

# Institut Català d'Oncologia: la gestión del conocimiento centrada en el paciente

Josép R. Germà i Lluch  
Barcelona 4 de junio 2011



Profesor titular y Director del Servicio de Oncología Médica  
Director de Gestión del Conocimiento  
Institut Català d'Oncologia

# El paciente...

- Debe considerarse como el verdadero protagonista de toda la organización sanitaria.
- La organización debe girar en su entorno.
- Dar respuesta a sus cuatro demandas clásicas:
  1. Atención rápida
  2. Atención resolutiva.
  3. Atención continuada
  4. Trato afable y humano por personal referente.

# El Médico...

- Es el co-actor del Acto médico.
- Dar respuesta a sus cuatro demandas clásicas:
  1. Equidad
  2. Interdisciplinariedad
  3. Medios adecuados
  4. Desarrollo científico y profesional

# El Departamento de Salud...

- Es el financiador más interesado...
- Dar respuesta a sus cuatro demandas clásicas:
  1. Eficiencia
  2. Racionalidad manejo de los recursos.
  3. Ausencia de conflictos.
  4. Generación de resultados visibles

# Atención Resolutiva y referente

# Unidad Funcional

**Es un elemento de atención oncològica que reune, en un mismo lugar y al mismo tiempo, a los diferentes especialistas involucrados en el manejo de una determinada patología neoplásica para diseñar, enfrente al paciente y desde la primera visita, la mejor estrategia diagnòstica y terapèutica a aplicar en este paciente en particular.**

## Las Unidades Funcionales se crean para:

- mejorar la comunicación entre los diferentes especialistas
- coordinar el trabajo de los diferentes profesionales
- facilitar la toma de decisiones terapéuticas
- facilitar la relación del paciente con la asistencia que recibe
- Disminuir la variabilidad potenciando la equidad y autonomía del paciente

El trabajo interdisciplinar en que se basan permite mejorar la calidad asistencial.

# UNIDADES FUNCIONALES 2010

	Pacients atendidos	1a visita unidad	%	Visitas mèdicas	Visitas Enfermeria	Total visitas
Unitat Funcional de Cap i Coll	620	481	77,6%	1.338	22	1.360
Unitat Funcional de Colon i recte	428	355	82,9%	1.075		1.075
Unitat F Ginecologia Oncològica	562	412	73,3%	1.217	105	1.322
Unitat Funcional de Limfomes	324	273	84,3%	701	252	953
Unitat Funcional de Mama	2.760	933	33,8%	5.934	2.515	8.449
Unitat F. de Neurooncologia	980	547	55,8%	2.444	366	2.810
Unitat Funcional de Pròstata	532	382	71,8%	986	4	990
Unitat Funcional de Pulmó	1.162	804	69,2%	2.504	215	2.719
Unitat F. Tumors Esofagogàstrics	284	240	84,5%	820	148	968
Unitat . Tumors Ossis i Sarcomes	577	283	49,0%	1.369	58	1.427
<b>TOTAL</b>	<b>7.469</b>	<b>4.711</b>				

