

Jornada d'Oncologia

atenció primària-hospital

Circuits de diagnòstic ràpid

S.Capell, T.Piella

18 de març de 2010

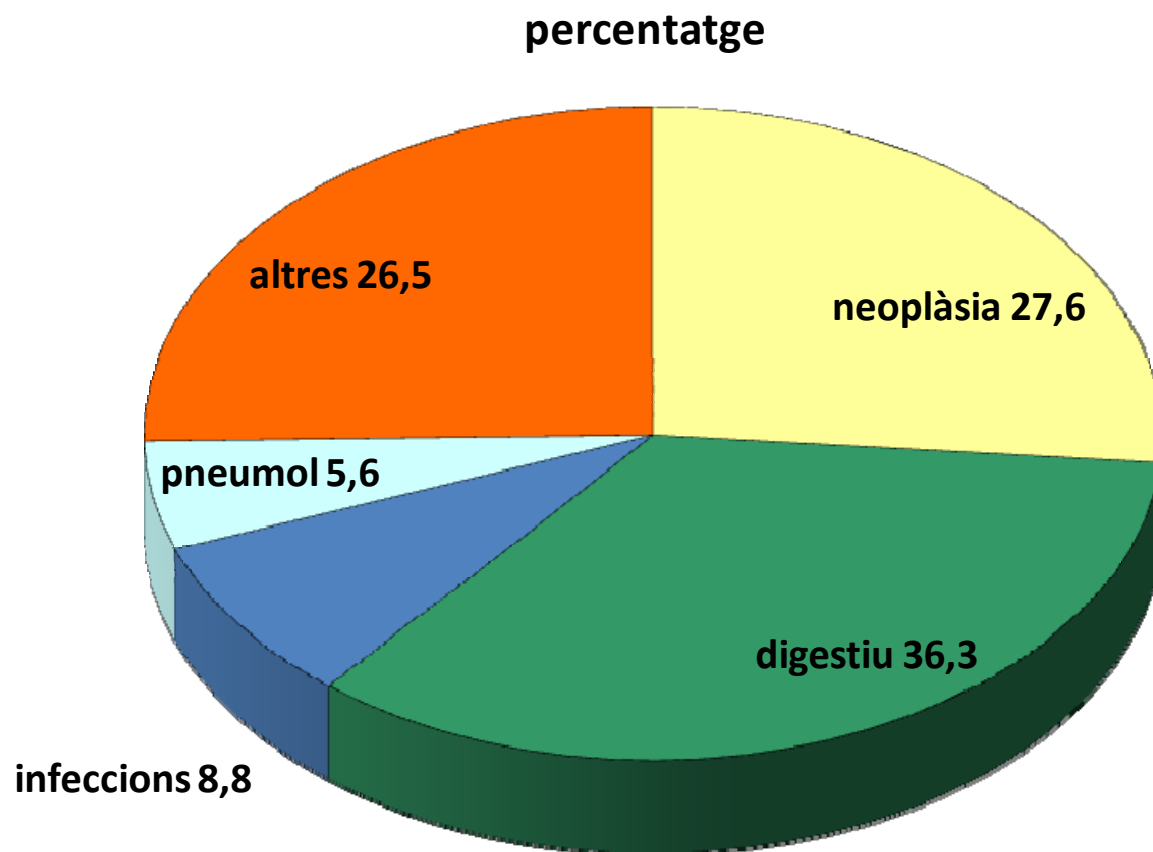
Circuits de diagnòstic ràpid

- Incidència del càncer a Catalunya
 - Demores en el diagnòstic del càncer
 - Implantació dels CDR
 - Criteris d'inclusió. Síntomes d'alarma
 - Avaluació dels CDR
-
- Gestió de casos: rol de l'infermeria, funcions i responsabilitats.

