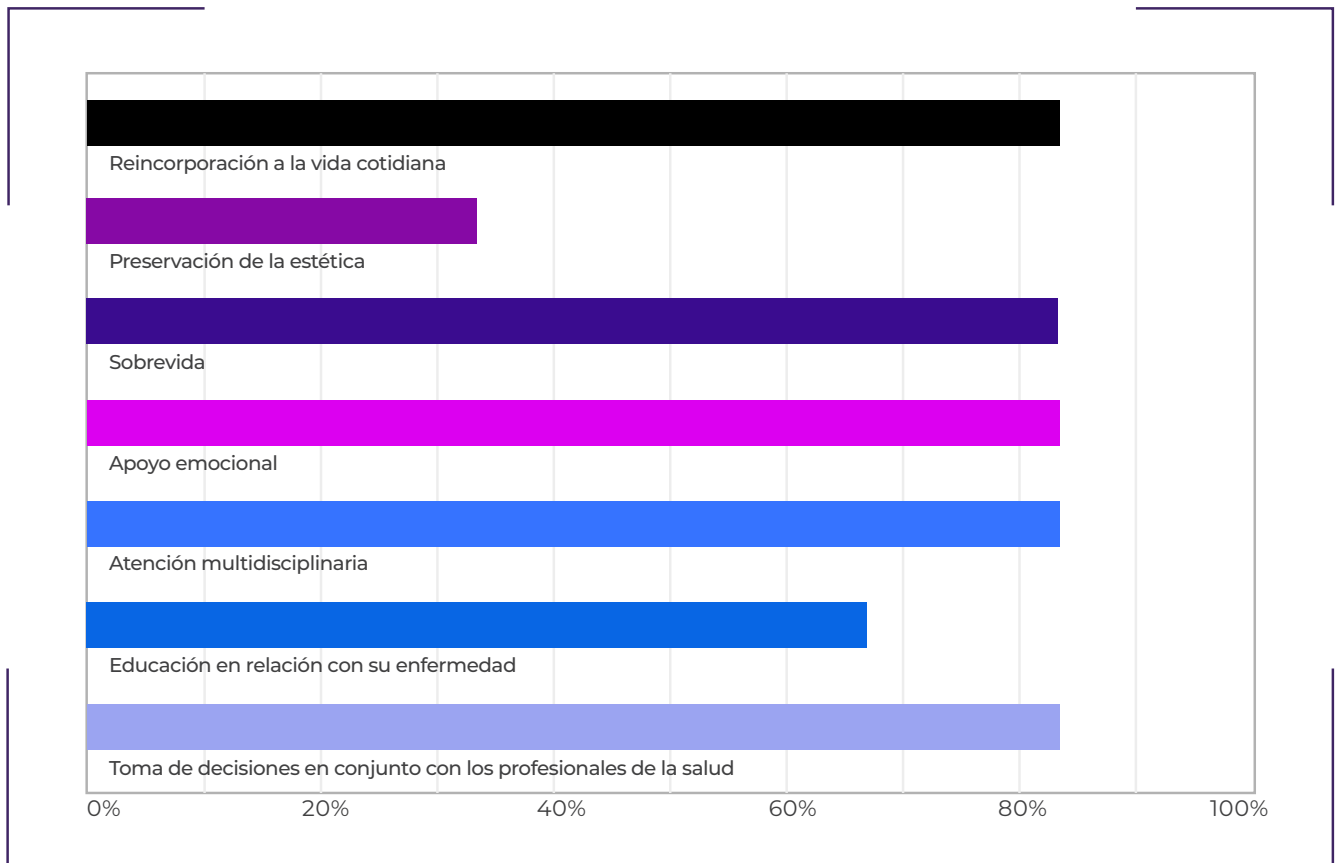
temprano, considerando además de la educación, la identificación de los factores de riesgo que le son propios a la enfermedad y el entrenamiento a los médicos de primera línea de atención, en el objetivo de hacer una universalización de la aproximación del paciente con melanoma.

SERVICIOS PRESTADORES DE SALUD

Se hace un llamado a trabajar de manera colaborativa en la región en pro de identificar las diferencias y las brechas comunes para generar estrategias acordes a las realidades de todos y de cada país.

Consideran que hay que abordar las brechas que impactan el diagnóstico temprano y el





Gráfica 41. Valor para los pacientes con melanoma.

[REGRESAR](#)

acceso a los procesos de atención y a las intervenciones necesarias para garantizar los mejores resultados en el manejo de los pacientes con melanoma (valoración especializada, diagnóstico y tratamientos), por ser las dificultades que afectan de manera global y relevante a los pacientes que padecen esta enfermedad.

INTERACCIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Los pacientes manifiestan que no perciben un ejercicio entorno a equipos multidisciplinarios en el manejo del melanoma, una buena interacción entre el paciente y el equipo médico, no sienten que sus intereses gustos y preferencias sean tomados en cuenta y sienten poco apoyo psicosocial durante su

proceso de atención. Se propone como se ha mencionado anteriormente una atención más humanizada con mayores habilidades de comunicación y mejor entrenamiento en el cuerpo médico y adicionalmente se propone que las instituciones tengan un grupo de apoyo que facilite el proceso de atención, el apoyo psicosocial a los pacientes y su familia y disminuya la fragmentación de la atención.

CALIDAD DE VIDA

La percepción de los líderes representantes de los pacientes con melanoma, considera indispensable, para mejorar la atención en melanoma, que los modelos de atención tengan una oferta de valor que muestre un adecuado balance entre la calidad de vida y la sobrevida del paciente.



ANEXO 3

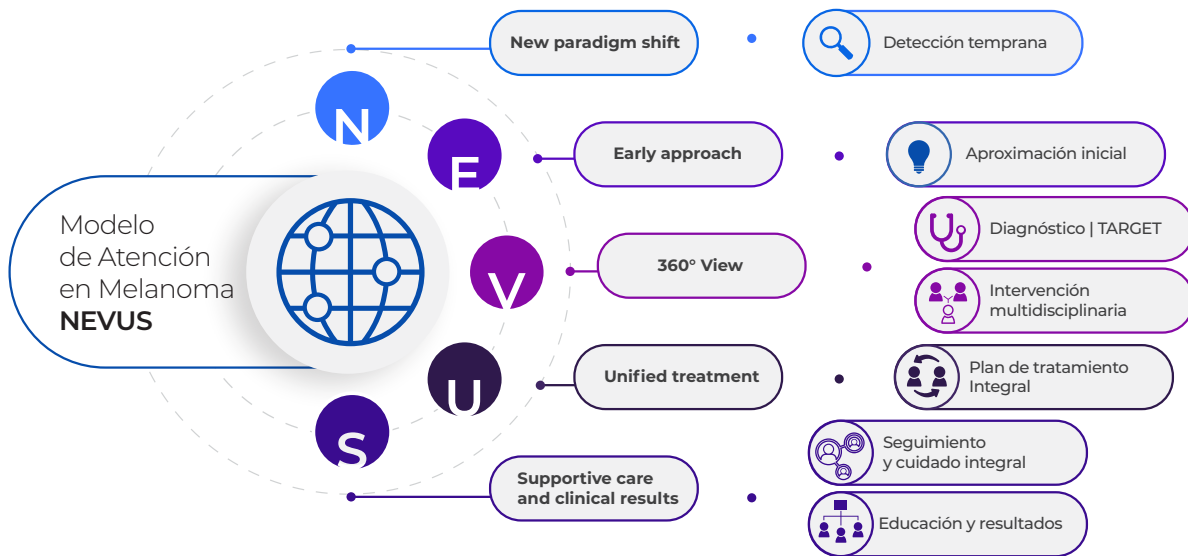
INDICADORES DE CALIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA MELANOMA BAJO EL CONCEPTO DE EXCELENCIA Y DESEMPEÑO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS ha sido diseñado con el soporte de las recomendaciones de la evidencia científica, con el propósito de apoyar a las organizaciones de salud, responsables de la atención médica, a fortalecer y gestionar la calidad de los procesos de atención que se brinda a los pacientes con esta condición específica de salud, de tal manera que como resultado de la atención se logre generar valor para el paciente, es decir los mejores resultados de salud alcanzables y de satisfacción, en relación con el costo.

