

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 resolutive.
 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. Interdisciplinaridad
 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 oncológica que reúne, 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 diagnóstica y terapéutica a aplicar en este paciente en particular.

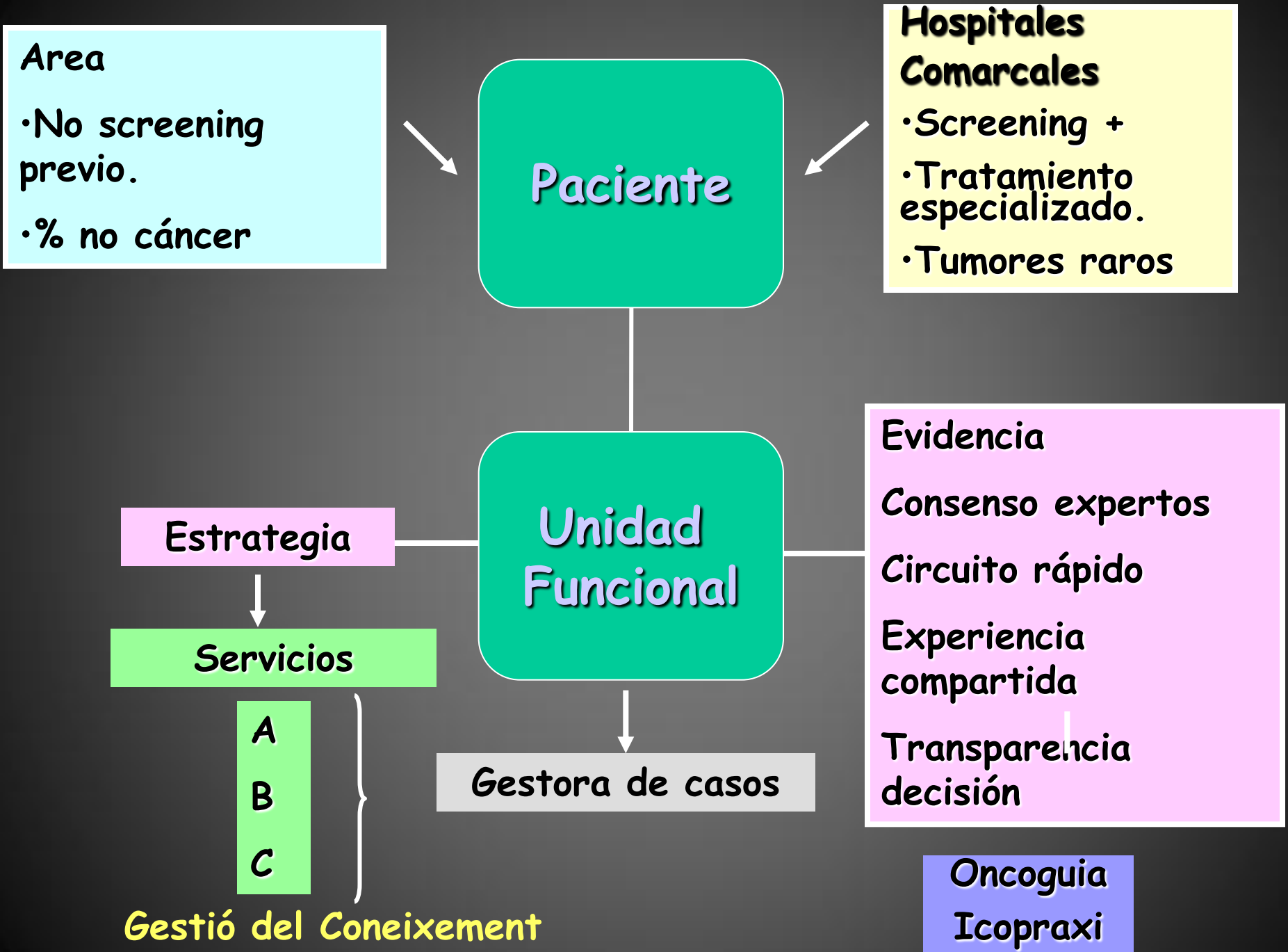
Las Unidades Funcionales se crean para:

- mejorar la comunicació entre los diferentes especialistas
- coordinar el trabajo de los diferentes profesionales
- facilitar la toma de decisiones terapeuticas
- facilitar la relación del paciente con la asistencia que recibe
- Disminuir la variabilidad potenciando la equidad y autonomia 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
TOTAL	7.469	4.711				



UNIDADES FUNCIONALES

Ej. Ca. pulmón

HOSPITAL

CAP

PARTICULAR

SOLICITUD CONSULTA

COORDINADOR

PNEUMOLOGO
2 adjuntos + 1 resid

ONC-MED
3 ADJ + RESID

ONC-RT
ADJ + RESID

CIR. TORÁCICA
ADJ + RESID

1ª visita

Decisión primer tratamiento +Radiologo

Presentación caso

**CUIDADOS
PALIATIVOS**

**ONCOL
MÉDICA**

**CIRUGIA
TORÁCICA**

**ONCOLOGIA
RADIOTERPIA**

1er tratamiento

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 asistenciales	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.**

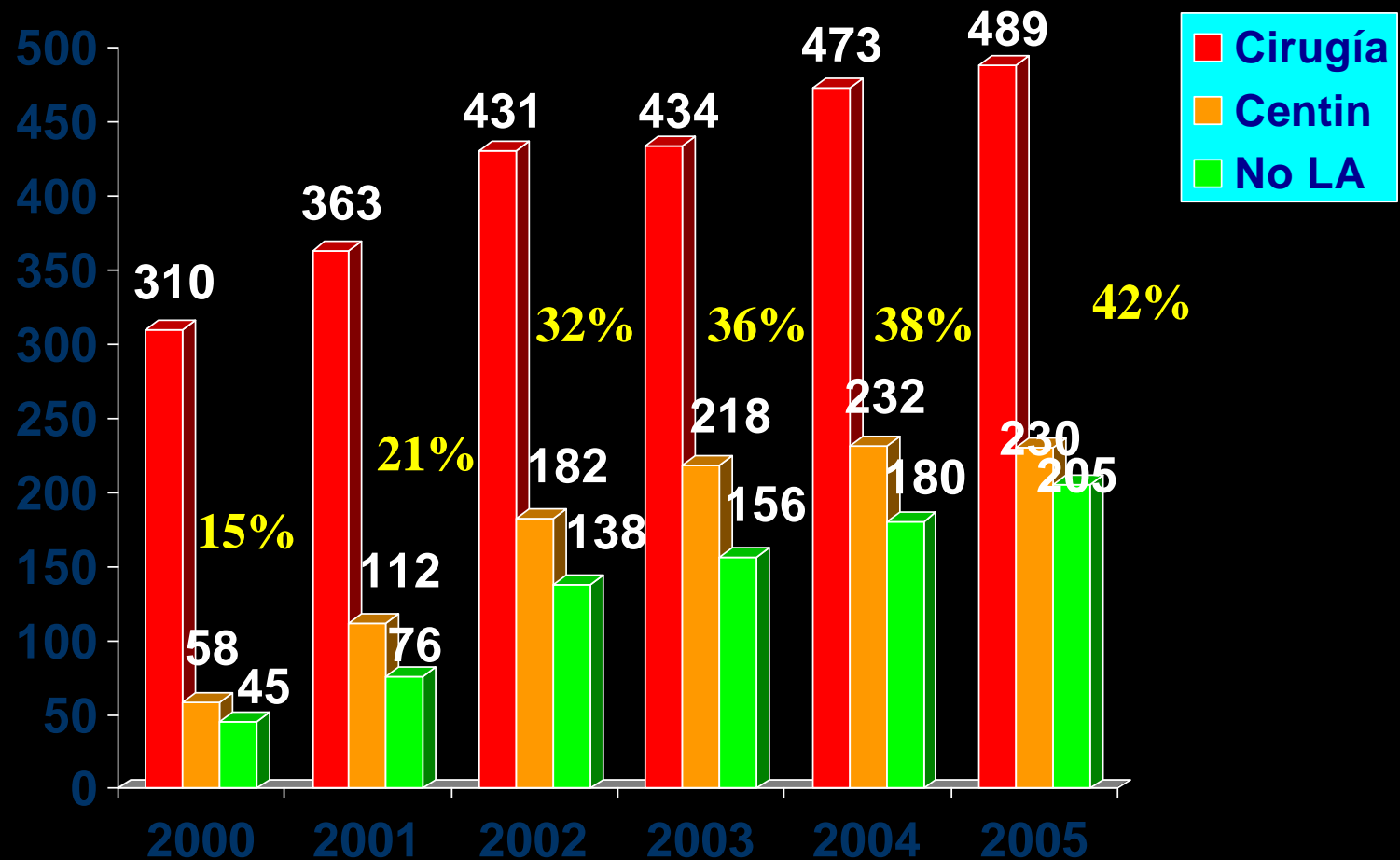
Atención
Eficaz y de calidad

- **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
• Intervalo 1ª visita	6,8 días
• Tiempo Estadiamiento	12,4 días (21,9)
• Intervalo 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. Lluís Anglada Tor, Dra. Anna Clopés Estela,
Dr. Josep Ramon Germà Lluch, Dr. Josep Porta i Dr JM
Ribera

Responsable Direcció: Dr. Albert Garcia Rodríguez.

✓ Guía clínica del dolor crónico

Dra. Alicia Lozano. Radioteràpia. ICO-DiR
Dr. Porta. Cures Pal.liatives. ICO-DiR.
Dr. Cornella. 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. Hematologia. ICO-Girona
Dra. Eva Gonzalez Barca. Hematologia. ICO-DiR.
