

12:30 h - Mesa 3:

Comitès multidisciplinaries y treball en equip.

12:30 - 12:45 h - Hospital Comarcal.

Dra. Regina Gironés.

Oncologia Mèdica. H. Lluís Alcanyís, Xàtiva



GIDO

grup de investigació i divulgació en oncologia



Crisis = reflexión = cambio

Hemos entrado en el siglo XXI con estrategias diseñadas en el siglo XIX para funcionar en el siglo XX



La gestión de la salud

Brian Golden, Director del Centre for Health Sector Strategy en la Rotman School of Management y la University Health Network

“...Peter F. Drucker describió los centros sanitarios como la forma más compleja de organización humana que nunca hemos debido gestionar”...



**La gestión es un instrumento,
no un objetivo**



Definición de la Sociedad Española de Medicina Interna 1997

Gestión Clínica

“Organización de la asistencia para atender mejor las necesidades del paciente con la máxima calidad científica y técnica en coherencia con los recursos y planes de la organización que los desarrolla “

PREMISAS BÁSICAS: Orientación al Paciente y Coordinación Asistencial

Se trata de **organizar los servicios y disponer los recursos** de la forma que resuelva mejor las **necesidades de los pacientes**, que son la razón de ser del sistema sanitario. Sólo es posible **contando con los diferentes niveles y proveedores asistenciales.**

FIN ÚLTIMO: EL “CLIENTE”

- Ética
- Conciencia
- Profesionalidad
- Humanismo, reconocimiento, prestigio.....
- **POR LEY: EQUIDAD DEL SISTEMA**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por disponer de una amplia cartera de servicios que incluye la práctica totalidad de tecnologías y procedimientos sanitarios con los que el conocimiento científico se enfrenta a las enfermedades y a sus consecuencias en la salud humana.

*Junto a ello, la Ley General de Sanidad establece la **universalidad de la cobertura** como una de las características básicas del sistema español al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población.*

*De igual forma establece la **equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud**, entendida ésta como la **garantía** de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.*

Ley Sistema Valenciano de Salud

Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal, los principios que rigen esta ley son los siguientes:

- a) Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, de conformidad con la legislación vigente.
- b) Respeto a la dignidad de la persona, a su intimidad y a la autonomía de su voluntad en el ámbito de las actuaciones previstas en esta ley.
- c) Concepción integral de la salud y de su modelo asistencial.
- d) Política sanitaria global, mediante la interrelación funcional de todas las infraestructuras sanitarias públicas, tanto las asistenciales como las propias de salud pública, cuya actividad se concentra en la vigilancia, promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- e) **Concepción de una salud pública intersectorial, entre cuyos fines está la superación de las desigualdades territoriales**, sociales, culturales y de género y que será periódicamente evaluada para garantizar la transparencia, proporcionalidad, idoneidad y seguridad de todas sus actuaciones.
- f) Descentralización, desconcentración, autonomía, coordinación institucional y responsabilidad en la gestión de los servicios y programas de salud.
- g) Racionalización, eficiencia y efectividad en la organización y utilización de los recursos sanitarios.
- h) Humanización de la asistencia sanitaria y de la atención sociosanitaria.
- i) Evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios y de los resultados de las actuaciones y programas sanitarios.
- j) Fomento de la formación de los profesionales del Sistema Valenciano de Salud, que deberá ser acorde a la evolución científica y técnica y a las necesidades de salud de la población.
- k) Fomento de la investigación científica e innovación en el ámbito de la salud.
- l) Participación activa de la comunidad en el diseño de las políticas sanitarias, en la orientación y valor