Transformar la gestión de las organizaciones hacia la gestión por calidad en los pacientes, implica poner en la línea de frente los objetivos de tratamiento, fomentar en las organizaciones responsables, el desarrollo de programas o modelos de atención coordinados, integrados e integrales que articulen los diferentes componentes de la atención: el conocimiento o evidencia científica, el recurso humano, los procesos claves, la estructura de las organizaciones y finalmente generar metodologías de mejoramiento basadas en la medición del desempeño de los procesos de atención, que permita identificar brechas y generar estrategias e intervenciones, ojalá innovadoras, para responder de la mejor manera a las necesidades de los pacientes. La medición sistemática de indicadores facilita este proceso, toda vez que permite con hechos y datos la evaluación que conduce a la estandarización de los procesos asistenciales, la incorporación en la operación del día a día de las recomendaciones de la evidencia científica que genera disminución en la variabilidad de los resultados clínicos, convirtiendo a los programas en referentes en el marco de la excelencia en la atención en salud.

En este documento, que hace parte del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS, se presentan los indicadores que permiten evaluar el desempeño de los procesos de



Gráfica 42. Estructura del Modelo de Atención en Melanoma: NEVUS.

atención, considerando su alineación a cada una de las fases del Modelo (Gráfica 42).

METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN

La estructura de medición se determinó considerando la evidencia científica como soporte y poniendo en a la línea de frente los indicadores de resultado o de desempeño clínico, que responden al logro de los objetivos de tratamiento. Se consideraron también aquellos indicadores de proceso y estructura, que de alguna manera reflejan la implementación de las actividades e intervenciones claves identificadas en la ruta o ciclo de atención del paciente y que son determinantes para el logro de estos objetivos fundamentales y que además permiten hacer seguimiento a la implementación de las recomendaciones definidas.

En este enfoque, el set de indicadores para la evaluación del Modelo de Atención se alineó a los propósitos de cada una de las fases del Modelo NEVUS en la siguiente estructura:

- **Indicadores de Resultado:** Evalúan el cumplimiento de los objetivos de tratamiento, reflejando la calidad de la atención en términos de efectividad y seguridad del proceso de atención de los pacientes.

- **Indicadores de Proceso:** Dirigidos a evaluar el proceso de atención y la implementación de las recomendaciones y buenas prácticas determinantes de los resultados u objetivos propuestos.



- **Indicadores de Estructura:** Con el propósito de evaluar la disposición de los recursos y herramientas necesarias para la ejecución de los procesos de atención en el manejo de pacientes.

Igualmente y considerando que la calidad es el pilar fundamental del Modelo de Atención, en el dominio se consideraron sus características y dimensiones en términos de: Accesibilidad/Oportunidad (acceso, oportunidad), Calidad Técnica (efectividad

de la atención, eficiencia de la atención), Seguridad del Paciente y Experiencia de la Atención (percepción, lealtad), se estandarizó la fórmula de medición, las fuentes, objetivos, metas y curvas de mejoramiento, todo lo cual se plasma en las hojas de vida de cada uno de los indicadores que se documentan en los ítems subsecuentes.

INDICADORES

La tabla 18 muestra el consolidado de los indicadores en la estructura metodológica planteada. Se metaforizan teniendo en cuenta sus características en términos de estructura, proceso y resultado, lo que permite a las organizaciones hacer priorización de los elementos del Modelo.

Fase del Modelo	Código del indicador	Nombre del indicador	Tipo de indicador
 <p>NEW PARADIGM SHIFT DETECCIÓN TEMPRANA</p>	NEVUS.01.01	EDUCACIÓN AL PACIENTE: DETECCIÓN PRECOZ	Estructura
	NEVUS.01.02	EDUCACIÓN AL PROFESIONAL DE SALUD: DETECCIÓN PRECOZ	Estructura
	NEVUS.01.03	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN DETECCIÓN PRECOZ	Estructura
	NEVUS.01.04	EFFECTIVIDAD DE LA DETECCIÓN PRECOZ	Resultado
 <p>EARLY APPROACH APROXIMACIÓN INICIAL</p>	NEVUS.02.01	OPORTUNIDAD A LA APROXIMACIÓN INICIAL POR EL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA	Proceso
	NEVUS.02.02	APROXIMACIÓN INICIAL POR EL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA	Estructura
	NEVUS.02.03	TIEMPO DE ENTREGA DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA	Proceso
	NEVUS.02.04	ENTREGA DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA QUE CUMPLA CRITERIOS DE CALIDAD DEFINIDOS POR LA EVIDENCIA	Proceso
	NEVUS.02.05	TIEMPO GLOBAL DE ATENCIÓN POR PARTE DEL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA	Resultado
	NEVUS.02.06	TESTEO MOLECULAR EN ESTUDIOS PATOLÓGICOS DE CUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR LA EVIDENCIA	Proceso



360 VIEW – VISTA 360

NEVUS.03.01	VALORACIÓN Y CONCEPTO BMC (BIOPSIA – MÁRGENES – CIRUGÍA)	Proceso
NEVUS.03.02	VALORACIÓN DE SOBREVIVENCIA AJUSTADA A LA CALIDAD DE VIDA EN MELANOMA	Proceso
NEVUS.03.03	CONOCIMIENTO Y ADOPCIÓN DE LA DECISIÓN DEL PACIENTE EN SU PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN MELANOMA: EXPERIENCIA DEL PACIENTE	Resultado
NEVUS.03.04	PROCESO DE ESTADIFICACIÓN EN MELANOMA	Proceso
NEVUS.03.05	PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE ACUERDO CON EL ESTADIO CLÍNICO EN MELANOMA	Proceso
NEVUS.03.06	ESTADIO CLÍNICO DEL PACIENTE CON MELANOMA	Resultado
NEVUS.03.07	EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN MELANOMA	Estructura
NEVUS.03.08	UNIVERSALIZACIÓN DE TIEMPOS GLOBALES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MELANOMA	Proceso



UNIFIED TREATMENT
TRATAMIENTO UNIFICADO

NEVUS.04.01	INTEGRACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO UNIFICADO	Resultado
NEVUS.04.02	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS	Proceso
NEVUS.04.03	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO CON LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE	Resultado
NEVUS.04.04	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO CON METAS ACORDADAS	Resultado
NEVUS.04.05	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO I	Proceso
NEVUS.04.06	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO II	Proceso
NEVUS.04.07	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO III	Proceso
NEVUS.04.08	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO IV	Proceso
NEVUS.04.09	PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN RECURRENCIA	Proceso

 <p>SUPPORTIVE CARE AND CLINICAL RESULTS SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS</p>	NEVUS.05.01	EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE	Proceso
	NEVUS.05.02	APRENDIZAJE COMPARTIDO	Proceso
	NEVUS.05.03	SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE	Resultado
	NEVUS.05.04	SEGUIMIENTO A LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE	Resultado
	NEVUS.05.05	SEGUIMIENTO AL PLAN TERAPÉUTICO DEL PACIENTE AJUSTADO A LA EXPERIENCIA DEL CUIDADO	Resultado
	NEVUS.05.06	SEGUIMIENTO Y TRAZABILIDAD A LOS INDICADORES DEFINIDOS EN RESULTADOS	Proceso
	NEVUS.05.07	ECONOMÍA DEL MELANOMA	Proceso
	NEVUS.05.08	REFERENCIACIÓN EN MELANOMA	Proceso
	NEVUS.05.09	LIDERAZGO-INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MELANOMA	Proceso

Tabla 18. Indicadores Modelo NEVUS.

REGRESAR 



HOJA DE VIDA DE LOS **INDICADORES**

FASE N

NEW PARADIGM SHIFT | DETECCIÓN TEMPRANA

PROPÓSITO

Fortalecer la implementación de las estrategias de prevención en la población general, que cuentan con evidencia suficiente, para disminuir el riesgo de aparición de cáncer de piel y de manera relevante facilitar la identificación y referenciación de las personas con factores de riesgo o lesiones sospechosas para melanoma a los procesos específicos de evaluación y diagnóstico, eliminando las barreras existentes y garantizando los tiempos de oportunidad.

