UNITAT FUNCIONAL D'ATENCIÓ ONCOLÒGICA (UFAO):

Anàlisi d'un recurs per a la presa de decisió multidisciplinària en càncer.

Jordi Trelis Navarro

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

UNITAT FUNCIONAL D'ATENCIÓ ONCOLÒGICA (UFAO)

ANÀLISI D'UN RECURS PER A LA PRESA DE DECISIÓ MULTIDISCIPLINÀRIA EN CÀNCER

Treball final Màster Gestió Sanitària UIC 2011-2012

Alumne: Jordi Trelis Navarro

Tutor: Joan Maria Ferrer

ÍNDEX

Introducció i presentació			**3**
Antecedents			**4**
Justificació			**7**
Objectiu del treball			**7**
Metodologia			**8**
o Objectius principals	Valorar indicadors que demostrin que les UFAO poden ser eficients		**8**
	Anàlisi del cost d' una UFAO		**11**
o Objectius secundaris	Definició del procés d' una UFAO		**12**
	Identificar propostes d' evolució de la UFAO en el futur		**14**
Avaluació i resultats			**16**
o Objectius principals	Valorar indicadors que demostrin que les UFAO poden ser eficients	Intervals de temps en el procés d'atenció	**16**
		Adherència a una guia de pràctica clínica	**26**
	Anàlisi del cost d' una UFAO	Avaluació econòmica	**31**
o Objectius secundaris	Definició del procés d'una UFAO		**36**
	Identificar propostes d'evolució de la UFAO en el futur		**39**
Conclusions/Discussió			**42**
Bibliografia			**44**

INTRODUCCIÓ I PRESENTACIÓ

La incidència i prevalença del càncer són fets rellevants en l'atenció sanitària d'un país, qualsevol política sanitària contempla l'atenció al càncer tan pel que representa com per les implicacions que comporta en referència a la pròpia complexitat de procediments diagnòstics i terapèutics com per la diversitat i nombre de professionals implicats.

Diferents organismes integren accions relacionades en el control del càncer, en el cas de Catalunya, el Departament de Salut ho contempla a través del Pla de Salut i Pla Director d'Oncologia, a nivell estatal en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) i a nivell europeu la pròpia Comissió Europea.

Un dels reptes de les institucions sanitàries ha estat trobar formes organitzatives, per poder donar una millor atenció a la malaltia oncològica, des de la prevenció de la malaltia, al diagnòstic i tractament però tenint com a base de tot el procés, una adequada presa de decisions.

L'evidència actual relaciona la coordinació efectiva d'aquest entorn amb l'efectivitat terapèutica i assenyala com a eix principal l'atenció multidisciplinària. Hi ha estudis que mostren millores en la supervivència de pacients que han estat atesos per un equip multidisciplinari amb la utilització de guies de pràctica clínica.

El treball pretén donar informació sobre un recurs d'atenció denominat Unitat Funcional d'Atenció Oncològica (UFAO).

La UFAO permet que de forma multidisciplinària un grup de professionals prenguin decisions sobre la manera d'actuar enfront a un càncer determinat, i com aquestes decisions es porten a terme de forma coordinada i ràpida tenint al pacient com a centre d'atenció.

ANTECEDENTS

Davant de la sospita diagnòstica d'una càncer, la clau de tot el procés es podria resumir en dues paraules, *quan i com*. El *quan* en referència al factor temps (confirmació diagnòstica, resultats d'una prova, inici del tractament). I pel que fa referència al *com*, en el sentit de saber que cal fer, com fer-ho i el que es faci que sigui el millor.

En un principi, la presa de decisions era individualitzada, centrada en la opinió d'un sol professional (model paternalista), amb el temps aquest model va evolucionar cap a una presa de decisions en grup, sent aquest l'origen dels comitès de tumors. La funció del comitè de tumors és prendre una decisió d'estratègia terapèutica, entre diferents professionals experts, en base a una informació registrada en una història clínica d'un diagnòstic de càncer.

És des del propi nucli d'un comitè de tumors que es genera la idea de crear una UFAO, definint-la en un primer moment com un òrgan de gestió i prestació de serveis sanitaris transversal, que mantenint l'esperit del comitè de tumors, convertia les decisions del grup d'experts, en accions de forma planificada i organitzada, afegint com a tret diferencial, que les decisions s'adaptessin a les necessitats del pacient, ja que el procés s'iniciava amb la visita del pacient per part de professionals de diferents especialitats.

El propi Pla Director d'Oncologia fa propi el concepte, i defineix la UFAO, com una entitat organitzativa de l'atenció oncològica multidisciplinària, especialitzada per tipus de tumors, que integra els professionals involucrats en la presa de decisió sobre l'estratègia terapèutica i la seva aplicació basada en l'evidència científica i el coneixement expert, i que modifica l'organització dels procés assistencial per millorar-ne l'efectivitat i l'eficiència. Hi ha evidencia científica que l'atenció multidisciplinària en el cas de neoplàsies de mama, ovari, cap i coll i cerebral por influir en la supervivència del pacients. L'estudi EUROCARE-4 mostra la influència dels canvis organitzatius en la supervivència.

També el Pla Director d'Oncologia que defineix com a entitats organitzatives, els comitès de tumors i les UFAO. El primer com a ens que integra a tots els professionals involucrats en la presa de decisions sobre el pla de tractament, especialitzat o no per tipus de tumors, d'acord al volum i complexitat; el seu objectiu principal és que tots els casos de càncer siguin avaluats en aquest entorn abans d'iniciar el tractament. D'altra banda la UFAO, que inclou al comitè de tumor i que es considera una organització

recomanable quan es dona l'especialització per tumors, que sol estar motivada quan existeix un l'elevat volum de casos amb o sense complexitat, així com en volums reduïts amb elevada complexitat, ja que com s'ha comentat abans pot modificar l'organització del procés assistencial per millorar l'efectivitat i eficiència.

El Pla de Salut de Catalunya 2012-2015, fa una decidida aposta sobre la creació de xarxes col·laboratives en terciarisme: "Crear aliances entre centres (unitats funcionals col·laboratives) en un model en xarxa, per incrementar el volum d'activitat. Aquestes unitats funcionals són el resultat d'acords estratègics entre entitats i permeten crear serveis multicèntrics per donar una prestació de qualitat amb millors resultats i mantenir un model d'atenció pròxim."

Fa més de 20 anys que l' Institut Català d'Oncologia (ICO) i l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB) varen acordar crear les UFAO com a millor estructura organitzativa per afrontar la complexitat del diagnòstic i tractament del càncer, on diferents professionals de diferents serveis implicats, s'agrupen per treballar de forma conjunta i coordinada en un mateix temps i espai físic, aquest tipus d'organització permet una bona comunicació i coordinació entre serveis així com un bon aprofitament de recursos.

En l'actualitat, l'ICO i HUB disposen de 10 UFAO que per ordre cronològic de creació són: mama (1990), ginecològica (1992), pulmó (2000), sarcomes i tumors ossis (2000), neuroncologia (2001), cap i coll (2002), pròstata (2008), limfomes (2009), tumors esòfag-gàstrics (2009) i tumors de colon i recte (2009).

L'objectiu principal de la UFAO és aconseguir la màxima supervivència amb la menor morbiditat possible en els pacients diagnosticats de càncer.

Els objectius secundaris que ha de contemplar una UFAO haurien de ser:

- Decidir l'estratègia terapèutica comú de tots els pacients diagnosticats.
- Establir i millorar els circuits assistencials, escurçant els intervals de temps.
- Porta d'entrada única, a part de promoure el circuit de diagnòstic ràpid sempre que es disposi.
- De derivació del pacient - decisió terapèutica – 1er. tractament – teràpies adjuvants.
- Simplificar l'organització de l'atenció oncològica per oferir un espai integrat d'atenció al pacient i afavorir l'ús qualitatiu del temps de l'equip i de les activitats assistencials que se'n generen.
- Revisar periòdicament l'evidència científica i mantenir actualitzada la guia de pràctica clínica (GPC), fomentar l'adherència de les decisions a la GPC i

homogeneïtzar les opcions terapèutiques, reduint-ne la variabilitat clínica innecessària, establir les rutes assistencials d'acord a la GPC.

- Reduir el temps d'implementació de les noves tecnologies aprovades a la pràctica clínica.
- Fomentar un espai d'aprenentatge interdisciplinari comú, afavorint l'expertesa clínica, la formació i la docència dels professionals.
- Promoure i facilitar la recerca com activitat intrínseca de l'equip.
- Disposar d'informació sistemàtica sobre l'activitat de la UFAO, els resultats de qualitat clínics i de supervivència i mortalitat, per tal d'analitzar-la i establir les millores oportunes.

A títol de resum, cal que la UFAO serveixi per poder prendre decisions consensuades en presència del malalt, defineixi objectius estratègics amb el mínim temps d'espera possible entre la visita, decisió i tractament, faciliti la tramitació de tots els aspectes burocràtics que pugui comportar el procés, i posi a disposició del malalt i la família, un professional referent facultatiu i una infermera gestora de cas.

Una experiència semblant podria ser la desenvolupada per l'IMAS (Hospital de l'Esperança-Hospital del Mar), amb la creació d'una unitat funcional pel servei d'oncologia radioteràpica. La finalitat es organitzar la porta d'entrada dels pacients a tractar (porta d'entrada única), unificar un sol comitè de tumors i consensuar les guies de pràctica. En el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña), aprofitant la incorporació del Hospital Abernte y Lago es crea un grup multidisciplinari per l'abordatge diagnòstic i terapèutic específic en el càncer de mama, anomenat Unidad de Patologia Mamaria. Es pot considerar una unitat funcional on el paper de l'oncòleg és complementari sent el cirurgia qui porta el lideratge.

Fora de l'àmbit de l'oncologia hi ha experiències semblants en l'àmbit de la neurologia, com la proposta de la Societat Valenciana de Neurologia de crear unitats funcionals més com un mètode per a poder unificar estratègies de tractament que no com a un model organitzatiu. També hi ha el concepte d'unitats funcionals quirúrgiques (Servicio Madrileño de Salud), en aquest cas la unitat funcional s'associa a una unitat de costos exclusivament. En el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el concepte d'unitat funcional es organitzatiu i estructural, cada servei disposa de diferents unitats assignades per patologies o dispositiu, d'entrada sense cap valor afegit publicat.

JUSTIFICACIÓ

Els factors que justifiquen aquest treball són:

- Presentar un recurs organitzatiu que pugui donar resposta al increment de la incidència i prevalença de la malaltia oncològica amb la complexitat dels processos diagnòstics i terapèutics associats.
- La possibilitat de descriure un model d'atenció, centrat en el pacient amb un entorn integrat d'especialitats i amb una traçabilitat del procés assistencial.
- La promoció d'aliances entre institucions, en aquest cas fruit de l'experiència de més de 20 anys entre el ICO i HUB.
- El fomentar la innovació amb el recurs de la UFAO, centrada en rols i funcions de professionals, circuits assistencials, organització de la investigació i docència així com el treball en equip.
- Aquest treball només és el inici d'un projecte que es portarà a terme pel comitè d'unitats funcionals del ICO i HUB, amb la implicació dels seus professionals, les institucions que representen i la Regió Sanitària.

OBJECTIU DEL TREBALL

L'objectiu del treball és generar evidència sobre el recurs de la UFAO.

Per aquest motiu s'ha definit, 2 objectius principals i 2 objectius secundaris:

- Objectius principals:
  - Valorar indicadors que demostrin que les UFAO poden ser eficients.
  - Anàlisis del cost d'una UFAO
- Objectius secundaris:
  - Definir el procés d'una UFAO tipus.
  - Identificar propostes d'evolució de la UFAO en el futur.

METODOLOGIA

Objectiu principal: valorar indicadors que demostrin que les UFAO poden ser eficients.

Tal i com s'havia comentat anteriorment, l'objectiu d'una UFAO és aconseguir la màxima supervivència amb la menor morbiditat possible en els pacients diagnosticats de càncer, per aquest motiu s'han dissenyat indicadors a través dels registres de tumors hospitalaris i poblacionals que podran donar resultats a mig i llarg termini.

El comitè UFAO ICO-HUB ha definit recentment una proposta d'organització de la informació relacionada amb les UFAO que s'agruparia en 2 apartats:

- informació relacionada amb el procés.
- informació relacionada amb els resultats.

