



PLANIFICACION Y ESTRATEGIAS FRENTE AL CÁNCER: PRIORIDADES Y RETOS

Dr. Josep M. Borràs

**Director, Pla director d'oncologia
Departament de Salut.**

Barcelona, Julio del 2011

Prioridades y retos frente al cáncer



- Retos del sistema sanitario
- Prioridades frente al cáncer: el marco europeo
- Las prioridades en el marco del plan director de oncología:
 - Cribado
 - Atención sanitaria
 - Supervivientes de larga evolución

Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table

Prioridades de mejora del proceso asistencial en oncología

- Acceso rápido al diagnóstico y a la atención multidisciplinaria, aplicando los tratamientos apropiados
- Atención centrada en el paciente, teniendo en cuenta las preferencias del paciente en el momento de establecer el tratamiento.
- Coordinación de la atención oncológica durante todo el proceso asistencial, desde el diagnóstico al tratamiento, incluyendo cuidados paliativos.
- Concentrar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos y de baja frecuencia en unidades clínicas con volumen de casos adecuado, para mantener la calidad, evaluando periódicamente los resultados clínicos.

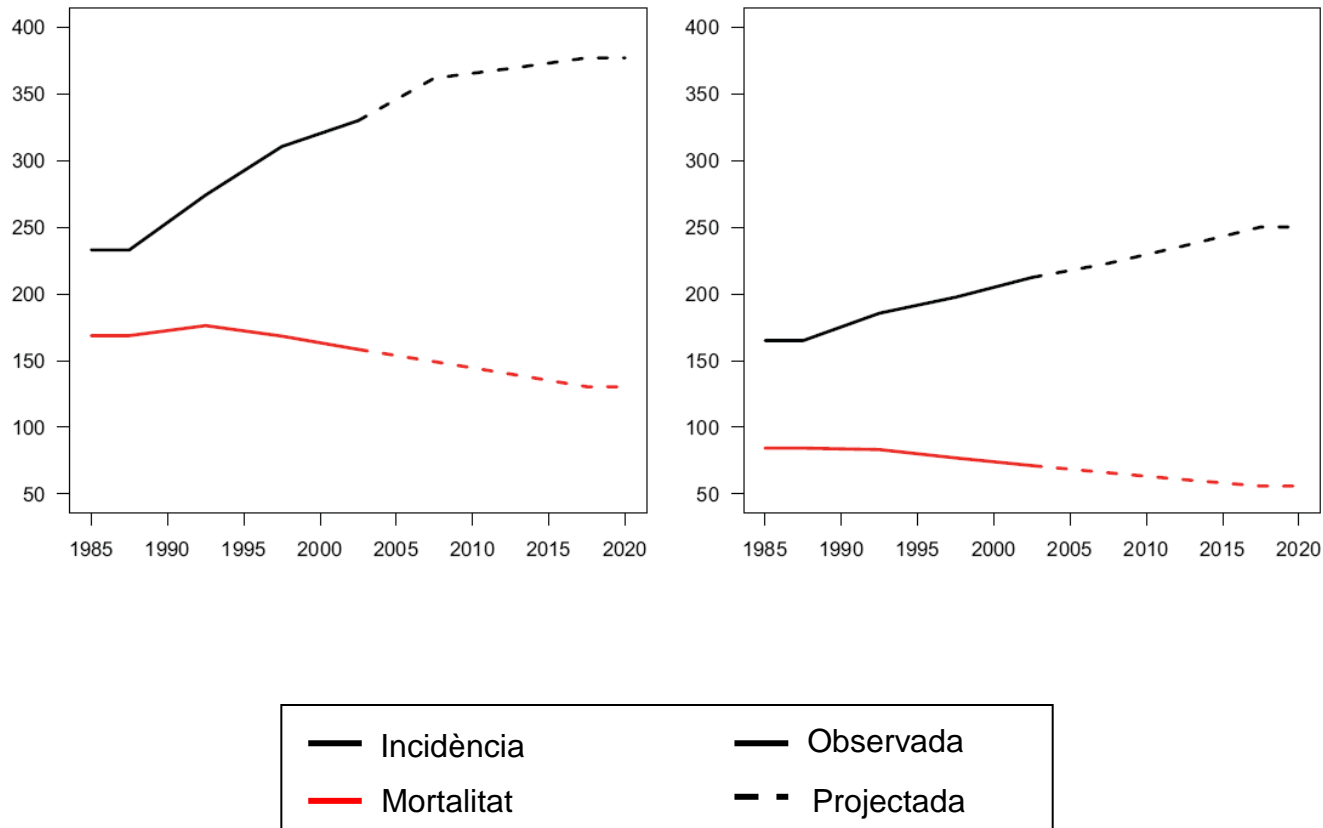
Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table

Prioridades de mejora del proceso asistencial en oncología

- Atención a la calidad de vida de los pacientes y facilitar la atención psico-social necesaria.
- Aplicación de las guías de práctica clínica existentes y evaluación de su uso.
- Involucrar a las asociaciones de pacientes en el desarrollo y evaluación del plan de cáncer.
- Evaluar los resultados clínicos.
- Garantizar el apoyo a investigación básica, clínica, traslacional y preventiva.
- Garantizar la adecuada formación de los profesionales sanitarios.