## Area

- No screening previo.
- % no cáncer

Paciente

Hospitales

Comarcales

- Screening +
- Tratamiento especializado.
- Tumores raros

Estrategia

Servicios

A  
B  
C

Unidad Funcional

Gestora de casos

Evidencia

Consenso expertos

Círculo rápido

Experiencia compartida

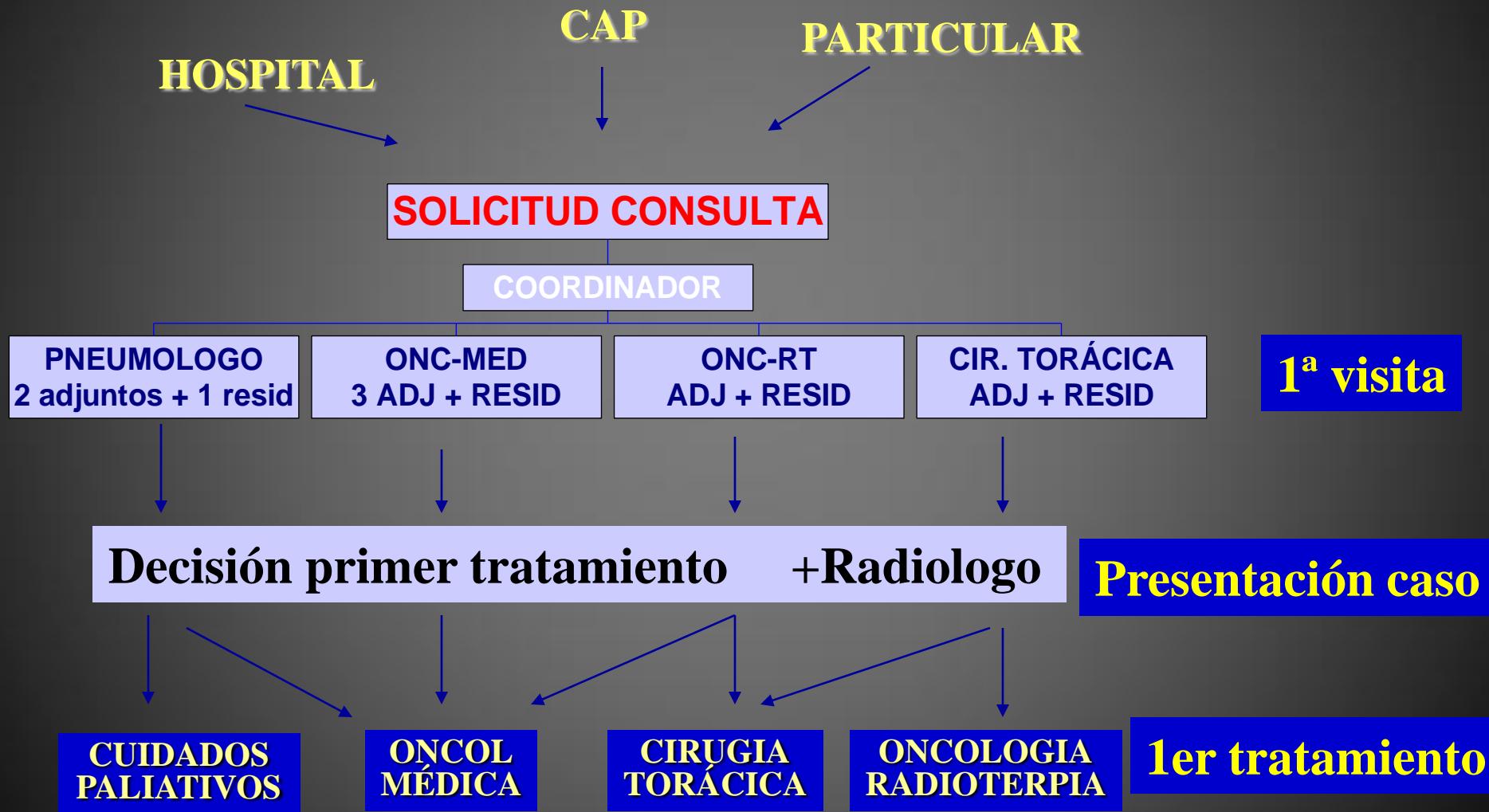
Transparencia  
decisión

Gestió del Coneixement

Oncoguia  
Icopraxi

# UNIDADES FUNCIONALES

## Ej. Ca. pulmón



# Difererències entre dos metodologies

	Comité de tumores	Unidad Funcional
Paciente	Ausente	Presente para preguntar y explorar
Equipo Médico	Contacto esporadico Conocimiento compartimental	Trabajo constante en equipo y conocimiento universal
Circuitos asistenciale	Diferidos i lentos	Inmediatos y ágiles Puerta de entrada única
Enfermería y equipo no sanitario	Poco entrenado	Especializado y muy dispuesto
Datos	No contrastables	Comprobable in situ.
Docencia	Parcial i esporádica	Inmersión Integral en una patología
Valor añadido	Consenso multidisciplinar	Ganancia de tiempo, de conocimiento, objetividad y equipo
Lugar de implementación	Ideal para centros con equipos oncológicos reducidos	Ideal para Centros terciarios o monográficos