En términos generales esta fase promueve la gestión del riesgo primario y la identificación temprana de los pacientes con sospecha de melanoma para activar los procesos de atención de tal manera que a los pacientes se les pueda ofrecer en el tiempo y sitio óptimos, una evaluación, diagnóstico y tratamiento correcto, por un equipo multidisciplinario que pueda responder a sus necesidades individuales.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Las fichas técnicas describen los indicadores de la fase, considerados relevantes en el propósito de esta y que son determinantes de resultados en términos de valor para el paciente.

Ficha 1. INDICADOR NEVUS.01.01.: EDUCACIÓN AL PACIENTE: DETECCIÓN PRECOZ.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Educación al paciente: detección precoz	
Código	NEVUS.01.01.	
Justificación	Mide el porcentaje de pacientes que efectivamente contaron con los procesos críticos de educación! - Determinación de población de alto riesgo. - ABCDE o el sistema de valoración definido por el Modelo de Atención. - Examen de piel de cuerpo total. El objeto de este indicador es impactar el conocimiento y generar herramientas que promuevan la individualización del paciente de acuerdo con el riesgo.	
Dominio	Estructura	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes del denominador, en los que se puede demostrar procesos de educación en los procesos críticos.	
Denominador	Número de pacientes responsables del Modelo de Atención en Melanoma.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	Relación porcentual	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.100	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	Registros de programas educativos al personal de la institución.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%	
Estándar meta	100%	
Referencias	• Rastrelli M, Tropea S, Rossi C, Alaibac M. Melanoma Risk Factors. In Vivo. 2014; 28(6): 1005-1012.	

Ficha 2. INDICADOR NEVUS.01.02.: EDUCACIÓN AL PROFESIONAL DE SALUD: DETECCIÓN PRECOZ.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Educación al paciente: detección precoz	
Código	NEVUS.01.02.	
Justificación	Mide el porcentaje de profesionales de la salud que efectivamente contaron con los procesos críticos educativos dentro de su ejercicio clínico en detección precoz! - Valoración estandarizada NEVUS. - Valoración, intervención y educación en factores de riesgo modificables en Melanoma. - Valoración, intervención y educación en factores de riesgo modificables en Melanoma. - Realización de examen de piel de cuerpo total. El objeto de este indicador es impactar las intervenciones en salud de detección precoz en Melanoma por parte de los profesionales de salud (los registros de historia clínica u otras herramientas deben facilitar esta captura con checklists, alertas al profesional que atiende al paciente cuando selecciona un código de diagnóstico relacionado, etc.).	
Dominio	Estructura	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de profesionales del denominador, en los que se puede demostrar que ejecutaron dentro de su valoración los procesos críticos planteados en el indicador.	
Denominador	Número de profesionales de salud participantes del Modelo de Atención en Melanoma enmarcados en actividades de detección precoz.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	Registros de programas educativos al personal de la institución.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%	
Estándar meta	100%	
Referencias	• Rastrelli M, Tropea S, Rossi C, Alaibac M. Melanoma Risk Factors. In Vivo. 2014;28(6):1005-1012.	



Ficha 3. INDICADOR NEVUS.01.03.: EVALUACIÓN SISTEMA DE SALUD EN DETECCIÓN PRECOZ.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Evaluación sistema de salud en detección precoz	
Código	NEVUS.01.03.	
Justificación	Mide el porcentaje de acciones en los cuales el sistema de salud efectivamente intervino, dentro de los procesos críticos definidos en detección precoz - Educación sistemática y transversal. - Definición y medición de tiempos de valor ² . - Constitución y medición de equipos interdisciplinarios primarios. - Medición del mejoramiento ³ . - Referenciación ⁴ . El objeto de este indicador es impactar la variabilidad, equidad y precisión de las actividades en detección precoz entorno a Melanoma.	
Dominio	Estructura	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Porcentaje de cumplimiento de los procesos críticos definidos para la evaluación de sistema de salud en detección precoz. La medición de estos procesos si bien están establecidos para el sistema de salud, estos deben medirse en torno a la ejecución del Modelo de Atención en Melanoma al interior de las organizaciones de salud.	
Denominador	----	
Unidad de medición	Sumatoria relación porcentual de cumplimiento y trazabilidad.	
Factor	%	
Fórmula de cálculo	Número de procesos en los que se puede evidenciar cumplimiento y trazabilidad, cada proceso tiene un peso porcentual del 20%, la sumatoria del número de procesos con cumplimiento y trazabilidad emite el resultado. 0%: no cumple ni cumplimiento ni trazabilidad. 10%: cumple cumplimiento o trazabilidad, pero no las 2. 20%: cumple cumplimiento y trazabilidad.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	Registros de programas educativos al personal de la institución.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	100%	
Estándar meta	100%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Pereira da Veiga CR, Pereira da Veiga C, Drummond-Lage AP, Alves Wainstein AJ, Cristina de Melo A. Journey of the Patient With Melanoma: Understanding Resource Use and Bridging the Gap Between Dermatologist, Surgeon, and Oncologist in Different Health Care Systems. <i>J Glob Oncol.</i> 2019;(5):1-8. doi:10.1200/jgo.19.00022 Elrod JK, Fortenberry JL. Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2017;17(Suppl 1). doi:10.1186/s12913-017-2340-y National Melanoma Tumour Standards Working Group. <i>Standards of Service Provision for Melanoma Patients in New Zealand – Provisional</i>; 2013. 	

Ficha 4. INDICADOR NEVUS.01.04.: EFECTIVIDAD DE LA DETECCIÓN PRECOZ.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Efectividad de la detección precoz	
Código	NEVUS.01.04.	
Justificación	Mide el porcentaje de pacientes de Modelo de Atención, que fueron diagnosticados dentro del proceso de atención con Melanoma como resultado de las estrategias de detección precoz. El objeto de este indicador es evaluar la efectividad de los procesos de detección precoz planteados en el Modelo de Atención ⁵ .	
Dominio	Resultado Efectividad	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes del denominador, en los que se puede demostrar que su diagnóstico resultado de la detección precoz planteada en el Modelo de Atención.	
Denominador	Número de pacientes con diagnóstico de Melanoma dentro del Modelo de Atención.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	Registros de programas educativos al personal de la institución.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	30%	
Estándar meta	100%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> New Zealand Skin Cancer Primary Prevention and Early Detection Strategy 2017 to 2022.; 2017. 	



HOJA DE VIDA DE LOS INDICADORES

FASE E

EARLY APPROACH | APROXIMACIÓN INICIAL

PROPÓSITO

Optimizar el primer contacto entre el paciente y el círculo virtuoso de atención (dermatólogo, cirujano y patólogo) para favorecer un proceso de evaluación y de confirmación del diagnóstico de melanoma de manera oportuna y efectiva. En esta fase se pretende mejorar los tiempos de oportunidad al diagnóstico, eliminando las barreras derivadas de la articulación y complementación de los equipos multidisciplinares y de los servicios y tecnologías de apoyo necesarios para garantizar con certeza el diagnóstico confirmado de melanoma.

Se promueve, además, la búsqueda de acciones para identificar las necesidades individuales del paciente, su familia y cuidadores, en pro de generar y ofrecer soporte, información y acompañamiento al paciente en los momentos de incertidumbre que se generan durante el proceso de diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Considerando que los mejores indicadores en un Modelo de Atención para una condición en salud son los resultados clínicos, se describen los indicadores de la fase intervención, que se consideran relevantes para garantizar los mejores resultados en la atención de los pacientes.

