



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERÍA DE SANIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL PARA LA SALUD PÚBLICA



*PLAN ONCOLÓGICO  
DE LA  
COMUNITAT VALENCIANA  
2007-2010*



# *Metas*

*Disminuir la **incidencia** del cáncer*

*Disminuir la **mortalidad** por tumores malignos*

*Mejorar la **calidad de vida** de los pacientes  
con diagnóstico de cáncer*



# *Líneas de acción*

## *SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER*

*PREVENCIÓN PRIMARIA: Aspectos Generales, Alimentación, Tabaco, Riesgo Ambiental y Riesgos Laborales.*

*PREVENCIÓN SECUNDARIA: Cáncer de mama, Cáncer colorrectal, Cáncer de Cuello de útero, hereditario y otros tumores*



# *Líneas de acción*

*ASISTENCIA ONCOLÓGICA: Asistencia al adulto, al niño y adolescentes y cuidados paliativos*

*CALIDAD DE VIDA*

*FORMACIÓN e INVESTIGACIÓN*

# ASISTENCIA ONCOLÓGICA

DEPARTAMENTOS  
SANITARIOS

**ASISTENCIA  
SANITARIA**

**ASISTENCIA  
SANITARIA AL NIÑO  
Y ADOLESCENTE**

**CUIDADOS  
PALIATIVOS**

# Asistencia sanitaria al paciente

*oncológico:*

## OBJETIVOS

AGILIZAR CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y  
TRATAMIENTO

PROPORCIONAR ASISTENCIA  
MULTIDISCIPLINAR

ORGANIZAR LOS RECURSOS ASISTENCIALES



# *AGILIZAR CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO*

## ACCIONES

⇒ **Publicar el Decreto 15/2007** de 9 de febrero, del Consell, por el que se establecen **mecanismos para agilizar la asistencia sanitaria a procesos oncológicos.**

## **Decreto 15/2007: mecanismos para agilizar la asistencia sanitaria a procesos oncológicos**

Objeto:

Establecer la resolución de los procesos oncológicos como una de las prioridades del sistema sanitario público, disponiendo mecanismos efectivos para agilizar la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento.



# Decreto 15/2007: mecanismos para agilizar la asistencia sanitaria a procesos oncológicos

## Fase 1ª:

Se definirá para **cada proceso asistencial** en los correspondientes **documentos de normalización** de práctica clínica y se publicará en las **disposiciones de desarrollo** del Decreto.

Fase 2ª: Se ajustará a las siguientes recomendaciones:

- **Tratamiento quirúrgico: 15 días**
- **Quimioterapia: 7 días**
- **Radioterapia: 28 días** (incluyendo el proceso de planificación).

# *AGILIZAR CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO*

## ACCIONES

- ⇒ **Desarrollar documentos de normalización: Oncoguía colorrectal, otros tumores**
- ⇒ **Publicar Órdenes de desarrollo para cáncer de mama y melanoma (basadas en oncoguías), cérvix (basada en protocolo de prevención), colorrectal, pulmón y próstata.**

## *PROPORCIONAR ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR*

### OBJETIVO ESPECÍFICO

-Aplicar un **plan de acción multidisciplinar** abarcando desde la prevención primaria hasta los cuidados en fase terminal, y que dé lugar a **informes en fases clave** del proceso

## *PROPORCIONAR ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR*

### ACCIONES

-Promover y **evaluar** que la actuación clínica se base en las **guías de práctica clínica y protocolos de cada centro** para cada tipo de tumor, atendiendo a **situaciones específicas por edad, sexo...**

## *PROPORCIONAR ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR*

### ACCIONES

Garantizar que las **Comisiones de Tumores en todos los hospitales** (formadas por los **especialistas que intervienen** en el diagnóstico y tratamiento, **aun dependiendo de distintos centros**) abarcan aspectos:

- **clínicos**
- **organizativos**
- **evaluación de resultados clínicos.**

# *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

## OBJETIVO ESPECÍFICO

- ⇒ Integrar los recursos de los departamentos para la asistencia oncológica: ubicar en el mejor lugar terapéutico según el momento evolutivo: Cuidados Paliativos, Hospitales de Día, Hospital a domicilio y atención domiciliaria.
- ⇒ Aumentar la cobertura del Hospital a domicilio hasta un 85% de la población.

