



COMITÉS MULTIDISCIPLINARES HOSPITALES TERCIARIOS

PALOMA MARTÍN MARTORELL

Jornada GIDO

4 de marzo de 2016



OBJETIVOS

- Reuniones regulares multi-especialidad con intención de optimizar el resultado diagnóstico y terapéutico de cada paciente
 - Abordar cada paciente de forma completa y global
 - Convenir el mejor tratamiento en cada caso
 - Optimizar el resultado diagnóstico y terapéutico
 - Crear un equipo multidisciplinario y formación
 - Favorecer la adherencia a las guías clínicas
 - Tomar mejores decisiones terapéuticas que se traduzcan en mejor cuidado del paciente y mejor supervivencia
 - Formación de residentes
 - **Recomendación ESMO, ASCO, NCCN, NICE...**

¡LOGICAMENTE FANTÁSTICOS!
... Y DESEABLES

ORIGEN DE LOS MDT

- Informe Calman & Hine 1995 en UK – diferencias sustanciales en calidad de la asistencia sanitaria.
 - **Objetivo: homogeneizar la asistencia oncológica**
- Ca. Colorectal – mejoría de la tasa de afectación de margen quirúrgico tras revisión de MRI y resto de estadificación pre-op
- Ca. Mama – agiliza los tiempos diagnóstico-terapéuticos y la satisfacción del paciente
- Ca. ORL – coste efectivos y mejoría de la supervivencia

MDT EN CÁNCER DE PULMÓN COMPOSICIÓN

- Cirujanos torácicos
- Neumólogos
- Radiólogos
- **C** **¿¡PACIENTES!?**
- Oncólogos radioterapeutas
- Enfermeras especializadas
- Especialistas en cuidados paliativos
- Nutricionistas
- Trabajador social
- Traumatólogos, rehabilitadores...



MDT EN CÁNCER DE PULMÓN

- **Escasa evidencia en cuanto a beneficio**
- **Comparación de grupos no contemporáneos (pre/post implantación MDT)**
- **Sesgos difícilmente salvables**
- **Elevado coste**
- **Variabilidad en la implantación de las decisiones**

Autores	Diseño	Resultados	Ajuste
Murray et al 2003	Randomizado	No diferencias en SG a 2 años	Comparaciones edad, sexo, histol., PS y estado. No ajustes formales.
Price et al 2002	Antes-después	SG a 1 año 18,3 % vs 23,5 % (p=0,049)	Sexo y estadio considerado. No ajuste formal.
Martin Ucar et al 2004	Antes-después	SG a 1 y 5 años similares, tanto grupo global como est. I	No ajustado
Dillman & Chico 2005	Antes-después	SG a 5 años 16 % vs 19 % (p=0,012)	Ajustado por edad, sexo y raza.
Forrest et al 2005	Antes-después	Aumento 3,2 m SG (p<0,001)	Edad, sexo, estadio y medidas económicas considerados. No ajuste formal.
Boxer et al 2011	No randomizado Grupos contemporáneos	Mayor uso de QT/RT/C.paliativos No diferencias en SG	Ajuste por edad, PS, histología y estadio

CÁNCER DE PULMÓN - EVIDENCIA

- **Boxer et al. 2005 – 2008, South West Sydney (Australia). MDT y no-MDT contemporáneos**
 - **988 casos incidentes cáncer de pulmón (CPNM y microcítico)**

	MDT	No-MDT
Discusión	51 %	49 %
Edad	69	73
PS documentado	99 %	33 %
Diagnóstico histológico	96 %	87 %
TNM documentado	100 %	75 %

CÁNCER DE PULMÓN - EVIDENCIA

- No diferencia en tasas de cirugías entre MDT y no-MDT en estadios I-III CPNM
- No diferencias en tratamiento SCLC entre MDT y no-MDT
- Mayor uso de quimioterapia, radioterapia y consultas de cuidados paliativo en MDT que persiste tras ajuste por edad, estadio, histología y PS
- Potencial aumento en la calidad de vida
- **No aumento de la supervivencia**

Table 2. Overall Treatment Use

Treatment Received	No. of Patients (%)		P ^a
	Discussed by MDT, n=504	Not Discussed by MDT, n=484	
Surgery	60 (12)	60 (13)	.84
Radiotherapy	325 (66)	157 (33)	<.001
Chemotherapy	224 (46)	136 (29)	<.001
Referral to palliative care	323 (66)	250 (53)	<.001

CÁNCER DE PULMÓN - EVIDENCIA

Table 3. Comparison of the Receipt of Treatment According to Disease Stage Among Patients Who Had an Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status of 0 to 2

Pathology	Surgery			Radiotherapy			Chemotherapy		
	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a
NSCLC									
Stages I+II	49	61	.25	54	17	.00	18	15	.67
Stage III	16	26	.16	71	46	.01	43	39	.72
Stage IV	2	0	.13	68	43	.00	42	29	.01
SCLC									
Limited stage	—	—	—	89	71	.28	100	71	.72
Extensive stage	—	—	—	50	46	.72	75	76	.89