Ficha 5. INDICADOR NEVUS.02.01.: OPORTUNIDAD A LA APROXIMACIÓN INICIAL POR EL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Oportunidad a la aproximación inicial por el Círculo de Valor en Melanoma	
Código	NEVUS.02.01.	
Justificación	Mide el tiempo transcurrido entre la derivación y el contacto efectivo con el círculo de valor en melanoma El objeto de este indicador es medir el tiempo entre la derivación por sospecha de Melanoma y el contacto efectivo con el Círculo de Valor en Melanoma.	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Tiempo promedio al contacto efectivo por parte del paciente con el círculo de valor en melanoma desde el momento de la derivación.	
Denominador	-----	
Unidad de medición	Promedio en días	
Factor	Días	
Fórmula de cálculo	Sumatoria de tiempo entre la derivación y el contacto efectivo por parte del paciente con el círculo de valor en Melanoma.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	-----
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará el tiempo de oportunidad para la atención por parte del Círculo de Valor en Melanoma, medido desde el momento de la derivación hasta el contacto efectivo con el/los profesional(es) del Círculo de Valor en Melanoma.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	14 días ⁵	
Estándar meta	98%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>New Zealand Skin Cancer Primary Prevention and Early Detection Strategy 2017 to 2022.</i>; 2017. 	

Ficha 6. INDICADOR NEVUS.02.02.: APROXIMACIÓN INICIAL POR EL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Aproximación inicial por el Círculo de Valor en Melanoma	
Código	NEVUS.02.02.	
Justificación	Mide el porcentaje de pacientes que contaron con una aproximación inicial por parte del Círculo de Valor en Melanoma. - Dermatología - Cirugía Oncológica - Patología El objeto de este indicador es garantizar una aproximación inicial dentro de la estructura de un OSC ⁶ .	
Dominio	Estructura	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de pacientes del denominador, en los que se puede demostrar que su aproximación inicial fue realizada en torno a la estrategia del Círculo de Valor en Melanoma.	
Denominador	Número total de paciente valorados dentro de la aproximación inicial con sospecha de Melanoma.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	Registros de programas educativos al personal de la institución.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará el porcentaje de valoraciones realizadas dentro de la aproximación inicial por parte del círculo de valor en melanoma, así como el comportamiento del indicador, esto como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	100%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Páez A, Redondo E, Sáenz J, Marín M, Juárez N, Durán M. The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department. 2011;37(5):623-629. 	

Ficha 7. INDICADOR NEVUS.02.03.: TIEMPO DE ENTREGA DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Tiempo de entrega de estudio de patología	
Código	NEVUS.02.03.	
Justificación	<p>Mide el tiempo transcurrido entre la toma de la biopsia y la entrega del resultado patológico.</p> <p>El objeto de este indicador es medir el tiempo entre la toma de la biopsia y la entrega del reporte patológico al paciente y a los profesionales del Círculo de Valor en Melanoma.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Tiempo promedio entre la toma de la biopsia y la entrega del resultado patológico al paciente y a los profesionales del Círculo de Valor en Melanoma.	
Denominador	----	
Unidad de medición	Promedio en días	
Factor	Días	
Fórmula de cálculo	Sumatorio de tiempo promedio entre la toma de la biopsia y la entrega del resultado patológico al paciente y a los profesionales del Círculo de Valor en Melanoma.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	----
Fuente primaria	Libro/registros de programas educativos al personal de la institución.	
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará el tiempo de oportunidad al reporte de la biopsia para el paciente y el Círculo de Valor en Melanoma, medido desde el momento de la toma de la biopsia hasta la entrega del reporte para el paciente y los profesionales de Círculo de Valor en Melanoma.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	14 días ⁵	
Estándar meta	98%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • <i>New Zealand Skin Cancer Primary Prevention and Early Detection Strategy 2017 to 2022</i>; 2017. 	

Ficha 8. INDICADOR NEVUS.02.04.: ENTREGA DE ESTUDIO DE PATOLOGÍA QUE CUMPLA CRITERIOS DE CALIDAD DEFINIDOS POR LA EVIDENCIA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Entrega de estudio de patología que cumpla criterios de calidad definidos por la evidencia	
Código	NEVUS.02.04.	
Justificación	<p>Mide la calidad del estudio y resultado patológico en Melanoma.</p> <p>El objetivo de este indicador es evaluar la calidad del resultado patológico frente a lo definido por la evidencia, los procesos definidos por la institución y el Modelo de Atención en Melanoma.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de reportes del denominador que cumplieron con los requerimientos definidos por el modelo de atención.	
Denominador	Número total de reportes de patología en melanoma.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará la relación porcentual de reportes de patología en Melanoma que cumplen con los lineamientos definidos por el Modelo de Atención de calidad y de alto valor en salud, que permitan el mejor resultado posible para el paciente ⁷ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	95%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Dowling J, McGregor SP. Update on Current Treatment Recommendations for Primary Cutaneous Melanoma. <i>Dermatol Clin.</i> 2020;37(4):397-407. doi:10.1016/j.det.2019.06.001 	



Ficha 9. INDICADOR NEVUS.02.05.: TIEMPO GLOBAL DE ATENCIÓN POR PARTE DEL CÍRCULO DE VALOR EN MELANOMA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Tiempo global de atención por parte del Círculo de Valor en Melanoma para confirmación diagnóstica.	
Código	NEVUS.02.05.	
Justificación	<p>Mide el tiempo global de atención desde el primer contacto del paciente con el Círculo de Valor en Melanoma hasta el contacto del paciente nuevamente con el Círculo de Valor en Melanoma con el reporte de patología.</p> <p>El objeto de este indicador es medir el tiempo global de atención de la aproximación inicial.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Tiempo promedio entre el primer contacto del paciente con el Círculo de Valor en Melanoma y en el contacto del paciente con el Círculo de Valor con el resultado de la patología.	
Denominador	----	
Unidad de medición	Promedio en días	
Factor	Días	
Fórmula de cálculo	Sumatorio de tiempo promedio entre el primer contacto del paciente con el Círculo de Valor en Melanoma y en el contacto del paciente con el Círculo de Valor con el resultado de la patología.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	----
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrará el tiempo de oportunidad al reporte de la biopsia para el paciente y el Círculo de Valor en Melanoma, medido desde el momento de la toma de la biopsia hasta la entrega del reporte para el paciente y los profesionales de Círculo de Valor en Melanoma.	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	30 días ⁵	
Estándar meta	98%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • New Zealand Skin Cancer Primary Prevention and Early Detection Strategy 2017 to 2022.; 2017. 	

Ficha 10. INDICADOR NEVUS.02.06.: TESTEO MOLECULAR EN ESTUDIOS PATOLÓGICOS DE CUERDO A LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR LA EVIDENCIA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Testeo molecular en estudios patológicos de cuerdo a los criterios definidos por la evidencia.	
Código	NEVUS.02.06.	
Justificación	<p>Mide el porcentaje de estudios patológicos en los que se realizaron y reportaron estudios moleculares de acuerdo a los criterios definidos por la evidencia.</p> <p>El objeto de este indicador es medir el porcentaje de estudios patológicos que cuentan con estudios moleculares en estrecha relación con la mejor evidencia disponible.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Numero de estudios patológicos del denominador en los que se realizaron y reportaron estudios moleculares de acuerdo a los criterios definidos por la evidencia.	
Denominador	Numero de estudios patológicos realizados por el círculo de valor en melanoma.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	----
Fuente primaria	Registros de programas educativos al personal de la institución.	
Periodicidad recomendada de generación de la información	Trimestral	Trimestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registra el porcentaje de estudios patológicos realizados por la institución que contaron con estudios moleculares de acuerdo con la mejor evidencia disponible, así como el análisis causal de los resultados (125).	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • A. S. Terrón, "R ecomendaciones del Introducción," pp. 53-67, 2015 	



HOJA DE VIDA DE LOS INDICADORES

FASE V

360 VIEW | DIAGNÓSTICO/TARGET E

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

PROPÓSITO

La tercera fase de NEVUS busca generar una individualización del paciente basada en una aproximación diagnóstica de precisión, que permita hacer una adecuada caracterización del paciente, sus riesgos, factores pronósticos, estadio de la enfermedad, perfil citogenético y demás condiciones funcionales, de calidad de vida y de necesidades particulares (gustos y preferencias), que en conjunto deben considerarse para promover la elaboración, coordinación y despliegue de un plan terapéutico estandarizado, especializado y específico para las individualidades y necesidades de cada paciente, en el objetivo de lograr unos resultados comparables con los de la evidencia científica disponible y la mejor experiencia posible del paciente, su familia y cuidadores con el proceso de atención.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Las hojas de vida describen los indicadores, estándares de medición, para evaluar el desempeño de los procesos de la fase.

