

# Jornada El sistema sanitario frente al cáncer. Implicación de la Atención Primaria en el tratamiento oncológico

*Carlos Camps Herrero\**

Jefe Servicio Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia

EXCMO. SR. PRESIDENTE;  
EXCEMAS. E ILMAS. AUTORIDADES;  
SRS. ACADÉMICOS;  
SEÑORAS Y SEÑORES:

La Oncología es una de las especialidades de mayor actualidad, en constante evolución de conocimientos, basados sobre todo en los avances en biología y genética molecular; que han producido profundos cambios terapéuticos.

Cada vez sea mayor el porcentaje de pacientes que pueden ser curados. Ello depende de muchos factores, muchos de ellos con base organizativa: de la rapidez en el diagnóstico y de una aplicación ordenada de los conocimientos, así como de la aplicación de planes que mejoren la accesibilidad, prevención primaria y secundaria, el cuidado de los largos supervivientes e incluso porque no de los cuidados paliativos.

En la actualidad vivimos bajo la influencia de diferentes factores condicionantes

1. La crisis económica impone controles al crecimiento financiero de la sanidad; buscando aumentar los niveles de eficiencia con nuevas formas organizativas.

2. Cierta insatisfacción crónica de la población, por la rigidez para responder a lo que demanda una sociedad que evoluciona más rápida que su administración.

El enfermo oncológico es un problema que comienza en el entorno de Atención Primaria, en la consulta del médico general

Creemos que al objeto de mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, es necesario un modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por *procesos asistenciales* sustentado en la continuidad asistencial como elemento garantizador de la calidad integral.

Necesitamos una organización sanitaria horizontalizada, la cuestión no se limita a “integrar niveles”, ése no es el objetivo, solo es la herramienta, sino que el ciudadano tenga una *continuidad en sus cuidados*, es decir, que el paciente no sienta que al pasar de un ámbito a otro se queda huérfano en una especie de terreno de nadie”

La práctica clínica va implícitamente unida a la gestión y la medicina es la ciencia básica de la gestión clínica. El concepto *gestión integral* consiste en actuar en todo el ciclo asistencial: desde los servicios de Atención Primaria hasta los servicios sociosanitarios; es llevar la gestión de los procesos más allá del hospital. Para ello es fundamental, una organización centrada en las necesidades de los pacientes, dirigida a la asistencia continuada.

Pero no es tarea sencilla, la coordinación entre Primaria y Especializada incluye un número elevado de profesionales que deben trabajar juntos, primando las áreas de común interés, como la prevención Primaria, fundamental por la posición que ocupa el MF, en mi opinión y en la actualidad es necesario subrayar otras tareas de vital importancia

#### La Celeridad en el diagnóstico

En los planes de salud oncológicos, el diagnóstico rápido de cáncer es un pilar fundamental,

La celeridad en diagnosticar una neoplasia, en iniciar un tratamiento repercute de forma significativa en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes. Los enfermos en los que se detectan precozmente tumores como útero, mama, testículo, colon o melanoma, y reciben un tratamiento óptimo, a los cinco años presentan un índice de supervivencia superior al 75%.

El desarrollo para cada proceso asistencial de una ruta fluida que permita aplicar con agilidad y rapidez los planes diagnósticos y terapéuticos es básico para lograr buena práctica clínica y una atención médica eficiente.

Para ello es imprescindible la mejor coordinación entre niveles asistenciales, donde el papel del Médico de Atención Primaria en el inicio de la secuencia es clave.

El sistema sanitario debe pues garantizar a los ciudadanos sistemas que garanticen el acceso a la asistencia en un tiempo razonable utilizando todos los recursos sanitarios disponibles.

De hecho nuestro propio Plan Oncológico se propone: La implantación de nuevos modelos organizativos que permitan conseguir la misión encomendada “Aumentar la supervivencia y la calidad de vida del paciente con cáncer”

## El largo superviviente: otro aspecto trascendente

En los últimos años un elevado número de pacientes diagnosticados de cáncer no fallecen como consecuencia de su enfermedad, aumentando de forma considerable el número de largos supervivientes al cáncer con sus complicaciones físicas, psicológicas y sociales. Actualmente, más del 60% de adultos sobreviven más de 5 años. En España se calcula que el número de supervivientes es de 1.5 millones.

