

**Evaluación de la práctica asistencial en oncología:  
modelos de prestación y abordajes de medida.  
PLANES DE CÁNCER**

---

**IX Reunión Científica AEETS,  
A Coruña, noviembre 2010**

Dr. Josep M. Borràs

Pla Director d'Oncologia de Catalunya

Coordinador científico de la estrategia en cáncer del SNS



# Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table. EU Parliament and Commission declaration

---

## **Prioridades de mejora del proceso asistencial en oncología**

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



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

---

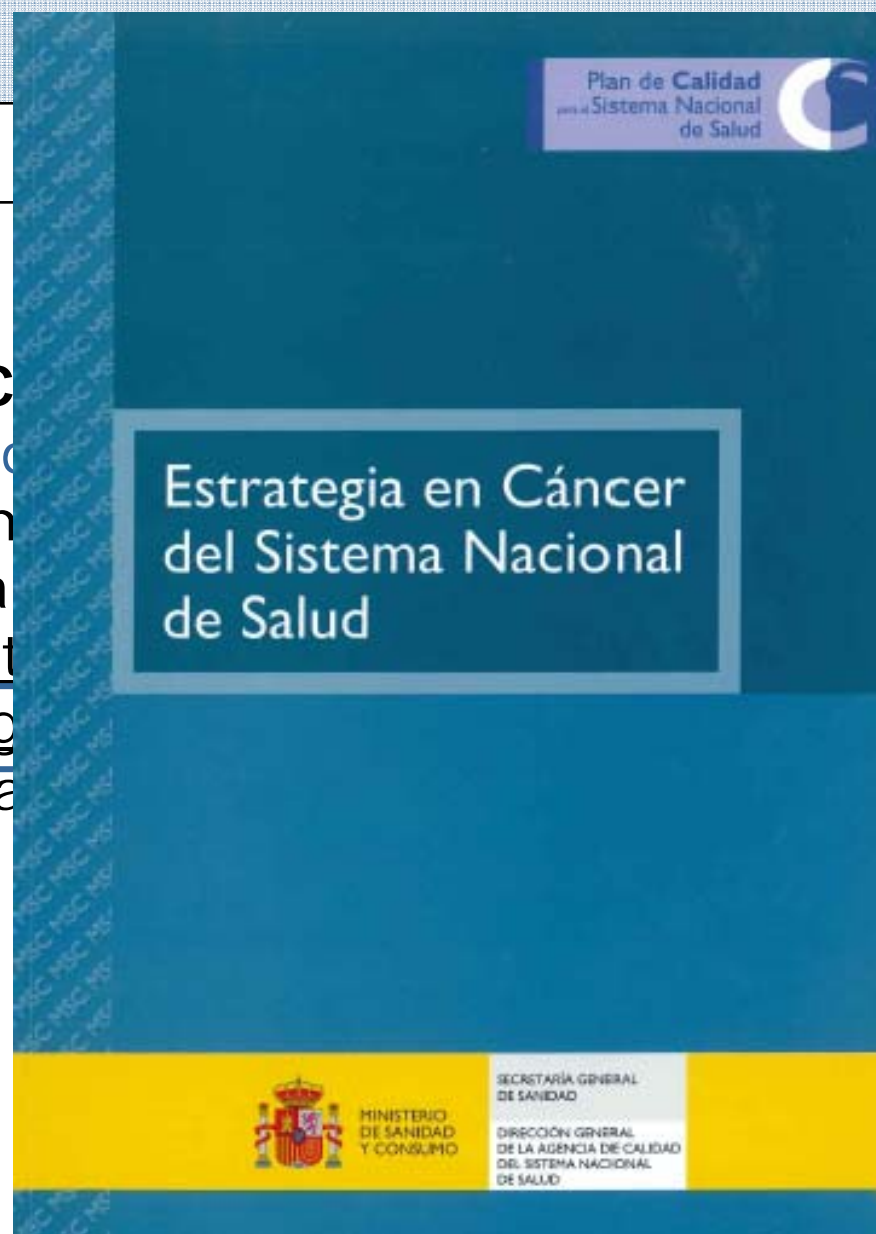
### **Prioridades de mejora del proceso asistencial en oncología**