# ROL DE LA ENFERMERA GESTORA DEL PROCESO



Control y coordinación adecuado de todo el  
proceso asistencial

PACIENTE

Citación  
programada  
según valoración  
enfermera

ATENCIÓN  
TELEFÓNICA



Citación  
inmediata  
según necesidad  
del enfermo

# **Rol de la gestora de casos en el proceso**

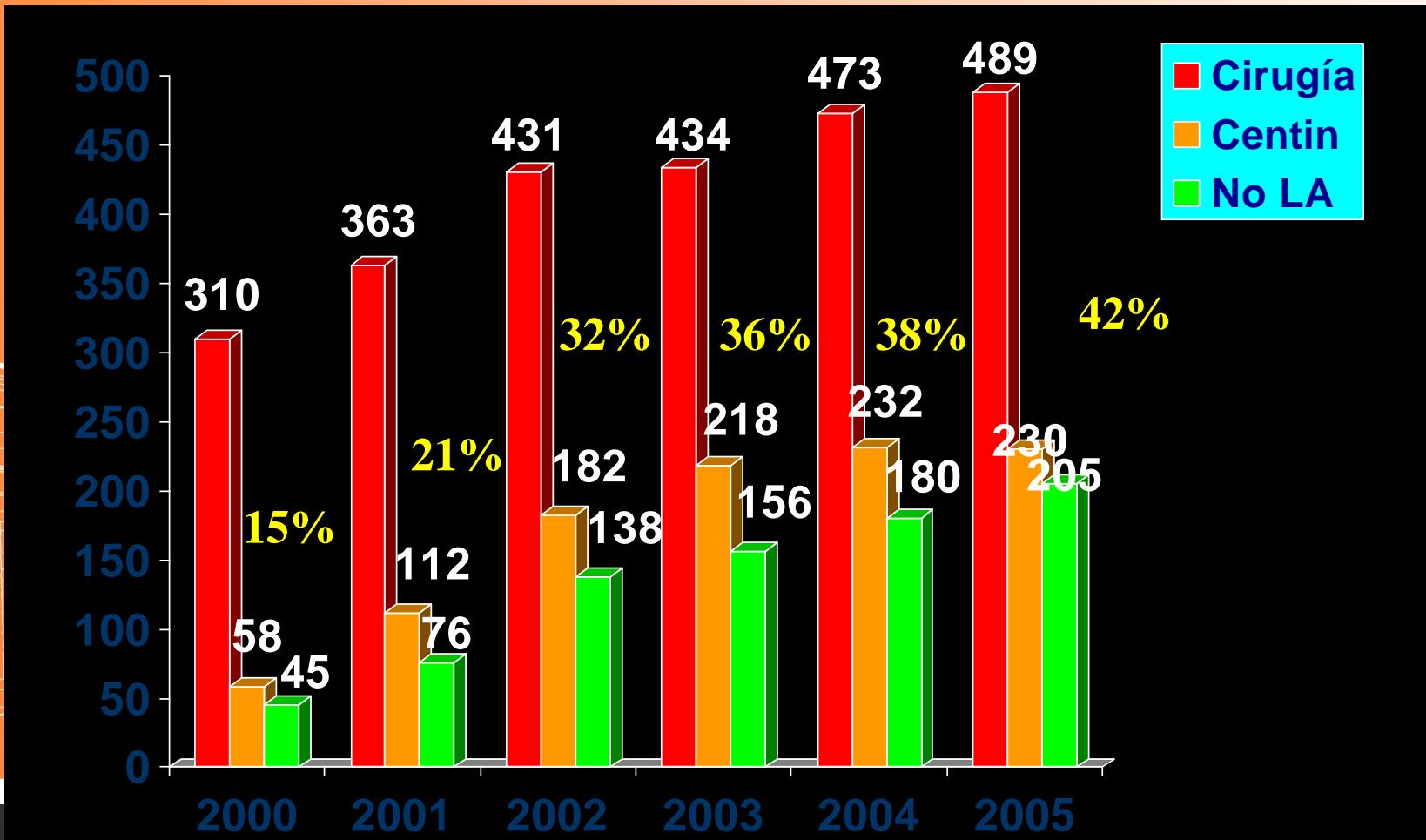
- Planificar y coordinar la globalidad y complejidad de cuidados que precisa paciente-familia.
- Actuar de enlace enfermo-equipo de profesionales que han de intervenir en el proceso asistencial.
- Agilizar y coordinar las diferentes etapas del proceso asistencial (diagnósticas, tto, controles y seguimiento).
- Garantizar el seguimiento del paciente en su plan terapéutico.
- Atención telefónica individualizada de seguimiento a pacientes-familias
- Mejorar la comunicación y coordinación de los diferentes niveles intra y extrahospitalarios adecuada derivación.