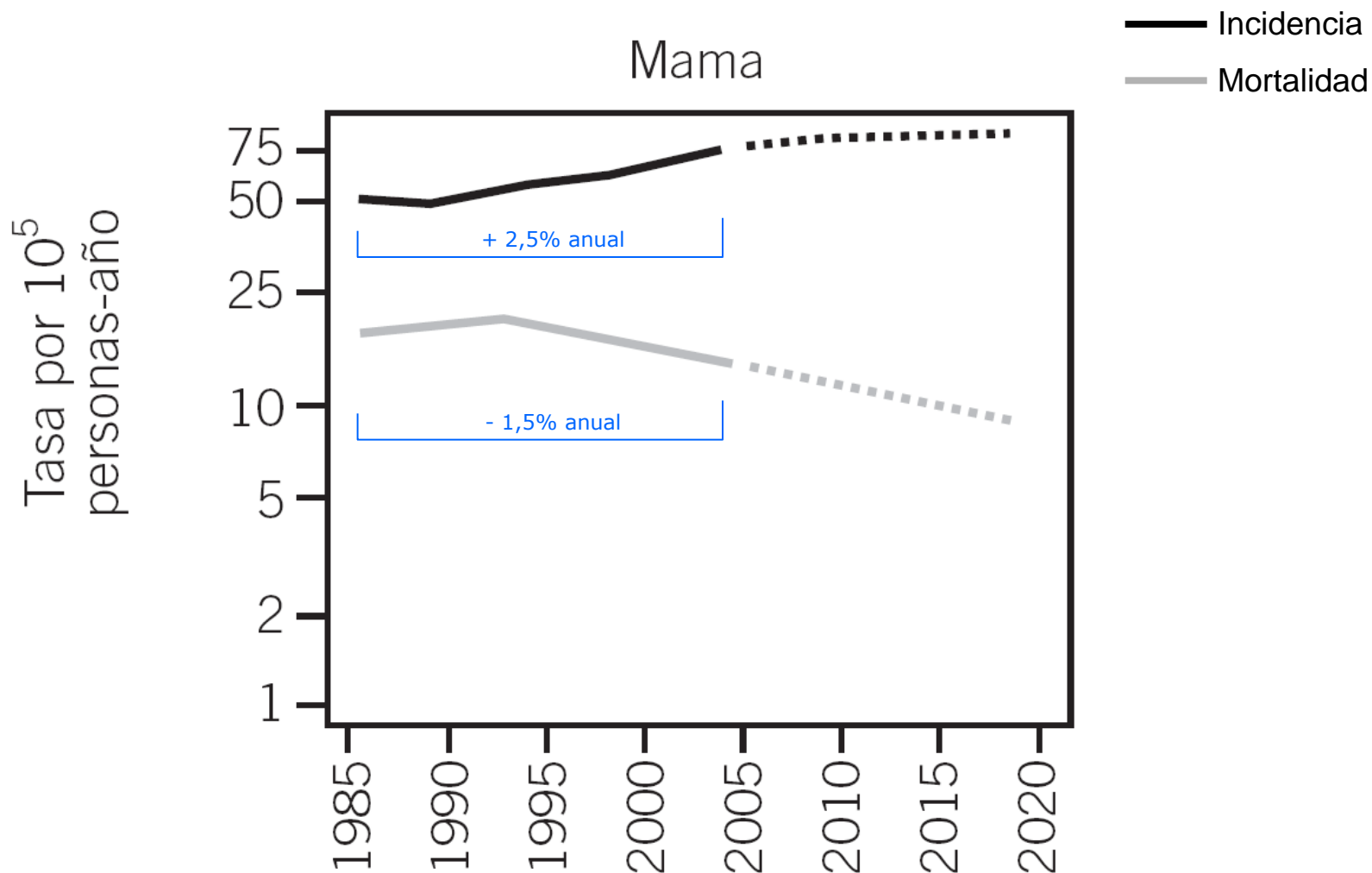
Gouveia J et al. Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese presidency, 2007. Eur J Cancer, 2008

Projecció de la incidència i la mortalitat per càncer global Catalunya, 2020



J Ribes. Proyección de la incidencia y la mortalidad del cáncer en Cataluña hasta el año 2015 mediante un modelo bayesiano. Med Clin 2008.