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

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

## La atención multidisciplinaria en la Estrategia en cáncer del SNS

La **Estrategia en C** llamada "atención multi calidad y como eje del atención oncológica. Pla diagnosticados sean trat multidisciplinario e integ actúe como referente pa





- **Sociedades científicas y grupos de pacientes apoyan la estrategia de atención multidisciplinaria**

---

Clin Transl Oncol (2010) 12:387-389  
DOI 10.1007/s12094-010-0562-0

---

NEWS AND VIEWS

### **Institutional declaration in favour of the development of interdisciplinary cancer care in Spain**

Spanish Association of Surgeons · Federation of Spanish Oncology Societies · Spanish Society of Pathology · Spanish Society of Palliative Care · Spanish Society of Oncology Nursing · Spanish Society of Haematology and Haemotherapy · Spanish Society of Paediatric Haematology and Oncology · Spanish Society of Family and Community Medicine · Spanish Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging · Spanish Society of Primary Care Physicians · Spanish Society of Medical Oncology · Spanish Society of Radiation Oncology · Spanish Society of Psycho-Oncology · Spanish Society of Medical Radiology · Spanish Society of Mastology and Breast Pathology

- **Apoyado por 16 sociedades científicas y 30 grupos de pacientes**



grupo español de  
pacientes de cáncer

## **Manifiesto de los pacientes con cáncer**

***"Nos preocupamos por ti sin que tú lo sepas"***

**Apoyo para promover la atención multidisciplinaria**



# El cáncer como problema organizativo

---

- *Cancer care is a problem of the organization of health care system: all parts of the process of care should be logically organized, communicate effectively and care coordinated.*
  - **R Haward, 2008.**
- **Nuestra prioridad debe ser aplicar lo que sabemos que es efectivo en nuestra práctica asistencial y promover la investigación para continuar avanzando en la mejora del diagnóstico y el tratamiento del cáncer**



- ...el modelo caduco —que aún se lleva.





“Caja negra”

“Orquesta” vs “Big Band Jazz”

La “Columna Durruti”

“Tabiques, paredes y muros”

“Actores principales, secundarios e invitados de piedra”

- **Sobre los supervivientes de cáncer:**

Una “bola de nieve”

En “tierra de nadie” o “atrapados entre las dos sanidades”



# EL CÁNCER DE RECTO COMO PARADIGMA DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO.

---

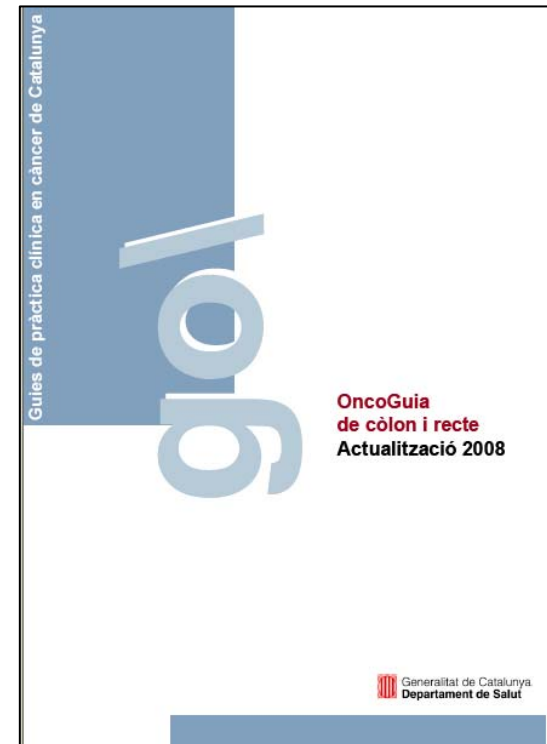
- Cáncer de recto en España:
  - Supervivencia a los 5 años ~ 50%.
- Al tratamiento principal quirúrgico se han añadido tratamientos complementarios de radio/quimioterapia pre y/o postoperatoria.  
**Necesidad de acuerdos multidisciplinarios para organizar la atención oncológica**
- Patrón dominante de fracaso terapéutico: RECIDIVA LOCAL.
- La escisión total del mesorecto (ETM) + su calidad = factor determinante de recidiva local del cáncer de recto.