Atención  
Eficaz y de calidad

- **Evaluación resultados clínicos**
  - Indicador: **Supervivencia al año y los 5 años**  
**Mortalidad quirúrgica a los 30 días**  
**Tasa recidivas por tumor**  
**Número de ganglios evaluados**  
**Consulta radioterapeuta / oncólogo previa cirugía rectal**  
**% de tratamiento conservador en el cáncer de mama**  
**Extravasaciones de quimioterapia anuales**

Indicadores de calidad según el Plan  
Director de Oncología Catalán

# Ganglio Centinela Asistencial



(%): Sin Linfadenectomía Axilar

# UFP INDICADORES

• Primeras Visitas (PV)	976
• Intérvalo 1 <sup>a</sup> visita	6,8 días
• Tiempo Estadiamiento	12,4 días (21,9)
• Intérvalo tratamiento quirúrgico	22,8 días (45,8)
• Exploración del mediastino	62% (54%)

SOSPECHA DIAGNÓSTICA- PRIMER  
TRATAMIENTO

82,9 DÍAS (46,2 DÍAS)

Racionalizando y  
reduciendo la variabilidad  
de indicaciones

# Guías de Práctica Clínica

*“conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica”.*

**Field MJ, Lohr KN** (editors) Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academy Press, 1990.

# GPC:ICOPraxis

## – Personas implicadas 2008-2009

### ✓ Guía clínica del cáncer de mama

Dra. R M Ballester Alabau. Radioteràpia. ICO-Badalona.  
Dr. J Dorca Ribugent. Oncologia Mèdica. ICO-Girona  
Dra. Arantxa Eraso Urien. Radioteràpia. ICO-DiR.  
Dr. Miguel Gil Gil. Oncologia Mèdica. ICO-DiR.  
Dra. Clara Lezcano Rubio. Farmacia. ICO-Badalona.  
Dra. M Margelí Vila. Oncologia Mèdica. ICO-Badalona  
Dra. Nuria Quer Margall. Farmàcia. ICO-Girona.  
Dr. Jorge Vayreda Rubera. Radioteràpia. ICO-Girona.

### ✓ Guía clínica del cáncer colorrectal

Dra. María Cambray Amenós. Radioteràpia. ICO-DiR.  
Dr. Eugeni Canals Subirats. Radioteràpia. ICO-Girona.  
Dra. Mónica Caro Gallarin. Radioteràpia. ICO-Badalona.  
Dra. Clara Lezcano Rubio. Farmacia. ICO-Badalona.  
Dr. JL Manzano Mozo. Oncologia Mèdica. ICO-Badalona  
Dr. Francesc Soler i Rotllant. Farmàcia. ICO-Girona.  
Dr. B Queralt Merino. Oncologia Mèdica. ICO-Girona.  
Dr. Ramon Salazar. Oncologia Mèdica. ICO-DiR.

### Responsables del área de evidencia:

Dr. Lluis Anglada Tor, Dra. Anna Clopés Estela,  
Dr. Josep Ramón Germà Lluch, Dr. Josep Porta i Dr JM  
Ribera

Responsable Dirección: Dr. Albert Garcia Rodríguez.

### ✓ Guía clínica del dolor crónico

Dra. Alicia Lozano. Radioteràpia. ICO-DiR  
Dr. Porta. Cures Pal.liatives. ICO-DiR.  
Dr. Cornellà. Cures Pal.liatives. ICO-Girona  
Dra. Planas. Cures Pal.liatives  
Dr. Julià. Cures Pal.liatives. ICO-Badalona  
Dr. Jesus González. Cures Pal.liatives. ICO-DiR  
Dra. Garzón. Cures Pal.liatives. ICO-DiR  
Dra. Clara Lezcano. Farmacia. ICO-Badalona  
Dra. Dàvila. Cures Pal.liatives.  
Dr. Francesc Soler i Rotllant. Farmàcia. ICO-Girona  
Dra. Serrano. Cures Pal.liatives. ICO-DiR

### ✓ Guía clínica del linfoma B difuso de CG

Dr. Rafael Fuentes Raspall. Radioteràpia. ICO-Girona.  
Dr. Santiago Gardella Company. Hematología. ICO-Girona  
Dra. Eva Gonzalez Barca. Hematología. ICO-DiR.  
Dra. Clara Lezcano Rubio. Farmacia. ICO-Badalona.  
Dra. Anna Lucas Caldach. Radioteràpia. ICO-DiR.  
Dra. Nuria Quer Margall. Farmàcia. ICO-Girona.  
Dr. Juan Manuel Sancho Cia. Hematología. ICO-Badalona  
Dra. Victoria Tuset Bertran. Radioteràpia. ICO-Badalona.