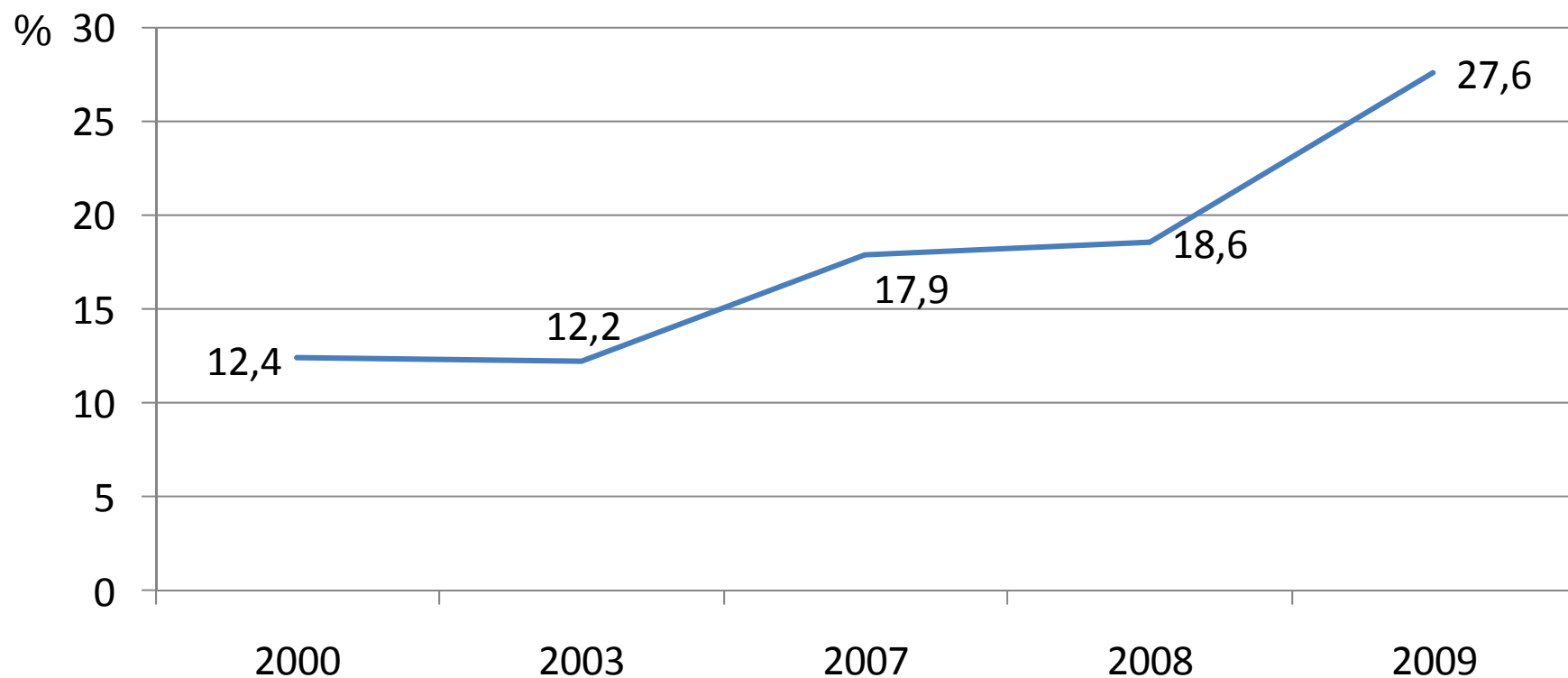
Unitat de diagnòstic ràpid (UDR)

- “disminuir el temps d’espera del procés diagnòstic en pacients amb patologies potencialment greus”

Patologies ateses a UDR



Grup diagnòstic neoplàsies UDR 2000-2009



Incidència de càncer a Catalunya (1998-2002)

- Taxes d'incidència ajustades per edat a la població mundial
 - 300 nous casos/ 100.000 homes
 - 200 nous casos/100.000 dones

Promig anual de nous casos de càncer durant el període 2004-2005 ha estat de 33.200

Incidència anual de càncer i freqüència relativa per els deu tumors més freqüents per sexe. Catalunya, 1998-2002

(Font: Marcos-Gragera R. *Med Clin* 2008, vol 131 , supl 1: 4-10)

	HOMES			DONES	
	CASOS	%		CASOS	%
Próstata	3.268	18,0	Mama	3.366	28,1
Pulmó	2.839	16,1	Colorectal	1.845	15,2
Colorectal	2.500	13,9	Cos d'úter	730	6,1
Bufeta urinària	2.127	11,9	Limfoma NH	496	4,1
C. Oral i faringe	789	4,7	Estómac	469	3,8
Estómac	715	4,0	Ovari	453	3,7
Limfoma NH	583	3,3	Bufeta urinària	408	3,3
Laringe	530	3,0	Melanoma cutani	360	2,9
Fetge	481	2,7	Pàncrees	344	2,8
Ronyó	355	2,0	Coll uterí	328	2,7

Tendències recents de la incidència a Catalunya

- El càncer de pròstata és el primer en freqüència amb un creixement de la incidència .
- El càncer de pulmó ha passat a ser el segon més freqüent en homes. En les dones s'observa augment significatiu de la incidència.
- La incidència del càncer de mama augmenta de forma significativa, associat a la introducció del criatge.
- La incidència del càncer colorectal creix en homes i dones de forma marcada.