## INTRODUCCIÓN (II)

---

### OncoGuía de colon y recto:

“ En tumores de localización rectal se considera obligada la realización de la escisión total o subtotal del mesorecto según localización anatómica”.  
[grado de consenso estándar]





## EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL Y DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS DEL CÁNCER DE RECTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA

---

- **Objetivo:** evaluar el proceso asistencial y los resultados terapéuticos de todos los casos de cáncer de recto tratados con cirugía con intención radical en los años 2005 y 2007 en los hospitales de Catalunya, con financiación CATSALUT, comparando la práctica clínica con las recomendaciones de la OncoGuia de colon y recto.
- Identificación de los casos a través del CMBD
- Revisadas 2320 historias clínicas, incluidas 1831
- Comunicación de resultados en reuniones individualizadas con cada hospital y región sanitaria.
- Mínimas modificaciones: datos AP de 3 de los 51 centros.



# EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL Y DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS DEL CÁNCER DE RECTO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA

---

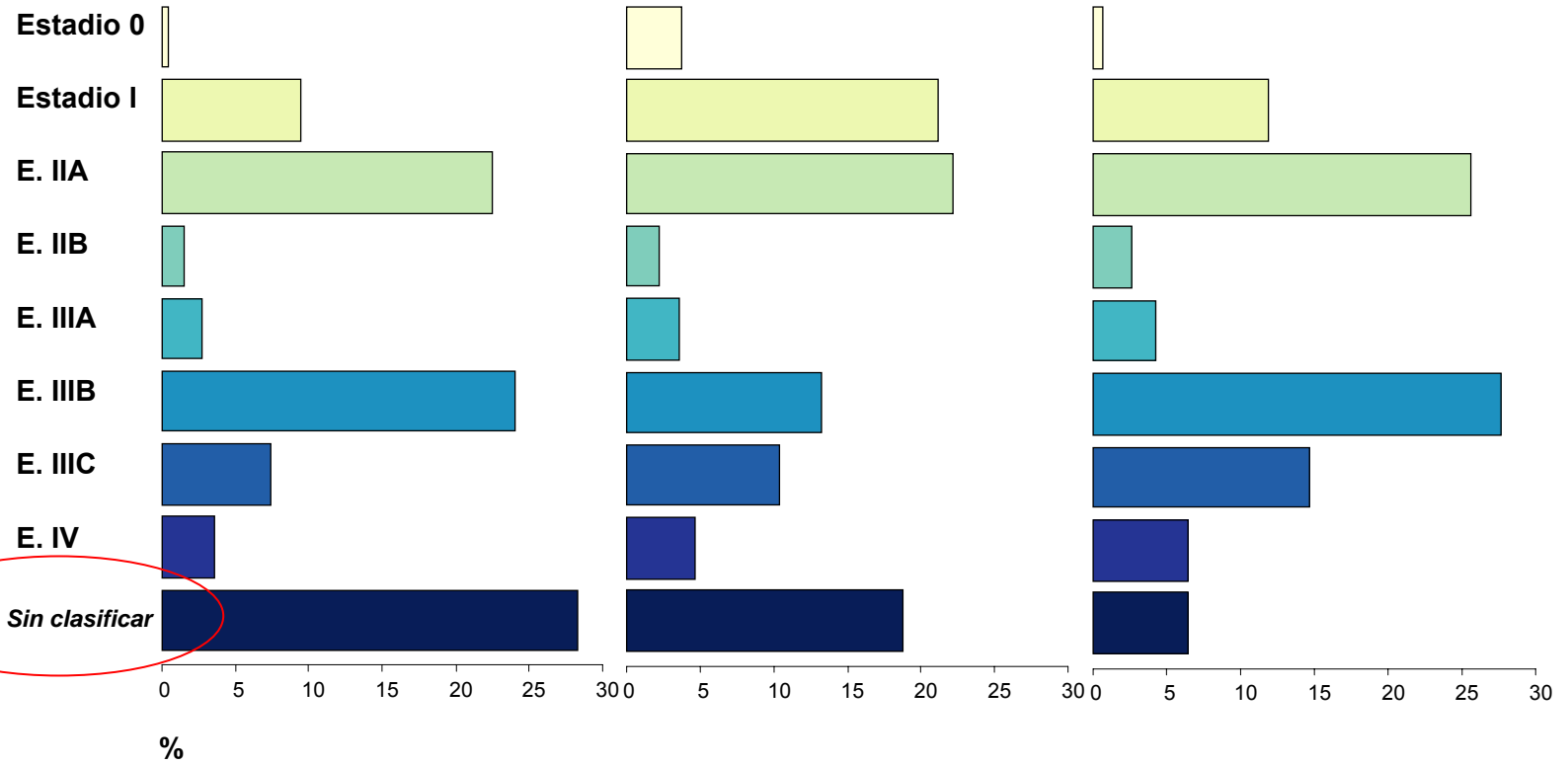
## **RESULTADOS**

# Estadio

Inicial-Clínica

Patológica

Definitiva



# Algunos datos comparativos según volumen asistencial

		HOSPITAL VOLUME				
		≤11 cases / y	12-30 cases / y	>30 cases / y	P	
		n cases	n=669	n=878		
		N hospitals	N=17	N=9		
		%	%	%		
<b>Staging</b>	<b>0 / I</b>	17.3	14.2	11.3		
	<b>II</b>	27.8	29	27.2		
	<b>III</b>	38.4	41.6	46.1		0.01
	<b>IV</b>	5.6	9	6.8		
	<b>Missing *</b>	10.9	6.3	8.5		
<b>Localization</b>	<b>Distal rectum (0 – 6 cm)</b>	29.6	25.4	30.8		
	<b>Middle rectum (7 – 11 cm)</b>	31.3	33.2	29.8		
	<b>Proximal rectum (12 – 16 cm)</b>	19.0	19.3	18.0		0.35
	<b>Rectum-sigma (≥ 17cm)</b>	7.7	6.7	5.7		
	<b>Missing*</b>	12.3	15.4	15.7		
<b>Surgical operation</b>	<b>Anterior resection</b>	66.5	71.9	75.2		
	<b>Hartmann´s procedure</b>	4.9	4.3	4.8		0.04
	<b>Abdominoperineal resection</b>	27.1	22.4	18.0		
	<b>Missing *</b>	1.4	1.3	2.1		
<b>Reported postoperative complications</b>	<b>CV complications</b>	3.5	2.8	2.7		
	<b>Infectious (non surgical) complications</b>	7.4	5.7	6.9		
	<b>Surgical complications</b>	28.5	21.2	20.5		0.015
	Wound abdominal infection	9.2	5.7	5.8		
	Wound perineal infection (APR) <sup>1</sup>	13.0	9.3	11.4		
	Abscess	4.6	3.1	3.0		
	Anastomotic leak (AR) <sup>2</sup>	4.8	1.7	4.1		
	Bleeding	4.6	3.6	3.6		
<b>Total of cases with postoperative complications<sup>3</sup></b>		<b>42.3</b>	<b>33.2</b>	<b>34.5</b>		<b>0.016</b>

