

MODEL DE TREBALL

ONCOGERIATRIA CST

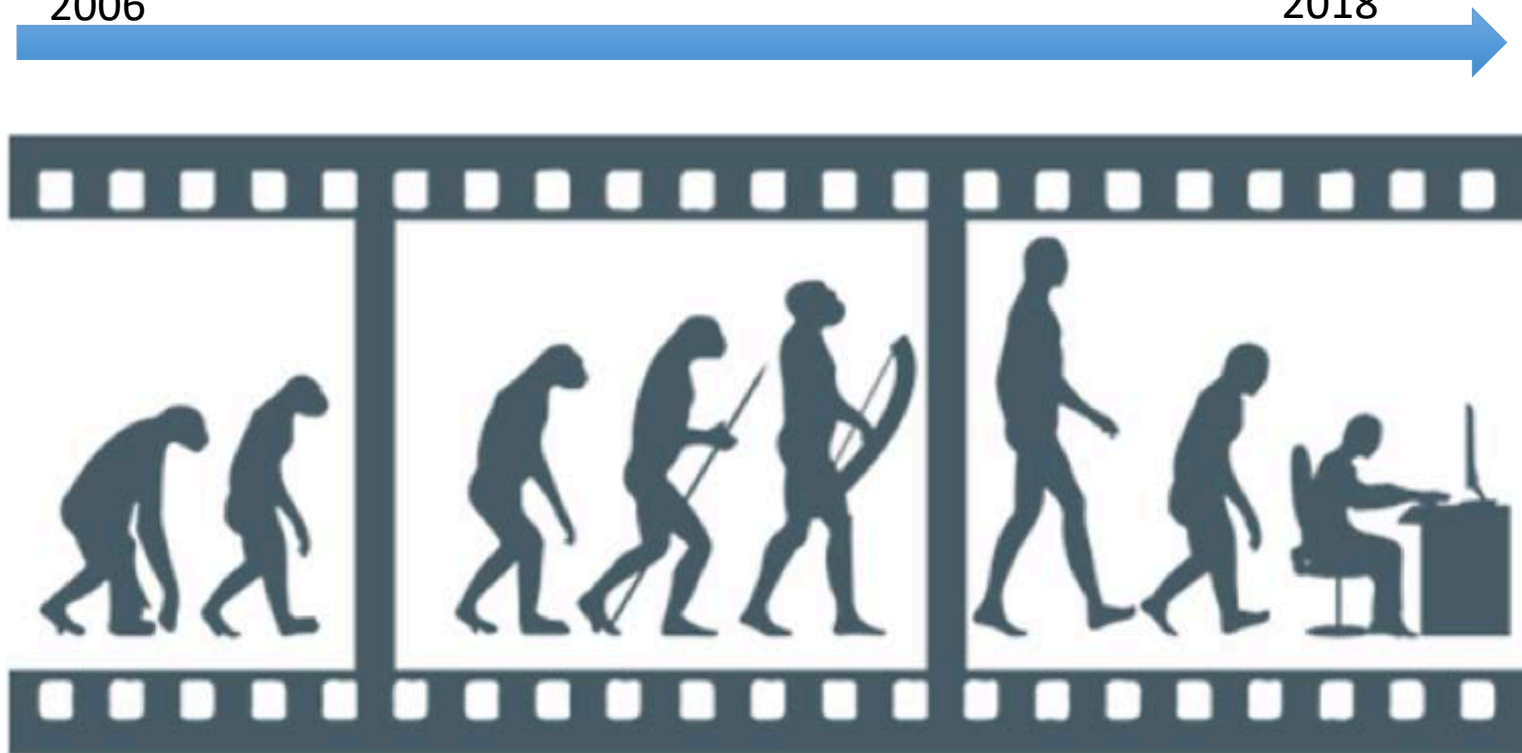


Mireia Llonch Masriera
mllonch@cst.cat

HISTÒRIA

2006

2018



INICIS

2006:

Trasllat de Professionals del Sociosanitari – HSSL al Hospital de Terrassa

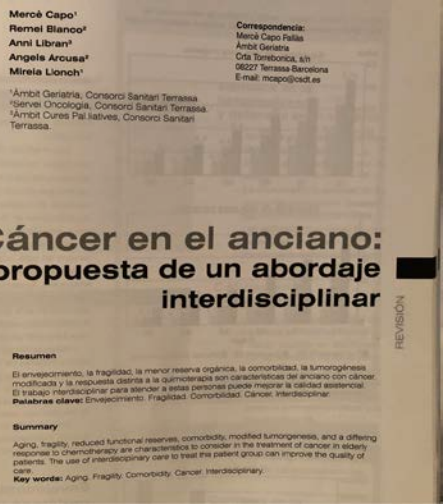
Inici de Treball en equip:

Oncòleg
Geriatra
Cures pal.liatives

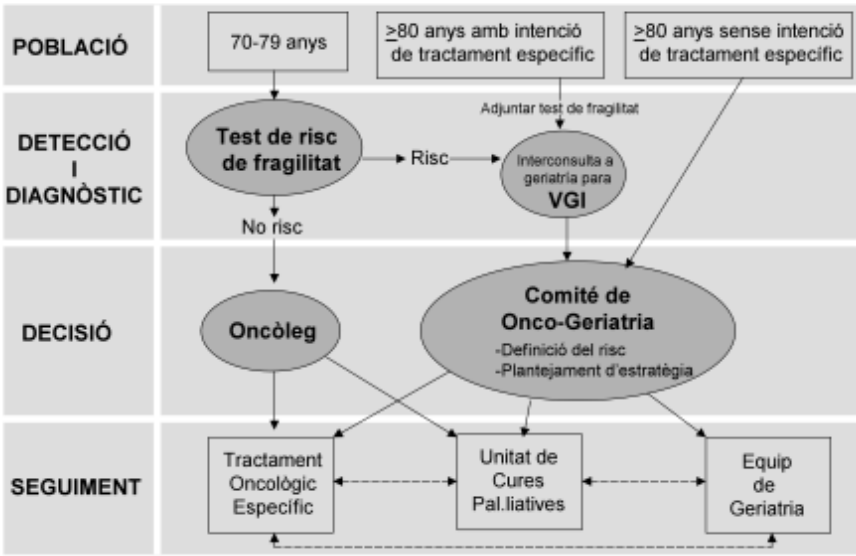
Mètode de treball- Model :

L'Oncòleg derivava per valoració
Es feia VGI / es detectaven dèficits reversibles
Reunió setmanal per presa de decisions





Algoritme d'actuació davant del malalt oncològic geriàtric



APÈNDIX 2: CRIBRATGE FRAGILITAT

Etiqueta

- 1. AUTOPERCEPCIÓ SALUT:**
En general, vostè diria que la seva salut és: ? 1. Excel·lent ? 2. Molt bona ? 3. Bona ? 4. Regular ? 5. Dolenta
- 2. SOCIAL:**
Té algú amb qui comptar en cas de malalta o necessitat? ? 1.SI ? 2.NO
- 3. VISIÓ:**
Té dificultats amb la vista per a realitzar les seves activitats habituals? ? 1.SI ? 2.NO
- 4. AUDICIÓ:**
Li suposa moltes dificultats la conversa perquè hi sent malament? ? 1.SI ? 2.NO
- 5. INCONTINÈNCIA:**
Se li escapa l'orina quan nota una sensació urgent de ganes d'orinar? ? 1.SI ? 2.NO
- 6. INGRÉS HOSPITALARI URGENT ÚLTIM ANY:** ? 1.SI ? 2.NO
- 7. CAIGUDES:** S'ha caigut en els últims 6 mesos? ? 1.SI ? 2.NO
- Fixar les 3 paraules **PESSETA SABATA TARONJA**
- 8. FUNCIONAL:** És capaç VOSTÈ SOL de fer les següents activitats:
 1. Sortir al carrer per anar a comprar menjar o coses personals ? 1.SI ? 2.NO
 2. Utilitzar el transport públic o el seu propi cotxe ? 1.SI ? 2.NO
 3. Banyar-se o dutxar-se ? 1.SI ? 2.NO
- FUNCIONAL** ? 1. Correcte: Totes SI ? 2. Incorrecte: No en alguna
- 9. COGNITIU:** Recordar al minut les 3 paraules ? 1. Correcte: Recorda 3 o 2 ? 2. Incorrecte: Recorda 1 o 0
- 10. AFECTIU:** Sovint es troba trist o deprimit? ? 1.SI ? 2.NO
- 11. MOBILITAT**
Prova **get up and go** cronometrat: _____ segons (2.20 s.)
- 12. NUTRICIÓ:** PES: _____ Kg (<40kg)
- Data:...../...../..... **POSITIU: ? 2 DIMENSIONS AFECTADES**

Multidisciplinary assessment in senior oncologic patients for treatment planning: final results of a prospective observational study in a General Hospital.