Tendència i projeccions càncer de mama



CRIBADO DEL CÁNCER



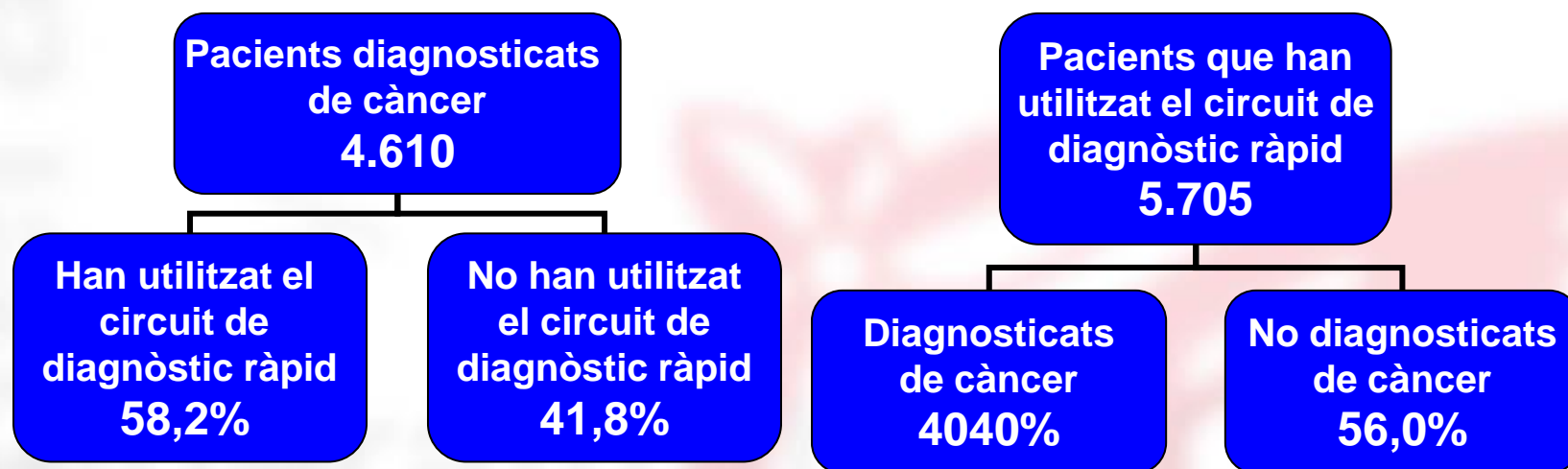
- ✓ Cáncer de mama mediante mamografía en mujeres de 50-69 años y cada 2 años.
- ✓ Cáncer de cuello uterino mediante citología de Papanicolau cada 3 años y en mujeres de 25-64 años.
- ✓ **Cáncer de colon y recto en hombres y mujeres de 50-69 años cada 2 años y mediante prueba de detección de sangre oculta en heces.**
- ✓ Consejo genético en pacientes y familiares de alto riesgo de cáncer hereditario.