En referència a la informació del procés es registren dades relacionades amb la incidència (nº casos nous), dades relacionades amb l'activitat (primeres visites, seguiments, coeficient de reiteració, visites per professionals), en referència als intervals de temps (des de la sospita fins la primera visita, des de la primera visita fins al diagnòstic i des del diagnòstic fins al tractament), en referència a indicadors de qualitat (% casos presentats en comitè en referència a casos nous, % d'actes de decisió terapèutica en referència als casos presentats al comitè, % d'indicacions terapèutiques fora de guia de pràctica clínica), i pel que fa a aspectes de recerca (% de pacients en assaig clínic en referència al nombre de casos nous, nombre d'estudis iniciats de forma anual).

En referència a la informació sobre els resultats s'ha classificat en informació de resultats clínics (% supervivència i mortalitat per estadis, morbiditat per estadis i anys de supervivència, % de recidives per estadis i anys de supervivència i % de segones neoplàsies per anys de supervivència) i de recerca (nombre de publicacions per any i impact factor).

Segons les publicacions revisades, hi ha acord en que l'indicador de procés que definiria per excel·lència l'eficiència d'una unitat funcional és el factor temps, sent aquest el que més angoixa als pacients i famílies amb sospita o recent diagnòstic d'un càncer. En la política del Departament de Salut en general i del Pla Director d'Oncologia en particular, la creació dels circuits de diagnòstic ràpid en càncer (CDR) va ser un intent de donar resposta a aquesta necessitat. El segon element que es nombra en relació a

l'eficiència, és l'adherència a una guia o via de pràctica clínica, no tant pel fet o no de disposar d'una, sino el grau de compliment de la mateixa.

Per aquest motiu, en aquest treball s'intentarà fer una aproximació en primer lloc als intervals de temps en el procés d'atenció, i en segon lloc, l'adherència a una guia de pràctica clínica especifica d'un tumor.

1. *Intervals de temps en el procés d'atenció*

Una de les hipòtesis seria que els intervals de temps en les diferents parts del procés que gestiona la UFAO haurien de ser eficients, entenen l'eficiència com fer el que cal fer amb el mínim possible, però bé.

Un dels intervals més rellevants és el que transcorre fins poder aconseguir un diagnòstic complert que serà qui definirà l'estratègia terapèutica a seguir. Es considera diagnòstic complert, aquell que un cop realitzades totes les proves necessàries permet prendre una decisió definitiva sobre l'estratègia terapèutica a seguir en tot el procés de malaltia. El diagnòstic anatomopatològic no és sinònim de diagnòstic complert. El diagnòstic anatomopatològic és el que permet confirmar el diagnòstic de càncer. El diagnòstic complert, contemplava fins fa poc temps només l'estudi d'extensió (analítica i tècniques d'imatge) i, en l'actualitat inclou també l'estudi de la biologia molecular cada vegada més rellevant en diferents tipus de tumors. L'experiència i opinió dels especialistes és que la data en que es pren la decisió pel comitè de tumors, hauria de coincidir amb la data del diagnòstic complert, en el sentit que, el comitè de tumors estaria per decidir el que s'ha de fer i no per decidir el que s'hauria de fer.

La metodologia emprada per portar a terme l'estudi sobre l'eficiència, en referència als intervals de temps, s'ha centrat en:

- anàlisis retrospectiu descriptiu segons la informació disponible dels registres dels indicadors d'intervals de temps en diferents unitats funcionals.
- estudi pilot específic sobre el càncer de mama. Per aquest motiu, s'han definit 2 mostres de pacients en 2 institucions sanitàries, les dues disposen de comitès de tumors, però en una d'elles (ICO-HUB) es disposa d'una UFAO específica de mama.

2. *Adherència a una guia de pràctica clínica*

Diferents definicions de Guies de Pràctica Clínica (GPC) es poden trobar a la literatura científica, una és la proposada per l'"lnstitute of Medicine", l'any 1990, i les defineix com: "el conjunt de recomanacions desenvolupades de manera sistemàtica per ajudar als clínics i als pacients en el procés de la presa de decisions, sobre quines són les intervencions més adequades per resoldre un problema clínic en unes circumstàncies sanitàries específiques". La seva finalitat primordial consisteix en oferir al clínic una sèrie de directrius amb les quals poder resoldre, a través de l'evidència científica, els problemes que sorgeixen diàriament amb els pacients i disminuir així l'anomenada variabilitat clínica. Tenint en compte els treballs de Field, les característiques desitjables en una GPC serien d'elaboració i de contingut. Es considerarien característiques d'elaboració: la claredat del text, la documentació i metodologia explícites, la seva multidisciplinarietat, i l'actualització periòdica. Es consideren característiques de contingut: la validesa, l'aplicabilitat clínica, la flexibilitat i la reproductibilitat i viabilitat. La pròpia Estratègia en Càncer del SNS, en referència a la pràctica mèdica, reconeix que en segons quins processos, la variabilitat és significativa i afecta als resultats clínics degut als molts procediments diagnòstics i terapèutics.

L'ICO des de fa més de 15 anys, ha anat desenvolupant GPC clínica relacionades amb el tractament farmacològic i radioteràpic de 10 tipus diferents de tumors, anomenades ICOpraxi. En realitat són vies de pràctica clínica la majoria d'elles amb alguna excepció, però a nivell terminològic s'anomenen GPC. El punt de partida de les GPC de l'ICO és òbviament i de manera natural les Oncoguies, coordinades pel Pla Director d'Oncologia amb els especialistes en càncer de Catalunya, i editades pel Departament de Salut. Mentre l'Oncoguia defineix el full de ruta a portar a terme per cada tumor des de la prevenció passant pel diagnòstic i el tractament de forma global, la ICOpraxi fa èmfasi en l'estratègia terapèutica no quirúrgica de quimioteràpia i radioteràpia aplicada al càncer. Fins el moment, estan editades les ICOpraxi de colon, mama, pulmó, tumors de cap i coll, gàstric, ovari, limfoma B difús de cèl·lula gran, mieloma múltiple, leucèmia limfàtica crònica i dolor.

En l'actualitat i fruit del projecte de les UFAO ICO-HUB, la Comissió de Tumors del HUB està actualitzant la protocol·lització dels episodis quirúrgics que complementaran a cadascuna de les ICOpraxi en les que precisin d'un episodi quirúrgic.

Dins del concepte d'eficiència, i més concretament de cost-éficiència, fa un any es va promoure que unes UFAO específiques del ICO-HUB, conjuntament amb membres dels comitès de tumors del ICO-Germans Trias i ICO-Josep Trueta, elaboressin de forma conjunta la protocolització d'ús de proves complementaries, principalment proves d'imatge i analítica, en el seguiment d'uns tumors determinats. S'han anomenat ICOseguiment.

L'ICOseguiment es considera un protocol, que conjuntament amb la via clínica de la part quirúrgica i la ICOpraxi definirien les actuacions a realitzar en el diagnòstic, en el tractament i en el seguiment d'una dona diagnosticada d'un càncer de mama. Un dels problemes per a l'elaboració dels ICOseguiments, ha estat la mínima per no dir nul·la bibliografia relacionada amb el tema per no fer referència a l'evidència científica. Segons el tipus d'evidència, es podria considerar un nivell V (obtinguda de la comunicació de casos i d'experiències clíniques) i segons l'origen de l'evidència un grau C (evidència tipus II, III,IV però resultats inconsistents). La idea es convertir les recomanacions en decisions vinculants. Els ICOseguiments consensuats són els de limfoma, càncer gàstric, cap i coll pulmó, pròstata, ovari, mama i tumors germinals. La finalitat és generar la evidència que amb tota seguretat comportarà la eficiència desitjada.

En aquest apartat del treball s'exposaran els resultats del grau d'adherència de la GPC de la UFAO de mama, es presentarà una avaluació d'indicadors quirúrgics, que com ja s'ha comentat estan en procés de revisió, de la pròpia ICOpraxi de mama i la proposta d'ICOseguiment de la mateixa.

Objectiu principal: anàlisi del cost d'una UFAO.

L' avaluació econòmica (AE) dels recursos sanitaris és fonamental en la presa de decisions, tenint en compta dades de seguretat, eficàcia i/o efectivitat i és una eina imprescindible pel gestor sanitari. La Medicina Basada en l' Evidència (MBE) actualment constitueix una corrent de pensament sanitari de gran importància que conjuntament amb l'AE són claus per l' elecció de prioritats, així com en la racionalització sanitària, que ha de guiar la gestió dels recursos sanitaris. L'AE pretén oferir als responsables informació sobre la viabilitat de les intervencions sanitàries, estiguin aquestes implantades o que es vulguin implantar en un futur. El resultat de les

decisions basades en MBE (Guies de pràctica clínica, llistat de prioritats, Manuals de prescripció adequada...) tenen normalment un fort impacte en les decisions diagnòstiques i en el tractament individual dels pacients; per tant és important assenyalar que els mètodes d'AE, no estan orientats a la valoració de les decisions clíniques individuals. L'AE no resolen de forma concreta, els problemes dels clínics quan es veuen obligats a decidir entre un tractament més efectiu, que dona el benefici màxim per un pacient individual, i un tractament més cost-efectiu, que considera el benefici individual del pacient en relació amb la resta de pacients o el conjunt de la societat. Altres aspectes de la decisió clínica com la justícia, l' equitat, l'ètica professional o les preferències individuals dels pacients són valors a tenir també en compta. Però aquesta diferència de perspectiva no és una excusa per l' ignorància de la repercussió econòmica de les accions individuals. Resulta del màxim interès que els clínics coneguin els fonaments de l' avaluació econòmica, de forma que puguin introduir aquesta dimensió en la seva pràctica professional com un element bàsic. De fet els metges sempre han tingut que decidir quin tractament pot ser millor pel pacient. La utilització de recursos públics, que no són només del pacient, implica la necessitat de reflexionar sobre las conseqüències econòmiques en la comunitat, ja que els recursos són de la població.

Des d'un punt de vista pràctic, una UFAO per definició inclou elements ja esmentats, atenció centrada en pacient, ús de vies de pràctica clínica,... però hi ha una manca de coneixement en referència al cost que representa. Per aquest motiu es realitza un estudi que analitza:

- cost de la UFAO de mama, a partir d'una mostra de pacients des de la primera visita fins l'inici del tractament.
- cost del procés d'atenció a una altra mostra de pacients en que ha intervingut la UFAO però no des del principi.

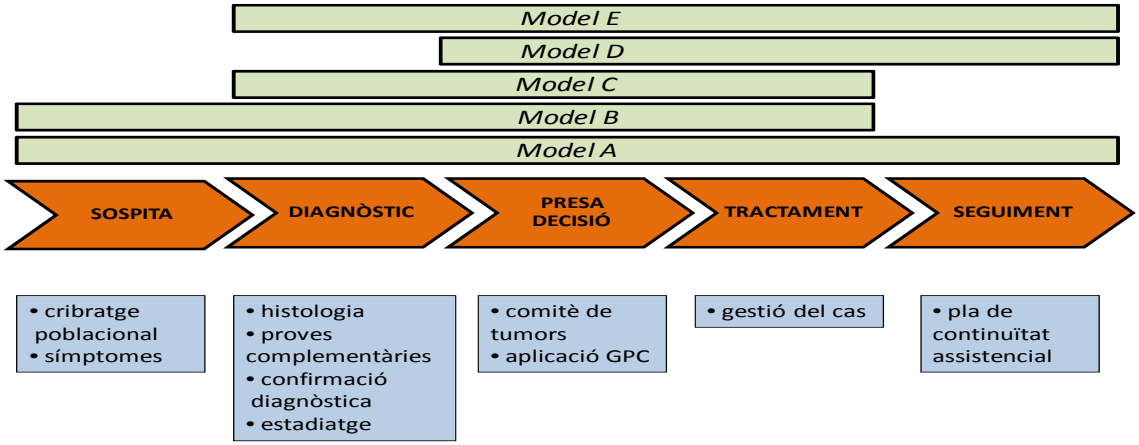
Objectiu secundari: definició del procés d'una UFAO tipus.

Una de les claus pel bon funcionament d'una institució sanitària, és poder disposar de forma sistematitzada tots els processos. Hi ha suficient evidència que demostra que a millor qualitat d'un procés, millor és el resultats. S'entén per procés, al conjunt d' actuacions, decisions, activitats i tasques que s'encadenen de forma seqüencial i

ordenada per aconseguir un resultat que deixí satisfet al client al que va dirigit. La gestió del procés permet la millora continua de les activitats desenvolupades, reduir la variabilitat, eliminar les ineficiències associades a la repetibilitat de les activitats i optimitzar la utilització de recursos.

Per aquest treball es va elaborar un mapa del procés d'una UFAO tipus, partint de la base que cada UFAO te unes característiques determinades. Per aquest motiu, es varen revisar els plans funcionals de cada UFAO, 10 en total, per obtenir la informació suficient per a poder realitzar una proposta bàsica de mapa.