Demora diagnòstica en el càncer

- Factors que intervenen
 - Biologia del tumor
 - Comportament del pacient
 - Conducta del metge
 - Funcionament del sistema sanitari

Demores: on estan les dificultats ?

- Pacient:
 - Valoració dels símptomes
 - Factors psicosocials i demogràfics: nivell socio-econòmic i educatiu, persones grans
 - Dificultat d'accés
 - Sentiments de por, vergonya
 - Influència familiar, experiències prèvies en càncer

U McLeod et al. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *British Journal of Cancer* (2009)

Demores: on estan les dificultats ?

- A primaria
 - Reconeixement de símptomes i signes d'alarma
 - Actitud diagnòstica: examen complet i exploracions diagnòstiques adequades, seguiments.
 - Guies clíniques, protocols.
 - Coordinació entre nivells assistencials: derivacions a especialistes, proves complementàries.

Demora diagnòstica o terapèutica en càncer M.Ramos, M. Esteva, E. Cabeza, eds.
Palma:RedIAPP, 2007.

Demores: on estan les dificultats ?

- L'hospital
 - Demores tècniques: estudis d'extensió
 - Organització adequada de la demanda
 - Acords basats en evidències: seguiment de protocols, oncoguies, comitès oncològics
 - Atenció oncològica: multidisciplinària, coordinada, integrada
- M.Porta et al. Influence of diagnostic delay upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. *Journal of epidemiology and Community Health* 1991

Les demores en el càncer

- Què diu la literatura?
 - Diferents definicions de demora
 - Diferents formes de mesurar la demora
 - Dificultats en comparar càncers de comportament molt diferent
 - Dificultats en mesurar resultats
 - Dificultat en quantificar la rapidesa de creixement dels tumors

Conclusions de la literatura sobre demores

- Les demores en el càncer poden estar en qualsevol nivell del procés: el pacient, A.Primària, el sistema hospitalari.
- És difícil quantificar el seu impacte en la supervivència o mortalitat
- De manera intuïtiva, sembla que quan més gran és la demora diagnòstica, més avançat serà l'estadi i pitjor la supervivència. No hi ha una relació consistent entre la duració dels símptomes i la supervivència o extensió del tumor. La duració dels símptomes estaria influenciada, sobretot, pel comportament biològic del tumor i per altres factors (consulta precoç i psicosocials)
- Obligació ètica detectar, diagnosticar i tractar els pacients el més aviat possible (ahora que és un indicador de qualitat del sistema sanitari)

Demora terapèutica

- **Interval from diagnosis to treatment onset for six major cancers in Catalonia, Spain.** *Cancer Epidemiology*, vol 32, p 267-275, 2008.
G. Perez, M.Porta, C.Borrell, M.Casamitjana, X.Bonfill, I.Bolibar , and InterCat Study Group
- **Objectiu:** anàlisi de l'interval des del diagnòstic a l'inici tractament , en càncer de pulmó, colorectal, mama, bufeta urinària, pròstata i endometri.
- 22 hospitals, 1023 pacients

- Mitjana del temps transcorregut des del dx i l'inici del tractament
 - 39 dies c.pulmó
 - 25 dies c.colorectal
 - 108 dies c.pròstata
 - 69 dies c.bufeta urinària
 - 35 dies c.mama
 - 40 dies c.endometri

Càncer de pulmó: 50% < 39 dies
 25% < 17 dies

50% > 39 dies
25% > 66 dies

- Més de 42 dies en càncer de colon
- Més de 54 dies en càncer de mama
- Més de 65 dies en càncer d'endometri
- Més de 101 dies en càncer de bufeta urinària
- Més de 143 dies en càncer de pròstata

— **Conclusió:** A Catalunya, una proporció important de pacients amb càncer tenen demores terapèutiques que impacten negativament en l'estat psicològic, qualitat de vida i, probablement, supervivència.

Programa de diagnòstic ràpid

Any 2005

- pulmó
- colo rectal
- mama

Any 2008

- bufeta urinària
- pròstata

Ampliació a altres tumors

Circuit de diagnòstic ràpid del HGG

- Càncer de pulmó i colorectal

UDR

- Càncer de mama

Unitat de mama

- Càncer de pròstata i bufeta

Especialitat corresponent

GESTORA DE CASOS

Objectius del CDR pels diferents càncers a L'HGG

Càncer colo rectal i mama

interval de temps des de la data d'entrada en programa de diagnòstic ràpid fins al tractament inferior a 30 dies

Càncer de pulmó

interval de temps des de l'entrada en programa fins al diagnòstic inferior a 15 dies