Equidad **EL PRINCIPIO DE EQUIDAD EN EL ACCESO A LAS PRESTACIONES SANITARIAS: EL MARCO NORMATIVO**

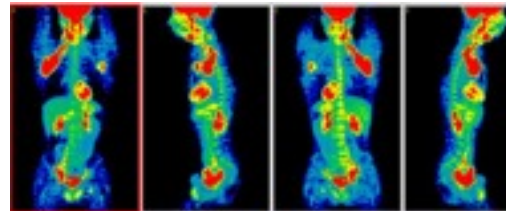
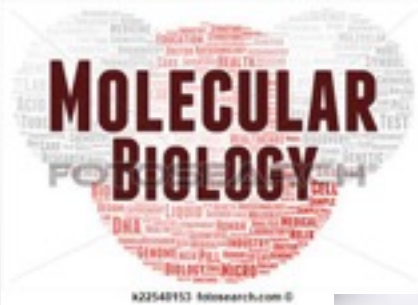
- Uno de los principios definidores de la asistencia sanitaria pública viene siendo el de equidad en el acceso a las correspondientes prestaciones; un principio básicamente vinculado a la idea de igualdad. Así, por ejemplo, la E. de M. I de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sitúa el objetivo de equidad en la protección de la salud “en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad”. En consecuencia, el concepto de equidad se encuentra, por lo pronto, íntimamente conectado a las nociones de igualdad de trato y no discriminación.
- La equidad remite también a la idea de justicia; en este sentido, la Carta Social Europea habla de “condiciones equitativas de trabajo”: Parte 2ª, art. 2, y, más claramente aún, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea se refiere a “condiciones de trabajo justas y equitativas”: art. 31. El derecho de los ciudadanos a que sus asuntos sean tratados “de un modo equitativo e imparcial” por las Administraciones (art. 9.2 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, LO 5/1982, reformada por LO 1/2006) pone énfasis en la dimensión de justicia presente en la equidad.
- Equidad significa, pues, trato justo e igual ante necesidades iguales, con lo que viene a ser sinónima de igualdad justa, no uniformada o mecánica, pero tampoco meramente formal sino real y efectiva, como expresa el art. 9.2 de la Constitución.
- Cuál deba ser el nivel de calidad prestacional y el ámbito o extensión de esas prestaciones justas e igualitarias que impone la equidad no es algo que dependa exclusivamente de la pura voluntad del legislador, pues como se ha dicho y repetido, no todo lo socialmente deseable es económicamente posible; doctrina consolidada de nuestro Tribunal Constitucional sostiene que el ejercicio de los derechos “prestacionales” está condicionado por los recursos disponibles en cada momento (así, STC 172/1989, de 19 de octubre). Acudiendo a inevitables conceptos jurídicos indeterminados, el art. 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE se limita a proponer “un nivel elevado de protección de la salud humana”.

- Con independencia de su significado implícito de cobertura universal, las referencias a la equidad como principio igualitario inspirador del contenido de la asistencia sanitaria pública -un ejemplo internacional de las cuales puede ser el art. 3 del Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina (1997), que propugna el “acceso equitativo a una atención sanitaria apropiada”- son constantes en nuestro Derecho sanitario.
- La equidad va referida en alguna ley autonómica a la asignación de recursos, mientras que la igualdad se predica del acceso a las prestaciones;

RECURSOS

RETO

¿Cómo se aborda una patología tan compleja como una neoplasia de pulmón?



RETO

¿Hacer bien lo que se hace ^{de} o hacer bien lo que se ha
hacer ?

Reequilibrio entre **justicia** “abogado del paciente” y
equidad “abogado de la sociedad”

Implicaciones económicas en la toma de decisiones

RETO

Detectar/conocer lo que **SÍ PUEDE Y DEBE HACER:**
HACERLO BIEN

Detectar/conocer lo que **NO PUEDE/NO DEBE HACER:**
ASEGURARSE QUE SE HAGA BIEN



ENFOQUE METODOLÓGICO: Reingeniería de procesos

La reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas de rendimiento, tales como costes o calidad.

En reingeniería el enfoque de análisis es global: estrategia, modelo organizativo, sistemas de información y procesos.

