

III. MODELO ASISTENCIAL

III.1. ASPECTOS GENERALES

La experiencia internacional en las últimas décadas en la prevención y el control del cáncer pone de manifiesto la necesidad de un enfoque integral en los ámbitos de prevención primaria, cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

En la estrategia en cáncer, además de las medidas de prevención y cribado que ya están en marcha y se han descrito previamente en este Plan Oncológico, se incide cada vez más en aspectos asistenciales, organizativos, de recursos y de evaluación, porque tienen impacto en los resultados.

Una característica esencial de la atención oncológica, entendiendo como tal el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, es que requiere una combinación multidisciplinar de profesionales, conocimientos, habilidades, experiencia de todos los niveles asistenciales y actividades. Para conseguir la máxima efectividad, estos recursos y profesionales tienen que actuar de forma coordinada en los diferentes ámbitos asistenciales por los que recorre el proceso asistencial de cada paciente.

Por ello, los objetivos que se proponen en este POE para avanzar en un proceso asistencial seguro, eficiente y que responda a las necesidades de las personas con cáncer se basan en:

Continuar introduciendo mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico mediante un **enfoque multidisciplinar** en la atención oncológica, de manera que se tomen las mejores decisiones sobre el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento y el apoyo a cada paciente.

Desde ese mismo enfoque revisar y/o establecer **circuitos prioritarios** de acceso al diagnóstico y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del paciente

49

Reordenar y concentrar procesos/intervenciones de alta complejidad y baja prevalencia. Las **intervenciones complejas** para el diagnóstico y el tratamiento tienen que **concentrarse** donde pueda reunirse toda la experiencia necesaria de forma coste-efectiva y se puedan evaluar los resultados obtenidos.

OBJETIVO 23.- Introducir mejoras en la organización y gestión del proceso oncológico para garantizar un enfoque multidisciplinar en la atención de pacientes con cáncer facilitando las tomas de decisiones en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cada paciente.

OBJETIVO 23.1.- Todas las OSIs con servicio de oncología deberán desplegar una Comisión de Tumores constituida por representantes de todos los servicios que tienen relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer y representantes de la Dirección de la OSI.

Esta comisión deberá asesorar a la Dirección en todos aquellos aspectos organizativos y/o clínicos que impacten en el quehacer con estos pacientes para facilitar el desarrollo de las estructuras y circuitos asistenciales necesarios.

De alguna manera la Comisión coordina los diferentes aspectos asistenciales que se suscitan en cada uno de los Comités de Tumores específicos que se describen a continuación. Una figura esencial para asegurar el funcionamiento coordinado de estos últimos comités es la enfermera de enlace incorporada a este comité.

OBJETIVO 23.2.-Avanzar en la implantación de los comités de tumores en las OSIs con servicio de oncología como equipos multidisciplinares que gestionan los procesos oncológicos, diseñando los circuitos, especificando los tratamientos y seguimientos óptimos así como la evaluación de los resultados para la mejora de dichos procesos.

Estos equipos cuya función históricamente ha sido la revisión de los casos clínicos para la toma de **decisiones multidisciplinar** deben adquirir un protagonismo esencial, trascendiendo a la revisión de casos y convirtiéndose en equipos de “conocimiento y decisión del proceso oncológico”. Los equipos deben ser el foro para la unificación de criterios clínicos por patología y la definición de la estructura organizativa, lo cual implica definir qué hay que hacer, cuándo y dónde. Estos comités se convierten en “equipos que gestionan procesos” (Anexo 5). Esto supone un cambio en la gestión asistencial del proceso asistencial parcelada en servicios a una gestión matricial estableciendo responsables por patología, que “lidera” al grupo para la gestión del proceso oncológico.

La atención por parte de muchos profesionales deja al descubierto la necesidad de una estructura organizativa que facilite la coordinación multidisciplinar pero a su vez, es fundamental el establecimiento de las figuras de responsable médico y enfermera de enlace para cada proceso oncológico que asuman la responsabilidad de la atención asistencial integrada y la coordinación de circuitos.

Por ello este Plan Oncológico plantea para hacer efectivo este modelo asistencial que cada paciente oncológico tenga en un horizonte temporal de 2 años, médicos y enfermeras referentes.