R. Blanco, PhD¹, M. Capo, MD², A. Libran MD³, J. Alfaro, MD¹, A. Arcusa, MD¹, L. Fernandez MD¹, E. Dotor, MD¹, C. Leon¹, M. Llonch, MD², A. Pisa MD¹

¹Department of Oncology, Institut Oncològic del Vallès, Terrassa, Spain. ²Department of Geriatrics, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Spain. ³Department of Palliative Care, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Spain.

PURPOSE OF THE STUDY

Elderly patients with cancer are a particular population because of co-morbidities, functional impairment and -frequently- lack of social support¹. Efforts should be done for integrating oncologists, geriatricians, palliative care teams, nurses, psychologists and social workers in this population's management². We designed a multidisciplinary model based on this approach and prospectively assessed its results.

Objectives:

- 1) To evaluate the applicability of this model.
- 2) To estimate its impact on treatment decisions
- 3) Describing symptoms and symptoms derived from them in the group of patients directly derived to the palliative care team
- 4) The detection of co-morbidities, polypharmacy, and functional, nutritional, or cognitive impairments

In this paper we refer only to final and second objectives. The full results have been presented at the meeting.

METHODS

Multidisciplinary model (MM)

Between March 1st 2008 and February 28th 2009, we conducted a prospective observational study on a Multidisciplinary model (MM): Patients older than 69 years and diagnosed of solid tumours were included. Patients excluded for specific treatment by the oncologist panel were referred to the palliative care team. All the other patients were divided in two groups: those older than 79 years underwent a Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) before definitive treatment decision; those between 70 and 79 years were screened with a frailty test³. This test consisted in one sheet form containing 10 questions that explored functional, cognitive, social, and nutritional status. Patients with a positive test were also referred for CGA before treatment decision. The Oncogeriatric Committee met every week for reviewing and discussing all the included patients.

RESULTS

Patients characteristics

Agegroup	Screened in the MM	Included in the MM	Total
70-79 y	55	100 (45%)	105
> 80 y	56	79 (55%)	135
Total	111	179 (62%)	290

Recruitment status and gender

	Men	Women	Total
Screened	76	116	192
Included	77	102	179
Excluded	16	17	33
Total	109	135	244

Diagnosis

Comorbidity (percentage)

CONCLUSIONS

Multidisciplinary assessment in senior oncologic patients is desirable and feasible in a general Hospital, although several reasons often difficult patients' recruitment for this kind of programs.

In our population, CGA modified the initial therapeutic plan in a small proportion of cases only. This fact may be explained by several reasons, i.e.:

- Some patients in whom CGA may have modified treatment decisions were not referred by the responsible physician.
- The initial therapeutic plan was often proposed in multidisciplinary comities, where palliative care specialists and geriatricians were already represented.

Impact of CGA on initial therapeutic plan

	Not modified n	Modified n(%)	Total CGAs
70-79 y unfit	28	2 (6.6)	30
> 80 y	31	5 (13.8)	36
Total	59	7 (10.6)	66

Applicability of the model: 63% of the patients meeting the inclusion criteria were included in the MM.

References:

- 1-Baldacci L, Vitei J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology* 2000;14:221-227
- 2-Alexandre J, Grossi G, M, Filaire B, et al. Evaluation of the nutritional and inflammatory status in cancer patients. *Ann Oncol* 2003;14:36-41.
- 3-Alexandre J, Baldacci L. Clinical interrelations of cancer and age: breast cancer. *Hepato Oncol Clin* 2000; 14:123-234
- 4-Edemann M, Azoro M. Assessment of the older cancer patient. *Herald Oncol Clin North Am* 2000;14:63-77.
- 5-Galvanes Baldacci L. New Paradigm for Treating Elderly Patients With Cancer: The Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Supportive Care. *J Support Oncol* 2003;1:30-37.
- 6-Fragola G, et al. Validación Predictiva de un Instrumento. F. Orta Ferrer, F. Cegri Lombardi. *Revista de Geriatria y Gerontología* 2007;39(esp 2):115-52.

