



IX reunión científica de la Asociación española de evaluación de tecnologías sanitarias (AEETS)

Evaluación de la práctica asistencial en oncología: modelos de prestación y abordajes de medida

INDICADORES

Proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
(Plan de Calidad de SNS - ISCIII)

Rosa M^a Saura Institut U. Avedis Donabedian
La Coruña, 2010

CASO PRACTICO

“Estudio de evaluación de la practica asistencial oncológica” en:

- Cáncer de mama
- Cáncer colo-rectal

ESTRATEGIA DE
CÁNCER DE SNS

Antecedentes

- Iniciativa: agencias de evaluación / AATRM
- Objetivo genérico: Analizar la adecuación de la práctica asistencial en oncología



Objetivo del proyecto: Analizar la adecuación de la práctica asistencial en oncología hospitalaria en **cáncer de mama y cáncer colorrectal**

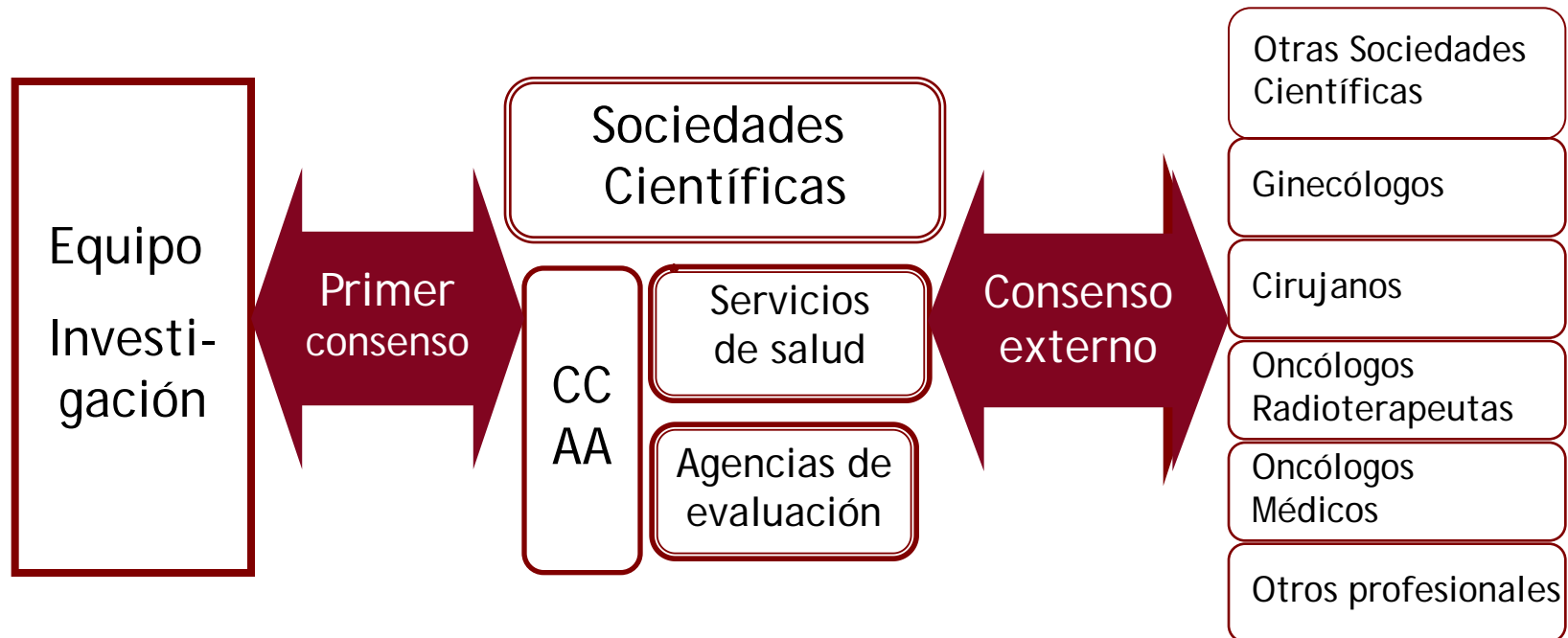
- Metodología:
 - Estudio de Evaluación con indicadores
- Participantes:
 - Canarias
 - Catalunya
 - Galicia