Models d'atenció en el procés oncològic:



Les UFAO que actualment compateixen l'ICO i el HUB poden presentar fins a 5 models diferents de funcionament, com a resultat de l'adaptació a les necessitats de les organitzacions, professionals i per les característiques pròpies de les patologies ateses.

La UFAO que respon al model A és la de neuroncologia, el model B és específic de la UFAO de mama, el model C representa la UFAO de cap i coll, amb el D s'identifica la UFAO de colon i recte i amb el E la UFAO de pròstata.

Partint de la informació anterior es va elaborar un mapa de procés d'UFAO tipus, mitjançant el mètode "qualigram". És tracta d'una eina que permet dissenyar processos de manera àgil i eficaç, per tal de modelitzar, formalitzar i clarificar les activitats.

Objectiu secundari: identificar propostes d'evolució de la UFAO en el futur.

La UFAO, com un recurs assistencial més, disposa d'una dinàmica evolutiva que provoca directa o indirectament canvis tant en el model d'atenció, com en els circuits, com en els rols dels professionals per a poder donar una resposta cada vegada més ajustada a les necessitats dels pacients i famílies diagnosticats d'un càncer.

Es considera que la opinió dels protagonistes (pacients i professionals), ha de ser clau per poder definir les línies estratègiques de futur d'aquest recurs. Experts en el tema, varen aconsellar que una bona tècnica per portar-ho a terme seria la del "grup focal".

El grup focal, és una tècnica qualitativa de recollida de dades que és efectiva per entendre l' amplitud de perspectives d' una comunitat sobre un tema.

S' utilitza molt per comprendre les expectatives d' un grup de persones sobre un producte o servei. S'obté molta informació en poc temps, i utilitza la interacció grupal per:

- Compartir experiències
- Opinions contradictòries
- Perspectives personals contrastades amb les del grup
- Expressar necessitats, valors, creences,...

Avantatges	**Inconvenients**
La interacció en grup estimula la generació d' idees creatives i l' espontaneïtat	La pressió del grup pot coartar a alguns participants i limitar la confidencialitat
Molt útil per temes complexes sobre els que es te poca informació	Es tracta de preguntes obertes no aplicables a la medició de fenòmens
Ofereix flexibilitat per explorar nous aspectes i dimensions d' un problema	Requereix experiència del moderador
S'obté informació de varies persones a la vegada	Està limitada la possibilitat d'obtenir molta informació de cada persona
Ofereix informació d' alta validesa subjectiva	Les dades no tenen el caràcter de representativitat estadística
És relativament ràpida i menys costosa que altres tècniques	La formació d' un grup homogeni pot resultar difícil i l' anàlisi de dades complexa

És necessari per portar-ho a terme, l'elaboració del guió de temes a tractar, identificar bé el grup de participants (no inferior a 4), definir el lloc de realització, possibilitat de treballar en 2 grups en funció del tema i identificar un observador.
Per l'existència d'un grup actiu de malaltes amb càncer de mama a l'organització, es va escollir la UFAO de mama per a realitzar aquest anàlisi.

AVALUACIÓ I RESULTATS

Objectiu principal: valorar indicadors que demostrin que les UFAO poden ser eficients.

Intervals de temps en el procés d'atenció

Com s'havia comentat en la metodologia en aquest apartat es descriurà:

- anàlisis descriptiu retrospectiu dels registres de l'indicador temps en diferents unitats funcionals.
- estudi pilot comparatiu d'aquest indicador en càncer de mama entre dues institucions.

1. ANÀLISI DESCRIPTIU RETROSPECTIU DE L'INDICADOR TEMPS.

Des del inici de la creació de les UFAO aquest indicador ha estat present, fins i tot, s'ha convertit en un indicador del propi contracte amb el CatSalut en referència a la malaltia oncològica.

El factor temps eficient, es va analitzar en tres situacions:

- temps entre la sol·licitud i la primera visita.
- temps entre la primera visita i el tractament primari.
- temps en funció del primer tractament.

El valor del temps entre la sol·licitud i la primera visita està identificat com un dels estressors d'elevat impacte en els trastorns emocionals associats a la malaltia oncològica. En alguns casos per que s'inicia un estudi diagnòstic de la malaltia i en altres per que es dona una confirmació de la mateixa. Aquest és un circuit liderat per personal administratiu, on el disseny, dimensió i planificació de les agendes és fonamental. La figura d'un facultatiu especialista que faci la priorització de les visites marcarà la dinàmica de treball de tot el procés.

En la taula següent es descriuen els resultats de diferents UFAO des de la sol·licitud de la primera visita fins la data de realització d'aquesta, s'expressa en dies.

Dies entre sol·licitud i primera visita				
	2006	**2007**	**2008**	**2009**
GINE	--	7	7	8
MAMA	6	6	6	7
PULMÓ	8	9	7	9
UNO (neuroncologia)	--	9	13	10
CAP I COLL	9	7	8	7
PRÒSTATA	--	--	8	10
mitjana	**7.66**	**7.6**	**8.16**	**8.5**

El resultat mostra que 8 dies seria l' interval de temps entre la data de sol·licitud i la primera visita presencial, tenint en compte que estaven inclosos el dies festius. Aquesta primera visita presencial de la UFAO podria portar-se a terme per un o varis professionals de la mateixa unitat.

El següent anàlisi que es va realitzar, era el temps transcorregut entre la primera visita i el tractament primari. Aquest període de temps ve definit per la confirmació diagnòstica amb totes les proves necessàries per portar-ho a terme, la presa de decisió terapèutica definida en el si del comitè de tumors i el propi inici del tractament primari. Per tant, en aquest procés entrarien en joc nous circuits i sobre tot noves agendes de treball que caldria consensuar. En aquesta fase, no només el rol administratiu te un valor com en l'anterior indicador, sinó que els facultatius, infermeria i tècnics tenen diferents responsabilitats en aconseguir el resultat o no del mateix.

En la següent taula és mostren els resultats del temps en dies, des de la primera visita al tractament.

Dies entre primera visita i tractament				
	2005	**2006**	**2007**	**2008**
GINE	22	21	29	30
MAMA	30	26	20	30
PULMÓ	35	38	34	33
UNO (neuroncologia)	--	--	23	18
UFTO (os/sarcoma)	--	--	33	33
CAP I COLL	24	24	24	20
mitjana	**27.75**	**27.25**	**27.16**	**27.33**

En principi segons les dades anteriors, 27 dies seria el temps entre la primera visita i el primer tractament segons l'experiència de les UFAO. Una dada que pot donar valor a aquesta afirmació és que en aquest temps, aquestes UFAO havien registrat més de 9000 vistes.

La tercera situació per analitzar l'eficiència del factor temps era conèixer el temps en funció del tipus de primer tractament. En la següent taula es presenten els valors del temps en funció del primer tractament pel que fa referència a la UFAO de mama.

Temps i tipus de tractament					
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
CIRURGIA	29	22	22	29	30
QUIMIOTERÀPIA	15	13	16	17	19
HORMONOTERÀPIA	--	--	14	14	14
mitjana	**22**	**17.5**	**17.33**	**20**	**21**

Segons el tractament primari a realitzar, el temps d'inici del mateix podria variar entre un 30 i 40%. A major complexitat tècnica, major temps d'inici. S'entén per complexitat tècnica qualsevol acció quirúrgica, administració d'alguns medicaments en concret, o la combinació de tractaments mèdics i quirúrgics. Aquest tema es tornarà citar quan es presentin les dades de comparatives entre 2 institucions.

En referència al circuit de diagnòstic ràpid (CDR), els intervals de temps i els estàndards són força semblant a les dades presentades, però el registre i la interpretació de les mateixes podrien tenir variabilitat al poder comparar amb aquests resultats.

2. RESULTATS DE L'ESTUDI PILOT COMPARATIU DELS INTERVALS DE TEMPS ENTRE DUES INSTITUCIONS

Es tracta d'un estudi descriptiu i retrospectiu, a partir d'una mostra de pacients amb càncer de mama ateses en dues institucions sanitàries, una és l' Institut Català d'Oncologia – Hospital Universitari de Bellvitge (ICO-HUB) que disposa d'una UFAO i l'altra, el Consorci Sanitari Integral (CSI), Hospital Moisès Broggi que no disposa d' UFAO i organitza l'atenció a partir d'un comitè de tumors.

Es defineix una mostra de pacients que són ateses en aquests centres com a primera vista per la sospita d'un càncer de mama. En el ICO-HUB es recullen les dades d'un mes (maig 2012), i en el CSI, 3 mesos (març-maig 2012) pel baix volum de casos. De la

mostra inicial de registres amb aquestes característiques (89 casos al ICO-HUB i 17 al CSI), es va desestimar la patologia benigne (23 casos ICO-HUB) i els casos en que faltava algun tipus d'informació (13 casos ICO-HUB i 1 cas al CSI). Per tant, el resultat de la mostra a estudi va ser de 53 casos per ICO-HUB i 16 per CSI

De cada cas, es registraven les següents variables: data de sol·licitud de la primera visita, data de programació de la primera visita, procedència de la visita (si era o no pel circuit de diagnòstic ràpid), data del resultat d'anatomia patològica, data de presentació al comitè de tumors i el nombre de vistes realitzades des de la primera visita fins el primer tractament Amb aquesta informació es varen calcular els intervals de temps entre sol·licitud i programació, programació i primera visita, primera visita i comitè. No es va contemplar el temps entre primera visita i tractament, perquè es considerava que era una activitat que s'hauria d'assignar al serveis que es derivava el cas. També es va registrar el nombre de visites des de la primera visita fins el primer tractament per part d'un facultatiu específic (cirurgià, ginecòleg) , i el nombre de vistes per part de l'oncòleg. Es va recollir també informació sobre el de primer tractament a realitzar o tractament primari on cop diagnosticat el càncer.

L'anàlisi estadístic de l'estudi va ser complicat per la dimensió de la mostra (69 casos en total). Per realitzar-ho, es va utilitzar un mètode d'estadística descriptiva denominat, "boxplot" o diagrama de caixa, prèvia realització de la consulta a professionals experts en el tema. Els boxplots són recomanables quan s'analitzen mostres petites que a més, poden ser sensibles a l'aparició de valors extrems. El boxplot és un mètode gràfic que representa grups numèrics d'informació. Està composat per una caixa i dos braços que donen informació sobre la posició de les mesures de tendència central (mediana, en aquest cas), la distribució (quartils i rang) i els valors extrems o outliers. En el boxplot, els valors mínims i màxims, es recalculen per a deixar fora als outliers. Per tant es pot visualitzar el valor mínim, el primer quartil, el segon quartil o mediana, el tercer quartil, el valor màxim, l'existència de valors atípics i la simetria de la distribució. El boxplot mostra les diferències entre la població sense fer cap suposició sobre la distribució estadística. Les separacions entre les diferents parts de la caixa indiquen el grau de dispersió, l'asimetria entre les dades i ajuda a identificar els valors atípics.

La següent taula-resum, mostra els resultats de l'estudi, en dies.