# *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

## ACCIONES

⇒ Adecuar el equipamiento y las técnicas empleadas para **radioterapia** en función de las **necesidades poblacionales** y las **recomendaciones** nacionales.

⇒ Promover la aplicación de **protocolos diagnósticos anatomopatológicos de cáncer** normalizados, y su incorporación al **sistema de información de anatomía patológica**.

## *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

### ACCIONES

⇒ Facilitar la **continuidad de cuidados** mediante el **intercambio de información** a través de los sistemas de información que constituyen la **historia clínica informatizada por paciente** (SIA, Orion)



# *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

## ACCIONES

- ⇒ Incorporar las **nuevas tecnologías** con las indicaciones basadas en la evidencia al:
  - ⇒ proceso diagnóstico (**PET-TAC, biología molecular...**).
  - ⇒ proceso terapéutico (**ganglio centinela**)

# *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

## OBJETIVO ESPECÍFICO

**Estructurar la red asistencial** para pacientes oncológicos con la **distribución de recursos óptima**, a fin de mejorar los resultados en calidad en la atención y supervivencia:

⇒ Decreto **Unidades de referencia** del sistema sanitario valenciano en tramitación

## CONCENTRAR

Experiencia y tecnología  
Patologías poco prevalentes

Se concentran determinados recursos diagnósticos y terapéuticos en equipos de alta especialización y experiencia.

## DESCENTRALIZAR

Sospecha diagnóstica y prevención  
Ingresos, consultas y hospital de día

Se garantiza la **accesibilidad y la continuidad asistencial** en **hospitales de departamento** y otros recursos **próximos al entorno del paciente**

## *ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES*

### ACCIONES

Centralizar en equipos quirúrgicos con elevado nivel de especialización y experiencia el tratamiento de un ámbito territorial definido de patologías oncológicas menos prevalentes.

## RECOMENDACIONES-NECESIDADES

### CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGIA **HIGADO**

- 1.- Equipo quirúrgico capacitado con al menos dos cirujanos con formación o experiencia específica.*
- 2.- Equipo multidisciplinario integrado en un comité de patología hepática en activo y reuniones periódicas en el que se discutan y decidan los casos clínicos. Debe estar constituido al menos por cirujanos, oncólogos, gastroenterólogos, radioterapeutas, patólogos y radiólogos.*
- 3.- Pruebas de imagen (Ecografía, TAC y RNM) con radiólogos con experiencia en patología hepática.*
- 4.- Radiología intervencionista y/o vascular.*
- 5.- Endoscopia capacitada para CPRE y procedimientos terapéuticos.*
- 6.- Equipamiento quirúrgico específico para intervenciones hepáticas (tipo CUSA, Tissuelink, Bisturí de Argón...).*

# RECOMENDACIONES-NECESIDADES

## CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGIA HIGADO

- 7.- Disponibilidad de ecografía intraoperatoria.*
- 8.- Radiofrecuencia.*
- 9.- Experiencia de al menos 100 casos tratados.*
- 10.- Volumen de pacientes de al menos 10 casos de resecciones mayores al año.*
- 12.- Morbi-mortalidad dentro de los parámetros standard de morbilidad < 30 % y mortalidad < 10 %.*

# RECOMENDACIONES-NECESIDADES CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGÍA ESOFÁGICA

## *Recursos técnicos imprescindibles*

- 1.- Fibrobroncoscopia*
- 2.- Bisturí armónico ultrasónico*
- 3.- Bisturí termosellante*
- 4.- Endoscopia intraoperatoria*
- 5.- Laboratorio de estudio de función respiratoria*
- 6.- Ecografía, TAC y RMN*
- 7.- Unidad de Radiología intervencionista*
- 8.- Unidad de Reanimación postoperatoria*
- 9.- Torres de laparoscopia y toracoscopia*