En los últimos años diferentes estudios norteamericanos demuestran que los largos supervivientes deben ser rápidamente traspasados a seguimiento por atención primaria para que los oncólogos concentren sus esfuerzos en pacientes en tratamiento activo. Existen suficientes datos de que con adecuado soporte los MAP pueden asumir el seguimiento de los pacientes con cáncer sin modificar la supervivencia y con satisfacción de los enfermos.

Sin embargo no existe un modelo global para la atención médica de los supervivientes del cáncer. Los pacientes y sus médicos de familia se encuentran solos en este complicado terreno de la supervivencia. ¿Cuáles son los problemas de salud de esta población?

Además del riesgo de una recurrencia o un segundo cáncer primario, los largos supervivientes presentan muy a menudo una serie de problemas potenciales relacionados con el cáncer y su tratamiento, lo que les sigue manteniendo en situación crónica de falta de salud.

Los síntomas que pueden sufrir son astenia, dolor, pérdida o aumento de peso, pérdida del control de esfínteres, síntomas menopáusicos, problemas sexuales, limitaciones físicas como pérdida de movilidad, disfuncionalidad de órganos, problemas de infertilidad, insuficiencia cardiorrespiratoria, leucemias quimioinducidas, síndromes mielodisplásicos o segundas neoplasias.

También se enfrentan a una gran variedad de problemas síquicos, depresión-ansiedad o viven con el temor constante de una recurrencia o problemas cognitivos, como pérdidas de memoria y problemas de concentración e incluso problemas económicos derivados de las dificultades en la reinserción laboral, etc.

Un estudio de nuestro Servicio demuestra cómo un 34% de estos enfermos tienen graves problemas de salud, fundamentalmente astenia, alteraciones músculo esqueléticas y problemas relacionados con el sexo

En 2006 en un informe del Institute of Medicine titulado *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition (De paciente de cáncer a superviviente: perdido en la transición)* sostiene que no se ha determinado cuál es el mejor método para atender a estos pacientes y que los MAP rara vez reciben instrucciones explícitas de los oncólogos.

El informe recomienda que los oncólogos desarrollen un plan de atención de supervivencia para cada superviviente, que incluya información tal como el diagnóstico, el tratamiento y las posibles consecuencias; consejos para mantenerse sano.

Es necesario pues un plan de atención individualizado y a la vez protocolizado del largo superviviente debido a las muchas variables presentes.

### **El Oncólogo de Enlace: Un nuevo Proyecto**

*“Desarrollo de la Asistencia Oncológica en el Departamento 9: Una Oncología Más Allá del Hospital”:*

#### **Un plan en dos Fases**

En el Consorcio Hospital General Universitario Valencia (CHGUV) - Departamento 9 de la Comunidad Valenciana se inició en Mayo de 2007 la Consulta del Oncólogo de Enlace, con la intención de crear circuitos preferentes entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

*1.- En esta primera fase los Objetivos del proyecto eran:*

Se diseñó la figura del Oncólogo de Enlace con los objetivos de: *agilizar y orientar los procesos diagnósticos* mediante vías de diagnóstico rápido; mediante *circuitos preferentes*; y garantizar la *continuidad de los procesos* con seguimiento activo de los largos supervivientes.

*3.- Actividad realizada:*

Se han visto un total de 7766 pacientes en estos 5 años siendo primeras consultas más de la mitad de las visitas (52% vs. 42% sucesivas) Se han atendido 2100 primeras visitas remitidas por los MFC

El tiempo medio entre la fecha de la interconsulta y la visita con el Oncólogo ha sido de 4.8 días y en la actualidad ha descendido a 36 horas.