ICO - HUB

	n	Mitjana	SD	IC95%(mitjana)		Mediana	Rang		IQR	
sol·licitud - programació	53	1,13	1,21	0,78	1,48	1,00	0	5,00	0	2,00
programació - 1a. visita	53	5,89	2,92	5,04	6,73	6,00	1,00	17,00	5,00	7,00
1a. visita - visita comitè	53	8,51	8,22	6,13	10,88	7,00	0	29,00	2,00	14,00
nº visites 1a. visita-1er. tract	53	3,38	1,24	3,02	3,74	3,00	1,00	6,00	2,00	4,00
nº visites presència ONCÒLEG	53	3,38	1,24	3,02	3,74	3,00	1,00	6,00	2,00	4,00

CSI

	n	Mitjana	SD	IC95%(mitjana)		Mediana	Rang		IQR	
sol·licitud - programació	16	0,94	3,88	- 0,96	2,84	0	0	16,00	0	0
programació - 1a. visita	16	6,25	5,77	3,42	9,08	5,00	2,00	27,00	3,75	6,00
1a. visita - visita comitè	16	7,56	12,32	1,52	13,60	3,00	1,00	49,00	2,00	7,00
nº visites 1a. visita-1er.tract	16	1,56	0,81	1,16	1,96	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00
nº visites presència ONCÒLEG	16	2,56	0,81	2,16	2,96	2,00	2,00	5,00	2,00	3,00

(n=nombre de casos; $\overline{X}$ = mitjana; m=mediana; SD=desviació estàndard; IC95%=interval de confiança; IQR=rang interquartil)

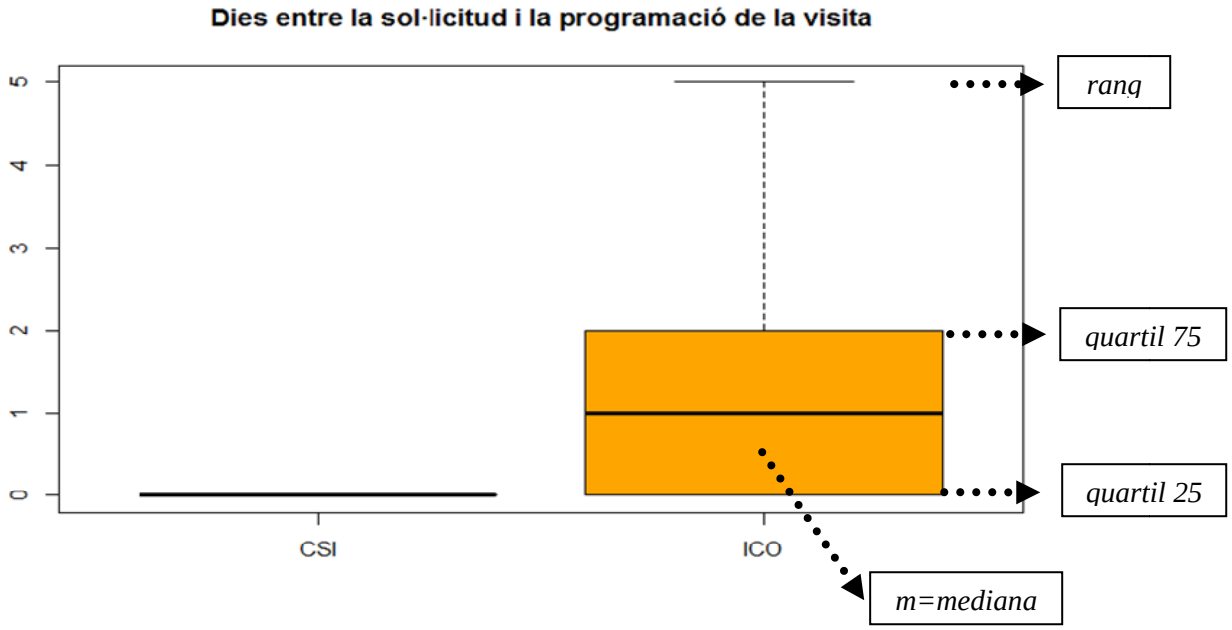
Els resultats mostren algunes diferències de temps entre els centres i en el nombre de vistes pels professionals. Un anàlisi més detallat per cadascú dels resultats va permetre interpretar millor els resultats.

La següent taula fa referència als dies de programació de primera visita des de la sol·licitud, (es mostra de forma esquemàtica la interpretació gràfica). Els resultats es comportaven de forma molt similar, per l' ICO-HUB ($\overline{X}$=1.13 i *m*=1) i el CSI discretament inferior ($\overline{X}$=0.94 i *m*=0).

Una explicació de la discreta diferència, podria estar relacionada en la procedència de les sol·licituds, on l' ICO-HUB actuaria més com a referent de la regió. Aquest fet podria implicar algun circuit de més en la programació sobre tot si una part encara es realitza en paper i no de forma electrònica.

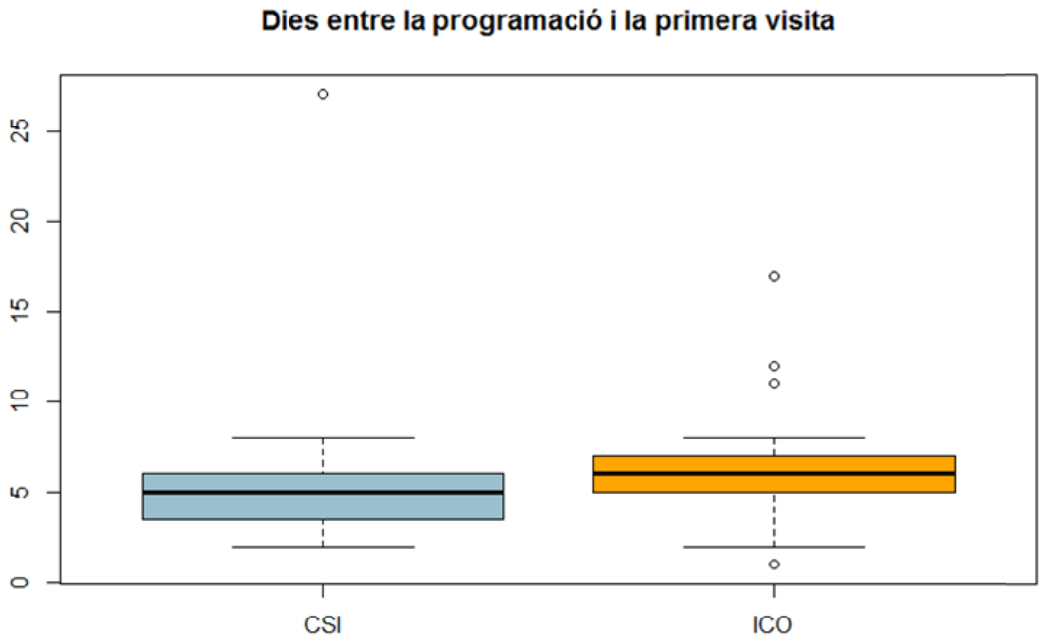
En canvi, el CSI gestionaria la seva pròpia demanda per la seva zona de referència. Una mediana de 0 indicaria que la programació es realitzaria de forma immediata.

Al considerar el circuit de diagnòstic ràpid del càncer (CDR) en la mostra a estudi, hi havia un major percentatge a l'ICO-HUB comparat amb el CSI (94.37% versus 87.5%).



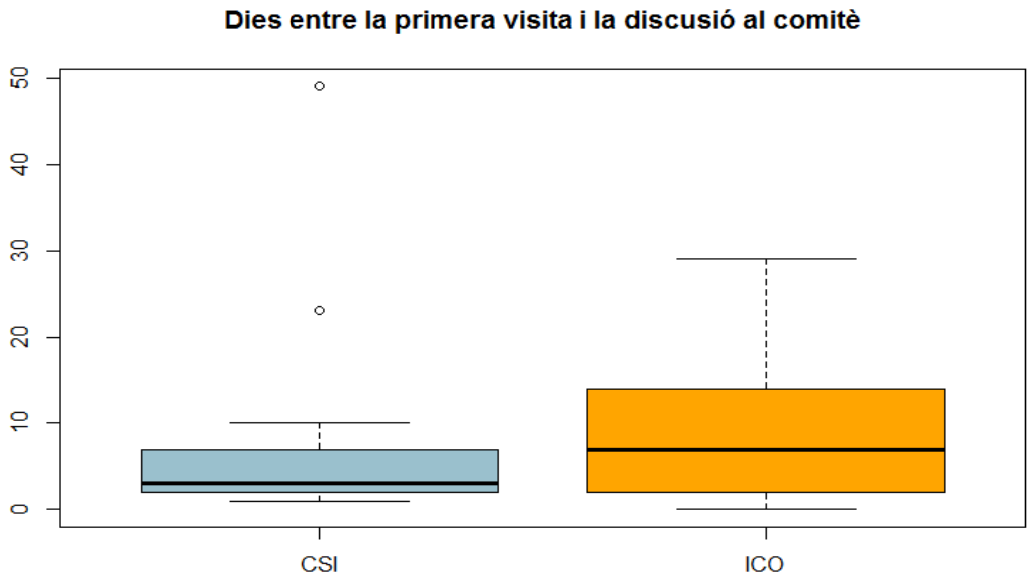
Analitzant l' interval de dies entre la programació i la primera visita (taula següent), els resultats mostraven que les dues institucions complien l'indicador de programar les primeres visites en un període de temps inferior a 1 setmana. A l' ICO-HUB ($\overline{X}$ =5.89 i *m*=6) i al CSI ($\overline{X}$ =6.25 i *m*=5).

Les variables que podrien explicar aquesta mínima diferència podrien estar relacionades amb el nombre d'agendes específiques per l'atenció.



En referència a l' interval de dies entre la primera visita i la discussió en comitè (taula següent), mostrava unes $\overline{X}$ similars (8.51 ICO-HUB i 7.56 CSI), en canvi les *m* arribaven a 4 dies de diferència a favor del CSI. Si aquestes dades s'analitzaven en funció dels IQR, es podria identificar una tendència en el ICO-HUB a presentar una major dispersió de dades en comparació al CSI.

Una dispersió de dades podria anar a favor d'una major heterogeneïtat de casos que caldria analitzar en un altra estudi. En canvi, en el CSI, la tendència a la dispersió era inferior, i podria anar a favor d'una major homogeneïtat de casos. Les dades anteriors tindrien certa coherència al comparar-les amb la realitat. Deixant a part el tipus de cirurgia que es realitzava en cada centre (que podria ser diferent), només pel sol fet que en l' ICO-HUB es realitzessin tractaments amb radioteràpia i s'administressin alguns citostàtics específics, ja es podria demostrar la tendència heterogènia de la mostra pel que feia referència al ICO-HUB.



Fins aquest moment, l'estudi aportava que els intervals de temps en els circuits inicials del procés d'atenció eren similars, però quelcom havia de passar entre la primera visita i el comitè, que podés permetre explicar les diferències nombrades en l'apartat anterior. Per aquest motiu, es va plantejar correlacionar les dades d'interval de temps entre la primera visita i la visita del comitè en funció del tractament que el comitè hagués decidit.

Els 69 casos de la mostra (53 ICO-HUB i 16 CSI), es varen classificar en funció de les indicacions que havia proposat el comitè. Els 4 tipus d'indicació de primer tractament varen ser: cirurgia, quimioteràpia, hormonoteràpia i radioteràpia. Els resultats per tractament i centre eren:

	ICO - HUB	CSI
CIRURGIA	37 (64.81%)	11 (68.75%)
QUIMIOTERÀPIA	10 (18.86%)	4 (25%)
HORMONOTERÀPIA	4 (7.54%)	1 (6.25%)
RADIOTERÀPIA	2 (3.77%)	--

En aquest sentit, les mostres dels 2 centres analitzades seguien el patró descrit a la literatura pel que feia referència al tractament inicial de la malaltia: 2/3 de tractament quirúrgic i 1/3 de quimioteràpia i hormonoteràpia. En el ICO-HUB, 2 casos varen rebre tractament amb radioteràpia.

En la taula – resum que segueix, es mostren els resultats de combinar interval de temps i decisió terapèutica del comitè.

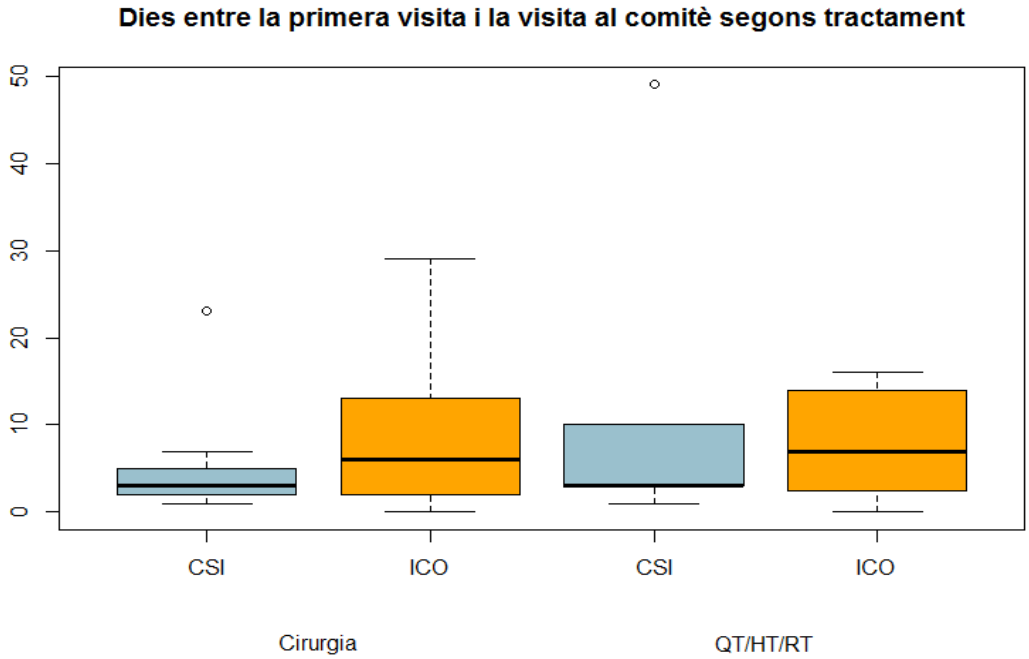
		ICO - HUB									
		n	Mitjana	SD	IC95%(mitjana)		Mediana	Rang		IQR	
1a. vis - com	IQ	37	8,70	9,14	6,06	11,35	6,00	0	29,00	2,00	13,00
	QT/HT/RT	16	8,06	5,77	6,40	9,73	7,00	0	16,00	2,75	14,00

		CSI									
		n	Mitjana	SD	IC95%(mitjana)		Mediana	Rang		IQR	
1a vis - com	IQ	11	5,00	6,31	1,27	8,73	3,00	1,00	23,00	2,00	5,00
	QT/HT/RT	5	13,20	20,30	- 4,60	31,00	3,00	1,00	49,00	3,00	10,00

(IQ= intervenció quirúrgica; QT=quimioteràpia; HT=hormonoteràpia; RT=radioteràpia)

En una primera valoració dels resultats, l'ICO-HUB presentava un comportament uniforme i més seqüencial en el procés de presa de decisió, mentre que en el CSI aquest procés era diferent si es tractava de cirurgia o quimioteràpia. Un factor que podria influir en la variabilitat dels resultats podrien ser els 2 tractament amb radioteràpia, i 3 casos de mastectomia amb cirurgia reconstructiva simultània al ICO-HUB, que per la seva complexitat impliquen un major consum de temps però estalvi d'una segona intervenció.