## RECOMENDACIONES-NECESIDADES CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGÍA ESOFÁGICA

### *Recursos técnicos recomendables*

- 1.- Ultrasonografía endoscópica para estadificación*
- 2.- Laboratorio de motilidad digestiva*
- 3.- Accesibilidad a Unidad de Radioterapia*

### *Recursos humanos:*

- 1.- Equipo multidisciplinar compuesto por:*

*Cirujanos Generales y/o Torácicos*

*Mínimo 2 cirujanos con experiencia en cirugía esofágica*

*Oncólogos*

*Radioterapeuta*

*Fisioterapeuta respiratorio*

*Patólogo con experiencia (Barrett, displasia, carcinoma, unión gastroesofágica)*

*Digestólogo con experiencia en motilidad digestiva*

*Radiólogo dedicado (oncología)*

*Radiólogo intervencionista*

*Anestesista con experiencia en ventilación unipulmonar y analgesia epidural*



# RECOMENDACIONES-NECESIDADES CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGÍA ESOFÁGICA

## *Objetivos:*

- 1.- *Mortalidad postoperatoria < 10 %*
- 2.- *Tasa de dehiscencias anastomóticas < 5%*
- 3.- *Tasa de resección R0 > 30 %*
- 4.- *Volumen de casos mínimo por centro / año > 8*
- 5.- *Morbilidad desglosada - global (50-60 %)*
  - a.- *Complicaciones respiratorias: 25-50 %*
  - b.- *Tromboembolismo: < 10 %*
  - c.- *Quilotórax: 2-3 %*
  - d.- *Parálisis nervio recurrente (transitorias): < 2 % en anastomosis cervicales.*

## RECOMENDACIONES-NECESIDADES CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGIA PANCREATICA

- 1.- Equipo quirúrgico capacitado con al menos dos cirujanos con formación o experiencia específica.*
- 2.- Equipo multidisciplinario integrado en un comité de patología pancreática en activo y reuniones periódicas en el que se discutan y decidan los casos clínicos. Debe estar constituido al menos por cirujanos, oncólogos, gastroenterólogos, radioterapeutas, patólogos y radiólogos.*
- 3.- Laboratorio de funcionalismo pancreático.*
- 4.- Pruebas de imagen (Ecografía, TAC y RNM) con radiólogos con experiencia en patología pancreática.*