Coordinación: Dra. Montserrat Rey Salido.



# Modelo asistencial

## Desarrollar e implementar las ICOPraxis

### ● Icopraxis de càncer de mama, de colon i recto i linfomas

**% de pacientes tratados segun la icopraxis: >= 80% 1r año,  
aumentando cada año hasta llegar al 95% el 3r año**

CENTRE	% seguiment Icopraxis		
	Càncer de mama	Càncer de colon i recto	Linfoma B difús de cel·lules grans
L'Hospitalet	96,7%	100%	100%
Girona	86,7%	93,3%	83%
Badalona	80%	90%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>87,8%</b>	<b>94,4%</b>	<b>97%</b>

### ● Icopraxi dolor (estudi transversal)

Existència analgesia basal fija: 95%

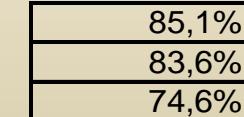
Registro evaluación dolor en historia clínica variable

Grado satisfacción paciente

opinió atenció dels metges respecte dolor que té: satisfet/molt satisfet

opinió atenció de les infermeres respecte dolor que té: satisfet/molt satisfet

l'últim tractament ha alleugerat el dolor igual o més del que esperava



### ● Icopraxis en curs: Factores estimulantes colònies, mieloma, pulmó, cap i coll.

Atención  
Innovadora y transparente

# Amplio desarrollo de Investigación Clínica y traslacional compartida

## Cáncer de pulmón célula no pequeña. Enfermedad avanzada

Título	Diseño	Período	n	Referencia
Vinorelbine-CDDP vs Vinorelbine-CDDP vs Vinorelbine	Phase III	1990-95	7	J. Clin Oncol 1996; 14: 1069-77
Gemcitabine-cisplata vs carboplatin-cisplata	Phase III	1995-98	45	J. Clin Oncol 1999; 17: 3148
Carboplatin-cisplata-gemcitabine schedule	Phase II	1998-00	13	Lung Cancer 2000; 29: 101-7
CDDP-gemcitabine vs CDDP based triple vs carboplatin combination	Phase III	1999-04	16	J. Clin Oncol 2000; 18: 1049-53
GP, CT-based versus cisplatin CT trial	Phase III	2000-02	46	J. Clin Oncol 2002; 20: 1747-54
Vinorelbine vs docetaxel and docetaxel	Phase III	2000-	9	EURO-VALENT 2002 (EORTC)
Pemetrexed-cisplata vs Gemcitabine-cisplata	Phase III	2000-07	13	J. Clin Oncol 2002; 20: 1045-51

## CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

Título	Diseño	Período	n	Referencia
Gemcitabine-cisplata + PF-7371 20-70	Phase II random	2000-	8	EURO-VALENT 2002
Erbitux mab doblet versus docetaxol	Phase II random	2002-	3	EURO-VALENT 2002
Sorafenib (S-1) and cisplata based CT (oxo-aguanina cell carcinoma)	Phase IV	2007	9	EURO-VALENT 2002
Carboplatin-gemcitabine and CP-731271	Phase I/II	2007-	10	J. Clin Oncol 2007 (suppl)
Gemcitabine + Erlotinib and docetaxel (oxo-aguanina cell carcinoma)	Phase III	2008-	3	
Anti-EGFR and carboplatin-gemcitabine	Phase I/II	2008 (final)	-	
Platin-based CT vs erlotinib for EGFR mutated patients (RUTARC)	Phase III	2008-	13	

## CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

Título	Diseño	Período	n	Referencia
Gemcitabine-cisplata + Taxane doublet HRD-positive	Phase II random	1999-06	6	J. Clin Oncol 2000; 18: 1947
Cisplatin vs docetaxel and docetaxel	Phase II random	2000-06	13	EURO-VALENT 2002 (submitted)
Gemcitabine-cisplata + gefitinib (IUNFACT-1)	Phase III	2002	6	J. Clin Oncol 2002; 20: 377-84
Gemcitabine-cisplata + carboplatin (TALANT)	Phase III	2002-04	7	J. Clin Oncol 2002; 20: 378-84
Ci-peggy taxod doc	Phase II random	2002-05	3	J. Clin Oncol 2002; 20: 379-84
Erlotinib (TARGEFT/SL-003)	Phase II	2002-05	64	
Gemcitabine-cisplata + bevacizumab (oxo-aguanina cell carcinoma)	Phase III	2002-05	-	

## CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

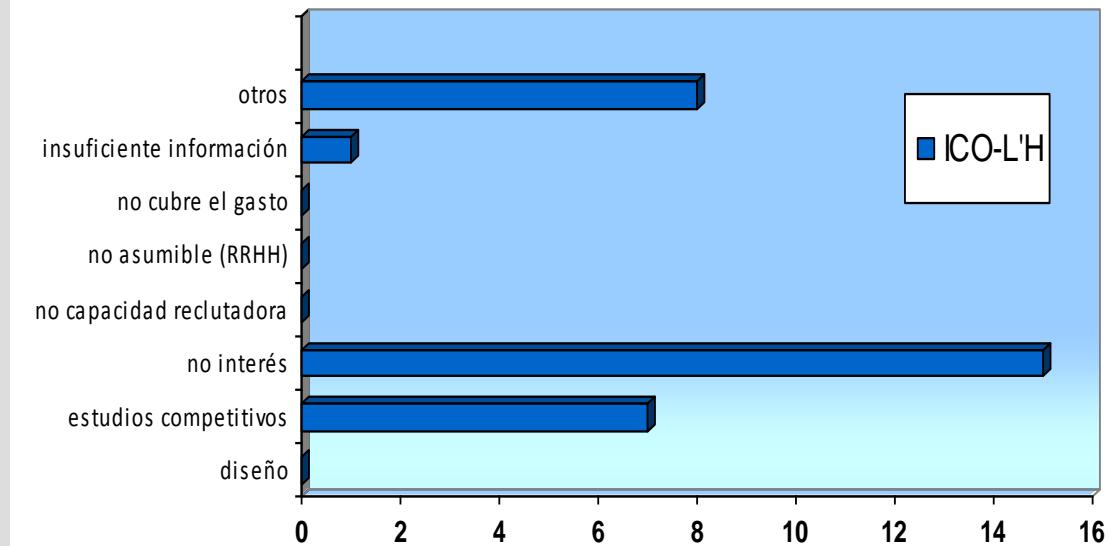
Título	Diseño	Período	n	Referencia
Verapamil + ad caletab for EGFR mutated patients following caletab failure(TARPO)	Phase I/II	2002	3	
Paclitaxel-cisplata + CP-731271 (oxo-aguanina cell)	Phase III	2002	-	
Erlotinib + CP-731271 (oxo-aguanina cell carcinoma) and docetaxel	Phase II random	2002	-	