OBJETIVO 23.3.- Cada paciente oncológico dispondrá de un Médico responsable en cada servicio por el que transite su proceso que le informará de las decisiones del comité y con el que abordará las distintas opciones de tratamiento (Anexo 6).

OBJETIVO 23.4.- Las OSIs con servicio de oncología dispondrán de una red de enfermeras de enlace integradas en los respectivos Comités de Tumores responsables de la “navegación” del paciente durante el proceso asistencial con el objetivo de asegurar la continuidad de cuidados y ser referentes para cada servicio para el paciente en las contingencias que pudieran surgir (Anexo 6).

En esta línea es necesario desarrollar proyectos que faciliten una **comunicación permanente** con atención primaria en relación a las distintas fases del proceso oncológico (inicio de tratamiento quimioterápico, radioterapia, paliativos).

OBJETIVO 23.5.- Desplegar un oncólogo de enlace por parte de las OSIs con servicio de oncología (hospitales terciarios) para aquellas otras organizaciones de las que son referentes y que no disponen de servicio de oncología (Anexo 6).

Esto implica la descentralización de las funciones de asesoría para los servicios hospitalarios y la atención primaria de las OSIs que no disponen de servicios de oncología.

OBJETIVO 24.- Revisar y adecuar canales de diagnóstico rápido entre atención primaria y los especialistas hospitalarios para el diagnóstico y tratamiento precoz ante signos o síntomas de sospecha de patología oncológica.

En el Plan Oncológico se establece como una premisa fundamental la revisión y adecuación de circuitos prioritarios de acceso al diagnóstico y tratamiento en aquellos tumores en los que esto implica un beneficio adicional en el pronóstico del paciente. Debido a que:

- Para el paciente, disminuye el malestar emocional saberse dentro del sistema.
- Mejora los resultados del proceso oncológico en el paciente.
- Ayuda a organizar la prestación de la atención sanitaria de una manera más eficiente.

Para ello es necesario abordar dos líneas de actuación:

- Elaborar y consensuar entre atención primaria y el comité correspondiente los criterios de inclusión y el diseño de los circuitos rápidos.
- Definir el rol de las enfermeras de enlace para cada uno de los circuitos rápidos definidos en cada comité.

OBJETIVO 25.- Concentrar procesos oncológicos de alta complejidad y baja prevalencia. Existen neoplasias poco prevalentes y/o complejas que requieren de procedimientos y tratamientos de alta especialización en las que la concentración de conocimientos, medios y de un volumen mínimo de casos tratados aporta valor en cuanto a mejorar los resultados en salud en los pacientes.

OBJETIVO 25.1.- Centralizar en unidades asistenciales de referencia los procesos oncológicos quirúrgicos de alta complejidad o baja prevalencia. Se considera necesario que las unidades que traten a las personas con cáncer atiendan anualmente un mínimo de casos que se determinará en función de cada tipología determinada de cáncer.

OBJETIVO 25.2.- Centralizar la radioterapia estereotáxica cerebral funcional en Hospital Universitario de Cruces. No obstante en función de las necesidades asistenciales se considerará eventualmente el análisis de ampliar la incorporación de nuevos dispositivos asistenciales.

Para el desarrollo de este objetivo el Consejo de Administración de Osakidetza, de acuerdo con la Orden que determine el procedimiento de creación de Unidades de Referencia, designará las unidades asistenciales de referencia para el diagnóstico y/o tratamiento a propuesta de la Dirección de Planificación. Se establecerán grupos de trabajo ad-hoc que tras establecer los criterios que se deben cumplir para ser centro de referencia, analizarán las propuestas de cada uno de los servicios, proponiendo a la Dirección de Planificación Sanitaria las opciones más adecuadas.

III.2. SITUACIONES DIFERENCIADAS

Por sus características, determinadas situaciones requieren de un enfoque diferenciado en relación a la organización y gestión de otros procesos oncológicos y/o situaciones a las que estos procesos conducen. Por ello, el Plan pone el foco en grupos de personas con necesidades especiales que precisan de una consideración diferenciada en su tratamiento y seguimiento.