ATENCIÓN AL ADULTO



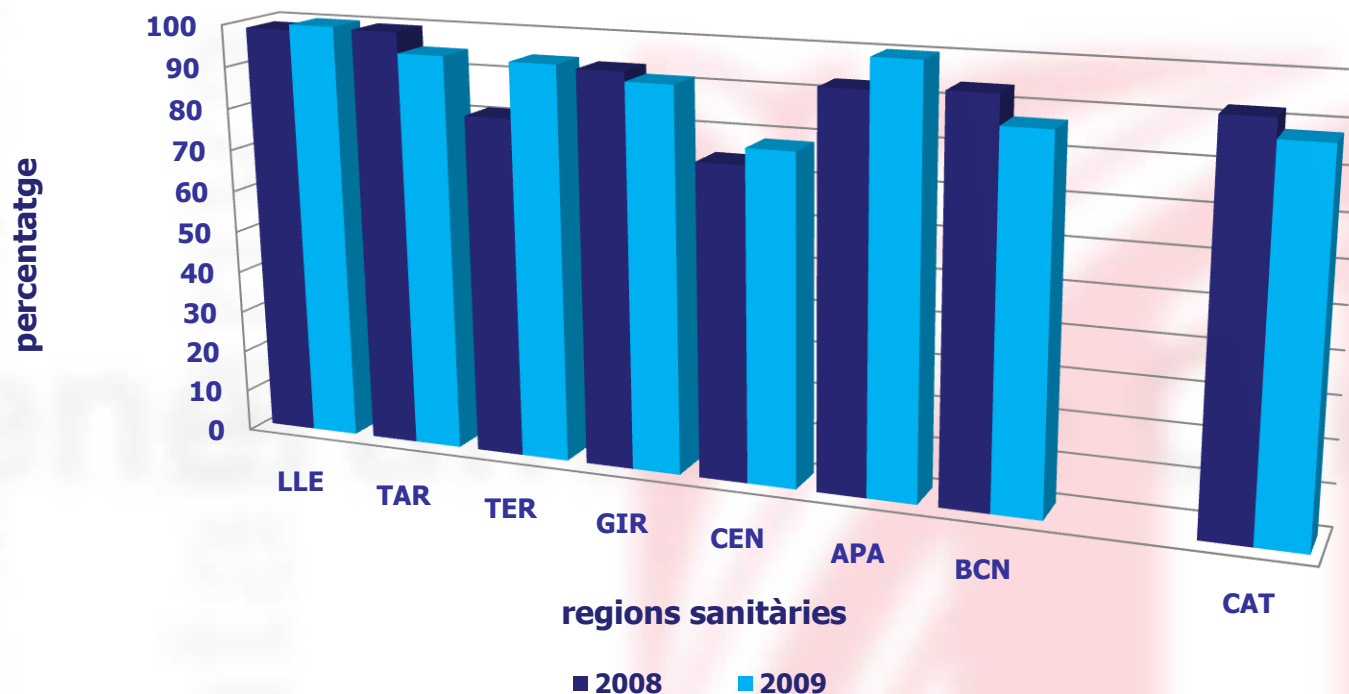
- ✓ Diagnóstico rápido: calidad, rapidez frente a la sospecha de riesgo elevado de cáncer.
- ✓ Modelo asistencial: comité multidisciplinario, guías práctica clínica basadas en la evidencia científica.
- ✓ Establecer las guías de práctica clínica coordinadas bajo una misma metodología de trabajo.
- ✓ Concentrar procedimientos complejos
- ✓ Evaluar los resultados clínico y el proceso asistencial.