En la taula que segueix es presenta de forma gràfica els resultats obtinguts. Segueix la tendència de major dispersió de dades que implica heterogeneïtat en ICO-HUB comparat amb CSI.



Per analitzar la diferencia d'intervals de temps en els 2 centres entre primera visita i comitè, es va analitzar el circuit d'atenció en cada hospital. Aquest anàlisi va permetre conèixer que les diferencies s'explicaven per la variable multidisciplinarietat.

En el CSI, la primera visita de sospita o confirmació diagnòstica d'un càncer de mama era realitzada per una especialista en cirurgia que des del primer moment realitzava tots els tràmits per a la intervenció, i només quedava pendent el cas de presentar en comitè per confirmar decisió. Aquest fet explicaria la rapidesa de la programació quirúrgica. En cas de no entrar a cirurgia, la pacient un cop presentada en comitè, es programaria per primera visita d'oncologia per acabar o iniciar l'estudi d'extensió. Aquest fet explicaria la demora en els tractaments de quimioteràpia comparat amb la cirurgia.

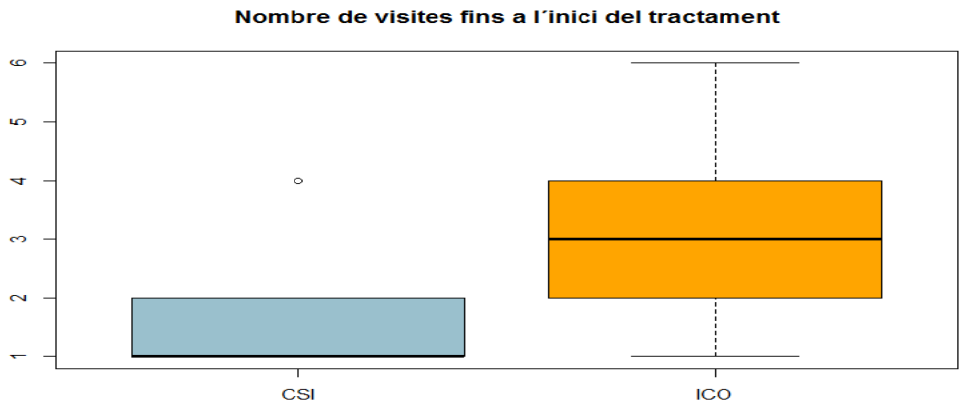
En el cas del ICO-HUB, encara que les medianes varen ser 3-4 dies respectivament superior al CSI en el tractament de cirurgia i quimioteràpia, les primeres visites es realitzaven de forma conjunta en una mateixa agenda per un especialista de ginecologia (equivalent al cirurgià CSI) i un especialista d'oncologia. L'altra diferencia era que en el comitè de tumors, l'estudi d'extensió ja estava realitzat a totes les pacients que es presentaven i el comitè era qui executava la decisió.

Els resultats definien molt bé el patró de cada tipus de procés, comitè com òrgan consultor (CSI), comitè UFAO com òrgan executor tenint en compta els tractament a realitzar.

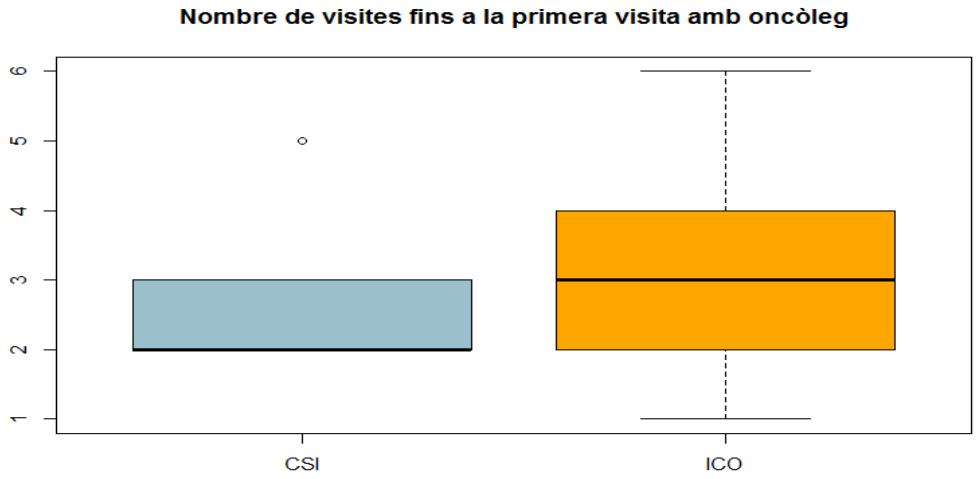
En el cas de la UFAO la data de diagnòstic complert coincidiria amb la data del comitè, no sempre podria passar en el CSI.

No s'hauria d'oblidar el rol que haurien de jugar els serveis referents que serien els que iniciarien el tractament específic.

El fet de la multidisciplinarietat, s'intuiria amb les dues taules següents. En la primera es comparava el nombre de visites en l' interval de temps entre primera visita i inici de tractament, on en l'ICO-HUB ($\overline{X}$ = 3.38; m = 3; IQR = 2-4), era el doble que en el CSI ($\overline{X}$ = 1.56; m = 1; IQR= 1-2).



I, en el segon anàlisi es va introduir la variable visita amb oncòleg. Es comparava el nombre de visites realitzades amb l'oncòleg des de la primera visita. Els resultats varen ser ICO-HUB ($\overline{X}$ = 3.38; m = 3; IQR = 2-4) i CSI ($\overline{X}$ = 2.56; m = 2; IQR= 2-3).



Encara que els mitjanes s'acostaven, les medianes estaven separades per un dia de diferència a favor del ICO-HUB.

Del contrast de les dades de l'estudi amb els circuits establerts de forma real, es podria extreure la següent informació de forma esquemàtica dels dos models organitzatius representats en aquesta taula.

	ICO-HUB		CSI		
	SI	**NO**	**SI**	**NO**	OBSERVACIONS
Primera visita cirurgia [1]		X	X		agenda cirurgia
Primera visita ginecologia + oncologia [2]	X			X	agenda comú
Estudi extensió fet en vista comitè	X			X[3]	baix % estudi fet[3]
Comitè òrgan consultor		X	X		
Comitè òrgan executor	X			X	estratègia decidida
Autonomia programació quirúrgica		X	X		agendes específiques
Autonomia programació quimioteràpia	X			X	agendes específiques
Concepte de servei		X	X		UFAO mix de serveis

(1) en CSI la responsanibitat de la cirurgia de mama recau en el servei de cirurgia i el cribratge de vistes també.

(2) en ICO-HUB la responsabilitat de la cirurgia de mama recau en el servei de ginecologia i el cribratge de visites és conjunt

El present estudi va presentar com a limitacions:

- no disposar d'una mostra major de pacients.
- disposar d'informació d'altres UFAO.
- analitzar dades del CMBD per conèixer heterogeneitat o no de tractaments.

Adherència a una guia de pràctica clínica

En aquest apartat s'analitzaran indicadors específics en el tractament quirúrgic del càncer de mama, es presentaran els resultats de l'avaluació de la ICOpraxi de mama i es descriurà una proposta de protocolització de proves complementàries lligades al seguiment del càncer de mama. Pel valor que tenen des d'un punt de vista de la eficiència, s'està treballant per agrupar-los dins d'un mateixa via clínica dins del projecte d'UFAO ICO-HUB. En funció del resultat s'ampliaria a la resta d'UFAO.

1. AVALUACIÓ D'INDICADORS QUIRÚRGICS

La protocol·lització de la indicació quirúrgica en càncer de mama te la seva transcendència, segons la literatura, entre el 60-75% dels casos, poden rebre cirurgia com a tractament primari.

La clau per definir l'estratègia quirúrgica com tractament primari està en relació amb l'estadi de la malaltia, anomenat amb les sigles angleses TNM en referència a la mida del tumor, a la presència o no de ganglis i a la presència o no de metàstasis. En el cas de la mama, cada categoria del T i N es subdivideix en diferents subcategories.

Aquesta avaluació podria ser interpretada més com efectivitat que no eficiència, encara que en algunes circumstàncies la diferència és mínima. En aquest cas, s'interpretaria com eficiència ja que la variabilitat quirúrgica també podria generar costos no adequats.

La taula següent mostra els resultats de l'any 2009 d'alguns procediments quirúrgics del càncer de mama i l'estàndard definit per l'equip.

Indicador	Estàndard	Resultat
Tractament conservador	≥ 80%	75%
Cirurgia major ambulatòria	≥ 40%	37%
Evitar limfadenectomia per gangli sentinella	≥ 35%	39%
Infeccions postquirúrgiques	≤ 10%	14%

Encara que les dades siguin del 2009, més que analitzar resultats és vol demostrar que cal tenir definits indicadors que permetin identificar i modificar els factors que intervenen en el procés i que hauran de permetre l'obtenció de l'estàndard proposat. La

implicació i l'exigència d'un professional davant de la informació contrastada ha de ser la fórmula idònia de treball. Treball amb resultats i no amb opinions.

2. AVALUACIÓ ICOPRAXI CÀNCER DE MAMA

La ICOpraxi és una via de pràctica clínica que defineix l'ús dels tractaments amb quimioteràpia i radioteràpia en pacients en càncer de mama en diferents estadis, ja sigui com a tractament neoadjuvant, adjuvant o pal·liatiu.

Una part del contingut d'una guia a títol d'exemple és el que segueix:

Carcinomes ductals o lobel·lars infiltrats, de tipus luminal A,
(RE i RP clarament positius, GI o II, Ki67≤15% i HER-2 (-), només es recomana QMT si el tumor és T3, T4 o N2, amb afectació ganglionar macroscòpica (segons l'esquema següent).

A. TUMORS LUMINALS
• pN0:
- Sense factors de risc (FR): Hormonoteràpia
- 1 FR (GIII, T2-4, Ki67≥25, edat≤ 35a, invasió limfàtica o vascular): **FEC x 6**
- 2FR: < 60 anys: **TAC x 6**
≥60 anys: **FEC x 4 – paclitaxel 100 x 8**
-Cardiòpates TC x 4
- Fràgils o >75 anys: **CMF x 6 c/21d**
• pN1-3:
- Sense altres FR: **FEC x x 4 – paclitaxel 100 x 8**
- ≥ 1FR (GIII, ki67≥25): < 60 anys: **TAC x 6**
≥60 anys: **FEC x 4 – paclitaxel 100 x 8**
- Cardiòpates: **TC x 4**
- Fràgils o >75 anys: **CMF x 6 c/21d**

Durant l'any 2010, es va realitzar una prova pilot en l'avaluació d'aquesta guia. De forma aleatòria es varen seleccionen 30 casos de pacients en les que se'ls hi havia aplicat algun dels criteris de la guia durant un període de 6 mesos que durava la prova. Es varen excloure els casos inclosos en assaig clínic i es recollia la informació de les reaccions adverses que podessin modificar la decisió terapèutica. Donat que l'ICO disposava de 3 centres, es va proposar que cada centre analitzés i avalués els casos que no fossin els seus. Els casos del ICO Hospitalet, varen ser revisats pels oncòlegs del ICO Badalona i aquests pels del ICO Girona. La condició del revisor era que hagués col·laborat en la redacció de la ICOpraxi de mama. En cas de no concordances, es feia valorar per un expert referent en l'evidència científica.