Niños/as-adolescentes: Oncología pediátrica.³⁴

La atención centrada en los pacientes pediátricos diagnosticados de cáncer y sus familias debe ser multidisciplinar e incluir aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y educativos con el objetivo de obtener altas tasas de curación del cáncer infantil junto con una buena calidad de vida de los supervivientes a largo plazo. En el último año en la CAPV han realizado cambios estructurales en la atención oncológica pediátrica para que los niños y adolescentes sean atendidos en dos centros de referencia, HUCruces y HUDonostia, con gran experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos.

Este Plan Oncológico tiene como objetivo avanzar en el modelo asistencial pediátrico, promoviendo un modelo de atención multidisciplinar en niños y adolescentes, y mediante el desarrollo y despliegue de los cuidados paliativos pediátricos.

OBJETIVO 26.- Avanzar en la mejora continua del modelo de atención interdisciplinaria a los pacientes pediátricos y adolescentes a través de equipos orientados a la atención integral, integrada y coordinada centralizando la atención del cáncer en <18 años en HUCruces y HUDonostia que actuarán en red.

En la CAPV el tratamiento del cáncer pediátrico se realiza en Unidades de Hematología y Oncología Pediátricas que cumplan los Estándares y Recomendaciones de las Unidades Asistenciales del Cáncer en la Infancia y Adolescencia definidos a nivel europeo y estatal.

Es especialmente importante remarcar que todos los casos de cáncer en adolescentes sean valorados en comités de tumores de los centros de referencia para la atención oncológica pediátrica (HUCruces y HUDonostia) y su atención se realice en unidades de oncología pediátrica, dado que el adolescente plantea una serie de problemas específicos que es preciso tener en cuenta.

OBJETIVO 27.- Desplegar en los tres territorios la atención paliativa en pediatría de Euskadi y su coordinación desde la unidad específica de Cuidados Paliativos Pediátricos [CPP]/Hospitalización a Domicilio Pediátrica [HaDP] del Hospital Universitario Cruces (HUC), con un trabajo en red con otros y otras profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria así como con otros agentes de los servicios sociales y educativos.

Este Plan propone desarrollar la atención de los CPP ofreciendo atención paliativa domiciliaria en el final de la vida con seguimiento y apoyo a las familias que se encuentran en esta situación.

Para la consecución de este objetivo:

- Se establecerán dinámicas de trabajo colaborativo en CPP del equipo de HaDP del HUC con los y las profesionales sanitarios referentes en la atención de cada paciente pediátrico, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.
- Se realizará formación en CPP a parte de los y las profesionales de los 4 hospitales universitarios, para atender las necesidades asistenciales de los pacientes pediátricos que precisan CPP en el ámbito hospitalario y establecer un trabajo en red con la unidad específica de HaDP de HUC para ofrecer y prestar CPP a nivel domiciliario.

Personas supervivientes a un cáncer (largas supervivientes). Uno de los nuevos retos organizativos en la atención oncológica centrada en el paciente al que nos enfrentamos es el creciente número de largos supervivientes. Las tasas de mortalidad descienden a la vez que los pacientes sobreviven más tiempo.

OBJETIVO 28.- Proporcionar una atención integral y seguimiento compartido entre atención primaria y los especialistas hospitalarios a las personas supervivientes a un cáncer en los que se aborden las necesidades psicosociales, los efectos adversos a los tratamientos y el riesgo a la recidiva.

Es necesario elaborar protocolos de seguimiento consensuados en cada OSI entre atención primaria y especialistas hospitalarios que aseguren un retorno rápido al especialista en caso de sospecha de recidiva.

Debe considerarse que bajo el término de largos supervivientes existe diversidad de situaciones clínicas. Los principales riesgos de salud conocidos en este grupo de personas son la **recidiva**, la aparición de **efectos adversos médicos, psicosociales y laborales a largo plazo** y las **segundas neoplasias**. Por otra parte debe tenerse en cuenta el rol de los **estilos de vida saludables** sobre el pronóstico y calidad de vida de esta población.

Actualmente el seguimiento de los largos supervivientes se realiza mayoritariamente en los servicios hospitalarios, centrándose en la detección precoz de las complicaciones a largo plazo. Sin embargo el abordaje de los estilos de vida saludable, las secuelas crónicas y los aspectos emocionales es variable y está más orientado a los procesos agudos que a la atención integral de las necesidades que presentan estos pacientes.