# Variabilidad en la información sobre ETM y su calidad según volumen asistencial

		HOSPITAL VOLUME			
		≤11 cases / y	12-30 cases / y	>30 cases / y	P
		n cases	n=284	n=669	n=878
		N hospitals	N=25	N=17	N=9
<b>Mesorectal excision (pathology report)</b>	<b>Reported</b>	26.6	23.8	48.7	0.00
	<b>No reported</b>	73.4	76.2	51.3	
<b>Quality of mesorectal excision (pathology report)</b>	<b>M. complete</b>	34.7	60.8	70.2	0.00
	<b>M. nearly complete</b>	22.7	8.2	10.4	
	<b>M. incomplete</b>	17.3	16.5	10.9	
	<b>Missing *</b>	25.3	14.6	8.5	



# Variabilidad en el patrón de tratamientos adyuvantes

c	Descripció / comentari	PRE			POST			n	%
		RT	QT conco RDT	QT	RT	QT conco RDT	QT		
1	RDT <i>pre</i>							30	1.6
2	QT conco RDT <i>pre</i>							228	12.5
3	QT <i>neoadj</i>							15	0.8
4	QT <i>adj</i>							219	12.0
5	RDT <i>post</i>							28	1.5
6	QT conco RDT <i>post</i>							93	5.1
7	[QT conco RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							61	3.3
8	[RDT <i>pre</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							19	1.0
9	[RDT <i>pre</i> ] + [RDT <i>post</i> ]							1	0.1
10	[RDT <i>pre</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ]							-	-
11	[RDT <i>pre</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							-	-
12	[QT conco RDT <i>pre</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							459	25.1
13	[QT conco RDT <i>pre</i> ] + [RDT <i>post</i> ]							-	-
14	[QT conco RDT <i>pre</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ]							8	0.4
15	[QT conco RDT <i>pre</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							1	0.1
16	[QT <i>neoadj</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							18	1.0
17	[QT <i>neoadj</i> ] + [RDT <i>post</i> ]							1	0.1
18	[QT <i>neoadj</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ]							1	0.1
19	[QT <i>neoadj</i> ] + [QT conco RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							1	0.1
20	[QT conco RDT <i>pre</i> ] + [RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							4	0.2
21	[RDT <i>post</i> ] + [QT <i>adj</i> ]							35	1.9
22	Cap tractament complementari							609	33.3
<b>Total</b>							<b>1831</b>	<b>100</b>	