Los MF disponen de un check list con los síntomas y signos de alarma de cáncer con lo que se están incrementando la especificidad de la consulta (25% casos)

También se han remitido a las consultas ambulatorias del Área más de 1.500 pacientes largos supervivientes. De estos, el 44% tenían cáncer de mama, el 20% tumores digestivos, el 17% tumores ginecológicos, el 7% doble neoplasia, el 4% cáncer de pulmón y el 8% otros tipos de cáncer.

## **Encuesta de Satisfacción con el Oncólogo de Enlace tras 3 años de funcionamiento**

Realizamos un estudio descriptivo mediante encuestas enviadas a los coordinadores de los centros de salud asignados al Departamento 9 sobre el uso y la satisfacción con la cartera de servicios ofertada en la consulta del “Oncólogo de Enlace”

El 71.4% de los coordinadores llevaban utilizando el “Oncólogo de Enlace” desde hacía más de 1 año, haciéndolo hasta 3 veces al mes en el 43% de los casos. Contactaban por teléfono directo en el 65 % de los casos y vía interconsulta en el 35%. La demora reflejada es de máximo 5 días en el 89% de los casos, quedando satisfechos hasta el 93%, de hecho, el 100% de los encuestados lo recomendaría a sus colegas. Además el 93% estaba satisfecho con la velocidad del proceso y la capacidad de solucionar problemas.

También hemos investigado el grado de satisfacción del enfermo que se aproximaba al 100% de los entrevistados

Segunda FASE (se está implantando)

En ella progresivamente el MF adquirirá mayores responsabilidades en el seguimiento de los largos supervivientes, en una acción protocolizada, en íntima conexión con el oncólogo, mediante contacto telefónico o con visitas exprés (24h).

El Oncólogo de Enlace sigue ocupando una posición intermedia (con una duración de 1 año) entre la visitas del Hospital y las del médico de Familia

En este programa cada neoplasia tiene un protocolo de seguimiento específico, con sus señales de alarma, y las diferentes exploraciones protocolizadas. Esta acción facilitará el seguimiento de estos pacientes, evitara largos desplazamientos, horas de espera en la consulta del hospital y disminuirá la angustia y el impacto emocional de la cada visita hospitalaria en un entorno más afable y próximo

¿Cuál es el futuro del Oncólogo de enlace?

Se trata de una experiencia que ha demostrado la posibilidad de que una especialidad intrahospitalaria, la Oncología, puede trabajar en el ámbito de la atención primaria. El fin último es integrar al médico de Atención primaria en la problemática del enfermo con cáncer y que resulte en un recurso más en nuestra organización asistencial, un elemento clave en la estrategia contra el cáncer

El lugar natural del oncólogo es por supuesto el hospital y a él deberá volver cuando logremos nuestros objetivos finales.

## Como Conclusiones

Hemos logrado descenso de la demora en el acceso a las consultas de oncología. Entre 2007 a 2011 se pasó de más de 2 meses de demora a menos de 5 días. Y en 2012, esta demora ha descendido a 36 horas.

El éxito de las acciones puestas en marcha, y que en 2013 han sido referente para la Comunidad de Castilla-León en el ámbito nacional, se sustenta en:

- facilitar la accesibilidad desde atención primaria a los casos nuevos
- disminuir el impacto del seguimiento de largos supervivientes
- prestar atención protocolizada en atención primaria.

Se trataría de una de las aproximaciones más realistas que creemos se pueden plantear a los largos supervivientes para ofrecerles la mejor asistencia oncológica, con una gestión de recursos eficiente, incrementando las cotas de satisfacción del ciudadano valenciano afecto de una enfermedad de tanta repercusión personal, familiar, laboral y social como es el Cáncer

Como reflexión final, Debemos reforzar las acciones que atiendan a una ética basada en el Bien Común y que potencien una **Medicina** efectiva y científicamente fundada. El reconocimiento de que el mejor camino hacia la eficiencia social transita por la efectividad clínica, nos debe ayudar a trabajar juntos en los cambios y mejoras de nuestras organizaciones.