Modelo organizativo

El servicio deja de ser el único modelo de organización asistencial

Equipos Multidisciplinares



Mis problemas (pacientes)

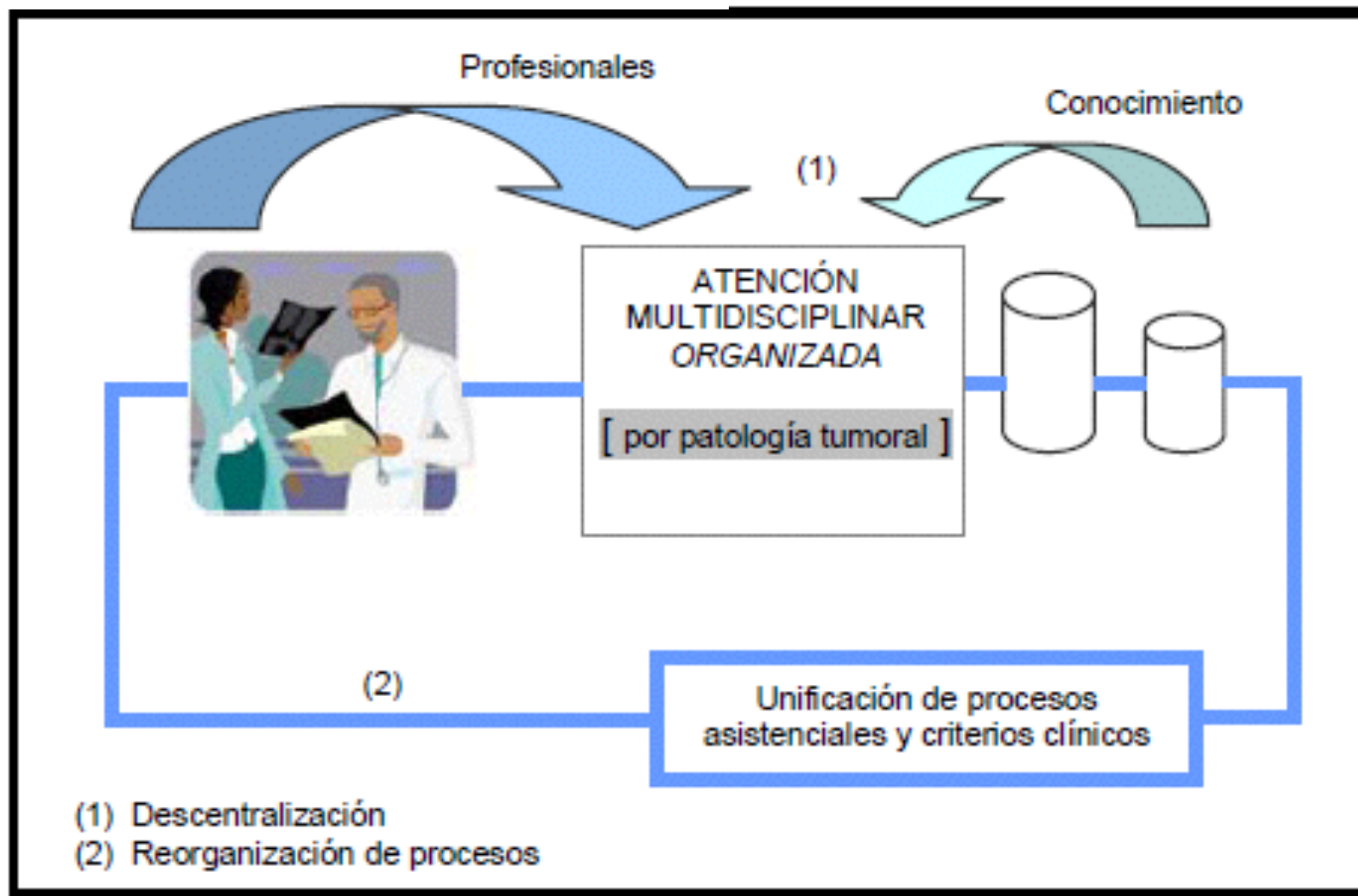
Equipos Interdisciplinarios



Corresponsabilidad



Modelos de gestión



COMITÉ DE TUMORES

Comités de Tumores

Plan Oncológico Comunidad Valenciana

“Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinario e integrado y con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención hospitalaria.