Metodología (I)

V. a estudio = INDICADORES

- Guías de Práctica Clínica (37 = 22+15)
- Consenso de expertos
 - Agencias de evaluación
 - Servicios de Salud
 - Sociedades Científicas
 - Profesionales asistenciales

Diseño de indicadores



Dinámica de trabajo

<u>Agencias:</u>	+	<u>FAD</u>	+	<u>Servicios de salud</u>	+	<u>Sociedades Científicas</u>	
AATRM				Canarias		SEOM	AEC
Avalia-T				Catalunya		SEGO	SED
Laín Entralgo				Galicia		SEOR	
A. Planificación Canarias							

Secuencia de trabajo

1. FAD: prepara y envía propuestas temáticas y criterios de priorización
2. GRUPO: Reunión presencial de consenso para acordar temas de indicadores
3. FAD: propone diversos indicadores para cada tema. Respuesta electrónica
4. FAD: elabora aprox. 25 indicadores para Mama y 25 para colon, con envío y respuesta electrónica
5. GRUPO: Reunión presencial para seleccionar indicadores y consensuar definiciones. Propuesta de candidatos para Delphy
6. FAD: Contacto personal con todos los candidatos del Delhy (37) y envío de indicadores
7. FAD: revisión, valoración y integración de propuestas.
8. FAD: remite a grupo las propuestas de modificaciones
9. FAD: elaboración de documento definitivo de indicadores

CÁNCER COLORRECTAL

Sólo 2 aspectos por tópico

- Evidencia científica
- Factibilidad de la medida
- Impacto clínico

Marcar con una X las 2 opciones elegidas de cada tópico

Recordatorio de recomendaciones de GPC a tener en cuenta para la eyección de opciones

Tema/ Tópico	Aspectos relevantes	Opción elegida	Recomendaciones (grado y fuente)
Genética	Consejo genético		♦ Ofrecer consejo genético a todos los pacientes con riesgo elevado de cáncer colorrectal (C) SIGN, (D) PCAI
	Estudio familiar		♦ Realizar historia familiar de tres generaciones en todos los pacientes con cáncer colorrectal (C) SIGN
Screening o detección precoz	Coordinación AP-Especial		♦ Protocolos consensuados entre los diferentes niveles asistenciales GALICIA
	♦ Consenso de actuación		♦ Circuitos preferentes de derivación para pacientes con alta sospecha clínica de cáncer colorrectal GALICIA
	♦ Circuitos de derivación		♦ Todo paciente con sospecha clínica fundada de cáncer colorrectal iniciará el proceso de confirmación diagnóstica en un tiempo máximo de 30 días GALICIA
	♦ Tiempos de atención tras screening		♦ Identificación de individuos de los grupos de mayor riesgo que puedan beneficiarse de medidas específicas (A) PCAI ♦ A los casos detectados por screening con test positivo de sangre oculta en heces (SOH) se les ofrecerá una evaluación diagnóstica de colon en el plazo de 3 meses RAND

CÁNCER DE MAMA

Tema/Tópico	Aspectos relevantes	Opción elegida
Tratamiento Quirúrgico	Indicaciones de cirugía conservadora	
	♦ Carcinoma In Situ	
	♦ Estadios I y II	
	♦ Estadio III	
	Indicaciones de mastectomía radical	
	♦ Estadios I y II	
	♦ Estadio III	
	General	
	♦ Márgenes de resección	
	♦ Intervalo diagnóstico-cirugía	
	Manejo de la axila	
	♦ Linfadenectomía	
	♦ Ganglio centinela	