## RECOMENDACIONES-NECESIDADES CENTRO DE REFERENCIA PATOLOGIA PANCREATICA

*5.- Radiología intervencionista.*

*6.- Endoscopia capacitada para CPRE y procedimientos terapéuticos.*

*7.- Experiencia de al menos 100 casos tratados.*

*8.- Volumen de pacientes de al menos 10 casos resecados al año.*

*9.- Morbi-mortalidad dentro de los parámetros standard:*

*morbilidad global < 45 %*

*fístulas pancreáticas < 15 %*

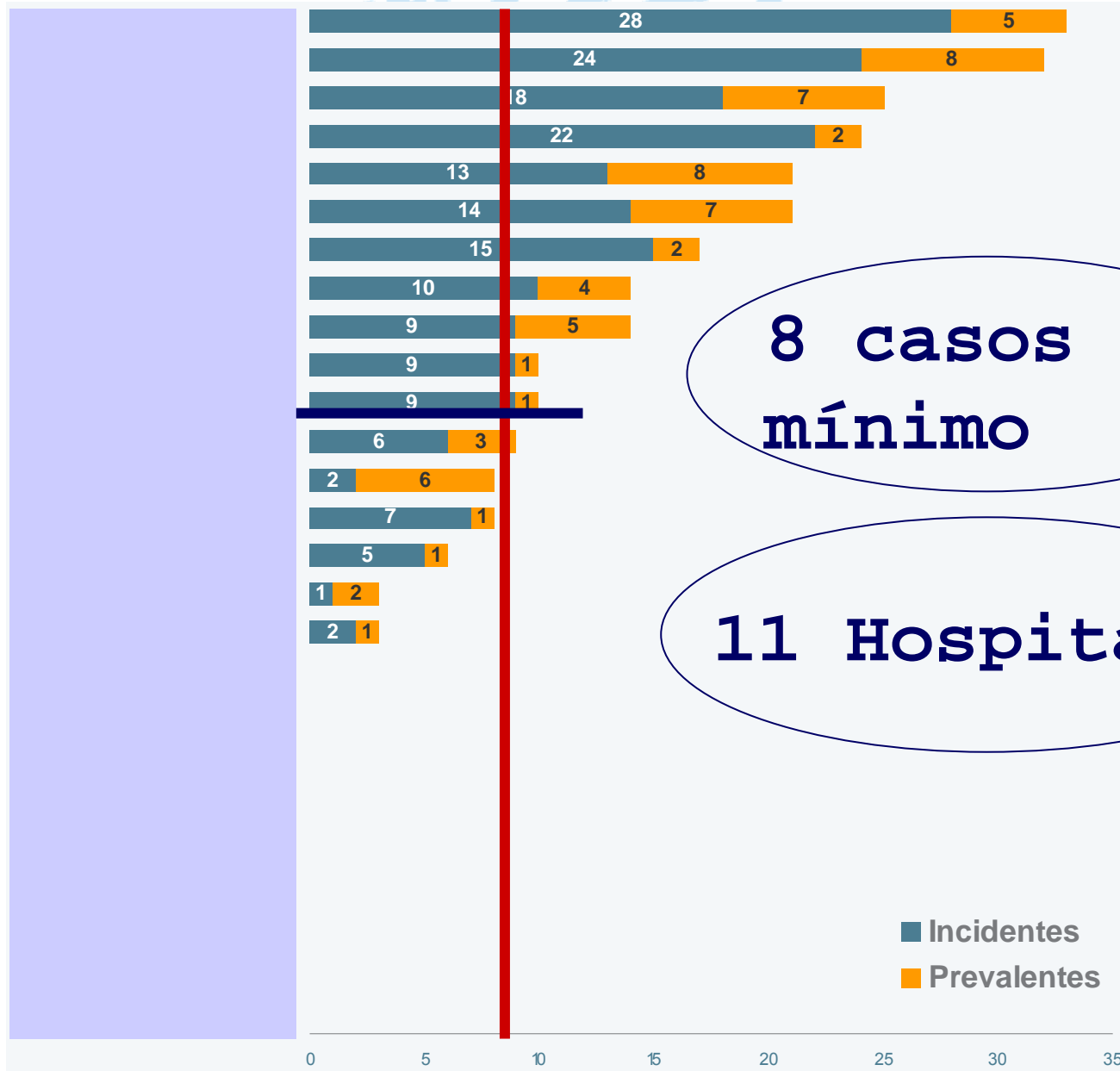
*mortalidad < 10 %*



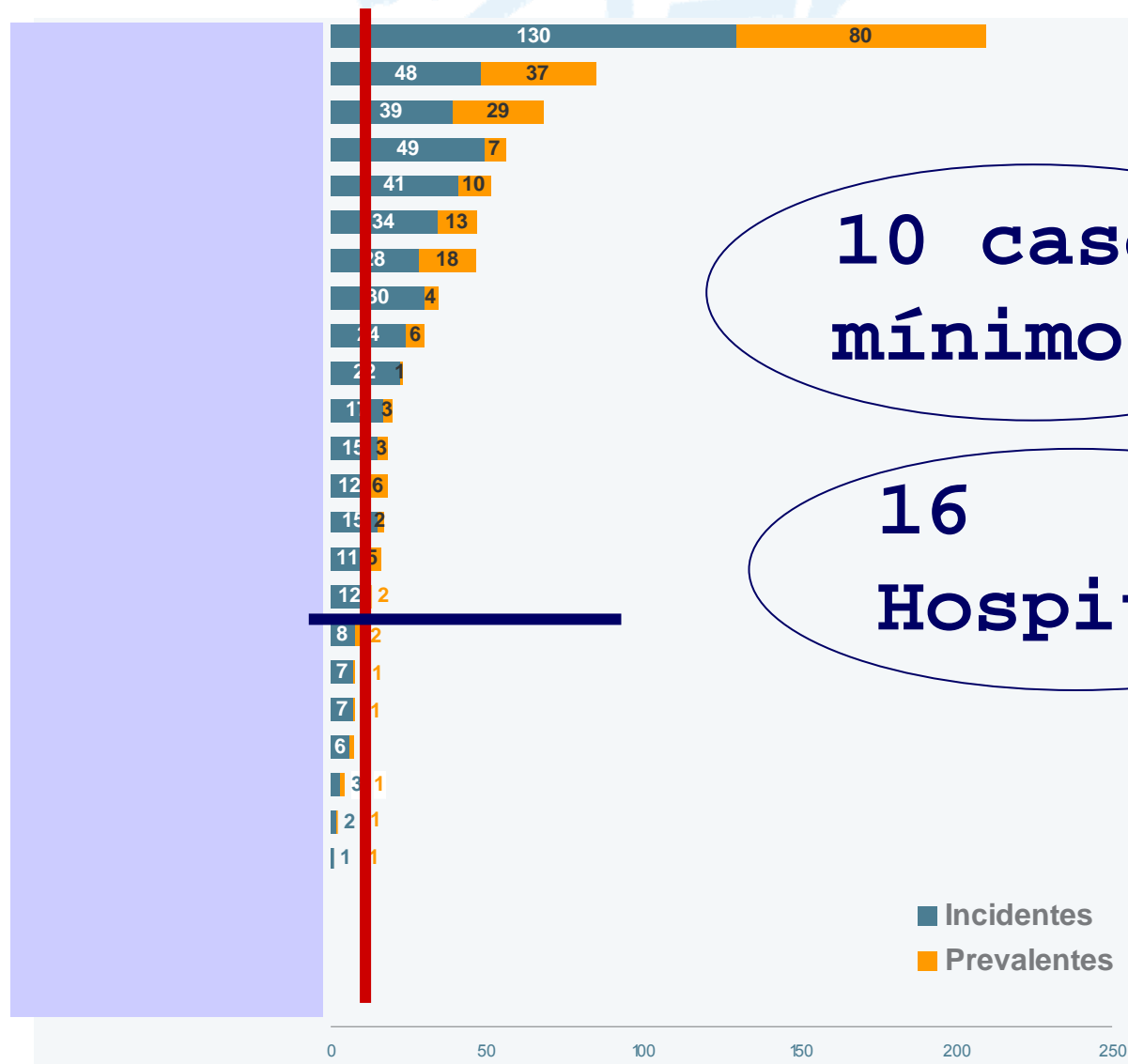
# Sistema de Información Oncológico

- *Informes de altas hospitalarias*