La decisión terapéutica debe estar basada en las guías de práctica clínica y protocolos de cada centro hospitalario, para cada tipo de tumor. El proceso terapéutico debe finalizar con un informe global que será entregado al paciente.”

“Los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que planteen la decisión terapéutica previa al tratamiento y establezca un plan terapéutico global, en el que participen los profesionales implicados en el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer (según el volumen de casos, los comités de tumores serán específicos por localización tumoral)”

¿Por qué es posible presentar casos en un comité?

	URGENTE	NO URGENTE	
IMPORTANTE	Actuar	Planificar	IMPORTANTE
NO IMPORTANTE	Delegar	Posponer	NO IMPORTANTE
	URGENTE	NO URGENTE	

DISEÑO

- En un centro donde las especialidades **NO** se encuentran en el mismo centro, **SE DESPLAZAN LAS ESPECIALIDADES AL CENTRO** (no el paciente)
- INICIO: 2004*
- Periodicidad SEMANAL. Comunicación previa de los casos
- Actas (+ seguimiento prospectivo-excel)
- INTEGRADO:
 - Anatomía Patológica
 - Radiodiagnóstico
 - Neumología/Medicina Interna
 - Oncología Radioterápica
 - Cirugía Torácica
 - ± Medicina Nuclear
 - Oncología Médica
 - Contacto directo: Atención primaria, Urgencias,
 - RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

BENEFICIOS TANGIBLES

- DIAGNÓSTICO:
 - El radiólogo
 - Circuito rápido
 - Estrategias diagnósticas: PAAF, NO DIAGNOSTICAR
- DIAGNÓSTICOS MOLECULARES
- TRATAMIENTOS:
 - Citaciones inmediatas (Cirugía, Radioterapia, Oncología)
- ONCOGERIATRÍA

Diagnóstico: el radiólogo

- Paciente varón de 62 años
- Ex-Fumador desde los 18 años hasta los 51 años 40 cigarrillos/día (80 años/paquete) Admisión a hospital por tumor pulmonar primario en Enero por dolor costal No sdr constitucional, no tos ni hemoptisis

RX TÓRAX, PA Y LAT, 21/01/2016

Valoración:

Datos clínicos: Dolor torácico derecho.

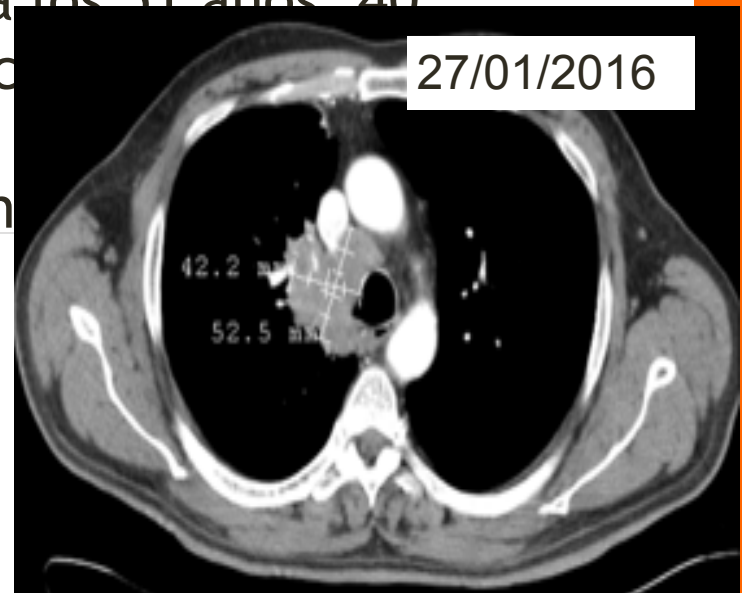
Disminución ventilación de ese lado.

Radiografía de tórax:

Opacidad espiculada en topografía de bronquio lobar superior/ segmento anterior del LSD, sin identificar atelectasia significativa.

No se observa alteración de la silueta cardiomedial ni signos de afectación pleural.