Càncer de mama



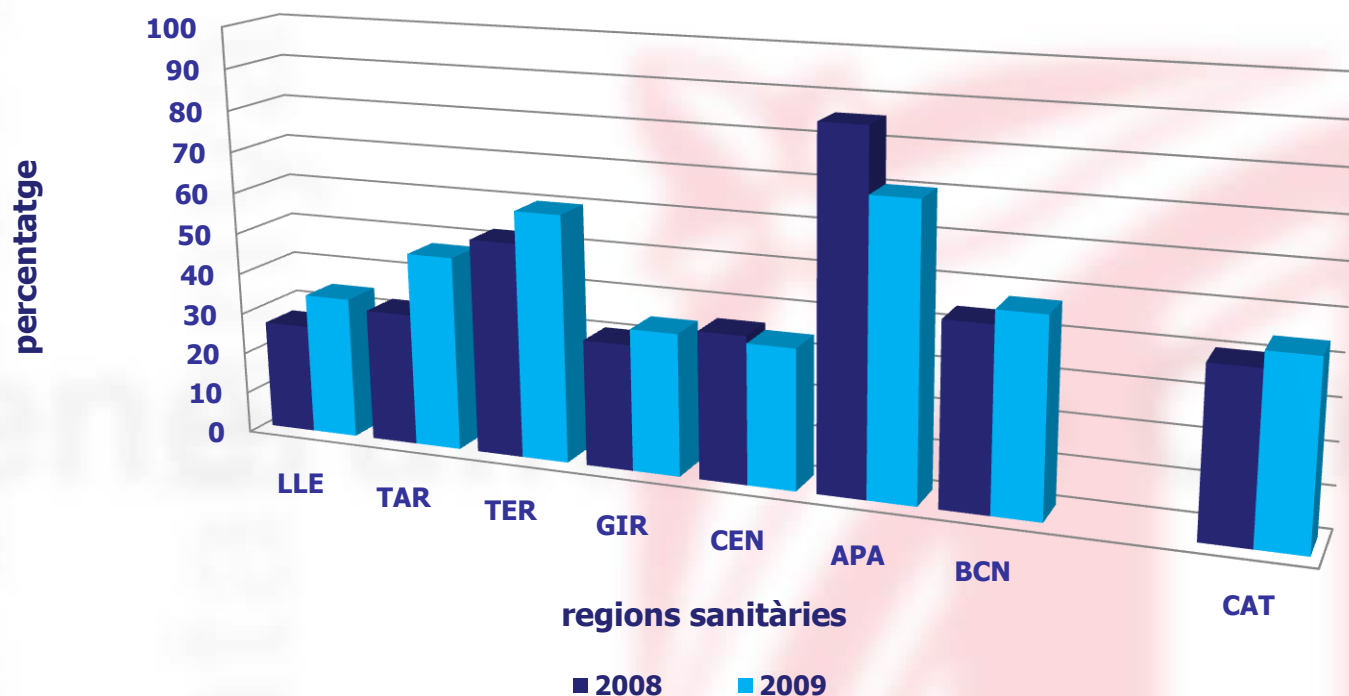
Càncer de mama

% pacients inclosos en el CDR que compleixen criteris d'inclusió



Càncer de mama

% pacients inclosos en el CDR diagnosticats de càncer



ATENCIÓN AL ADULTO



- ✓ Diagnóstico rápido: calidad, rapidez frente a la sospecha de riesgo elevado de cáncer.
- ✓ **Modelo asistencial: comité multidisciplinario**, guías práctica clínica basadas en la evidencia científica.
- ✓ Establecer las guías de práctica clínica coordinadas bajo una misma metodología de trabajo.
- ✓ Concentrar procedimientos complejos
- ✓ Evaluar los resultados clínico y el proceso asistencial.

El cáncer como problema organizativo

Cancer care is a problem of the organization of health care system: all parts of the process of care should be logically organized, communicate effectively and care coordinated.

■ R Haward, 2008.

Nuestra prioridad debe ser aplicar lo que sabemos que es efectivo en nuestra práctica asistencial y promover la investigación para continuar avanzando en la mejora del diagnóstico y el tratamiento del cáncer

La “**atención multidisciplinar**” debe ser considerada como parámetro de calidad y como eje del modelo organizativo de la atención oncológica.

Los pacientes diagnosticados de un cáncer deben ser tratados en el marco de **un equipo multidisciplinario e integrado**, y con un profesional que actúe como referente para el paciente.

MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA MULTIDISCIPLINARIA

Elementos clave de organización

CLARIFICACIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES EN EL EQUIPO

- Contribución individual
- Contribución transversal:
 - *Comité de tumores:*
 - Presidencia
 - Secretario
 - *Unidad Funcional:*
 - Coordinador
 - Enfermera clínica gestora de casos

EVIDENCIA CIENTÍFICA

- OncoGuías
- Protocolos

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

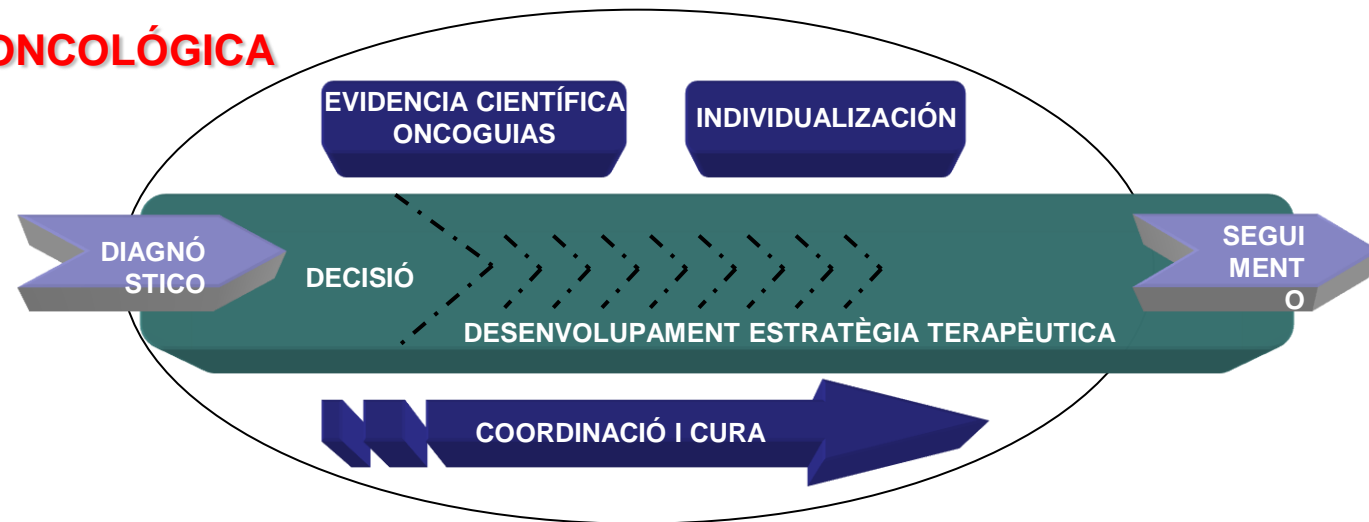
METODOLGÍA DE TRABAJO

- Documentación de la decisión
- Sistemas de evaluación

RESPONSABILIDADES Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

- Proceso de información
- Responsabilidad durante todo el proceso de atención oncológica

MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA MULTIDISCIPLINARIA



EJES CLAVE

DECISIÓN TERAPÉUTICA:

- Combinación de conocimiento y experiencia
- Utilización de la evidencia científica disponible
- Discusión cualitativa y formulación de la decisión
- Comunicación con el paciente de forma comprensible

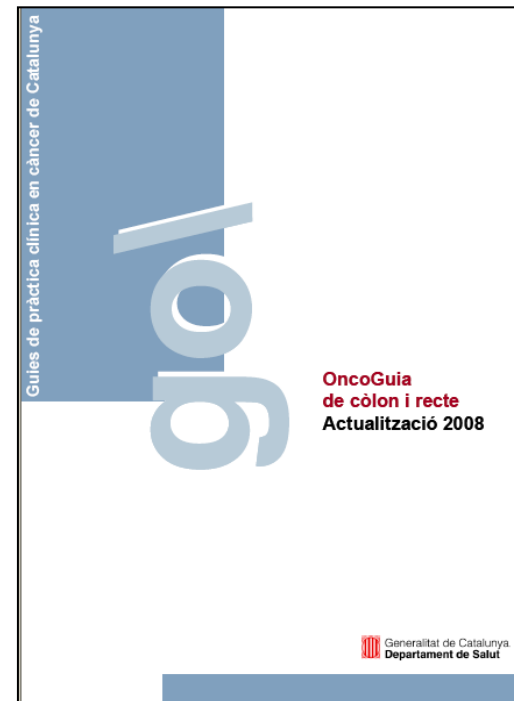
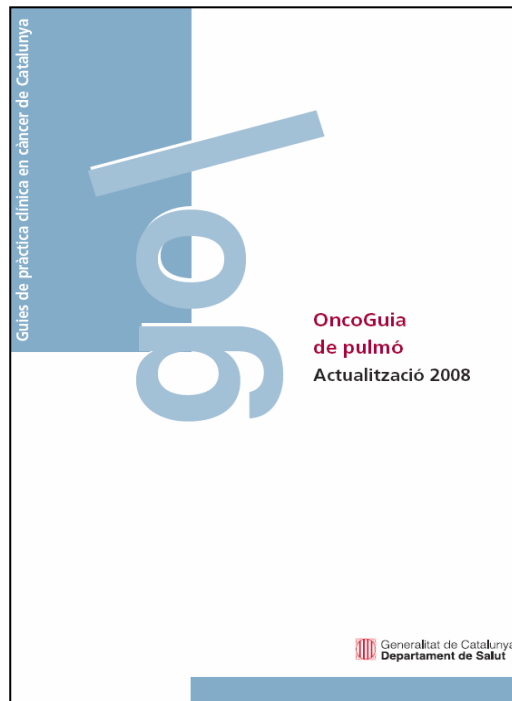
COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN TERAPÈUTICO:

- Diversidad de terapias, servicios y centros sanitarios

EVALUACIÓN:

- Sobre el proceso asistencial
- Sobre los resultados clínicos

OncoGuies actualització 2008



ATENCIÓN AL ADULTO



- ✓ Diagnóstico rápido: calidad, rapidez frente a la sospecha de riesgo elevado de cáncer.
- ✓ Modelo asistencial: comité multidisciplinario, guías práctica clínica basadas en la evidencia científica.
- ✓ Establecer las guías de práctica clínica coordinadas bajo una misma metodología de trabajo.
- ✓ **Concentrar procedimientos complejos**
- ✓ Evaluar los resultados clínico y el proceso asistencial.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN ONCOLOGÍA: NÚMERO ANUAL MÍNIMO RECOMENDABLE SEGÚN CENTRO