Dra. Clara Lezcano Rubio. Farmacia. ICO-Badalona.
Dra. Anna Lucas Calduch. Radioteràpia. ICO-DiR.
Dra. Nuria Quer Margall. Farmàcia. ICO-Girona.
Dr. Juan Manuel Sancho Cia. Hematologia. ICO-Badalona
Dra. Victoria Tuset Bertran. Radioteràpia. ICO-Badalona.

Coordinación: Dra. Montserrat Rey Salido.



Objectius Estratègics 2010:

Organitzar els processos assistencials pensant com a pacient "PENSEM COM A PACIENT"

Modelo asistencial

Desarrollar e implementar las ICOPraxis

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

% de pacientes tratados segun la icopraxis: $\geq 80\%$ 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%
TOTAL	87,8%	94,4%	97%

Icopraxi dolor (estudi transversal)

Existència analgèsia basal fija: 95%

Registro evaluación dolor en història 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

85,1%
83,6%
74,6%

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

Titulo	Fase	Period	N	Publicación
Vincristine-COPP vs Vinorelbine-COPP vs Vinorelbine	Phase III	1996	7	J Clin Oncol 1996; 14: 3007
Docetaxel+docetaxine vs docetaxel+erlotinib	Phase III	1999-00	13	J Clin Oncol 1999; 17: 3146
Erlotinib+docetaxine 3-week schedule	Phase II	1998-00	13	Long Comm 2001; 19: 2017
COPP+gemtuzumab vs COPP based triple vs docetaxine combination	Phase III	1999-00	10	J Clin Oncol 2001; 19: 3094
EGFR-TKI-based versus selected CT trial	Phase III	2000-03	10	J Clin Oncol 2002; 20: 2747-54
Vincristine vs docetaxel and doc	Phase III	2000	9	adCC-study 2002 (007)
Pemetrexed+erlotinib vs Gemtuzumab+erlotinib	Phase III	2000-02	13	J Clin Oncol 2000; 18: 3543-51

CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

Titulo	Fase	Period	N	Publicación
Gemtuzumab+erlotinib + PF-2378070	Phase II random	2000	6	adCC-study 00
Erlotinib+carboplatin+docetaxine	Phase II random	2000-01	3	adCC-study 00
Beverizumab (SAL) and erlotinib based CT (non-squamous cell carcinoma)	Phase IV	2000	9	adCC-study 00
Carboplatin-paclitaxel and C P-731871	Phase III (001)	2000-	11	J Clin Oncol 2000 (abstract)
Docetaxel + Erlotinib+paclitaxel (non-squamous cell carcinoma)	Phase III	2000-	3	
A01 G-033 and carboplatin-paclitaxel	Phase III (001)	2000	6	
Platin-based CT vs erlotinib for EGFR mutated tumors (OUTPAT)	Phase III	2000-	13	

CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

Titulo	Fase	Period	N	Publicación
Gemtuzumab+erlotinib + Trastuzumab HER-2 positive	Phase II random	1999-00	6	Doc Oncol 2000; 13: 17-27
Carboplatin vs docetaxel and doc	Phase II random	2000-00	13	adCC-study 2000 (abstract)
Gemtuzumab+erlotinib + gefitinib (INTACT-1)	Phase III	2000	6	J Clin Oncol 2000; 18: 777-86
Gemtuzumab+erlotinib + erlotinib (TARGET)	Phase III	2000-00	7	J Clin Oncol 2000; 18: 1545-54
Ci-1033+paclitaxel	Phase II random	2000-02	3	J Clin Oncol 2000; 18: 3118-26
Erlotinib (TARGET/SLAB)	Phase II	2000-2000	00	
Gemtuzumab+erlotinib + bevacizumab (non-squamous cell carcinoma)	Phase III	2000-00-02	6	

CPCNP enfermedad avanzada. Targeted therapy

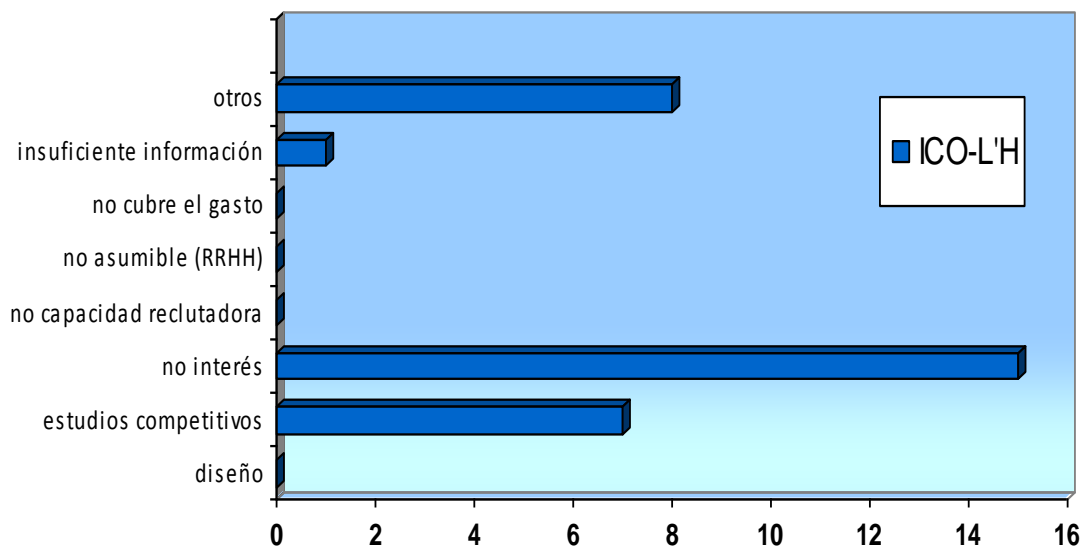
Titulo	Fase	Period	N	Publicación
Vincristine and erlotinib for EGFR mutated tumors following erlotinib failure (TAPID)	Phase III (01)	2000	3	
Paclitaxel+erlotinib + C P-731871 (non-squamous)	Phase III	2000-	6	
Erlotinib + C P-731871 (non-squamous) and doc	Phase II random	2000-		

Nº ensayos: 24 Nº ptes: 298

1. ENSAYOS EVALUADOS 2010

	Evaluados	aceptados	rechazados	%
Oncología 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