CST • Fundació Joan Costa Roma

THE JOURNAL OF COMMUNITY AND SUPPORTIVE ONCOLOGY ■ November 2016

Multidisciplinary treatment planning in elderly patients with cancer: a prospective observational study

Remei Blanco, PhD,^a Mercè Capo, MD,^b Anna Maria Libran, MD,^c Jordi Alfaro, MD,^a Emma Dotor, MD,^a Luis Fernandez, PhD,^a Danae Guerra, MD,^a Esther Jovell, PhD,^d Mireia Llonch, MD,^b Aleydis Pisa, MD,^a and Angels Arcusa, MD^a

Departments of ^aMedical Oncology, ^bGeriatrics, and ^cPalliative Care, and the ^dTechnical Research Office, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Spain

Impact of CGA on initial therapeutic plan

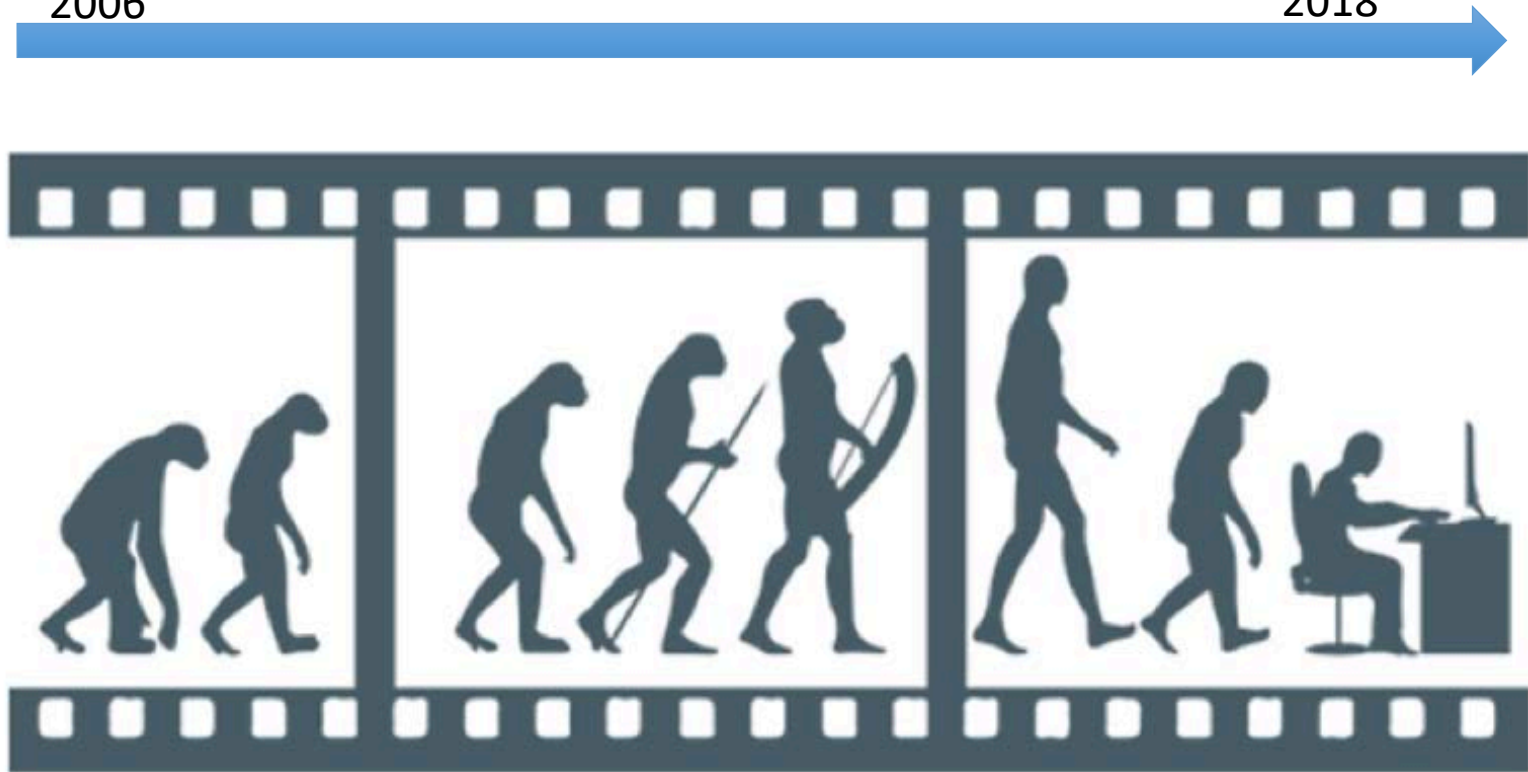
	Not modified n	Modified n(%)	Total CGAs
70-79 y unfit	28	2 (6.6)	30
> 80 y	31	5 (13.8)	36
Total	59	7 (10.6)	66