Los problemas en el seguimiento emergen con mayor énfasis en los supervivientes de medio y largo plazo por ser ese período un ámbito de responsabilidad no identificado/no bien definido, por todo ello es necesario avanzar en establecer protocolos de seguimiento conjunto en determinados tumores entre AP y los especialistas hospitalarios.

Así mismo, se desplegará el Programa de Paciente Activo-Paciente Bizia en los supervivientes para adquirir habilidades y conocimientos con el objetivo de tratar de cubrir necesidades no cubiertas en los pacientes con cáncer.³⁵⁻⁵⁰. Es especialmente importante que las personas con cáncer mantengan estilos de vida saludables que prevengan la obesidad el sedentarismo entre otros.

53

Personas mayores: El cáncer es una enfermedad de personas de edad avanzada. Más del 65% de todas las neoplasias malignas afectan a personas de >65 años, porcentaje que va aumentando con el progresivo envejecimiento de la población.⁵¹

Los pacientes ancianos requieren un abordaje diferencial a la hora de decidir una opción terapéutica, aunque la edad cronológica no representa, en sí misma, la situación biológica de un enfermo y por lo tanto no puede utilizarse como variable discriminatoria.

Sin embargo es importante tener en cuenta que el envejecimiento fisiológico hace que las personas mayores tengan unas características propias que los y las profesionales que tratan al anciano con cáncer deben tener en cuenta y así mismo que el pronóstico de algunos tumores se modifica con la edad de los pacientes

OBJETIVO 29.- Garantizar que a las personas mayores, se le realice una adecuada valoración integral que facilite una toma de decisiones compartida entre el profesional y el paciente y/o su familia, para proporcionarles el tratamiento y las diferentes intervenciones médicas y sociales que mayor beneficio producen y se minimicen los riesgos, para mantener o mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

Para ello es necesario definir/consensuar, alineadas con otras estrategias de abordaje a las personas mayores de la CAPV, el contenido de la valoración integral necesaria que tenga en cuenta todos aquellos aspectos que puedan tener impacto en el pronóstico de

la enfermedad, respuesta al tratamiento y calidad de vida de la persona con cáncer (comorbilidad, capacidad funcional, estado nutritivo, estado emocional, situación social y preferencias de los pacientes) para que reciba un tratamiento individualizado en base a dicha valoración.⁵²⁻⁵⁵

PERSONAS CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

En la actualidad en la CAPV se está desplegando el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020, que persigue consolidar un modelo asistencial de atención al paciente paliativo y mejorar la calidad de la atención respetando la autonomía y necesidades del paciente y familia, a través de un Plan Individualizado de Atención.⁵⁶

OBJETIVO 30.- Realizar la evaluación durante el año 2018 del grado de consecución de los objetivos planteados en el Plan de Cuidados Paliativos y adecuar en consecuencia las diferentes acciones de mejora.

III.3. ONKOLOGIKOA

La situación de la atención oncológica en Gipuzkoa requiere, en el corto plazo, un enfoque organizativo diferente al de los otros dos territorios. La presencia de dos organizaciones que prestan asistencia oncológica financiada desde el ámbito público presenta áreas de mejora en el ámbito de la integración funcional sobre la que se ha trabajado en los últimos años. Para ello se definirán y desplegarán los mecanismos necesarios para que al término de la duración del concierto actualmente vigente, se supere el modelo de integración funcional haciéndose una realidad la gestión clínica del proceso oncológico desde un único servicio de oncología para Gipuzkoa.

OBJETIVO 31.- Desarrollo de la normativa que adecúe la vinculación como formato sobre el que articular la relación de Osakidetza con Onkologikoa a partir de 2019

Es necesario definir las bases sobre las que los y las profesionales de un centro de titularidad privada sin ánimo de lucro como es Onkologikoa, que además presta atención oncológica de referencia y también de forma complementaria a la de Osakidetza, se integran con los y las profesionales de esta última en un único servicio de atención oncológica para Gipuzkoa. La vinculación de Onkologikoa a Osakidetza es la fórmula jurídica que puede permitir dar este paso y en esta línea a lo largo de 2018 se deben definir:

- Las características de un centro vinculado y el procedimiento para su formalización.
- El detalle del convenio de vinculación y en especial el modelo de gestión clínica de la atención oncológica y de evaluación de la actividad.