- *Infopat*

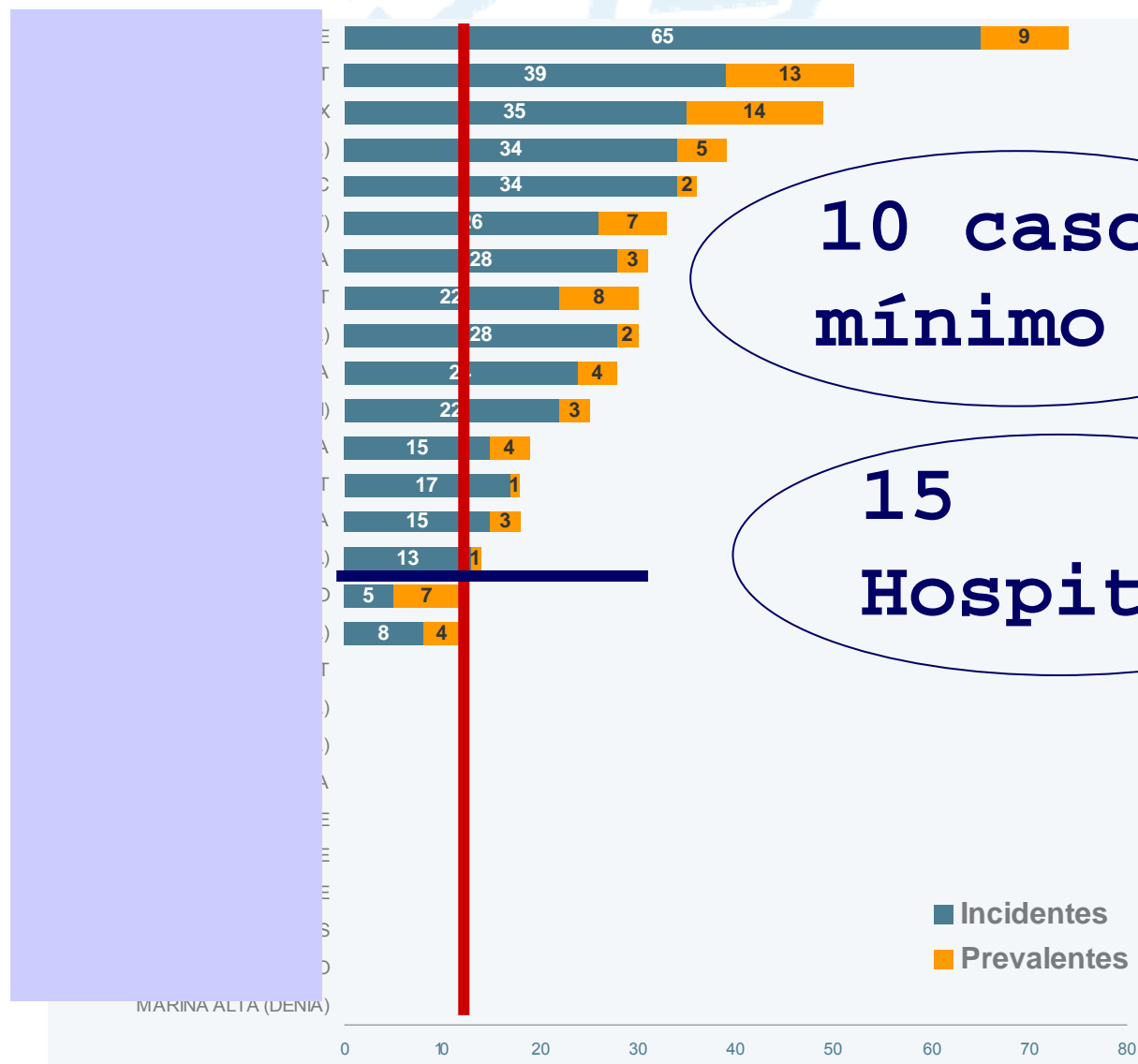
## Esófago. Casos incidentes y prevalentes por Hospital. CV 2004



# Hígado. Casos incidentes y prevalentes por Hospital. CV 2004



## Páncreas. Casos incidentes y prevalentes por Hospital. CV 2004



<b>PROCEDIMIENTO PRINCIPAL</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Extirpación esófago</b>	23	36	29	33	27	148
<b>Anast.intratora. Esófafo</b>	3	1				4
<b>Anast. Pre/retroester. esófafo</b>		1				1
<b>Inserción tubo perm. Esófago</b>					1	1
<b>Extirpación local hígado</b>	72	61	62	58	65	318
<b>Lobectomía hepática</b>	3	2	7	5	5	22
<b>Otro transplante de hígado</b>	31	26	25	25	29	136
<b>Pancreatectomía parcial</b>	16	35	48	35	36	170
<b>Pancreatectomía total</b>	3	5	8	13	10	39
<b>Pancreaticoduodenectomía radical</b>	3	14	10	17	12	56





Cirurgía Esófago

2001	2002	2003	2004	2005	Total general
2		2			4
4	5	1	2	1	13
	1		1	3	5
2	2	1	1		6
1		1		1	3
1	3	1		1	6
1	1				2
1		1	2	3	7
	3	1	3		7
1					1
1	2	2	4	3	12
5	4	5	8	1	23
			1		1
1					1
1					1
	4	1	3	1	9
	4	2	2	1	9
2	2	3	2	7	16
1	2	5	2	3	13
2	5	3	2	3	15
26	38	29	33	28	154