NEVUS
MODELO



Ficha 11. INDICADOR NEVUS.03.01.: VALORACIÓN Y CONCEPTO BMC (BIOPSIA – MÁRGENES – CIRUGÍA).

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Valoración y concepto BMC (Biopsia – Márgenes – Cirugía)															
Código	NEVUS.03.01.															
Justificación	Mide la valoración y concepto por parte del equipo multidisciplinario del proceso realizado en la fase de aproximación inicial, así como la valoración de márgenes quirúrgicos y la necesidad de procedimientos quirúrgicos complementarios.															
Dominio	El objetivo de este indicador es garantizar que el todo el proceso alrededor de la toma de biopsia, resultado de patología, márgenes y procedimientos quirúrgicos complementarios son valorados y analizados dentro del equipo multidisciplinario en el protocolo diagnóstico. Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número de reportes del denominador que cumplieron con los requerimientos, criterios y análisis definidos por el modelo de atención como BMC.															
Denominador	Número total de reportes de biopsias valoradas por el equipo multidisciplinario en Melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica	Registros de reportes de patología/Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica	Registros de reportes de patología/Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo la relación porcentual de biopsias que fueron evaluadas de acuerdo a los planteamientos propuestos por el modelo de atención dentro del concepto BMC (Biopsia – Márgenes – Cirugía) ⁹ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	98%															
Referencias	• National Comprehensive Cancer Network. <i>Cutaneous Melanoma: NCCN Evidence Blocks</i> ; 2019.															

Ficha 12. INDICADOR NEVUS.03.02.: VALORACIÓN DE SOBREVIDA AJUSTADA A LA CALIDAD DE VIDA EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Valoración de sobrevida ajustada a la calidad de vida en Melanoma.															
Código	NEVUS.03.02.															
Justificación	Mide la evaluación y análisis generado por el equipo multidisciplinario en Melanoma como resultado de la valoración de la sobrevida de la paciente ajustada a la calidad de vida de acuerdo con las herramientas de medición avaladas por la institución. El objeto de este indicador es garantizar que todo paciente como parte de su proceso diagnóstico en Melanoma cuente con un concepto de su sobrevida ajustada a la calidad de vida.															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador que contaron dentro de su proceso diagnóstico con una valoración y análisis de la sobrevida ajustada a su calidad de vida como parte de su protocolo diagnóstico, resultado que es de completo conocimiento y comprensión por parte del paciente.															
Denominador	Número total de pacientes valorados por el equipo multidisciplinario en Melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo la relación porcentual se busca que la institución realice de forma sistemática dentro de su proceso diagnóstico en melanoma la valoración de la sobrevida ajustada a la calidad de vida, con herramientas validadas y estandarizadas para esta condición de salud, con métricas y datos de su ejecución ¹⁰ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	98%															
Referencias	• PHYSICAL WELL-BEING SOCIAL / FAMILY WELL-BEING FACT-M (Version 4) EMOTIONAL WELL-BEING FUNCTIONAL WELL-BEING. 2007;(November):7-10															

Ficha 13. INDICADOR NEVUS.03.03.: CONOCIMIENTO Y ADOPCIÓN DE LA DECISIÓN DEL PACIENTE EN SU PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN MELANOMA: EXPERIENCIA DEL PACIENTE.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Conocimiento y adopción de la decisión del paciente en su proceso diagnóstico y terapéutico en Melanoma: experiencia del paciente.															
Código	NEVUS.03.03.															
Justificación	Mide la incorporación y análisis dentro del proceso diagnóstico en Melanoma de las decisiones, gustos, preferencias y expectativas del paciente para su proceso diagnóstico y terapéutico dentro del grupo multidisciplinario. El objetivo de este indicador es garantizar que las decisiones, gustos, preferencias y expectativas del paciente están inmersas y contempladas en el plan diagnóstico y terapéutico del paciente con Melanoma.															
Dominio	Resultado															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar la inclusión de la experiencia del paciente dentro del plan diagnóstico emitido por el equipo multidisciplinario.															
Denominador	Número total de pacientes valorados por el equipo multidisciplinario en Melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	$\text{Numerador/Denominador} * 100$ (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la presencia dentro del plan diagnóstico de la experiencia del paciente, y en qué medida la decisión impartida por el equipo multidisciplinario responde a esta experiencia del paciente ⁹ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	98%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Elrod JK, Fortenberry JL. Centers of excellence in healthcare institutions: What they are and how to assemble them. BMC Health Serv Res. 2017;17(Suppl 1). doi:10.1186/s12913-017-2340-y 															

Ficha 14. INDICADOR NEVUS.03.04.: PROCESO DE ESTADIFICACIÓN EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Proceso de estadificación en melanoma															
Código	NEVUS.03.04.															
Justificación	Evalúa y analiza el grado de estandarización del proceso diagnóstico en Melanoma por parte de equipo multidisciplinario que asegura que todo diagnóstico de Melanoma posea un estadio clínico de la enfermedad. El objeto de este indicador es garantizar que todo diagnóstico de Melanoma cuente con un estadio clínico de la enfermedad como requisito mínimo del equipo multidisciplinario.															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar la definición de un estadio clínico de la enfermedad.															
Denominador	Número total de pacientes valorados por el equipo multidisciplinario en melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	$\text{Numerador/Denominador} * 100$ (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará el proceso diagnóstico, justificación, análisis y documentación que llevo a emitir un estadio clínico en melanoma por parte del equipo multidisciplinario ⁹ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	98%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> National Comprehensive Cancer Network. <i>Cutaneous Melanoma: NCCN Evidence Blocks</i>; 2019. 															



Ficha 15. INDICADOR NEVUS.03.05.: PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE ACUERDO CON EL ESTADIO CLÍNICO EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Protocolo diagnóstico de acuerdo con el estadio clínico en Melanoma.															
Código	NEVUS.03.05.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza el grado de estandarización y alineación con la evidencia médica disponible, por parte del protocolo diagnóstico realizado por el equipo multidisciplinario y los estudios y procesos derivados de dicha estadificación.</p> <p>El objeto de este indicador es asegurar la entrega de un proceso diagnóstico estandarizado, acorde a la mejor evidencia disponible y acorde con las directrices dadas por la literatura para el estadio clínico definido de la enfermedad.</p>															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar la definición de un estadio clínico de la enfermedad con estudios diagnósticos acordes para su estadio clínico de acuerdo con la mejor evidencia médica disponible.															
Denominador	Número total de pacientes valorados por el equipo multidisciplinario en Melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la estandarización del equipo multidisciplinario con respecto a los estudios realizados de acuerdo al estadio clínico de la enfermedad y la justificación de los mismos ⁹ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	98%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> National Comprehensive Cancer Network. <i>Cutaneous Melanoma: NCCN Evidence Blocks</i>; 2019. 															

Ficha 16. INDICADOR NEVUS.03.06.: ESTADIO CLÍNICO DEL PACIENTE CON MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Estadio clínico del paciente con Melanoma															
Código	NEVUS.03.06.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza el grado de estandarización del proceso diagnóstico en Melanoma por parte de equipo multidisciplinario que asegura que todo paciente junto al concepto del estadio clínico de la enfermedad tiene igualmente una valoración y concepto de sus comorbilidades, factores de riesgo y necesidad de estudios genéticos complementarios¹¹.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar que todo paciente con Melanoma cuenta con una aproximación de su condición de salud más allá del estadio clínico de su condición oncológica, y que esta responde a la condición global del paciente.</p>															
Dominio	Resultado															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar la definición de un estadio clínico del paciente con melanoma de acuerdo con las recomendaciones emitidas por el Protocolo Atalaya.															
Denominador	Número total de pacientes valorados por el equipo multidisciplinario en Melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> <td>Registros de reportes de patología/Historia clínica.</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> <td>Pagador de salud/Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la estandarización del equipo multidisciplinario para la entrega de un concepto del estadio clínico del paciente de acuerdo con las consideraciones, recomendaciones y lineamientos dados por el Modelo de Atención y el Protocolo Atalaya.															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	90%															
Estándar meta	95%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Pathways N, Pathways N, Pathway N. Melanoma overview. 2020;(November 2019):1-8. 															