Càncer de bufeta urinària

interval de temps des de l'entrada en programa fins el tractament inferior a 30 dies

Càncer de pròstata

interval de temps des de l'entrada en programa fins al diagnòstic inferior a 30 dies

Criteris d'inclusió del CDR

- -Càncer colo rectal
 - **Síntomes predominants**
 - Rectorràgia en pacients de > 40 anys sense causa
 - Canvis en els hàbits intestinals > 1 mes sense causa
 - Anèmia ferropènica d'origen desconegut
 - Dolor abdominal
 - Pèrdua de pes amb astènia i anorèxia
 - **Factors de risc:** història familiar , poliposi múltiple, antec personals d'adenomes i de colitis ulcerosa/granulomatosa

Criteris d'inclusió del CDR

- Càncer de pulmó
 - **Síntomes predominants:**
 - tos > 1 mes
 - dispnea,
 - hemoptisi,
 - pèrdua de pes amb astènia i anorèxia
 - dolor toràcic
 - vessament pleural
 - pneumonitis,
 - adenopatia supraclavicular.
 - **Factors de risc:** el 90% son fumadors o ex-fumadors

Criteris d'inclusió del CDR

- Càncer de mama
 - **Síntomes predominants:**
 - presència d'un nòdul
 - canvis en la forma del pit o del mugró
 - secreció del mugró
 - aparició d'adenopaties axil·lars.
 - **Factors de risc:** història familiar (criteris de risc: 3 o més familiars afectats del mateix càncer, 2 o més familiars de primer grau diagnosticats abans dels 50 anys) i els antec personals de càncer de mama

Criteris d'inclusió del CDR

Càncer de bufeta urinària

- Hematúria macroscòpica monosimptomàtica
- Ecografia renovesical amb sospita de Tm vesical

Càncer de pròstata

Augment del PSA > 10 i/o nòdul prostàtic en pacients menors de 75 anys

Avaluació del CDR de l'Hospital de Granollers

	2006	2007	2008	2009
Colo-rectal	66	68	71	73
Pulmó	36	45	51	55
Mama	115	108	113	116
Bufeta urinària			28	47
Pròstata			25	82
TOTAL	217	221	288	373

Circuit de diagnòstic ràpid (CDR) de càncer. Indicadors de seguiment, anys 2006 i 2007

	Colon		Pulmó		Mama	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Nombre de pacients inclosos en CDR	3.642	5.903	1.581	2.000	3.363	5.225
% de pacients amb diagnòstic de càncer inclosos en CDR (sobre el total de pac amb càncer)	45,9%	50,1%	38,3%	51,8%	60,18%	60,4%
% pacients inclosos en CDR derivats des de A. P.	60,1%	61,1%	48,2%	47,13%	60,63%	52,3%
% pacients inclosos en CDR que compleixen criteris d'inclusió	77,2%	76,0%	81,0%	71,16%	70,82%	86,5%
% pacients inclosos en CDR diagnosticats de càncer (sobre el total de pac inclosos en CDR)	40,7%	32,8%	51,5%	52,89%	49,86%	44,9%
Mitjana de temps entre entrada CDR i inici tractament (dies)	30,43	29,07	35,71	38,88	30,81	31,83
% casos amb interval < 30dies	59,1%	54,2%	54,7%	48,20%	62,71%	56,2%
% casos amb interval 30-45 dies	23,1%	23,5%	21,0%	20,36%	23,69%	27,6%
% casos amb interval > 45 dies	17,6%	14,0%	24,1%	31,43%	13,58%	16,0%

avaluació qualitativa del programa de diagnòstic ràpid

- Consolidar la figura de gestor/a de casos: infermera clínica experta. Definir l'àmbit d'intervenció i responsabilitat.
- Homogeneïtzar els criteris d'inclusió en el programa (molt variables)
- La participació conjunta d'ambdós nivells requereix compartir la informació que generen els circuits i establir una avaluació en comú.

Consideracions de cara al futur

- Projeccions basades en les tendències recents
 - Augment de casos de cancer en més del 30% des del 2005 fins al 2015
 - Impacte d l'envelliment de la població



Planificació dels serveis sanitaris: dimensionament i organització relacionats amb l'oncologia.

Consideracions de cara al futur

- Ampliació dels CDR: augment de casos, integrar altres tumors.
- Circuit integral per el conjunt de tumors o vies completament diferenciades per cadascun.
- Assolir una certa homogeneïtat sobre l'organització específica de cada neoplàsia, evitant desigualtats i aconseguint que es percebi de manera cohesionada el conjunt del CDR