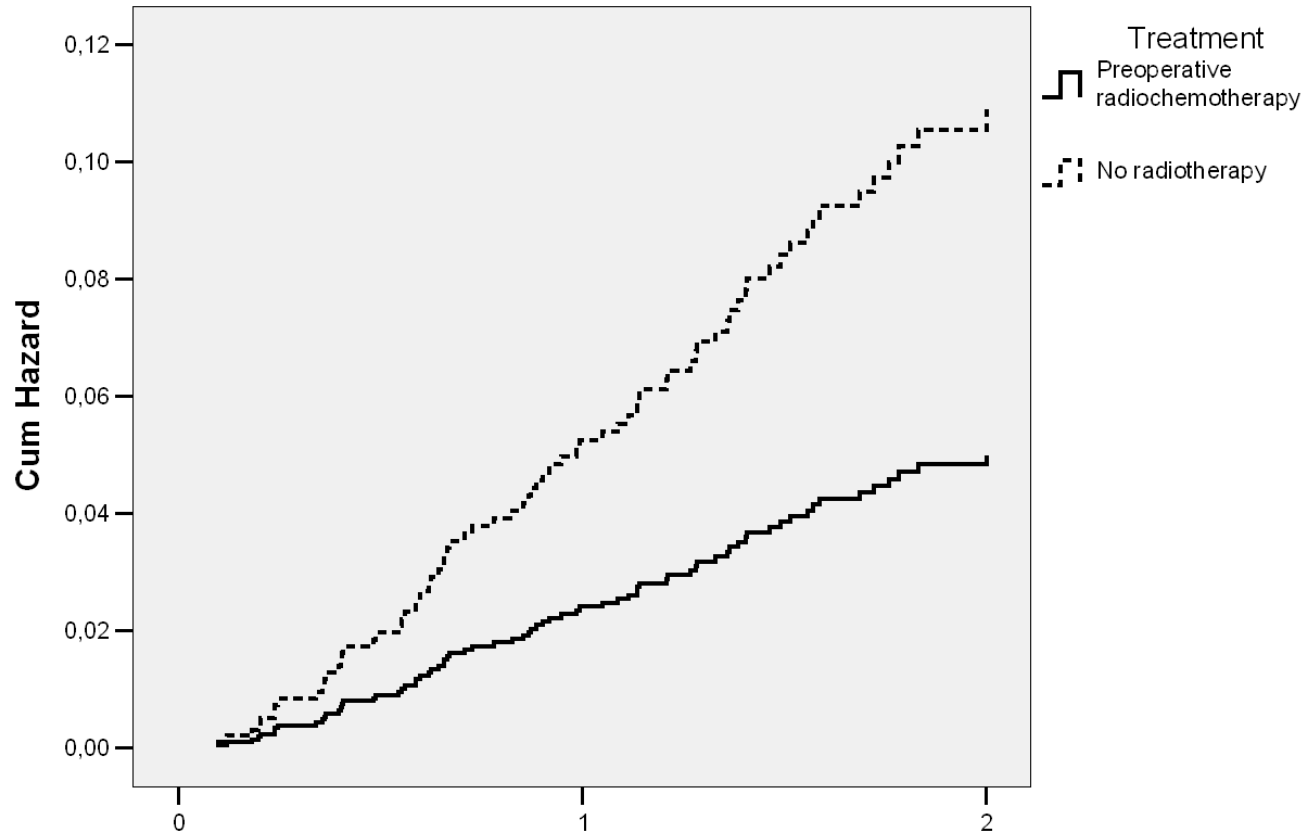
Procedimientos complejos	Número mínimo de procedimientos
Cirugía de neoplasias de páncreas	≥ 11
Cirugía de neoplasias de esófago	≥ 6
Cirugía de neoplasias de estómago	$\geq 11^{**}$
Cirugía de neoplasias de recto	≥ 12
Cirugía de metástasis hepáticas	≥ 11
Cirugía de neoplasias de pulmón	≥ 50
Neuro-oncología	25
Oncología pediátrica	25

Pre-operative and post-operative treatment in rectal cancer by hospital volume of cases

	HOSPITAL VOLUME			P
	≤11 cases / y	12-30 cases / y	>30 cases / y	
	n=188	n=472	n=644	
Preoperative RT	0	2.3	2.0	<0.01
Preoperative RT/ChT	11.2	11.0	19.4	
Preoperative RT/ChT + postoperative ChT	20.2	32.6	41.0	
Postoperative RT +/- postoperative ChT	25.5	19.9	7.9	
ChT only	14.4	12.1	12.1	
No adjuvant treatment	28.7	22.0	17.5	

Adjuvant treatment (Stages II and III)*

Local recurrence in stage II and III according to the type of therapy: preoperative radiotherapy vs no radiotherapy



CALIDAD DE VIDA

- ✓ Atención psico-oncológica: definir modelo de trabajo en los hospitales.
- ✓ Rehabilitación integrada en el equipo multidisciplinar: linfedema, ostomías
- ✓ Reinserción laboral.
- ✓ Mejorar la evaluación del impacto del tratamiento en la calidad de vida y de los efectos adversos
- ✓ **Los pacientes supervivientes de larga evolución**

Un reto para los próximos años: los pacientes supervivientes al cáncer

Diversidad de programas de seguimiento (tumor y tratamiento)

Protocolización seguimiento a nivel hospitalario (evitar duplicidades)