Ficha 17. INDICADOR NEVUS.03.07.: EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS EN EL PROCESO DIAGNOSTICO EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Equipos multidisciplinario en proceso diagnostico en melanoma.	
Código	NEVUS.03.07.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza la consecución de un proceso diagnóstico en melanoma como resultado de la valoración, análisis, concepto y conductas por parte de un equipo multidisciplinario construido y conformado para el paciente con Melanoma.</p> <p>El objeto de este indicador es promover que el ejercicio diagnóstico en los pacientes con Melanoma resulte de un cuidadoso proceso de valoración, análisis y expedición de conductas por un equipo multidisciplinario enfocado en melanoma, que garantice la participación del paciente dentro de este proceso diagnóstico.</p>	
Dominio	Estructura	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar que el proceso diagnóstico de la enfermedad se dio como resultado del análisis, valoración y posterior expedición de conductas por un equipo multidisciplinario constituido para melanoma.	
Denominador	Número total de pacientes con diagnóstico y estadificación en melanoma manejados por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará el número de pacientes que cuentan con un diagnóstico y estadificación en Melanoma como resultado de una intervención multidisciplinaria por un grupo constituido específicamente para la enfermedad ^{1,2} .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Australian Cancer Network Melanoma Guidelines. <i>Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009)</i>; 2009. 	

Ficha 18. INDICADOR NEVUS.03.08.: UNIVERSALIZACIÓN DE TIEMPOS GLOBALES DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Universalización de tiempos globales diagnósticos y terapéuticos en Melanoma.	
Código	NEVUS.03.08.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el conocimiento, entendimiento y justificación de los tiempos globales diagnósticos y terapéuticos del paciente con Melanoma, tanto por el equipo multidisciplinario como por el paciente y su red de cuidado.</p> <p>El objeto de este indicador es promover la globalización de la información y entendimiento con respecto a las indicaciones, justificación, procesos, y procedimientos que dan el tiempo global de diagnóstico y tratamiento en el paciente con Melanoma tanto por el equipo multidisciplinario como por el paciente y su red de apoyo.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar y evidenciar la universalización de los tiempos globales de diagnóstico y tratamiento de acuerdo con las recomendaciones y planteamientos dados por el Modelo de Atención y el Protocolo Atalaya.	
Denominador	Número total de pacientes con diagnóstico y estadificación en melanoma manejados por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de reportes de patología/Historia clínica.	Registros de reportes de patología/Historia clínica.
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Pagador de salud/Institución de salud	Pagador de salud/Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la universalización y comprensión de los tiempos definidos para el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente con Melanoma de acuerdo con la mejor evidencia disponible y los acuerdos entre el equipo multidisciplinario y el paciente entorno a un Modelo de Atención centrado en el paciente ⁴ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> National Melanoma Tumour Standards Working Group. <i>Standards of Service Provision for Melanoma Patients in New Zealand – Provisional</i>; 2013. 	



HOJA DE VIDA DE LOS **INDICADORES**

FASE U

UNIFIED TREATMENT

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

PROPÓSITO

Garantizar que las actividades, herramientas y acciones realizadas dentro del protocolo Atalaya, sean recogidas, analizadas y evaluadas en el momento de definir un plan de tratamiento unificado, en donde bajo las virtudes de la que hemos denominado Matriz Cooper 2.0, se desarrolle un ejercicio de planeación del mejor tratamiento en melanoma posible, que responda a la mejor evidencia disponible, se nutra con la experiencia del paciente y que permita al final del proceso entregar un manejo holístico concebido en el entorno de un equipo clínico multidisciplinario. En esta fase se pretende cohesionar los procesos diagnósticos y terapéuticos alrededor del paciente, demostrando la participación, voz y voto de este dentro de la definición de su plan de tratamiento en melanoma.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Las hojas de vida describen los indicadores propuestos para la fase.

Ficha 19. INDICADOR NEVUS.04.01.: INTEGRACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y EL PLAN DE TRATAMIENTO UNIFICADO.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Integración del proceso diagnóstico y el plan de tratamiento unificado.															
Código	NEVUS.04.01.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza la integralidad entre el proceso diagnóstico y el terapéutico.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico coherente y cohesionado con el proceso diagnóstico, donde se promueva la eliminación de tiempos de no valor o reprocesos.</p>															
Dominio	Resultado															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar que su proceso diagnóstico responde a su plan de tratamiento de acuerdo con la mejor evidencia y los lineamientos de la institución.															
Denominador	Número total de pacientes con un proceso diagnóstico y un plan de tratamiento en melanoma realizados por la institución de salud.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la cohesión y estandarización de los procesos diagnósticos y terapéuticos del paciente con Melanoma de acuerdo con la mejor evidencia disponible ¹² .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%															
Estándar meta	90%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Australian Cancer Network Melanoma Guidelines. <i>Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009)</i>; 2009. 															

Ficha 20. INDICADOR NEVUS.04.02.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO POR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Procesos de tratamiento unificado por equipos multidisciplinares.															
Código	NEVUS.04.02.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza la entrega de un plan de tratamiento entorno a un equipo multidisciplinario.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico como resultado de un equipo multidisciplinario pensado desde las necesidades y expectativas del paciente.</p>															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar que su plan de tratamiento fue realizado por un equipo multidisciplinario bajo la estructura de un modelo de atención en melanoma.															
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Mensual</td> <td>Mensual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico para el paciente como resultado de un equipo multidisciplinario dentro de un modelo de atención en melanoma ¹² .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%															
Estándar meta	90%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Australian Cancer Network Melanoma Guidelines. <i>Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009)</i>; 2009. 															



Ficha 21. INDICADOR NEVUS.04.03.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO CON LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado con la experiencia del paciente.	
Código	NEVUS.04.03.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza la entrega de un plan de tratamiento en donde la experiencia del paciente este inmersa.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico que considere, evalúe e incluya la experiencia del paciente entorno a su enfermedad.</p>	
Dominio	Resultado	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar que su plan de tratamiento considero, evaluó e incluyo la experiencia del paciente.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico para el paciente como resultado de un equipo multidisciplinario dentro de un modelo de atención en melanoma ² .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • C. R. Pereira da Veiga, C. Pereira da Veiga, A. P. Drummond-Lage, A. J. Alves Wainstein, and A. Cristina de Melo, "Journey of the Patient With Melanoma: Understanding Resource Use and Bridging the Gap Between Dermatologist, Surgeon, and Oncologist in Different Health Care Systems," J. Glob. Oncol., no. 5, pp. 1–8, 2019, doi: 10.1200/jgo.19.00022. 	

Ficha 22. INDICADOR NEVUS.04.04.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO CON METAS ACORDADAS.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado con metas acordadas.	
Código	NEVUS.04.04.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza la entrega de un plan de tratamiento en donde la estrategia de metas acordadas de la Matriz Cooper 2.0 es ejecutada.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico en donde la estrategia de metas acordadas es implementada dentro del plan terapéutico del paciente.</p>	
Dominio	Resultado	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar la implementación de la estrategia de metas acordadas dentro del plan de tratamiento en melanoma.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ² .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • C. R. Pereira da Veiga, C. Pereira da Veiga, A. P. Drummond-Lage, A. J. Alves Wainstein, and A. Cristina de Melo, "Journey of the Patient With Melanoma: Understanding Resource Use and Bridging the Gap Between Dermatologist, Surgeon, and Oncologist in Different Health Care Systems," J. Glob. Oncol., no. 5, pp. 1–8, 2019, doi: 10.1200/jgo.19.00022. 	



Ficha 23. INDICADOR NEVUS.04.05.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO I.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado en estadio I	
Código	NEVUS.04.05.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el proceso terapéutico unificado en el estadio I bajo los lineamientos de la Matriz Cooper 2.0.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico unificado en el estadio I en melanoma bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio I bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud en estadio I.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹³¹¹ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • N. Pathways, N. Pathways, and N. Pathway, "Melanoma overview," no. November 2019, pp. 1–8, 2020. • K. Ramalingam, "Staging Melanoma What 's Old and New," Surg. Clin. NA, 2019, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.007. 	