Nº ensayos: 24 Nº ptes: 298

## 1. ENSAYOS EVALUADOS 2010

	Evaluados	Aceptados	Rechazados	%
Oncologia Mèdica (OM)	78	50	28	64,1%

### Motivos de rechazo



# Modelo integral de SOM

Clínico  
experto  
Patología  
prevalente

Clínico  
traslacional

Investigador  
Básico  
experto  
Patología  
prevalente



# INVESTIGACION TRANSLACIONAL ICO

## Visión año 2001

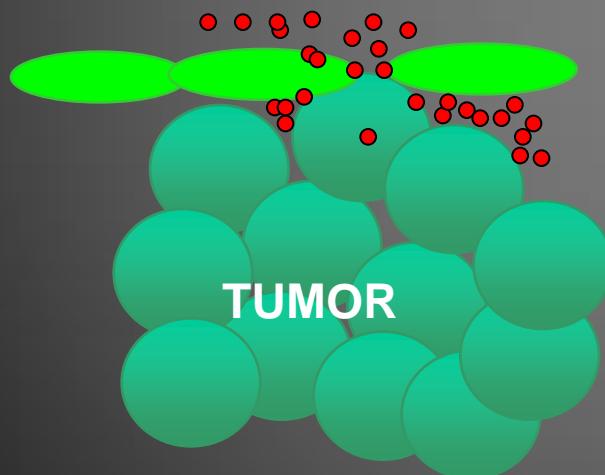


***TRABAJAR EN UN CENTRO ONCOLÓGICO  
INTEGRAL CONDICIONA NUESTRA MANERA DE  
ENFOCAR LA INVESTIGACION***

# VIRUS FOR CURE: A NOVEL THERAPY

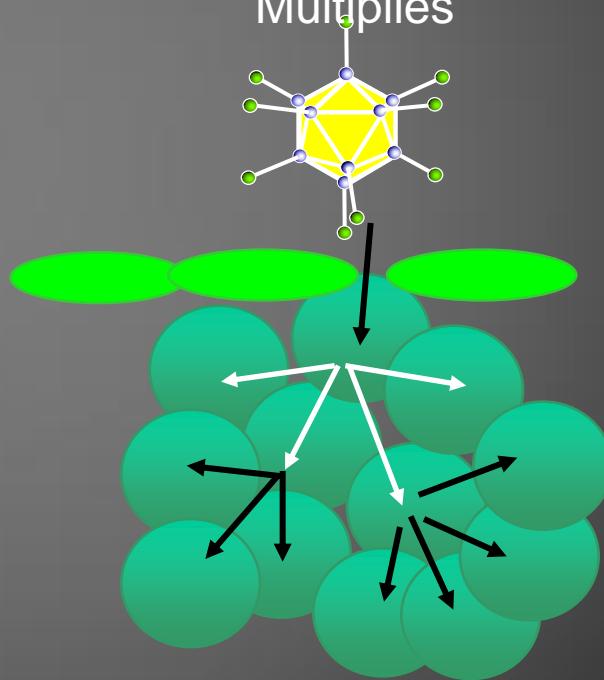
## Chemotherapy

Small and simples molecules;  
do not transport themselves  
Do not amplify



## Virotherapy

Big and complex  
Gets into the cell  
Multiplies



Less toxic / more efficacy

# DEVELOPMENT OF ANIMAL MODELS OF HUMAN CANCER: GERM CELL TUMORS

A



## NUEVOS MODELOS PRECLÍNICOS QUE ABREN NUEVOS HORIZONTES PARA EVALUAR FÁRMACOS NUEVOS

B

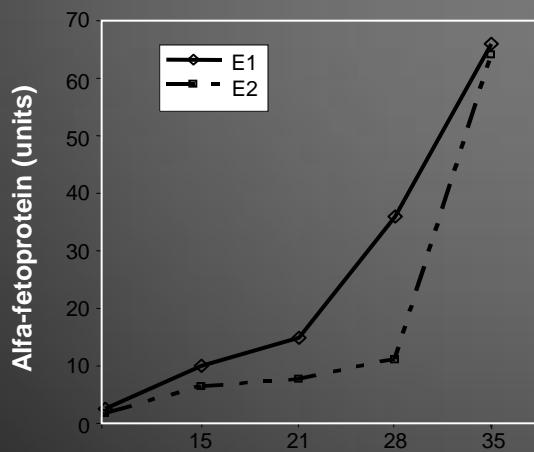


Figure 3. Pure yolk sac tumor xenograft. B) Biochemical serum levels of human  $\alpha$ -fetoprotein were serially determined in sera of 4 mice in two independent experiments (E1 and E2). No  $\alpha$ -fetoprotein was detected in controls (data not shown).

2009  
1.511 puntos  
De  
**IMPACT FACTOR**

## RECERCA



## FORMACIÓ I DOCÈNCIA

### Docència

**452** alumnes  
11 activitats diferents

### Formació continuada

**1.483** alumnes  
28 activitats diferents

### Universitats

Universitat de Barcelona  
Universitat Autònoma de Barcelona  
Universitat de Girona

# Comparació supervivència relativa als 5 anys del càncer de mama

## (Registres ICO-HUB: 93-97 i SEER EUA)

Estadiatge	Registro ICO-HUB 93-97	SEER EUA (White) 91-95	Registro ICO- HUB 98-99	SEER EUA 95-99
Localitzado (I)	100	96.9	100	97.9
Regional (II-III)	85	78.2	84.5	81.3
Diseminado(IV)	15	22.3	4	26.1
Total	86	86.0	94.5	88.2

L. Pareja i J. Ribes  
Servei d'Epidemiologia i Registre del Càncer.

Haciendo presente el  
futuro

*"De todas las formas de  
inequidad, la injusticia en la  
sanidad es la más impactante e  
inhumana..."*

*Martin Luther King, jr*