HISTORIA

2006

2018



EVOLUCIÓ DEL MODEL

Participació de Geriatres i també metges de cures pal.liatives en els Comitès de tumors prevalents:



Oncòleg, Cirurgià, Radioterapeuta, Radiòleg, AP, Geriatra, metge de cures pal.liatives, Gpac..

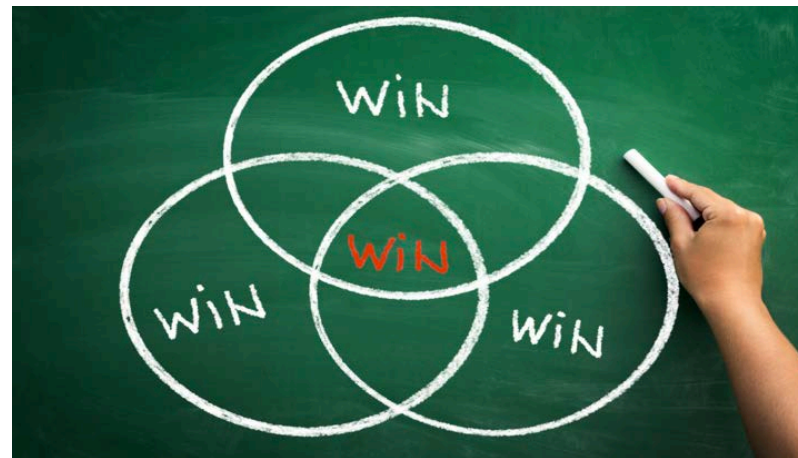
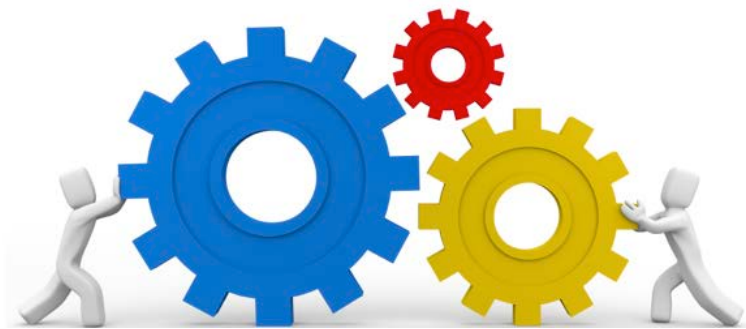
✓ Colono-rectal

✓ Pulmó

✓ Urològic

✓ Hematològic

▪ Altres tipus de tumor a demanda per IC



METODOLOGIA DE TREBALL: GENERAL

- Es comenten els casos en el comitè de tumors
- Segons criteri establert en cada comitè el Geriatra valora els pacients seleccionats**
- La valoració no sempre la fa el Geriatra sol a vegades son multidisciplinars
- Es fa VGI , planificació de necessitats: intervenció específica i seguiment si cal
- Es comenten un cop valorats de nou al comitè per consensuar actitud a seguir

COMITÈ CÀNCER COLONO-RECTAL

-Valoració de pacients de 75anys o més

-1 visita : geriatra

-VGI :

*4 esferes : Chalson, Lawton-Brody, Ibarthel, MEC – Rellotge , suport social , VIG –fràgil

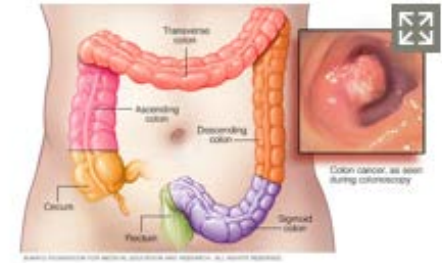
*Paràmetres analítics : hemograma , funció renal, alb.