Ficha 24. INDICADOR NEVUS.04.06.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO II.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado en estadio II	
Código	NEVUS.04.06.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el proceso terapéutico unificado en el estadio II bajo los lineamientos de la Matriz Cooper 2.0.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico unificado en el estadio II en melanoma bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio II bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud en estadio II.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹³¹¹ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • N. Pathways, N. Pathways, and N. Pathway, "Melanoma overview," no. November 2019, pp. 1–8, 2020. • K. Ramalingam, "Staging Melanoma What 's Old and New," Surg. Clin. NA, 2019, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.007. 	

Ficha 25. INDICADOR NEVUS.04.07.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO III.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado en estadio III	
Código	NEVUS.04.07.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el proceso terapéutico unificado en el estadio III bajo los lineamientos de la Matriz Cooper 2.0.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico unificado en el estadio III en melanoma bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio III bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud en estadio III.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹³¹¹ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • N. Pathways, N. Pathways, and N. Pathway, "Melanoma overview," no. November 2019, pp. 1–8, 2020. • K. Ramalingam, "Staging Melanoma What 's Old and New," Surg. Clin. NA, 2019, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.007. 	

Ficha 26. INDICADOR NEVUS.04.08.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN ESTADIO IV.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado en estadio IV	
Código	NEVUS.04.08.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el proceso terapéutico unificado en el estadio IV bajo los lineamientos de la Matriz Cooper 2.0.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico unificado en el estadio IV en melanoma bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en estadio IV bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud en estadio IV.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹³¹¹ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • N. Pathways, N. Pathways, and N. Pathway, "Melanoma overview," no. November 2019, pp. 1–8, 2020. • K. Ramalingam, "Staging Melanoma What 's Old and New," Surg. Clin. NA, 2019, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.007. 	



Ficha 27. INDICADOR NEVUS.04.09.: PROCESOS DE TRATAMIENTO UNIFICADO EN RECURRENCIA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Procesos de tratamiento unificado en recurrencia	
Código	NEVUS.04.09.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza el proceso terapéutico unificado en el estadio recurrencia bajo los lineamientos de la Matriz Cooper 2.0.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso terapéutico unificado en recurrencia en melanoma bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento unificado en recurrencia bajo los principios de la Matriz Cooper 2.0.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud en recurrencia.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹³¹¹ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • N. Pathways, N. Pathways, and N. Pathway, "Melanoma overview," no. November 2019, pp. 1–8, 2020. • K. Ramalingam, "Staging Melanoma What 's Old and New," Surg. Clin. NA, 2019, doi: 10.1016/j.suc.2019.09.007. 	

HOJA DE VIDA DE LOS **INDICADORES**

FASE S

CARE AND CLINICAL RESULTS | SEGUIMIENTO Y CUIDADO INTEGRAL Y EDUCACIÓN Y RESULTADOS

PROPÓSITO

Asegurar un proceso estandarizado, unificado, soportado en la mejor evidencia disponible, y centrado en el paciente, que permita la valoración, medición, evaluación, seguimiento y transformación de los resultados clínicos en melanoma y el soporte del cuidado en esta condición específica en salud, bajo una estrategia en la atención que permita no solo el mejoramiento de los resultados en salud en los pacientes sino que contribuya a que las organizaciones, instituciones en salud y el sistema en general cuenten con lineamientos que promuevan un proceso de atención en melanoma bajo los más altos estándares de calidad y excelencia en salud.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Las hojas de vida describen los indicadores propuestos para la fase.

Ficha 28. INDICADOR NEVUS.05.01.: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Educación terapéutica del paciente	
Código	NEVUS.05.01.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza que el proceso de atención en melanoma se da siguiendo las recomendaciones de educación terapéutica del paciente impartidas por la organización mundial de la salud (OMS) y consideradas por la Estrategia Artemisa.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso de atención centrado en el paciente.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de pacientes del denominador en los que se puede demostrar un plan de tratamiento que cumple los lineamientos y recomendaciones de educación terapéutica del paciente emitidas por la Estrategia Artemisa.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma con la inclusión de la estrategia de metas acordadas ¹⁴ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> M. G. Rubio, P. Joslin, R. Daniel, E. Roma, J. Pirart, and R. Silvestrini, "Educación terapéutica básica," vol. 07, pp. 5–10, 2016. 	

Ficha 29. INDICADOR NEVUS.05.02.: APRENDIZAJE COMPARTIDO.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Aprendizaje compartido	
Código	NEVUS.05.02.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza que el proceso de atención en melanoma contiene los lineamientos de aprendizaje compartido contenidos en la Estrategia Artemisa</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso crecimiento por parte del modelo de atención como fruto del aprendizaje de la organización.</p>	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Nuevo total de evaluaciones tanto al paciente y al talento humano integrante del equipo multidisciplinario en melanoma.	
Denominador	Nuevo total de evaluaciones hechas al paciente y al talento humano integrante del equipo multidisciplinario en melanoma.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará en qué medida los procesos de evaluación y aprendizaje se ejecutan de forma bidireccional (paciente –prestador de la atención) ¹⁴ .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> M. G. Rubio, P. Joslin, R. Daniel, E. Roma, J. Pirart, and R. Silvestrini, "Educación terapéutica básica," vol. 07, pp. 5–10, 2016. 	



Ficha 30. INDICADOR NEVUS.05.03.: SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Seguimiento a la calidad de vida del paciente															
Código	NEVUS.05.03.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza que entorno a la Estrategia Artemisa se garantice y se sistematice el seguimiento, valoración y medición de la calidad de vida del paciente con melanoma en sus distintos estadios.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar que dentro del modelo de atención la valoración y seguimiento de la calidad de vida se de forma sistemática y constante durante todo el proceso de atención del paciente.</p>															
Dominio	Resultado															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Nuevo total de pacientes del denominador que cuentan con valoración de su calidad de vida como parte de su proceso de atención en melanoma de acuerdo con la herramienta definida por la organización, en donde esta valoración es actualizada por lo menos de forma semestral.															
Denominador	Número total de pacientes del modelo de atención en melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Semestral</td> <td>Semestral</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Semestral	Semestral	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Semestral	Semestral														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la valoración de la calidad de vida de los pacientes por parte del modelo de atención, valoración que deberá estar segregada de acuerdo con los distintos estadios clínicos de la enfermedad ¹⁵ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%															
Estándar meta	90%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> B. Guide, "The National Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme." 															

Ficha 31. INDICADOR NEVUS.05.04.: SEGUIMIENTO A LA SOBREVIDA DEL PACIENTE.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Seguimiento a la sobrevida del paciente															
Código	NEVUS.05.04.															
Justificación	<p>Evalúa y analiza que entorno a la Estrategia Artemisa se garantice y se sistematice el seguimiento, valoración y medición de la sobrevida del del paciente con melanoma en sus distintos estadios.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar que dentro del modelo de atención la valoración y seguimiento de la sobrevida se de forma sistemática y constante durante todo el proceso de atención del paciente.</p>															
Dominio	Resultado															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Nuevo total de pacientes del denominador que cuentan con valoración de su sobrevida como parte de su proceso de atención en melanoma de acuerdo con la herramienta definida por la organización, en donde esta valoración es actualizada por lo menos de forma semestral.															
Denominador	Número total de pacientes del modelo de atención en melanoma.															
Unidad de medición	Relación porcentual															
Factor	100															
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Semestral</td> <td>Semestral</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Semestral	Semestral	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Semestral	Semestral														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la valoración de la sobrevida de los pacientes por parte del modelo de atención, valoración que deberá estar segregada de acuerdo con los distintos estadios clínicos de la enfermedad ¹⁵ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%															
Estándar meta	90%															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> B. Guide, "The National Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme." 															