El resultat de la valoració es va classificar en 3 categories: acompliment de la ICOpraxi, desviació lleu i desviació significativa. S'entenia per desviació lleu, quan la indicació

terapèutica era correcte però la pauta no, o quan la indicació era correcte però no la consensuada pel grup. S'entenia per desviació significativa, quan la indicació no era la establerta ni consensuada pel grup. Es va definir un estàndard de compliment del ≥ 85%

Els resultats varen ser que el 87.77% (79 casos) complien la ICOpraxi, dels 11 casos restants, 9 (10%) eren desviacions lleus argumentades i 2 casos (2.22%) es varen considerar com a desviacions significatives.

L'ICO va crear i desenvolupar un programa informàtic anomenat ESPOQ (Eina de Suport de la Prescripció Oncològica de Quimioteràpia), que gestiona la prescripció, preparació amb control de qualitat integrat i administració de quimioteràpia. L'any 2011 a partir d'aquest programa es va avaluar, ara ja de forma automatitzada la ICOpraxi de mama. Com era de preveure, l'acompliment va ser alt, del 98.3%. De 1206 prescripcions i administracions de quimioteràpia només en mama, 1187 es varen fer amb els criteris de la guia i 19 no.

L'avantatge d'aquest tipus d'avaluació és el feedback que genera cap al professional al comprovar la feina feta en forma de resultats, també és un bon mètode per a la implicació del professional en el projecte. És una fórmula per demostrar l'eficiència degut als costos que aquests tractaments porten associats.

3. PROPOSTA DE MODEL: ICOSEGUIMENT

S'ha definit en la metodologia que l'ICOseguiment és una forma de protocol·litzar la realització de proves complementaries en el seguiment del càncer. Partint de la base com en els casos anteriors, del consens i el compromís dels professionals per portar-ho a terme i amb l'evidència científica de la que es disposi.

En el cas de la mama, aquest seguiment contempla la periodicitat de visites cada 6 mesos, des del mes 6 d'haver acabat el tractament fins als 60 mesos (5 anys). A partir dels 5 anys, fins als 10 (120 mesos), les visites passarien a realitzar-se 1 cop a l'any. En casos de pacients d'alt risc de recidiva, que també es poden identificar, aquest seguiment podria fer-se cada 4 o 6 durant els 5 primers anys. A partir de la periodicitat de les visites, s'articulen les proves complementàries d'analítiques i radiologia. Pel que fa referència a l'analítica la periodicitat seria també de cada 6 mesos amb un hemograma, un perfil bioquímic amb ions (Na,K,Ca), funció renal i hepàtica, proteïnes i el CA 15.3. En cas de dones a la perimenopausa s'afegiria el FSH i l'estradiol. En cas

de radiologia, la mamografia seria la prova a realitzar de forma anual durant els 10 anys (120 mesos), només variaria al inici del seguiment en funció que hagués realitzat radioteràpia o cirurgia.

L'avaluació d'aquest model hauria de permetre definir un estudi de cost-benefici associat al seguiment del càncer de mama i també hauria de servir per protocol·litzar el seguiment d'aquestes pacients a partir d'un moment determinat per l'atenció primària.

S'està pendent de realitzar l'avaluació d'aquest ICOseguiment i la resta a finals del 2012, ja que s'ha contemplat dins de la DPO dels serveis implicats, en aquest cas, oncologia i gestió de pacients.

En la taula següent es presenta de forma esquemàtica l'ICOseguiment del càncer de mama.

Mes	Visita Explor. Física[1]	Perfil Bioquim. Oncol. Hemograma i CA 15-3[2]	Mamografia (opció A) al finalitzar la Radioteràpia	Mamografia (opció B) després de la cirurgia
6	x	x	x	
12	x	x		x
18	x	x	x	
24	x	x		x
30	x	x	x	
36	x	x		x
42	x	x	x	
48	x	x		x
54	x	x	x	
60	x	x		x
72	x	x	x	x
84	x	x	x	x
96	x	x	x	x
108	x	x	x	x
120	x	x	x	x

(1) En pacients d'alt risc de recidiva el seguiment clínic es farà cada 4 o 6 mesos
(2) Si perimenopausia, afegir FSH i estradiol

AVALUACIÓ I RESULTATS

Objectiu principal: anàlisi del cost d'una UFAO.

Per portar a terme l'estudi, es va crear una base de dades a partir dels registres de primera visita UFAO de mama del ICO- HUB durant el mes de maig de 2012. En aquest cas la mostra era de 134 registres de primeres visites.

Per aquesta avaluació es va tenir en compta els següents conceptes: cost de recursos humans, cost d'estructura, cost de proves complementàries, cost d'altres partides (telèfon, aigua,...) i material sanitari, amb l'objectiu de conèixer el cost per pacient en la Unitat.

1. COST DE RECURSOS HUMANS

Tenint en compta que aquesta partida era una de les més important, es va fer una càlcul acurat ja que qualsevol variació en aquest sentit tindria una gran repercussió en el resultat final.

Pel tal de conèixer els cost de recursos humans, es va realitzar:

- Estudi per identificar tots els professionals implicats en la UFAO de mama (nombre i grup professional).
- Càlcul de les hores setmanals de dedicació per cada grup professional.
- Càlcul del cost / hora de cada professional tenint en compta els conceptes del Conveni XHUP: salari base, plus conveni, vinculació, carrera professional, SIPDP i incentius (DPO).

Es va considerar per poder equilibrar les dades, una antiguitat mitja de 5anys i un nivell B de carrera professional. Es va tenir en compta també el 5 % de deducció salarial que s'estava aplicant des del 2012. Aquestes dades varen permetre poder calcular el preu cost / hora per categoria professional.

COST HORA €	
Facultatiu	43,32
Infermeria	29,58
Auxiliar infermeria	20,55
Auxiliar administrativa	19,59

Es va dissenyar una taula que identificava les hores que cada professional dedicava a la UFAO de mama per setmana. Per fer el càlcul d'hores per mes, es va dividir la jornada laboral de 48 setmanes entre 11 mesos, obtenint el factor 4.3 setmana/mes. Aquest factor multiplicat pel nombre d'hores per setmana va permetre obtenir el cost d'hores per mes. Finalment, aplicant el cost/hora per categoria professional al nombre d'hores/mes es obtenir el resultat del cost per hores de professional en funció de la seva categoria. El cost de recursos humans en la UFAO de mama en un mes, en aquest cas maig 2012, va ser de 28.229,17 euros.

CÀLCUL COST RRHH														
PROFESSIONALS	DL		DM		DX		DJ		COMITÈ	DV		HORES / SET.	HORES / MES	COST
ONCÒLEG MÈDIC	5,75		5,75				5,75		10,5			27,75	120,99	5241,29
METGE RESIDENT	5,5		5,75				5,75		1,75			18,75	0	0,00
ONC. RADIOTERÀPIC									3,5			3,5	15,26	661,06
GINECÒLEG	5,75	5,5	5,75				5,75		5,25	4,5	**	28	122,08	5288,51
CIRURGIÀ PLÀSTIC			5,5				5,75		3,5			14,75	64,31	2785,91
RADIÒLEG									7			7	30,52	1322,13
ANATOMOPATÒLEG									3,5			3,5	15,26	661,06
RADIÒLEG (RNM)									1,75			1,75	7,63	330,53
CONSELL GENÈTIC									1,75			1,75	7,63	330,53
PROF. ALTRES CENTRES									7			7	0	0,00
INFERMERIA	5	5	5,75	5,25	4	4,5	5,25		3,5	5,5	5	48,75	212,55	6287,23
AUX. INFERMERIA	3,125		3,125		3,125		3,125		0	3,125		15,625	68,125	1399,97
AUX.ADMINISTRATIVA	3,75	7,5	3,75	6,5	1,5	5	3,75	8	2,25	2	2	46	200,56	3920,95
														28229,17

** LA CONSULTA GIN DEL DIVENDRES NO ESTÀ ACTIVA EL TERCER DIVENDRES DE CADA MES

Un segona lectura de la taula anterior, és el nombre d'hores i persones que dediquen una part del temps a prendre i executar decisions en el comitè de tumors. En el cas de la mama implica 40 hores setmanals per 25 professionals de diferents disciplines.

2. COST D'ESTRUCTURA O INDIRECTE

El cost d'estructura o indirecte està definit com aquell que un hospital te sense una relació directe amb l'activitat que realitza. El cost d'estructura inclou les despeses relacionades de tot allò que és comú per tots els recursos que gestiona l'ICO (edifici, direccions, ...).

El criteri per repartir costos a la UFAO de mama va tenir en compta el cost total acumulat de la institució a mes d'agost de 2012. Es varen comptabilitzar el nombre de primeres visites i successives, considerant que per les característiques de la vista (temps, espai,...), el consum de recursos en funció del tipus de visita hauria de ser a una proporció 2:1. Del nombre total de primeres (9321) i successives (38540) del centre, es va calcular quantes pertanyien a la UFAO de mama en aquest període, (880 primeres i 2791 successives), amb la intenció de saber el pes de la UFAO en el total l'activitat de consultes externes. El resultat va ser que la UFAO representava un 8% de l'activitat mensual.

També es va considerar que l'hospital disposava de 4 àrees ben diferenciades (consultes externes, hospital de dia, radioteràpia i hospitalització) que per activitat i infraestructura se li donava un pes del 25% del cost per cadascuna.

Amb les dades anterior definides, es va fer el càlcul del cost indirecte a partir de l'acumulat a mes de juliol de 2012. Es va calcular el cost / mes, es va aplicar un 25% com a part proporcional de l'àrea de consultes externes i es va aplicar el 8% que corresponia al pes de la UFAO de mama. El resultat va ser de 8.171 euros.

3. COST EN PRODUCTES INTERMEDIS (PROVES COMPLEMENTARIES)

Es varen identificar totes les proves realitzades a la UFAO de mama des de la primera vista fins al inici del tractament, considerant que a partir del inici del tractament les proves haurien de ser assignades a cadascun del serveis.

Dins del catàleg de proves es va incloure, analítiques, ECG, diagnòstic per la imatge (ecografia, mamografia, galactografía, TAC, RNM, PET, radiologia simple), diagnòstic per medicina nuclear (gammagrafia), procediments quirúrgics (biòpsies, puncions).

El cost total de les proves va ser de 26.985 euros / mes.

Per partides:

Proves complementaries	
ANALÍTIQUES	7.700,00 €
ECG	882,00 €
DIAGNÒSTIC IMATGE	15.547,00 €
MEDICINA NUCLEAR	1.716,00 €
PROCED. QUIRÚRGIC	1.140,00 €
total	26.985,00 €

4. COST D'ALTRES DESPESES D'EXPLOTACIÓ

Aquesta partida pressupostària inclouria les despeses de lloguers, manteniment, telèfon, electricitat, manteniment, bugaderia,...

El càlcul d'aquest cost es va realitzar seguint el mateix procediment que pel cost d'estructura. A partir del cost acumulat al més de juliol de 2012, es va calcular el cost per més, es va aplicar el 25% corresponent a l'àrea de consulta externa i el 8% de pes de la UFAO de mama. El resultat va ser de 3.077 euros/mes.

5. MATERIAL SANITARI

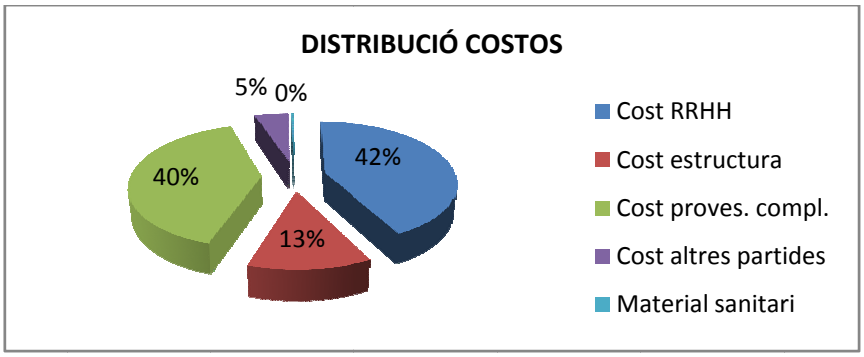
Es va considerar que 187 euros, era el cost que estava identificat com UFAO de mama en el mes de maig 2012. El càlcul es va obtenir aplicant el 8% del pes de la UFAO de mama a tot el cost del material sanitari de la consulta externa.