* Pes i talla

-Comenta comitè

-Seguiment Geriatra + oncòleg: 1 mes , 3 mesos , 6 mesos i any conjuntament

ESTUDI PROSPECTIU : Impacte de la cirurgia en les intevencions càncer colono-rectal



Càncer de colon

COMITÈ CÀNCER DE PULMÓ



-Valoració de pacients que es consensua al comitè no limitació per edat

-1 visita : geriatra

-VGI :

*4 esferes : Chalson, Lawton-Brody, IBarthel, MEC – Rellotge , suport social ,VIG –fràgil

*Paràmetres analítics : hemograma , funció renal, alb.

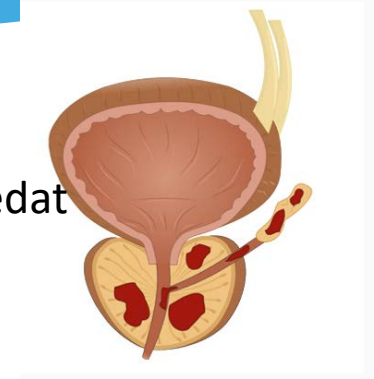
*Pes i talla

Comenta comitè

No es fan visites posteriors de seguiment

ESTUDI - LINEA DE RECERCA : Inmunomodulador en càncer de pulmó avançat en gent gran

COMITÈ CÀNCER UROLÒGIC



-Valoració de pacients que es consensua al comitè no limitació per edat

-1 visita : geriatra

-VGI :

*4 esferes : Chalson, Lawton-Brody, IBarthel, MEC , suport social ,
VIG –fràgil

*Paràmetres analítics : hemograma , funció renal, alb.

*Pes i talla

Comenta comitè

No es fan visites posteriors de seguiment

ESTUDI - LINEA DE RECERCA : no

REORGANITZANT Funcionament/ dinàmica del comitè

Per canvis importants d'integrants

Diferents neoplàsies i línies de tractament , revisions i propostes d'intervenció

COMITÈ DE MALALTIA HEMATOLÒGICA



Reinici recent, varis intents anteriors

Valoració de pacients majors de 75 anys amb síndrome mielodisplàsic, mieloproliferatiu, linfoproliferatiu, leucèmies agudes i gammopatias monoclonales

1 visita : geriatra- hematòleg

-VGI :

*4 esferes : Chalson, Lawton-Brody, IBarthel, MEC- escala GDS, suport social ,
VIG –fràgil , frailty scales, Síntomas ESAS, qualitat de vida EQ-5D-5L

*Paràmetres analítics : hemograma , funció renal, alb.

*Pes i talla

Seguiment conjunta als 6 mesos i 12 mesos

ESTUDI - LINEA DE RECERCA : Estudi prospectiu en majors de 75 anys per
evaluar el grau de fragilitat dels pacients amb malaltia hematològica maligna
,evolució i mortalitat

REFLEXIONS : punts forts i camps de millora





-És importantíssim fer un diagnòstic situacional del pacient que ens permeti ser més precisos alhora d'inciar un tractament, trobar test i eines .

-Detectar problemes de salut reversibles

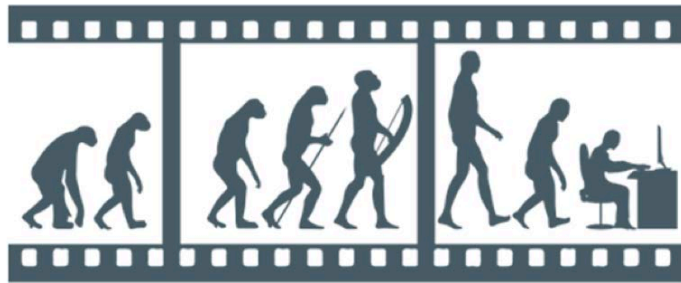
-Fer un seguiment específic si és precís

-Poder fer recerca per millorar la pràctica clínica

-No utilitzem test de cribatge per derivació

-No el classifiquem en Fit, pre-fràgil...

-Però ens falta camí per recórrer :



-Farem una revisió en quan a mètode, escales → el document de consens que s'està treballant en el grup d'Oncogeriatría pot ser un bon punt de partida

-Al comitès es revisaran circuits

**PROCES DINÀMIC , HEM DE TREBALLAR EN L'EXPERTESA
MÉS ENLLÀ DE L'ESPECIALITAT**