Perfiles de pacientes y Segmentación del riesgo

Enfoque multidisciplinario

Participación de todos los niveles asistenciales



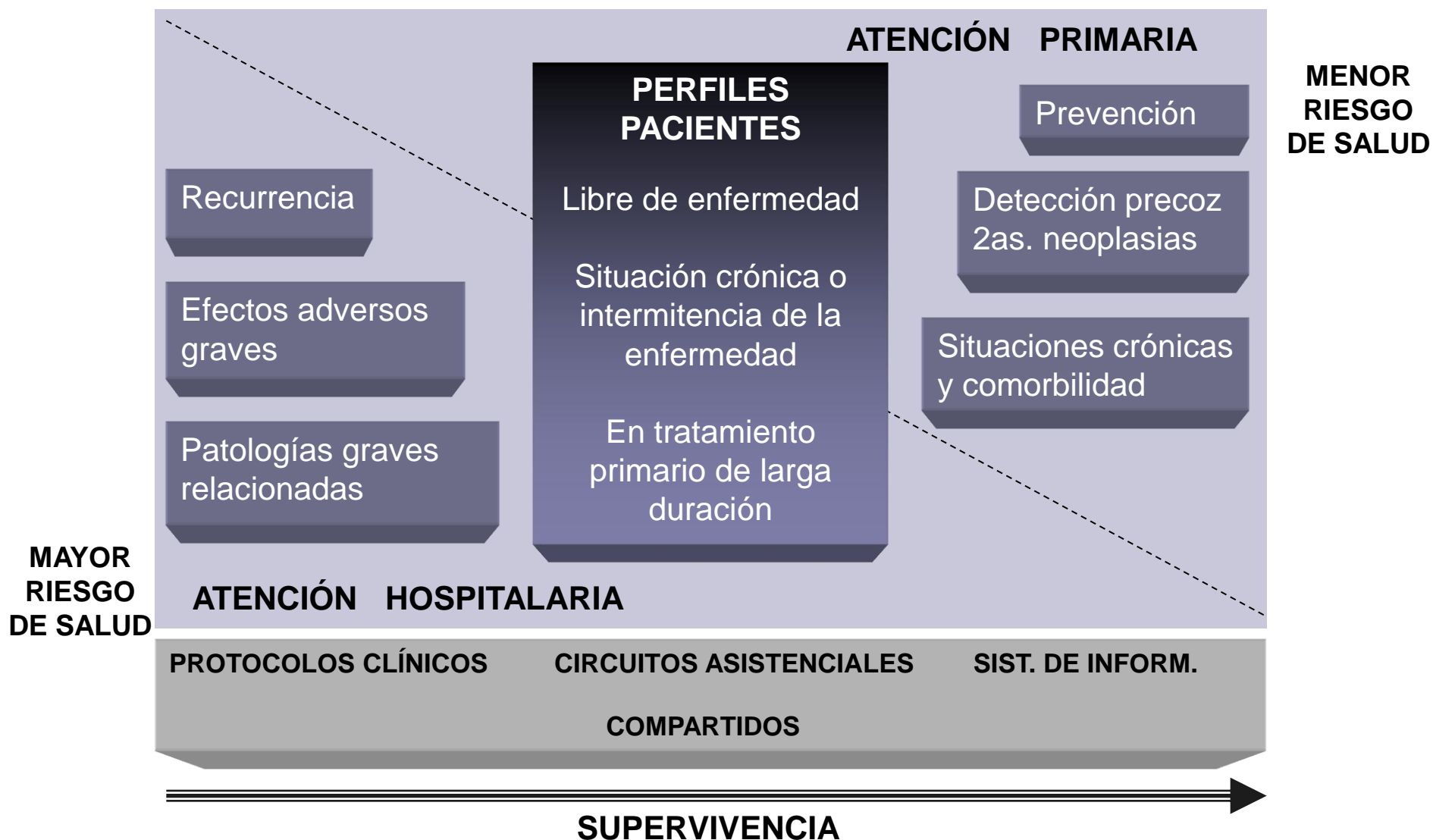
ORGANIZACIÓN ESPECÍFICA:

**Continuidad asistencial
Modelos compartidos de atención**

Una aproximación: perfiles



Aproximación a un modelo de atención



Un modelo de atención de los pacientes supervivientes

Concentrar el riesgo elevado en los servicios oncológicos

Descentralizar el bajo riesgo en atención primaria

Definir los circuitos asistenciales, las **puertas de entrada de cada nivel** y los profesionales de referencia

Identificar y sistematizar la **información crítica** para establecer el plan de seguimiento

Consensuar protocolos en y entre los niveles asistenciales

Desarrollar un **programa-visita de transición para el paciente**, basados en educación sobre su salud e información sobre el seguimiento

Establecer canales de **comunicación interprofesional**

Establecer **sistemas de evaluación** de proceso y de resultado

COMENTARIOS FINALES

- ✓ Necesidad de establecer prioridades
- ✓ Diagnóstico rápido: valoración elevada por pacientes y atención primaria
- ✓ Modelo asistencial multidisciplinario: consolidar su implantación y evaluar los resultados clínicos
- ✓ Concentrar los tratamientos complejos en centros de referencia:
 - ✓ Redes asistenciales en un marco territorial y,
 - ✓ Evaluar los resultados en los centros de referencia
- ✓ Reto: modelo de atención a los pacientes supervivientes