Se cita desde el servicio de Radiodiagnóstico para realización de TC de tórax y abdomen. Se ruega remita a Neumología de forma preferente

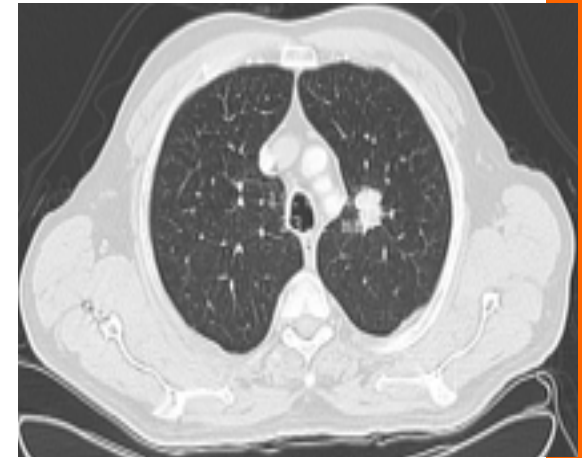


BRONCOSCOPIA: 2
FEBRERO:
MICROCÍTICO

1º CICLO DE QUIMIOTERAPIA:
17 FEBRERO

Diagnósticos: procesos

- Paciente varón de 71 años. Consulta en Urgencias por tos de 1 mes de evolución. Fumador 75 años/paquete



Se había citado para biopsia pulmonar.- se anula la biopsia.
Directamente se remite a cirugía



Figura 2. Algoritmo de diagnóstico para pacientes con EPOC que sospechan de cáncer de pulmón. Adaptado de [10].

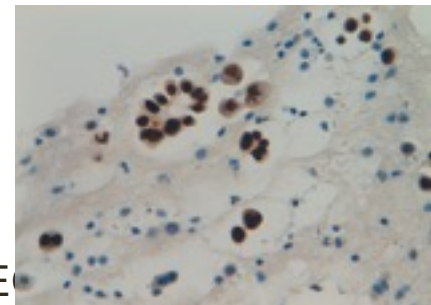


Diagnósticos moleculares

- Paciente varón de 36 años, no fumador. “catalogado” de neumonía atípica intersticial



"3º porción BAL": Con presencia de células aisladas y en grupos grandes, compatible con adenocarcinoma con probable componente lepidico.



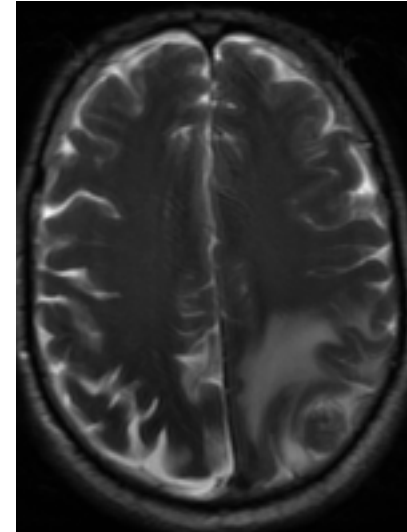
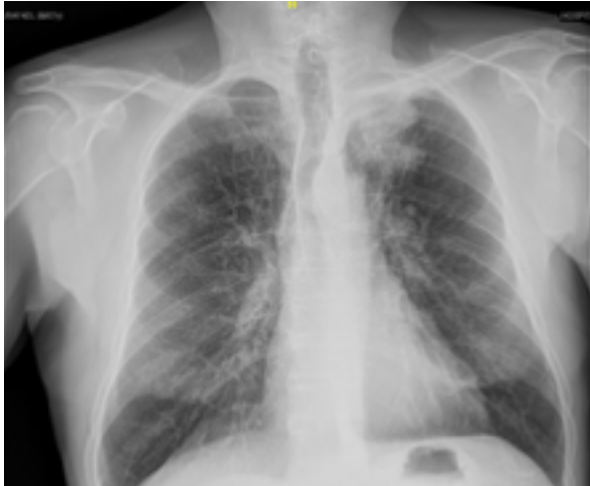
SE CONSIGUE BLOQUE CELULAR PARA DETERMINACIÓN E
MUTACIÓN POSITIVA EXÓN 19