Recomendaciones (grado y fuente)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ofrecer siempre posibilidad de lumpectomía o mastectomía B (SIGN) ♦ Indicada en "early stages" (T1-T2, N0-1, M0) A (SIGN) ♦ Indicada en T. menores de 30mm A (Oncoguies) ♦ Indicada en estadio I y II, seguida de RT (salvo contraindicaciones) A (SIGN) ♦ Ofrecer siempre RT posquirúrgica A (SIGN) (PCAI), sino aumentan las recidivas locales a los 5 años A NICE ♦ No en cáncer con metástasis ♦ No indicada, si existe contraindicación de RT A (PCAI) ♦ En T. grandes solo si responden a QT neoadyuvante A (PCAI) ♦ Contraindicaciones C (SIGN)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Supervivencia a los 5 años semejante entre mastectomía y cirugía conservadora más RT A NICE
<ul style="list-style-type: none"> ♦ La recidiva local es mas frecuente si hay márgenes invadidos, incluso después de RT. A NICE. No hay evidencia clara de cual es el margen quirúrgico correcto Margen libre de resección (sup. a 10mm) ♦ Intervalo diagnóstico-cirugía no debe ser superior a las 4 semanas B NICE ♦ Intervalo diagnóstico-cirugía igual o inf. a 21 días (PGDPCM) ♦ Intervalo diagnóstico-cirugía no debe ser superior a las 2 semanas C (PCAI)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Siempre en c. invasivo A (SIGN) ♦ Reduce la recidiva en axila y aumenta la supervivencia A NICE ♦ En cáncer invasivo al menos 10 ganglios (PGDPCM) etc.
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indicaciones: C. infiltrante menor de 3 cm, T1 y T2 y N0 ♦ Contraindicaciones: T. multicentricos, cirugía axilar previa, QT/RT neoadyuvante, embarazo, lactancia y biopsia previa extensa.

Resultado

17 indicadores
Cáncer de
MAMA



Estructura
(3)



Proceso y Resultado
(14)

15 indicadores
Cáncer
COLORRECTAL



Estructura
(1)



Proceso y Resultado
(14)

Indicadores de C.de Mama

INDICADOR	SD
1. <u>Protocolo</u> asistencial multidisciplinar	100%
2. Evaluación por el <u>Comité de mama</u>	100%
3. <u>Estudio histológico</u> preoperatorio	100%
4. <u>Tiempo de espera estudio histológico</u> ≤ a 7 días	90%
5. <u>Tiempo de espera estudio inmunohistoquímico</u> ≤ a 14 días	90%
6. <u>Historia clínica</u> documentada	90%
7. <u>Informe</u> completo <u>estudio radiológico inicial</u>	100%
8. Informe de <u>anatomía patológica</u>	100%
9. <u>Tratamiento conservador</u>	50 - 80%

INDICADOR	SD
10. <u>Reintervención</u> tras cirugía conservadora	no disponible
11. <u>Técnica validada</u> para “biopsia selectiva de ganglio centinela”	100%
12. <u>Linfadenectomía</u> con ≥ 10 ganglios	100%
13. <u>Tratamiento sistémico hormonal</u> en receptores positivos	100%
14. Programa de <u>rehabilitación</u> (linfedema)	100%
15. Intervalo <u>diagnóstico terapéutico</u> ≤ a 28 días	90%
16. Intervalo <u>tratamiento quirúrgico - tratamiento adyuvante</u> ≤ a 42 días	90%
17. Intervalo <u>tratamiento sistémico neoadyuvante- tratamiento quirúrgico</u> ≤ a 42 días	90%

Indicadores de C. Colorrectal

INDICADOR	SD
1. <u>Protocolo</u> asistencial multidisciplinar	100%
2. Evaluación por el <u>Comité CCR</u>	100%
3. <u>Estudio completo</u> de colon	100%
4. Determinación de <u>CEA basal</u>	100%
5. Estudio de <u>extensión</u>	100%
6. Informe de <u>anatomía patológica</u>	100%
7. <u>Historia clínica</u> documentada	90%
8. Conservación de <u>esfínter</u> en cáncer de recto	75%

INDICADOR	SD
9. Infección de <u>herida quirúrgica</u>	<10%
10. Fallo de <u>sutura</u>	<5% colon <12% recto
11. <u>Radioterapia neoadyuvante</u> en cáncer de recto	90%
12. <u>Radioterapia adyuvante</u> en cáncer de recto	90%
13. <u>Quimioterapia adyuvante</u> en cáncer de colon	80%
14. Consulta de <u>estomatoterapia</u>	100%
15. Intervalo <u>diagnóstico - tratamiento</u> ≤ a 30 días	90%

Diseño de estudio (I)