Els 5 conceptes definits, es presenten en la següent taula que representa l'avaluació econòmica de la UFAO de mama durant el mes de maig de 2012. El càlcul cost/pacient, és la correlació entre cost unitat/mes, amb les 134 primeres visites registrades a la UFAO de mama aquest mes en concret.

AVALUACIÓ ECONÒMICA		
	Cost unitat / mes	**Cost pacient / mes**
Cost RRHH	28229	211
Cost estructura	8171	61
Cost proves complementàries	26985	201
Cost altres partides	3077	23
Material sanitari	187	1
Total	**66649**	**497**

Segons aquest anàlisi, el cost per pacient atès a la UFAO de mama, és de 497 euros.

En principi no hauria de ser extrapolable a altres unitats funcionals, ja que en funció de la intervenció en el procés oncològic i les proves a realitzar serien variables a tenir en compte i podrien variar. En aquest cas, la multidisciplinarietat representada pel cost dels professionals, significa el 42.45% del cost, sent les proves complementàries amb el 40.44% la segona partida amb major cost.

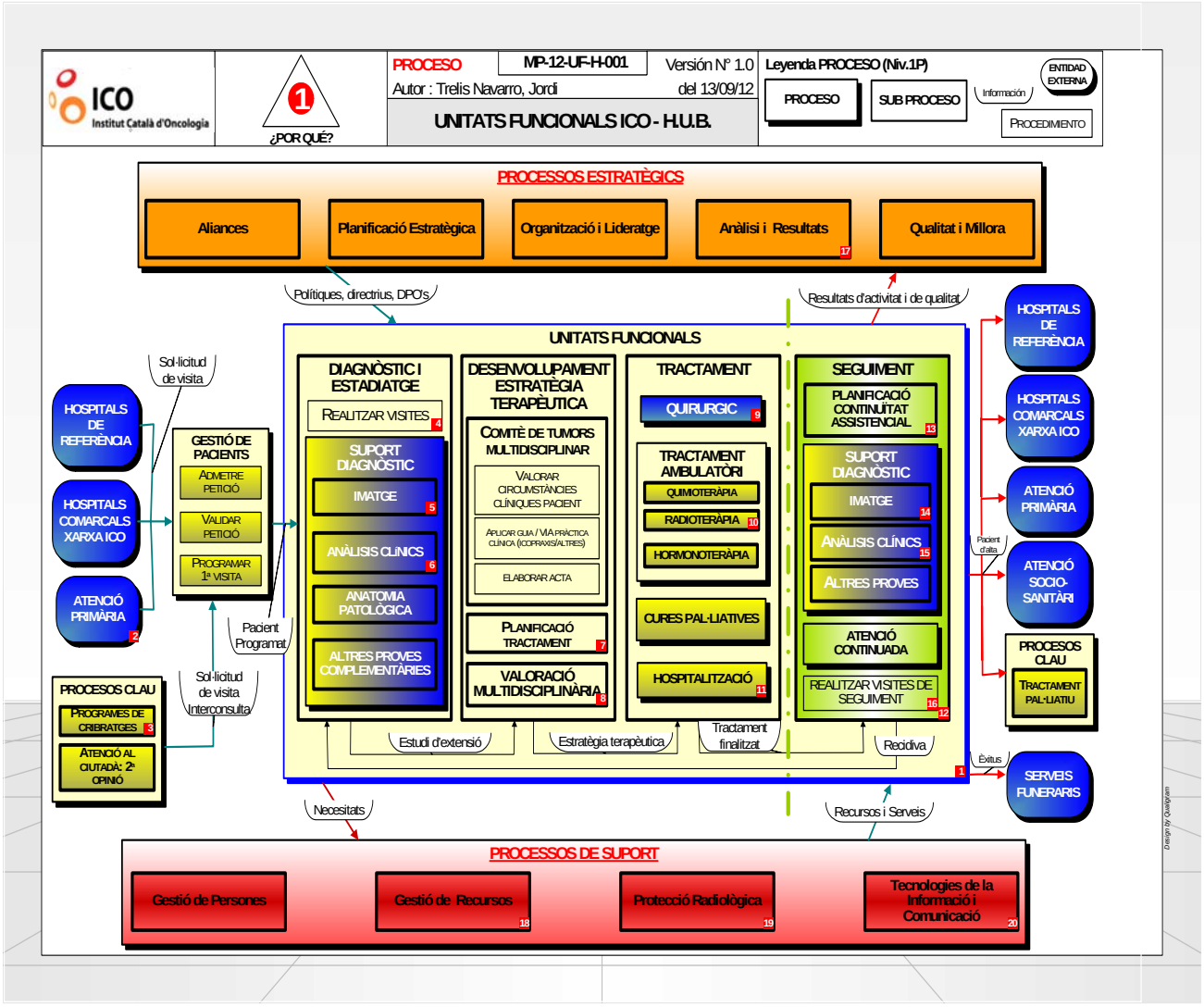


Les limitacions de l'estudi podrien ser:

- Càlcul del cost/hora professional en base a la retribució ICS.
- Càlcul cost pacient / mes comparatiu entre una UFAO facturada HUB i aquesta que és facturada per l' ICO.

AVALUACIÓ I RESULTATS

Objectiu secundari: definir el procés d'una UFAO tipus



llegenda de colors

	processos estratègics
	processos de suport
	processos clau
	processos i entitats externs
	processos compartits entre ICO i HUB
	processos que actualment realitzen els serveis específics directament segons patologia

El mapa del procés ha de respondre a l'essència d'una UFAO, que és un recurs que intervé a partir de la sospita o diagnòstic d'un tumor, passant per la presa de decisió fins al inici d'un tractament específic. És en l'execució d'aquest tractament quan intervé pròpiament un servei mèdic o quirúrgic.

Els passos que es varen plantejar al introduir la gestió del procés de la UFAO varen ser, la identificació de clients i necessitats, el definir la cartera de serveis, el desenvolupar el mapa de processos, el descriure el procés i l'anàlisi de dades i millora del procés.

Relació dels processos, subprocessos i procediments vinculats al mapa (veure numeració diagrama):

1. Unitats funcionals

Model d'Unitats Funcionals pilot dissenyat segons llibre d'estil de disseny de processos de l'ICO.

2. Atenció primària

Inclou tant el circuit normal com el del diagnòstic ràpid.

3. Programes de cribratges

Actualment existents programa de cribratge de càncer de mama i de càncer de colon.

4. Realitzar visites

Inclou les visites mèdiques i les d'infermeria a la Unitat Funcional.

5. Imatge

RX , TAC, PET, RNM, ecografia, mamografia, gammagrafia.

6. Anàlisis Clínics

Hemograma, bioquímica, citogenètica, biologia molecular.

7. Planificació tractament

Tractament Quirúrgic:

Anestesiologia, cirurgia específica per tumor, cirurgia plàstica, cirurgia major ambulatòria.

Tractament Ambulatori:

Quimioteràpia, radioteràpia, hormonoteràpia, pal·liació.

8. Valoració Multidisciplinària

Infermeria, emocional (psiconcologia), familiar/social (treball social), nutricional (dietista), funcional (fisioteràpia).

9. Quirúrgic

Cirurgia ginecològica, cirurgia plàstica, cirurgia toràcica, cirurgia digestiva, neurocirurgia, cirurgia general, cirurgia maxil·lofacial, urologia.

10. Radioteràpia

Inclou el tractament de radioteràpia externa i braquiteràpia.

11. Hospitalització

Inclou el tractament citostàtic, de braquiteràpia i de suport.

12. Seguiment

El seguiment es realitza actualment al servei específic segons patologia (oncologia mèdica, oncologia radioteràpica, hematologia, cures pal·liatives, etc.).

13. Planificació Continuïtat Assistencial

Per la planificació, entre altres coses, s'aplicarà la guia del seguiment del pacient (ICOSEGUIMENT).

14. Imatge

RX , TAC, PET, RNM, ecografia, mamografia, gammagrafia.

15. Anàlisis clínics

Hemograma, bioquímica, citogenètica, biologia molecular.

16. Realitzar Visites de Seguiment

Aquestes visites les realitza la infermera de referència segons la planificació establerta.

13. Anàlisi i Resultats

Seguiment de resultats de DPO, de qualitat, econòmics, anàlisi de resultats clínic i de casuística d'activitat, etc., amb les eines disponibles a l'organització.

14. Gestió de Recursos

Inclou Economia i Finances, Compres, Serveis Generals, Infraestructura informàtica i comunicacions, Assessoria Jurídica, Contractació Administrativa.

15. Protecció Radiològica

Control de qualitat tecnologia assistencial i seguretat radiològica.

16. Tecnologies de la Informació i Comunicació

Inclou: sistemes d'informació i oficina de projectes informàtics.

Aquest mapa ha de convertir-se en la base del treball de redefinició i actualització de les UFAO dins del projecte ICO-HUB, previ consens per les coordinacions de les UFAO amb la posterior aprovació pel comitè ICO-HUB.

AVALUACIÓ I RESULTATS

Objectiu secundari: identificar propostes d'evolució de l' UFAO en el futur

Seguint la metodologia bàsica del grup focal, es varen constituir 2 grups:

- Grup de dones amb càncer de mama. Es tractava d'un grup que ja funcionava al centre des de feia un any, anomenat "parlant en rosa". És com un grup d'ajuda mútua.
- Grup de professionals vinculats a la UFAO de mama.

GRUP FOCAL PACIENTS

Es va realitzar la reunió en un sala del centre.

Hi varen assistir 12 dones amb relació directe amb el càncer de mama i la UFAO.

Tipologia de les assistents: diagnòstic recent i recent acabada la cirurgia, pendent d'inici de la quimioteràpia, pendent d' inici de la radioteràpia, enmig del tractament de quimioteràpia o radioteràpia, radioteràpia recent acabada, inici dels tractament hormonal.

El guió constava de:

- Presentació del moderador (jo mateix), definició de l'objectiu de la trobada. (5').
- Presentació individual (10'): explicaven breument la situació en que es trobaven (veure apartat tipologia).
- Presentació de l'observador i de la metodologia de treball (5')
- Preguntes a respondre:
    - Identificar element positius de la UFAO.
    - Identificar elements menys positiu o negatiu.
    - Identificat propostes de futur.
- Debat (60')
- Conclusions (10')

La durada de la sessió va ser de 90 minuts i es va exercir la moderació amb cert rigor per evitar una dispersió d'opinions.

El contingut de la informació que es va parlar, es va agrupar en 4 apartats o àmbits:

- Àmbit relacional/emocional: fa referència a aspectes relacionats amb el tracte i l'atenció rebuda.
- Àmbit de funcionament: referent a aspectes de funcionament de la pròpia UFAO i coordinació amb altres recursos.
- Àmbit de persones: referent a rols i funcions dels professionals.
- Altres opinions.

El resultat va ser de:

Àmbit relacional/emocional:

- Tracte.
- Predisposició inicial.
- Rapidesa al principi.
- Proximitat.
- Seguretat.
- Tendència a minimitzar els detalls que poden generar angoixa a la pacient
- Costa d'entendre el concepte de "tot normal", quan lo normal és que no facin mal les ungles,... per exemple.

Àmbit de funcionament:

- No sempre es compleix l' horari, s'ha d'esperar sovint.
- Molt positiu l'analítica a l'ambulatori.
- S'agraeix que es programin varies visites a la vegada, encara que de vegades el temps d'espera augmenta.
- Molt correcte l'educació sanitària per escrit, manca el suport verbal.
- Descoordinació fisioteràpia ICO/HUB.
- Bon resultat d'ús del telèfon ICO 24 i del servei en situacions complicades.
- Millorar el contacte telefònic pels dubtes del dia a dia.
- Bona transferència entre els serveis implicats dels 2 centres ICO I HUB, es senten acompanyades.

Àmbit de persones:

- Diferents metges és positiu, sumen coneixement.
- Temps per consulta limitat, en funció del professional, sensació de no poder preguntar tot el que cal.
- Paper resolutiu de la infermera en funció del tema, diferents coneixements.

- El metge és el metge.
- Gestió dels problemes no sempre efectiva.
- Temps infermeria ORT demora important.
- Formes de donar informació en la primera visita pels no oncòlegs.

Altres opinions:

- Alguna vegada inseguretat per decidir coses.

Propostes de futur:

- Millorar el "*post*".