Determinación alteraciones moleculares indicadas en práctica clínica: EGFR, ALK, T790M*

*Participación Eucross ROS1

Avances terapéuticos

Paciente varón de 76 años. Acude a urgencias por cuadro de desorientación



Enfermedad oligometastásica. Tras completar estadificación con PET-TAC, recibe Radiocirugía cerebral y cirugía del tumor primario

Oncogeriatría



Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of elderly lung cancer patients: A single-center experience

Regina Gironés^{a,*}, Dolores Torregrosa^a, Inma Maestu^b, José Gómez-Codina^c, Jose M. Tenias^d, Rafael Rosell Costa^e

Clin Transl Oncol (2012) 14:000-000
DOI

RESEARCH ARTICLES

Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians

Regina Gironés · Dolores Torregrosa · José Gómez-Codina · Inma Maestu · Jose María Tenias · Rafael Rosell

N-STAGE SURVIVAL AND HIPERFRACTIONATED RADIOTHERAPY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Montse Andorrà, J.L. Sola, Jordi Torrens, M.ª Ferrero, Begoña Albaladejo, M.ª López-Muñoz, M.ª García-Medina, C.ª Gilman, R.ª...
Roberto González, Dept. Hospital Universitario de la Ribera, Alicante (España); **Mónica González, Dept. Hospital Universitario de la Ribera, Alicante (España); ***Mónica González, Dept. Hospital Universitario de la Ribera, Alicante (España); ****Mónica González, Dept. Hospital Universitario de la Ribera, Alicante (España); *****Mónica González, Dept. Hospital Universitario de la Ribera, Alicante (España)

Clin Transl Oncol (2010) 12:686-691
DOI 10.1007/s12094-010-0578-5

RESEARCH ARTICLES

Smoking habits in elderly lung cancer patients: still no changes in epidemiology? A single-center experience

Regina Gironés Sarríó · María Dolores Torregrosa · Pedro López · José Gómez-Codina · Rafael Rosell



Prognostic impact of comorbidity in elderly lung cancer patients: Use and comparison of two scores

Regina Gironés^{a,*}, Dolores Torregrosa^a, José Gómez-Codina^b, Inma Maestu^c, Jose M.ª Tenias^d, Rafael Rosell^e

*Medical Oncology Unit, Hospital Don Alvaro, Álava, Spain
*Medical Oncology Service, University Hospital La Fe, Valencia, Spain
*Medical Oncology Unit, Hospital Doctor Pardo, Mallorca, Spain
*Investigative Unit from La Mancha Centro Hospital, Alcaraz de San Juan, Ciudad Real, Spain
*Medical Oncology Service, Oncology Research, Graduate Institute of Oncology, Hospital General de la Fe, Madrid, Spain

17:30-18:30 SIOG Young Investigator Award 2015 - Abstract presentations Chair: Etienne Sznol (FR) and Mienke De Gooijer (NL)
17:30-17:45 O09 - Chemotherapy schedule in clinical setting for concurrent chemo-radiotherapy (CRT) in stage II non-small-cell lung cancer: older versus younger Regina Gironés (ES)