## Tipo de adjuvancia por volumen hospitalario en estadios II y III

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

**Adjuvant treatment** (Stages II and III)\*

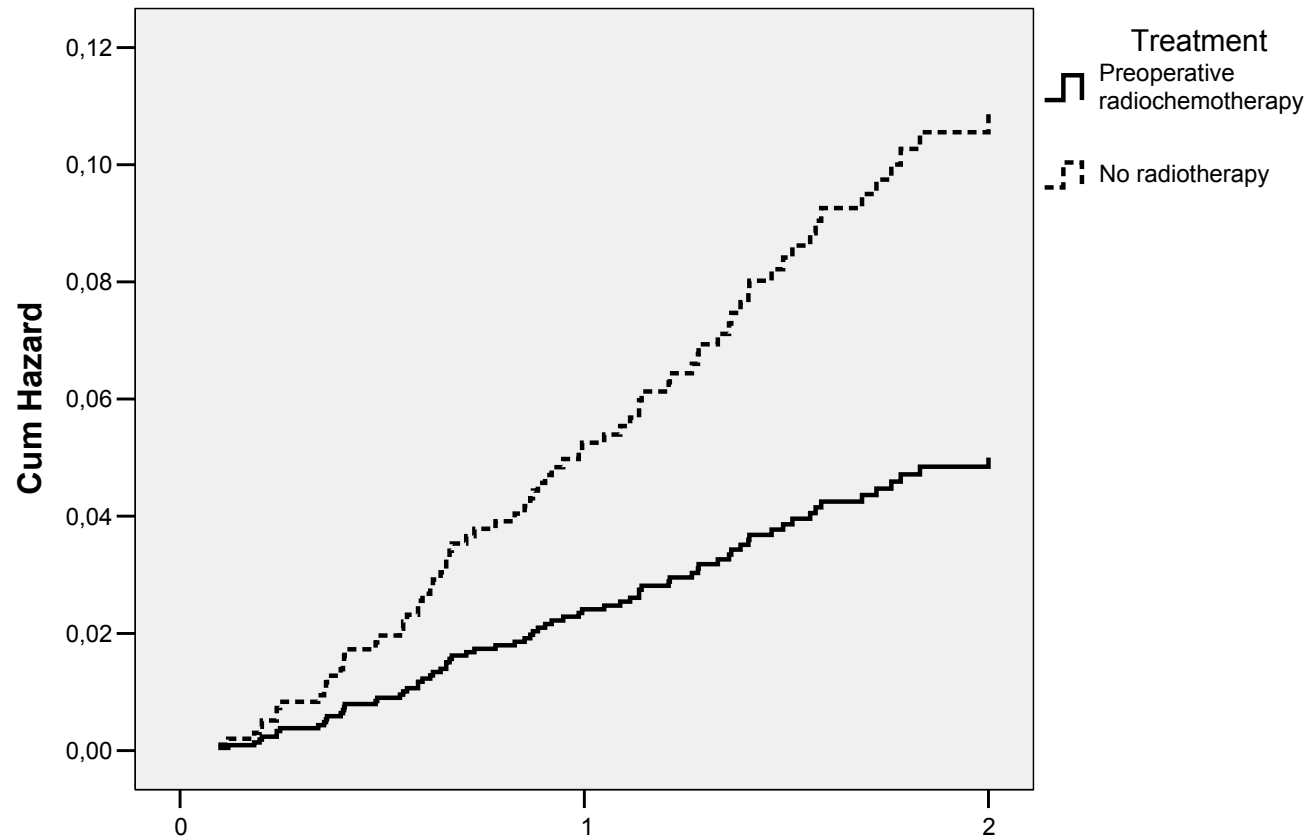
# Factores implicados en la recidiva local (E. II y III)

Variable	N	No.LR	LR Rate <sup>a</sup>	Univariate Cox Regression			Multivariate Cox Regression <sup>b</sup>		
				HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
<b>TNM staging<sup>c</sup></b>									
Stage IIA	434	14	2.12	1			1		
Stage IIB	43	5	8.19	<b>3.91</b>	<b>1.41-10.86</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>3.17</b>	<b>1.11-9.1</b>	<b>0.03</b>
Stage IIIA	55	2	2.44	1.15	0.26-5.07	0.85	1.21	0.27-5.42	0.81
Stage IIIB	458	29	4.41	<b>2.09</b>	<b>1.11-3.96</b>	<b>0.02</b>	<b>2.54</b>	<b>1.32-4.88</b>	<b>&lt;0.01</b>
Stage IIIC	239	23	7.72	<b>3.68</b>	<b>1.89-7.16</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>4.33</b>	<b>2.2-8.52</b>	<b>&lt;0.01</b>
<b>Hospital Caseload</b>									
> 30 cases/year	613	38	4.25	1			1		
12 - 30 cases/year	441	28	4.55	1.07	0.66-1.75	0.78	1.02	0.6-1.73	0.96
≤ 11 cases/year	175	7	2.79	0.66	0.29-1.47	0.31	0.56	0.24-1.31	0.18
<b>Surgical operation</b>									
Anterior resection (AR)	869	44	3.49	1			1		