La majoria de les pacients tenien molt identificat el concepte del *"post"*. S'entenia per *"post"*, totes aquelles accions realitzades després del tractament inicial global, entenent aquest el que inclou la cirurgia i en molts casos la quimioteràpia adjuvant i radioteràpia. Les pacients sense ser-ne conscients en un principi, identificaven molt bé quina era la funció de la UFAO, (*"te hacen tantas cosas a la vez y tan rápido que de golpe estás operada y te cae el pelo por la quimioterapia"*) i identificaven també que al cap d'un temps les coses s'anaven relaxant (*"no sé porque nos visitan menos"*), el que denominem seguiment o cronicitat de la malaltia es vivia com una pèrdua. En el cas de la mama, pel que representa la pròpia malaltia i pels bons resultats en supervivència, es genera un cert grau de dependència. Segur que aquest concepte varia en funció de la UFAO.

Per millorar el *"post"*, recomanaven:

- Definir quin tipus de seguiment caldria fer a l'hospital, refereixen que tenen dificultats per desvincular-se del tot.
- Definir un professional referent, suggerien el professional d'infermeria.
- Treballar la coordinació amb la primària i la formació.
- Millorar la informació sobre els resultats de curació.
- Promoure grups d'ajuda mútua.

GRUP FOCAL PROFESSIONALS

Es va realitzar la reunió en una sala del centre.

Nombre assistents: 6, tots formen part de la UFAO de mama.

Tipologia: 3 facultatius especialistes, 2 professionals d'infermeria (1 infermera i 1 auxiliar), 1 administratiu.

El guió i la metodologia era igual al grup focal de pacients descrit anteriorment, però les preguntes variaven:

- Què aporta treballar a la UFAO?
- Què caldria millorar?
- Identifica propostes de futur.

La informació recollida a les 3 preguntes és la que segueix:

Què aporta treballar en una UFAO?

- Relació amb altres professionals: interacció
- Generositat: sovint en algunes decisions o manera d'actuar.
- Coneixement i experiència, s'aprèn dels altres.
- Model per disminuir el "burnout": no estàs sol en situacions difícils.
- Satisfacció.
- Nou model de treball.

Què caldria millorar?

- Gestió del temps.
- Grau d'autonomia: recursos, personal, quiròfan.
- Seguiment de les pacients un cop fet el tractament.
- Rol de la gestora de cas.
- Percepció que al principi molts professionals veuen una mateixa pacient.
- Coordinació amb primària pels llargs sueprvivents.

Identificar propostes de futur:

- Disposar d'un quiròfan específic pel tractament de la patologia mamaria per disminuir els temps d'espera.
- Redefinir funció i rol d'infermeria.
- Crear una direcció clínica específica en càncer de mama que integri els especialistes dels serveis implicats, el comitè de tumors, la UFAO com a recurs des de la sospita/diagnòstic fins inici del tractament, i que es responsabilitzi del seguiment.

CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ

- L'objectiu principal d'aquest treball, ha estat poder contribuir al projecte iniciat l'any 2011 entre l'ICO i el HUB per actualitzar i adaptar el model de les unitats funcionals, a les noves necessitats dels pacients i les seves famílies.
- L'evidencia científica en càncer demostra que la multidisciplinarietat en la presa de decisions millora els resultats de la malaltia.
- L'UFAO és un recurs que pretén ser eficaç, eficient i efectiu en base a una organització de treball en equip multidisciplinari.
- A l'objectiu principal si l' interval de temps com indicador en una UFAO seria eficient. Dues consideracions, si la resposta es basa en l'anàlisi retrospectiu de diferents UFAO, és eficient, perquè els resultats són molt homogenis sigui quina sigui la patologia a tractar i s'ajusten als estàndards definits i consensuats. Segona consideració en referència a l'estudi pilot entre centres. L'estudiamb totes les limitacions podria concloure que un dels elements que podrien convertir una UFAO eficient en comparació a un comitè de tumors sense cap estructura de suport, seria el període vinculat fins al diagnòstic complert. El diagnòstic complert implicaria tenir un estudi d'extensió realitzat en el moment de portar a terme el comitè, i aquest estaria hauria d'estar avalat per una opinió col·legiada registrada en una acta per diferents professionals. En cas de parlar de diagnòstic no complert, la resposta és que el comitè de tumors podria ser més eficient que una UFAO.
- La resposta a l'objectiu principal si una UFAO seria eficient amb l'adherència a una guia de pràctica clínica. La resposta seria que si amb limitacions. Hi ha evidència pel que fa referència a guies de tractament amb quimio i radioteràpia (ICOpraxi) amb molt bons resultats i menys evidència amb el procediment quirúrgic i proves complementàries, encara que els projectes per realitzar-ho ja estan en marxa. Exemple de la comissió de tumors HUB-ICO i l'ICOseguiemt.
- La resposta a l'objectiu principal d'analitzar el cost d'una UFAO, ha estat de 497 euros primera vista pacient/mes, en referència a la UFAO de mama. Tenint en compta que aquest cost inclou des de la sol·licitud de la primera visita fins la decisió del primer tractament. El cost del primer tractament, s'hauria d'assignar

al servei receptor que el realitza (cirurgia en qualsevol de les seves especialitats, oncologia mèdica i oncologia radioteràpica).

- La resposta a l'objectiu secundari de definir el procés d'una UFAO tipus, és que s'ha realitzat un mapa del procés. Aquest serà el primer pas per a poder adaptar-lo i consensuar-lo amb les 10 UFAO existents, intentant que hi hagi el mínim diferències.
- La resposta a l'objectiu secundari d'identificar propostes de l'evolució de la UFAO en el futur, s'ha realitzat a través de la creació de 2 grups focals de pacients i professionals vinculats al càncer de mama. Uns i altres identifiquen l'UFAO com un recurs per a la presa de decisió, sent la satisfacció el tret més significatiu. També coincideixen pacients i professionals en que no queda definit qui ha de fer el seguiment del cas un cop realitzat el/s tractament/s. Les pacients viuen com una pèrdua que no siguin els mateixos equips, i els professionals proposen crear una direcció clínica que permeti disposar de més autonomia de gestió a tots nivells.
- La unitat funcional d'atenció oncològica, ha estat, és i serà un recurs per a la presa de decisió multidisciplinària en càncer.

BIBLIOGRAFIA

1. Haward RA. Establishing Cancer Units. Br J Cancer. 1995;72:531-4.
2. Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. Eur J Cancer. 2006;42:2480-91.
3. Borrás JM. Perspectivas de futuro de la atención oncológica. Med Econ Supl Gestión Profesional/Atención al Paciente. 2009;127-35.
4. Department of Health (UK). The generic multidisciplinary team (MDT). En: Manual for cancer services. Department of Health. 2004; Topic 2-A.
5. Germà Lluch JR. Unidades Funcionales Oncológicas. Med Clin (Barc) 2010; doi: 10.1016/j.medclin.2010.03.017.
6. Fleissing A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? Lancet Oncol. 2006;7:935–43.
7. Rushtaller T, Roe H, Thürlimann B, Nicoll JJ. The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialties. Eur J Cancer. 2006;42:2459-62.
8. Bellardita L, Donegani S, Spatuzzi AL and Valdagni R. Multidisciplinary versus One-on-One Setting: A Qualitative Study of Clinicians Perceptions of their relationship with patients with prostate cancer. Journal of Oncology Practice 2011; 7: e1-e5.
9. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R et al. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? BMJ 2010;340:c951.
10. Cancer Guidance Sub-Group of the Clinical Outcomes Group. Improving Outcomes in Breast cancer. Guidance for Purchasers: The manual Department of Healt 1996.
11. Strom E, Buzdar AU, Hunt K. Multidisciplinary Care of The Breast Cancer Patient: Overview and Implementation. En Hunt K, Robb Gl, Strom EA and Ueno NT (eds) Breast Cancer. Springer-Verlag. New York 2001:1-14.
12. The requirements of specialist breast unit EUSOMA. Eur J Cancer 2000;36:2288-93.
13. Wright FC, DeVito C, Langer B, Hunter A. Multidisciplinary cancer conferences a systematic: A systematic review and development of practice standards. Eur J Cancer. 2007;43:1002–101.
14. Maslin-Prothero S. The role of the multidisciplinary team in recruiting to cancer trials. Eur J Cancer Care. 2006;15:146–54.
15. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a new Agency. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academic Press; 1990. p. 58.
16. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for Clinical Practice. Development to use. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992.

17. Murlow CD. Rationale for systematic reviews. BMJ. 1994;309:567-99.
18. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. BMJ. 1999;318:593-96.
19. Appraisal of Guidelines for Research Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. http://www.agreecollaboration.org
20. Prades J, Borras JM. La atención de la organización multidisciplinar en cáncer. Barcelona: Elsevier Masson SA; 2011.
21. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Estrategia en Cáncer SNS. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo; 2006.
22. Comisión de las Sociedades Oncológicas para la Planificación Oncológica en España. Libro Blanco de la Oncología en España. Barcelona: Editorial JIMS;1998. P.71-138.
23. Wagner E. Effective Teamwork and Quality of Care. Med Care. 2004; 42:1307-9.
24. Smith TJ, Hillner BE. Ensuring quality of cancer care by use of clinical practice guidelines and clinical pathways. J Clin Oncol. 2001;19:2886-43.
25. Sainsbuty R, HHaward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence on clinical workload and patterns of treatment on survival from breast cancet. Lancet. 1995;345:1265-70.
26. Verdecchia A, Francis S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-2002 period analysis of EUROCARE-4 data. Lancet oncology. 2007;8:784-96.
27. Borrás JM, Boyd A, Martínez-Villacampa M, Brunet J, Germá JR. Lessons learned in the implementation of a cancer network in Catalonia. J Management & Marketing Healthcare. 2009;2:174-83.
28. Edwards N. Clinical networks. Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. BMJ. 2002:324-63.
29. Meneu R. Experiencias de integración clínica: equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Elsevier Masson SA. p. 1-32.
30. McCarthy, González-Izquierdo A, Sherlaw-Johnson C, Khachatryan A, Coleman M, Rachet B. Comparative indicators for cancer network management in England: Availability, characteristics and presentation, BMJ Health Services Res. 2008;8:45.
31. Baz DV, Rodríguez A, Montaño A. Situación de la oncología médica en España: Hospitalización. En: Aranda E, Benavides M, Casas AM, Felip E, Garrido MP, Rifá J. (Comité Coordinador del Primer Libro Blanco de la Oncología Médica en España). Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2006. p.277-282.
32. Oncoguíes - GPC. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Cataluña y Balears, Agencia d'Avaluació de Tecnologia Mèdica i Recerca i Pla Director d'Oncologia, 2003.

33. Pla R, Pons JMV, González JR, Borràs JM. Hi ha nivells assistencials en cirurgia oncològica? Els que més en fan, ho fan millor? Informe sobre la relació entre volum de procediments i resultats en cirurgia. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques, 2003.
34. Hernández JE, Escalera de Andrés C, Torró C, Domínguez C (Coord.). Plan Integral de Oncología (2º. 2007-2012). Consejería de Salud. Junta de Andalucía.2007.
35. Pla Director d'Oncologia, 2005-2007. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
36. Oncoguia de mama. Actualització 2008. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2008.
37. Pla oncológico de la Comunitat Valenciana 2007-2010. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2007.
38. Borrás JM, Ferro T. Multidisciplinary cancer care: we need to practice what we preach. Clin Transl Oncol 2010;12:583-4.
39. Cancer Peer Review Programme. Manual for Cancer Services 2008: Breast Measures. Peer Review Team - National Cancer Action Team. November, 2008.
40. Yaya-Tur R. Los comités de neuro-oncología. En: Arraez MA, Herruzo I, Acha T, Benavides M (eds). Tumores del sistema nervioso central en el adulto y en la infancia. Enfoque multidisciplinario neuro-oncológico. Madrid: Nova Sidonia 2003, pp.551-2.
41. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutierrez J (eds). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid. 1994. Editorial Síntesis.
42. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311:299-302.
43. Implantació del Programa de diagnòstic ràpid del càncer. CatSalut instrucció 04/200. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
44. Berger C, Gullard S. Descripción gráfica de los procesos. Madrid. 2001. Editorial Aenor.
45. Ferro, T, Capdevila C, Corrales E, Sanclemente C, Gil M, Toro D, Viso MF, Trelis J. Document marc sobre les Unitats Funcionals d'Atenció Oncològica de l' Institut Català d'Oncologia i l'Hospital Universitari de Bellvitge (en procés d'elaboració). 2012.
46. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf
47. Boxplot: http://ca.wikipedia.org/wiki/Boxplot