La realidad siempre supera la ficción



Decisiones diagnósticas

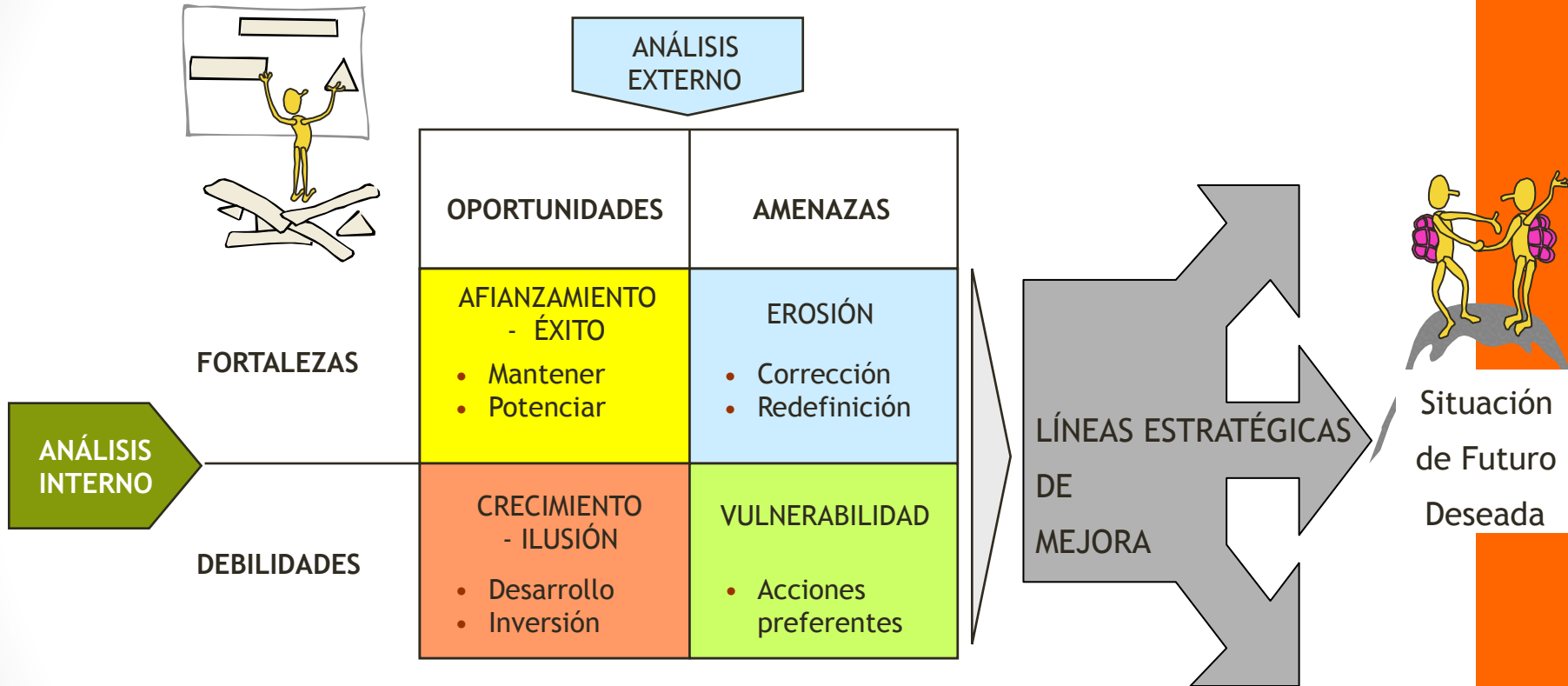


Beneficios para el cliente

- Ventajas:
 - Evita el desplazamiento del paciente
 - Evita exploraciones, visitas innecesarias
 - El caso es conocido previo a la visita física
- ¿Por qué es importante evitar desplazamientos en el paciente con cáncer de pulmón?:
 - Neoplasia muy frecuente
 - Morbimortalidad
 - Comorbilidad
 - Situación de los ensayos
 - Cambio de la estructura social
- RIESGOS:
 - Se comentan casos (historias clínicas, exploraciones...)
 - POR TANTO, LA DECISIÓN DEL COMITÉ DEBERÍA SER VINCULANTE PERO NO INAMOVIBLE (DINÁMICO)
 - Libre elección de hospital (contacto siempre con todos los compañeros)
 - El comité no es el solucionador de pacientes

¿y para el sistema?