Abdominoperineal resection (APR)	289	20	4.78	1.37	0.81-2.33	0.24	0.99	0.54-1.83	0.98
Hartmann's procedure	58	8	12.80	<b>3.73</b>	<b>1.75-7.92</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>2.99</b>	<b>1.33-6.71</b>	<b>&lt;0.01</b>
Unknown	13	1	6.09	1.76	0.24-12.75	0.58	0.67	0.09-5.33	0.71
<b>(Neo)adjuvant treatment</b>									
Pre-operative radiochemotherapy	670	34	3.41	1			1		
Post-operative radiotherapy	183	10	3.37	0.99	0.49-2.0	0.97	1.09	0.51-2.33	0.81
No radiotherapy	376	29	6.23	<b>1.84</b>	<b>1.12-3.02</b>	<b>0.02</b>	<b>2.18</b>	<b>1.2-3.97</b>	<b>0.01</b>
<b>Quality of mesorectal excision</b>									
M. Complete	307	13	2.95	1			1		
M. nearly complete	51	4	5.73	1.94	0.63-5.96	0.25	1.83	0.59-5.71	0.29
M. incomplete	62	5	5.84	1.99	0.71-5.58	0.19	1.61	0.56-4.57	0.37
M. unknown	63	4	3.98	1.36	0.44-4.16	0.59	1.31	0.42-4.1	0.65
No Mesorectal excision	746	47	4.42	1.51	0.82-2.79	0.19	1.55	0.81-2.95	0.18
<b>Localization of tumour</b>									
Proximal rectum (12 - 16 cm)	229	8	2.39	1			1		
Middle rectum (7 - 11 cm)	424	20	3.28	1.37	0.60-3.12	0.45	1.48	0.64-3.44	0.36
Distal rectum (0 - 6 cm)	404	32	5.48	<b>2.29</b>	<b>1.06-4.97</b>	<b>0.04</b>	<b>2.93</b>	<b>1.24-6.92</b>	<b>0.01</b>
Unknown	172	13	5.65	2.37	0.98-5.73	0.05	1.92	0.78-4.76	0.16