Ficha 32. INDICADOR NEVUS.05.05.: SEGUIMIENTO AL PLAN TERAPÉUTICO DEL PACIENTE AJUSTADO A LA EXPERIENCIA DEL CUIDADO.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Seguimiento al plan terapéutico del paciente ajustado a la experiencia del cuidado.	
Código	NEVUS.05.05.	
Justificación	<p>Evalúa y analiza que el plan terapéutico del paciente con melanoma se da como resultado de un proceso compartido entre el paciente y el modelo de atención, donde se logra evidenciar la participación del paciente dentro de toda la ruta de atención.</p> <p>El objeto de este indicador es garantizar un proceso de atención centrado en el paciente.</p>	
Dominio	Resultado	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total del denominador en los que se puede demostrar que el paciente hizo parte activa de su plan terapéutico, y que este responde a sus gustos y preferencias.	
Denominador	Número total de pacientes con un plan de tratamiento en melanoma emitido por la institución de salud.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará la entrega de un plan terapéutico en melanoma bajo el principio de experiencia compartida ^{14 15} .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • M. G. Rubio, P. Joslin, R. Daniel, E. Roma, J. Pirart, and R. Silvestrini, "Educación terapéutica básica," vol. 07, pp. 5–10, 2016. • B. Guide, "The National Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme." 	

Ficha 33. INDICADOR NEVUS.05.06.: SEGUIMIENTO Y TRAZABILIDAD A LOS INDICADORES DEFINIDOS EN RESULTADOS.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Seguimiento y trazabilidad a los indicadores definidos en resultados.	
Código	NEVUS.05.06.	
Justificación	<p>Busca garantizar el cumplimiento y sistematicidad en la medicación de los indicadores planteados por la Estrategia Artemisa en el punto de resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de biopsias para diagnóstico definitivo - Número de pacientes con planes multidisciplinarios en estadios I, II, III, IV - Número de procedimientos y estudios reprocesados - Número de efectos adversos al plan terapéutico del paciente - Tiempo del diagnóstico al tratamiento en estadios I, II, III, IV - Numero de hospitalizaciones no planeadas - Valoración de calidad de vida en el paciente con melanoma en estadios I, II, III, IV - Lugar de la muerte de los pacientes con melanoma del modelo de atención. - Valoración de la sobrevida ajustada a la calidad de vida en melanoma en estadios I, II, III, IV - Porcentaje de pacientes diagnosticados en estadios I, II, III, IV - Número de años de seguimiento en estadios I, II, III, IV - Porcentaje de pacientes con recurrencia 	
Dominio	Resultado	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de indicadores del denominador que cuentan con procesos de medición, evaluación, análisis y trazabilidad por parte del modelo de atención.	
Denominador	Número total de indicadores de la Estrategia Artemisa planteados en el punto de resultados.	
Unidad de medición	Relación porcentual	
Factor	100	
Fórmula de cálculo	Numerador/Denominador * 100 (Factor). El resultado se presenta en una cifra decimal.	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Mensual	Mensual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará no solo el cumplimiento en la medición de los indicadores propuestos por la Estrategia Artemisa, sino su análisis y trazabilidad ^{14 15} .	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	80%	
Estándar meta	90%	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • M. G. Rubio, P. Joslin, R. Daniel, E. Roma, J. Pirart, and R. Silvestrini, "Educación terapéutica básica," vol. 07, pp. 5–10, 2016. • B. Guide, "The National Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme." 	



Ficha 34. INDICADOR NEVUS.05.07.: ECONOMÍA DEL MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Economía del Melanoma															
Código	NEVUS.05.07.															
Justificación	Pretende que las organizaciones de salud midan, conozcan, mejoren y optimicen los costos alrededor del manejo integral del melanoma, bajo la premisa del mejor desempeño clínico posible en el paciente.															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Costo promedio de la atención de acuerdo con el estadio del paciente de acuerdo con plan de tratamiento definido por la organización (este valor promedio deberá tenerse por cada estadio)															
Denominador	-															
Unidad de medición	Unidad monetaria del país															
Factor	Moneda del país															
Fórmula de cálculo	Costo promedio de la atención por cada estadio clínico en melanoma dentro de la organización.															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Anual</td> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Anual	Anual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Anual	Anual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se pretende que la organización tenga claridad sobre el costo promedio de la atención del paciente con melanoma de acuerdo con cada estadio clínico de la enfermedad dentro de la organización ¹⁶ .															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	NA															
Estándar meta	NA															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • P. Serra-arbeloa, Á. O. Rabines-juárez, and M. S. Á. F. Guillén-grima, "Estudio descriptivo de costes en melanoma cutáneo de diferentes estadios," <i>Actas dermosifiliográficas</i>, vol. 108, no. 3, pp. 229–236, 2019, doi: 10.1016/j.ad.2016.09.010. 															

Ficha 35. INDICADOR NEVUS.05.07.: REFERENCIACIÓN EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES																
Nombre	Referenciación en melanoma															
Código	NEVUS.05.07.															
Justificación	Busca promover que la organización en salud alrededor del manejo integral del melanoma tenga, consolide, promueva y mejore procesos de referenciación en la entidad que les permita mejorar sus resultados en salud.															
Dominio	Proceso															
DEFINICIÓN OPERACIONAL																
Numerador	Número total de procesos de referenciación realizados por la organización entorno a melanoma. Nota: en este indicador se deberá aclarar cuantos procesos de referenciación fueron nacionales y cuantos internacionales y la razón por la que se realizó el proceso de referenciación con la institución, organización o entidad seleccionada															
Denominador	--															
Unidad de medición	Numero de institución, organizaciones o entidades															
Factor	NA															
Fórmula de cálculo	--															
VARIABLES																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Numerador</th> <th>Denominador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Origen de la información</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> <tr> <td>Fuente primaria</td> <td>Registros de Historia clínica</td> <td>Registros de Historia clínica</td> </tr> <tr> <td>Periodicidad recomendada de generación de la información</td> <td>Anual</td> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</td> <td>Institución de salud</td> <td>Institución de salud</td> </tr> </tbody> </table>		Numerador	Denominador	Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud	Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica	Periodicidad recomendada de generación de la información	Anual	Anual	Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
	Numerador	Denominador														
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud														
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica														
Periodicidad recomendada de generación de la información	Anual	Anual														
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud														
ANÁLISIS																
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará no solo el número de instituciones, organizaciones o entidades con las que se hizo procesos de referenciación, sino la justificación de estos procesos de referenciación y el resultado obtenido. ¹²															
Umbral de desempeño mínimo aceptable	NA															
Estándar meta	NA															
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Australian Cancer Network Melanoma Guidelines, <i>Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009)</i>, 2009. 															



Ficha 36. INDICADOR NEVUS.05.08.: LIDERAZGO, INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MELANOMA.

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Liderazgo, innovación e investigación en melanoma	
Código	NEVUS.05.08.	
Justificación	Busca promover que la organización en salud alrededor del manejo integral del melanoma cuente, mantenga y promueva procesos de liderazgo, innovación e investigación alrededor de la enfermedad.	
Dominio	Proceso	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número total de procesos, actividades, y demás acciones o iniciativas en Liderazgo, innovación e investigación en melanoma realizadas por la organización.	
Denominador	---	
Unidad de medición	Número absoluto	
Factor	NA	
Fórmula de cálculo	---	
VARIABLES		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución de salud	Institución de salud
Fuente primaria	Registros de Historia clínica	Registros de Historia clínica
Periodicidad recomendada de generación de la información	Anual	Anual
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	Institución de salud	Institución de salud
ANÁLISIS		
Consideraciones para el análisis	En este campo se analizará los procesos, actividades, y demás acciones o iniciativas en Liderazgo, innovación e investigación en melanoma realizadas por la organización. ^{1,2}	
Umbral de desempeño mínimo aceptable	NA	
Estándar meta	NA	
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Australian Cancer Network Melanoma Guidelines, <i>Clinical Practice Guidelines Melanoma (Aust 2009)</i>. 2009. 	



MODELO NEVUS / ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE EXCELENCIA – HUB MELANOMA, fue desarrollado con el auspicio de Novartis. Los contenidos están destinados únicamente a fines científicos, educativos y no promocionales. Las opiniones y conclusiones expresadas en este informe y su material suplementario pertenecen a los desarrolladores y no necesariamente son las de Novartis.

Copyright Novartis MLR ID#110603 2021. Todos los derechos reservados. Ni esta publicación ni ninguna parte de ella puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabación o de otro tipo, sin el permiso de Novartis.