### Cirurgía Hígado

AÑO					
2001	2002	2003	2004	2005	Total general
1					1
3	8	7	4	5	27
1					1
		3	2		5
2	1	1			4
	2	3			5
41	43	58	49	47	238
			2	3	5
5	11	8	9	12	45
18	10	10	14	16	68
30	10	3	5	10	58
3	4		3	6	16
2		1			3
106	89	94	88	99	476

**Cirurgía Páncreas**

2001	2002	2003	2004	2005	Total general
1		2	1	3	7
4	4	8	8	6	30
1	3	2	6	5	17
	5	2	3	5	15
	3	1	2	2	8
1	3	1	4	1	10
1	1	3	2	1	8
	2	6	5	4	17
	3				3
1		3	1	3	8
1	2		8	8	19
	3		2		5
				1	1
	1		1		2
1	2	2	3	2	10
	2	6	3		11
2	3	3		1	9
3	8	9	5	9	34
3	2	9	3	6	23
3	7	9	8	1	28
<b>22</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>265</b>



# Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud.



Las fuentes de información para incluir los casos fueron el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) al alta hospitalaria y los registros de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de las Comunidades Autónomas (CCAA) participantes en el *Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud*. **Se incluyeron todos los casos dados de alta durante los años 2002 a 2004 (ambos incluidos).**

**Del CMBD y registros de CMA se obtuvo la información clínica (motivos de ingresos y otros diagnósticos; procedimiento quirúrgico principal y otros procedimientos) y administrativa (edad, sexo y residencia) referida a cada episodio de atención. Los diagnósticos y procedimientos contenidos en ambos registros están codificados siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE9MC). La selección de casos se realizó conforme a los criterios expuestos en la tabla 1.**

Una última cuestión, relacionada con la definición de numeradores en este Atlas, está en la decisión de haber seleccionado ingresos hospitalarios (episodios de hospitalización) y no personas (una persona puede haber sido ingresada varias veces en el periodo).

## *Esófago*

*- 150.\* 230.1 42.4\*; 42.32; 42.33; 42.39; 43.99;  
42.1\*; 42.5 -42.69; 43.1\**

*-Se excluyen los casos con alta por traslado a otro centro.*

*- Los códigos 42.1\*, 42.51-42.69 y 43.1\* acompañan a los códigos 42.4\* (solos representan intervención paliativa.)*

<b>Esófago año 2002-2004</b>			
<b>Hospital</b>	<b>número tratados</b>	<b>mortalidad</b>	<b>% mortalidad</b>
1	1	0	0,00
2	5	0	0,00
3	1	0	0,00
4	14	1	7.14
5	10	1	10.00
6	5	1	20.00
7	9	2	22.22
8	17	4	23.53
9	8	2	25.00
10	10	3	30.00
11	3	1	33.33
12	11	5	45.45
13	4	2	50.00
14	4	2	50.00
15	13	7	53.85
16	9	5	55.56
17	5	3	60.00

## Criterios en otras Comunidades Autónomas

<b>Procediments quirúrgics</b>	<b>Nombre mínim de procediments per alt volum *</b>
Cirurgia de neoplàsies de pàncrees	$\geq 11$
Cirurgia de neoplàsies d'esòfag	$\geq 6$
Cirurgia de neoplàsies d'estómac	$\geq 11^{**}$
Cirurgia de neoplàsies de recte	$\geq 12$
Cirurgia de metàstasis hepàtiques	$\geq 11$
Cirurgia de neoplàsies de pulmó	$\geq 50$
Cirurgia de neoplàsies del SNC	--



# Posibles estrategias de concentración de la atención de estas patologías

- *Unidades de referencia*
- *Servicios acreditados*
- *Sectorización funcional*

## Unidades de referencia SNS

- *Real Decreto 1302/2006 procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud*

## Unidades de referencia SNS

- *El objeto de este real decreto es garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización **que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros,...***

## Unidades de referencia SNS

- *Apartado 2- b) Servicio o unidad de referencia: servicio o unidad de un centro o servicio sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento o a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características:*
  - *a) Enfermedades que requieren para su adecuada atención técnicas, tecnologías y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, de elevado nivel de especialización, para los que es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de ciertos volúmenes de actividad.*
  - *c) Enfermedades raras que, por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención,*

## Unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV

- *DECRETO 77/2007, de 25 de mayo, del Consell, por el que se regulan las bases para la designación de las Unidades de Referencia del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana.*

## **Unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV**

- ***El objeto de este decreto es fijar las bases para la designación de las Unidades de Referencia del sistema sanitario de la Comunitat Valenciana, de acuerdo con un enfoque de planificación de conjunto, desde una visión estratégica de la calidad y equidad del sistema sanitario que permita garantizar los criterios de eficacia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica..***

## Unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV

- *Las Unidades de Referencia del sistema sanitario de la Comunitat Valenciana se definen como aquellos elementos del sistema sanitario, de carácter funcional, especialmente singulares por su prestación, solvencia y especialización asistencial, docente e investigadora, que por sus recursos científicos, técnicos y de equipamiento, permiten ofertar prestaciones incluidas en la cartera de servicios del sistema, **cumpliendo unos especiales criterios técnicos y funcionales y que pueden servir de apoyo y de base a otros de las mismas características pero no dotados de la misma singularidad, aunque además esas unidades lleven a cabo otras prestaciones para las que no serían consideradas de referencia.***



## **Unidades de referencia del sistema sanitario público de la CV**

- **Se consideran Unidades de Referencia del sistema sanitario de la Comunitat Valenciana las dedicadas a la prestación de servicios, incluidos en la cartera de servicios comunes del sistema, dirigidos al diagnóstico o tratamiento de las enfermedades que requieran uno o varios de los siguientes criterios:**
  - ▶ **Necesidad de elevado nivel de especialización y experiencia, que sólo es posible alcanzar y mantener a través de **ciertos volúmenes de actividad.****
  - **Requerimiento de alta tecnología que, atendiendo a su costeeffectividad y a los recursos disponibles, requiere la concentración de un número mínimo de casos.**
  - **Patologías y procedimientos que, por su baja prevalencia, precisan de concentración de los casos para su adecuada atención**



## **Acreditación**

- ***DECRETO 14/2002, de 8 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se acuerda la constitución de la sociedad mercantil Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, SA***

# Acreditación

- **a) Promover la mejora continua de la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria, incentivar la búsqueda de la excelencia en la provisión de asistencia sanitaria y proporcionar información comparativa a los profesionales, ciudadanos y administración sanitaria sobre las prácticas sanitarias, su adecuación, calidad, seguridad y efectividad.**
- **b) Otorgar un reconocimiento externo de la calidad asistencial mediante la acreditación de los centros y servicios sanitarios y sus actividades, atendiendo a criterios específicos, objetivos y verificables. Para ello desarrollará, mantendrá y actualizará continuamente los criterios y estándares de referencia en el proceso acreditador, formará y actualizará equipos de auditores sanitarios, coordinará las actividades de acreditación y formación que se le soliciten y participará directamente en su realización según estime adecuado.**

# Sectorización funcional

- *Establecer una sectorización según criterios consensuados.*
- *Modelo actual de las Unidades de Consejo genético en Cáncer...*

# *Problemas y preguntas a resolver*

- *¿Qué patologías debemos incluir y cuales no?*
- *¿Cuales son los criterios de consenso basados en evidencia científica y respaldados por la mayoría de los profesionales?*
- *¿Criterios aplicados a los profesionales o a los servicios?.*
- *Si es a los servicios ¿cada cuanto se deben revisar?*

## ***Problemas y preguntas a resolver***

- ***¿Tenemos un Sistema de información que permita hacer un seguimiento de los criterios?***
- ***Asegurar la continuidad asistencial. ¿Sectorizar solo el procedimiento quirúrgico o la atención integral a la patología?***
- ***¿Cual de las vías es mas aconsejable para desarrollar un proceso que mejore la calidad de la prestación sanitaria ?***



) **POCV**  
Plan Oncológico  
Comunidad Valenciana

) **POCV**  
Pla Oncològic  
Comunitat Valenciana