N=1,229. Events=73

# Recidiva local en E. II y III según si han sido tratados con RT/QT preoperatoria o no RT

---





# Resultados

---

- Déficit en la calidad documentación:
  - AP: - ETM
    - Afectación de los márgenes
    - pM: Missings y pMx
  - Cirugía: complicaciones
- Resultados clínicos:

Tasa de recidiva local a los 2 años= 4,47 / 100 personas operadas
- Volumen asistencial
  - Hospitales de bajo volumen: menor calidad en el proceso



## Conclusiones

---

- **Participación de los centros: muy positiva y completa**
- **Déficit en la documentación clínica:**
  - **Descripción de datos clínicos muy relevantes, como la evaluación de la ETM. Estos déficits han sido reconocidos por los clínicos en las revisiones individualizadas.**
  - **La calidad de la información de los centros con mayor volumen de casos es en general mejor. Mejora también en el 2007 en comparación con el 2005.**
  - **Se han comunicado de nuevo los criterios de información mínimos de la OncoGuía a todos los centros.**
- **Resultados clínicos de recidiva : similares a los datos de referencia internacional.**
- **Viabilidad de la evaluación de resultados a partir de una oncoguía acordada con los profesionales.**
- **Los resultados deben tener consecuencias para la mejora de la calidad**



## Los resultados deben tener consecuencias para la mejora de la calidad: Acciones

---

- Indicadores de proceso y resultado establecidos para evaluación.
- A partir de la información disponible actualmente, referida a los años 2005 y 2007 del audit clínico, se establecen tres categorías de centros:
  - Centros con volumen de casos suficiente (superior a 1 caso al mes) y buenos resultados en los indicadores de proceso y resultados: **Aprobación y revisión en el 2011**
  - Centros con volumen de casos suficiente y resultados en los indicadores con insuficiencias en la calidad tanto de la información clínica como de la calidad del proceso y resultados: **Revisar en el 2011**
  - Centros con volumen insuficiente de casos (inferior a 10 al año de forma continuada): **Efectuar este tratamiento en el centro de referencia**



# Resumen final

---

- **Viabilidad de la evaluación basada en los objetivos de los planes de cáncer**
- **Ninguna evaluación sin disponer de consenso asistencial sobre lo que se debe hacer en la práctica clínica**
- **Después de la oncoguía y la evaluación, los resultados deben tener consecuencias asistenciales**
- **Próximas etapas:**
  - **Cáncer de pulmón en 2010-11**
  - **Re-evaluar cáncer de recto en 2011**
  - **Ganglio centinela en cáncer de mama en 2011-2012**