CÁNCER DE PULMÓN - EVIDENCIA

Table 3. Comparison of the Receipt of Treatment According to Disease Stage Among Patients Who Had an Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status of 0 to 2

Pathology	Surgery			Radiotherapy			Chemotherapy		
	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a	MDT	No MDT	<i>P</i> ^a
NSCLC									
Stages I+II	49	61	.25	54	17	.00	18	15	.67
Stage III	16	26	.16	71	46	.01	43	39	.72
Stage IV	2	0	.13	68	43	.00	42	29	.01
SCLC									
Limited stage	—	—	—	89	71	.28	100	71	.72
Extensive stage	—	—	—	50	46	.72	75	76	.89

CÁNCER DE PULMÓN - ESTADIOS

- Pan et al. 2005-2010. Taiwan. Cohorte nacional
 - Estudio retrospectivo longitudinal 32.569 pacientes
 - Pacientes con CPNM que reciben tratamiento (Qx / QT / RT) en el 1er año tras diagnóstico histológico
 - Diferencias significativas en edad, sit. económica, estadio, PS. Ajustado por estas variables

Table 4. MDT care affecting survival of patients at different stages.

Variables	Non-MDT		MDT		Cox model			
	N	%	N	%	Adj. HR*	95% CI	P value	
Stage I&II	3912	84.64	710	15.36	0.89	0.78	1.01	0.060
Stage III&IV	24025	85.97	3922	14.03	0.87	0.84	0.90	<0.001

Event = Death

* The non-MDT group was the reference group.

EFICACIA POR ESTADIOS

- **Estadios I – cirugía exclusiva, poco margen para la multidisciplinariedad**
- **Estadios avanzados – problemática más compleja. Requiere mayor coordinación y abordaje multifocal**

PLAN NACIONAL DE SALUD 2013 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO

- **Facultativo especialista responsable/coordinador de MDT**
- **Nombre y papel de cada miembro de MDT**
- **Reuniones periódicas con registro de las mismas y protocolos de derivación**
- **Los acuerdos deben constar en la H^a clínica, esp. estadiaje y plan terapéutico**
- **Reunión min. anual para discutir, revisar y registrar políticas operativas**
- **Todos los pacientes nuevos serán revisados por MDT**
- **Ofrecer información al médico de Atención Primaria**
- **Debe contar con enfermera especializada en cuidados oncológicos**

PLAN NACIONAL DE SALUD 2013

FUNCIONES DE MDT

- **Registro permanente**
- **Recoger la opinión de los pacientes y ésta ser discutida en MDT**
- **Ofrecer información escrita a pacientes y cuidadores**
- **Disponer de guía de práctica clínica de referencia**
- **Disponer de criterios de derivación del paciente a otro equipo**
- **Favorecer la integración del equipo en ensayos o estudios de investigación**

NUESTRA EXPERIENCIA

- **1-2 Cirujanos torácicos**
- **1-2 neumólogos (uno experto en PFR)**
- **1 Radiólogo**
- **1 Oncólogo radioterapeuta**
- **2-4 Oncólogos médicos (asistencia S. Oncología hospitales Sagunto y Gandía)**
- **Patólogo**

NUESTRA EXPERIENCIA

- **Comités semanales**
- **Agenda prefijada**
- **Actas**
- **Sesiones periódicas formativas o de revisión**
- **Revisión de casos que requieren fijar abordaje locorregional (poco frecuentes estadios IV - oligometastásicos)**

LA REALIDAD

- **Asistencia regular de todos los servicios**
- **Presidente y secretario. Cada facultativo presenta sus casos**
- **Revisión completa del caso**
- **Centrado en criterios clínicos, menos en comorbilidad**
- **Discrepancia ocasional de criterio según facultativos (intra- e interservicios)**
- **No inclusión formal de la decisión en la historia clínica**
- **Ausencia de *feed back* con Atención Primaria**

MODELO ALTERNATIVO UNIDADES FUNCIONALES ONCOLÓGICAS

Las UFO son órganos de gestión y prestación de servicios de naturaleza transversal, donde los expertos medicoquirúrgicos de una determinada enfermedad neoplásica comparten lugar y tiempo para diseñar frente al paciente y desde la primera visita la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica para llevar a cabo en ese enfermo en particular. Se trata, pues, de un paso decidido

CONCLUSIONES

- Aunque racionalmente deben de alcanzarse mejores resultados con el modelo de MDT, p.e. supervivencia global, la **EVIDENCIA ES ESCASA Y CONTRADICTORIA...**
- Importancia de adecuada coordinación entre diferentes tratamientos que resultan **COMPLEMENTARIOS**
- Importancia de **ÚNICA VOZ Y OPINIÓN** frente al paciente, que resulta en **CONFIANZA**
- Evaluación periódica de actividad y resultados

CONCLUSIONES

- **Importancia de INTEGRAR COORDINACIÓN CON HOSPITALES COMARCALES**
- **Importancia de mantener COMUNICACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA**
- **Importancia de extender e informar sobre ENSAYOS CLÍNICOS y MANTENER OTROS COMPAÑEROS INFORMADOS**

GRACIAS