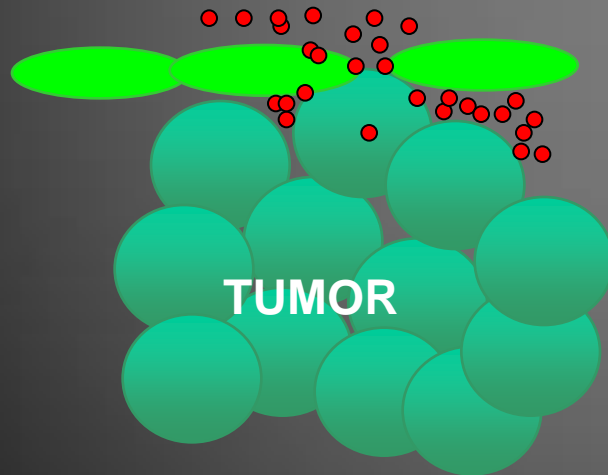


***TRABAJAR EN UN CENTRO ONCOLÓGICO
INTEGRAL CONDICIONA NUESTRA MANERA DE
ENFOCAR LA INVESTIGACION***

VIRUS FOR CURE: A NOVEL THERAPY

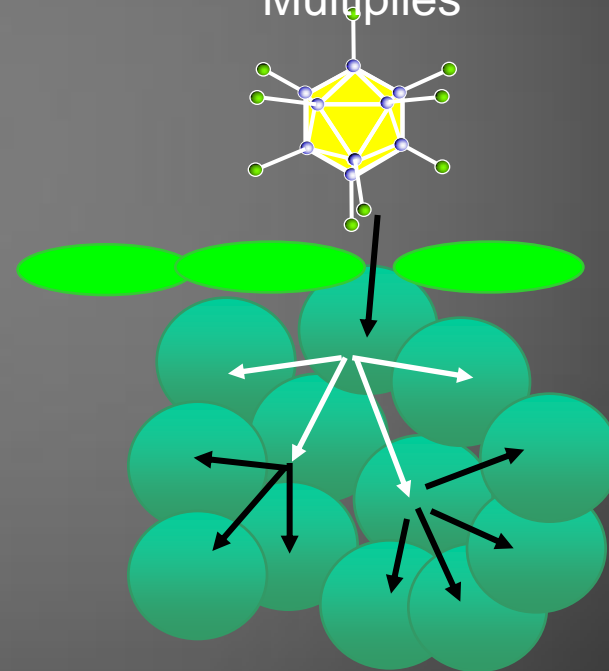
Chemotherapy

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



Virotherapy

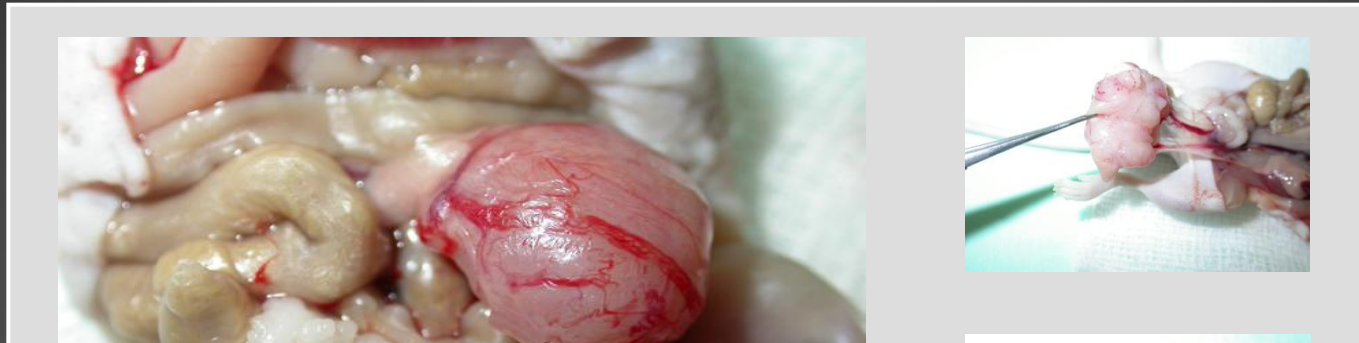
Big and complex
Gets into the cell
Multiplies