- **Población de estudio:** Pacientes diagnosticados en 2006 de C. Mama o C. Colorrectal, atendidos en hospitales públicos de las 3 CCAA
 - Criterios de inclusión: CMA
 - Criterios de exclusión
 - Carcinoma in situ
 - Recidiva
 - Específicos de indicador
- **Condiciones de trabajo:** Para cada Comunidad Autónoma
 - Nivel confianza: 95%
 - Precisión: (e) 0.05%
 - Proporción esperada: 50%
- **Tamaño Muestral:** 384 casos por indicador en cada CCAA
(1.152 casos x patología)
- **Periodo evaluado:** 2006

Diseño de estudio (II)

- **Muestreo:** Aleatorio, sistemático y estratificado, a partir del CMBD
 - Canarias y Galicia: todos los hospitales
 - Catalunya: Muestreo polietápico
 - Hospitales: 3 estratos
 - a) 50/año,
 - b) 51-100/año y
 - c) + 100/año

- **Hospitales Participantes:**

CÁNCER DE MAMA (40)	
Canarias	7
Catalunya	18
Galicia	15

CÁNCER COLORRECTAL (39)	
Canarias	6
Catalunya	18
Galicia	15

Diseño de estudio (III)

- LOPD: Acceso al CMBD
- **Evaluadores:**
 - ✓ Sistema de revisión (revisión de HC)
 - ✓ Formación
 - ✓ Programa informático BBDD // Hoja recogida información
 - ✓ Consulta abierta
 - ✓ Validación de la revisión
- Trabajo de campo: 7 de abril - 15 de junio
- HC revisadas: 2.305 (C. mama) y 2.117 (C. colorrectal)
- Presentación de resultados:
 - a) MSC : Agregado de las 3 CCAA vs SD
 - b) CCAA : Propios vs SD y vs Agregado 2 CCAA

Descripción de la Muestra

	C. de Mama	C. Colorrectal
Número de casos válidos	2.184	2.031
Sexo	100% mujeres	59.3% hombres 40.7% mujeres
Edad	59.4 ± 14.0 (24-93)	69.6 ± 11.8 (23-98)

Descripción de los centros (I)

	C. de Mama	C. Colorrectal
Programa MIR	80%	79.5%
S. Oncología Médica	77.5%	79.5%
S. Oncología Radioterápica	37.5%	35.9%

Descripción de los centros (II)

C. de MAMA		
casos/año	% hospitales	% casos
> 50	45%	10.5%
50- 100	17.5%	13.2%
< 100	37.5%	76.6%

C. COLORRECTAL		
casos/año	% hospitales	% casos
> 50	38.5%	9.9%
50- 100	18%	14.4%
< 100	43.5%	75.7%

Limitaciones

Fiabilidad

- Número de revisores
- Documentación clínica
- 2006

Validez

- No contempla el proceso completo
- Número limitado de indicadores
- Indicadores básicos
- Diseñado como estudio descriptivo

Conclusiones

- Oportunidades de mejora
- La evidencia no se incorpora con la misma rapidez que se genera
 - PAAF
 - BIRADS
 - Ki-67
 - Margen radial
 - Evaluación multidisciplinar
 - Antecedentes hasta 3º gen
- La existencia de estructuras (protocolo y comité) favorece la incorporación a la rutina de las recomendaciones
 - E.Histol. Preop
 - BIRADS
 - Cir. Conservadora
 - CEA preop,
 - Estudio AP completo

Conclusiones

- Rigor: validación normalizada para el uso de la BSGC
- El apoyo psicológico no está incorporado a la rutina terapéutica
- Evaluación multidisciplinar: evaluación sistemática por el Comité (propio o externo)
- Metodología evaluativa: Intervalos (demoras): medir como proporciones a partir de un estándar

MUCHAS GRACIAS



x x x x x
x x x x x
x x x x x
x x x x x
x x x x x

**AVEDIS
DONABEDIAN**
INSTITUTO UNIVERSITARIO-UAB

BARCELONA
C/ Provença, 293, pral.
08037 Barcelona
Tel.: +34 932 076 608

MADRID
Paseo de la Castellana, 141
(Edificio Cuzco IV)
28046 Madrid
Tel.: +34 917 498 046

fad@fadq.org www.fadq.org