Matriz DAFO



HOSPITAL**ENTORNO**

Fortalezas Aspectos positivos internos del servicio-hospital Puntos Fuertes (F)	Oportunidades Aspectos externos que pueden incidir sobre el servicio-hospital
Debilidades Aspectos negativos internos del servicio-hospital Puntos Débiles (D)	Amenazas Aspectos externos que pueden incidir negativamente sobre el servicio-hospital

Matriz DAFO

COMITÉ

ENTORNO



oportunidades

capacidad de mejora
calidad de docencia
calidad de investigación

amenazas

Trabajo no reconocido realmente
Infraestructura real
Ausencia de difusión
todos los estamentos y profesionales

Ausencia de reconocimiento (“tarifa plana”)
Incumplimiento de la equidad
en la asignación de recursos
Llevan al desánimo, burn out, al abandono

Situación de la investigación en cáncer de pulmón

- Actualmente la investigación se centra en alteraciones moleculares que son muy poco frecuentes (1-5%)
- El 40% de los pacientes con estadio IV no cumple criterios de inclusión para un ensayo clínico (*Vardy et al. BMC Cancer 2009*)
- “Paradoja” del cáncer de pulmón:
 - Se realizan ensayos sobre población seleccionada.
 - Se aplican los resultados a población que no es incluíble
- La mayoría de preguntas clínicas-asistenciales en cáncer de pulmón están por contestar

GIDO

grupo de investigación y divulgación en oncología



Modelos de gestión

- Gestionar el conocimiento



Estructura GIDO

Contacto con los centros que tienen ensayos para alteraciones moleculares poco frecuentes o fases I

- Ensayos propios:
 - *Ref.: ESTUDIO ML25033: “Estudio fase II, multicéntrico, abierto, aleatorizado, de tratamiento secuencial con docetaxel y erlotinib intermitente frente a erlotinib en pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón localmente avanzado o metastásico tras fallo a un tratamiento quimioterápico previo” (Nº EudraCT: 2008-007644-34)*
 - *DETERMINACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES Y SU PAPEL COMO MARCADOR PRONÓSTICO Y PREDICTIVO DE RESPUESTA EN PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO.*
 - *VORTICE. CPNM-RT-09: Estudio en fase II de la combinación de vinorelbina oral y cisplatino, administrada en inducción y concomitante con radioterapia, en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado.*
 - **FASE II GIDO 1201: ESTUDIO FASE II DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA COMO CRITERIO DE SELECCIÓN Y FACTOR PREDICTIVO DE SEGURIDAD EN PACIENTES ANCIANOS (≥ 70 AÑOS) CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO CANDIDATOS A TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB, CARBOPLATINO Y PACLITAXEL”**
- **Proyectos de investigación**
 - Protocolo PATRON DE EXPRESION DE MICRORNAs miRNAs EN PLASMA DE PACIENTES CON CANCER DE PULMON NO CELULAS PEQUENAS CPNCP SUBTIPO NO EPIDERMOIDE ESTADIO AVANZA
 - Protocolo RE-ESTADIAJE CON PET- TAC Y FIBROBRONCOCOPIA ECOGUIADA EBUS EN PACIENTES CON CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN CNMP EIII IRRESECABLE
 - PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULM N METAST SICO EN POBLACI N ANCIANA-GIDO .RECOGIDA DATOS ANCIANOS
- **OPORTUNIDAD: ESTUDIOS POSTAUTORIZACIÓN: Fase IV. ¿Por qué no comprobamos la eficacia en la población real?**

Modelos de gestión

- Recuperación de la importancia del discurso asistencial

- Organización en base a áreas de gestión orientadas a procesos asistenciales , cuya existencia es compatible con

los servicios:

- Planes estratégicos y valores comunes a todas las áreas de gestión
- Planes de “empresa” y contratos de gestión para cada unidad

- Organigrama aplanado: descentralización y autonomía de los profesionales con un liderazgo conocido

MENSAJES:

- PACIENTE: de momento está garantizado que el acceso y el manejo sea el mismo, independientemente de donde vive(a expensas del esfuerzo personal de los profesionales)
- FACULTATIVOS: puedes ser lo que quieras ser
- ADMINISTRACIÓN: oportunidad



IASLC  16TH WORLD CONFERENCE ON LUNG CANCER
SEPTEMBER 6-9, 2015 • DENVER, COLORADO, USA
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER

TAKE HOME MESSAGE

"Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world; indeed it's the only thing that ever has."

--Margaret Mead

Muchas gracias



IASLC
40 YEARS