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

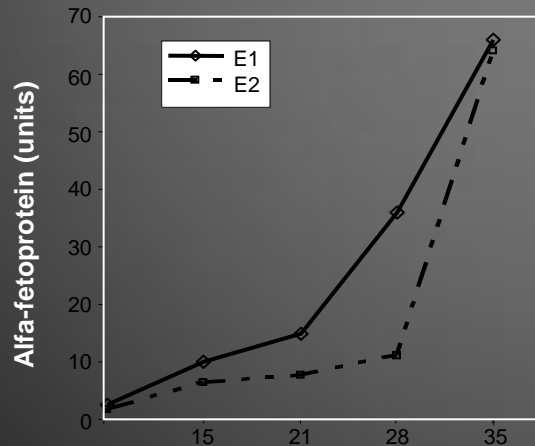
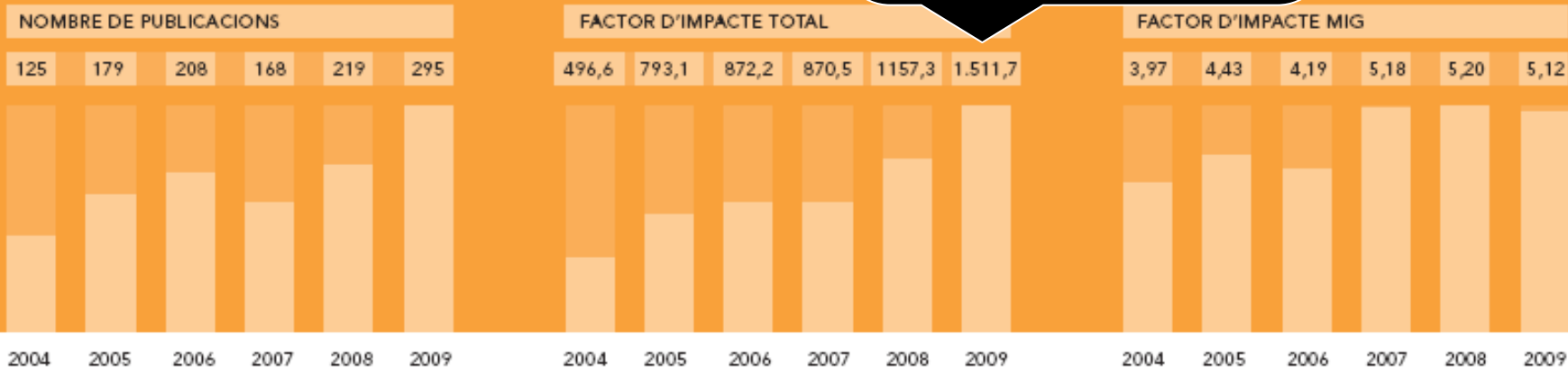


Figure 3. Pure yolk sac tumor xenograft. B) Biochemical serum levels of human α -fetoprotein were serially determined in sera of 4 mice in two independent experiments (E1 and E2). No α -fetoprotein was detected in controls (data not shown).

2009
1.511 punts
De
IMPACT FACTOR

RECERCA



FORMACIÓ
I DOCÈNCIA

Docència

452 alumnes
11 activitats diferents

Formació continuada

1.483 alumnes
28 activitats diferents

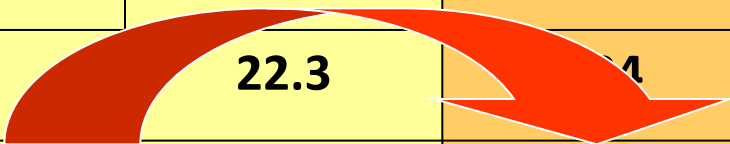
Universitats

Universitat de Barcelona
 Universitat Autònoma de Barcelona
 Universitat de Girona

Comparación supervivencia relativa als 5 anys del càncer de mama

(Registros 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	24	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