

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN Y
SERVICIOS DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA Y RADIOFÍSICA
HOSPITALARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.**

MAYO DE 2016



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



Gerencia Regional de Salud

MOTIVACIÓN

Tras las publicaciones científicas en relación con el Proyecto *Health Economics in Radiation Oncology* dirigido por la Sociedad Europea de Oncología Radioterápica (Proyecto ESTRO /HERO), acerca de la situación actual de la Oncología Radioterápica (O.R.) en Europa, en cuanto a recursos materiales, humanos y guías clínicas disponibles, y las últimas comunicaciones emitidas por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) tras su Estudio de Infraestructura de la O.R. en España llevado a cabo en 2015, se ha creado en la Gerencia Regional de Salud un *Grupo de Trabajo* que incluye por una parte a expertos clínicos, como son todos los Jefes de los Servicios de Oncología Radioterápica y por otra a los Jefes de Servicio de Radiofísica Hospitalaria de la Comunidad y a profesionales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Este Grupo de Trabajo se ha planteado como objetivos revisar la situación actual de la O.R. en nuestra comunidad y estudiar las necesidades existentes a medio plazo de acuerdo a la última evidencia científica y nuevas recomendaciones, proponiendo las siguientes medidas para optimizar la prestación de la Oncología Radioterápica y por ende, la atención integral y holística del paciente oncológico de Castilla y León.

1. COMITÉ ASESOR EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Crear un Comité Asesor en Oncología Radioterápica para la Comunidad con los siguientes objetivos:

a. Estudio de necesidades

Se propone la realización de un estudio sobre las necesidades de Radioterapia en la Comunidad con la metodología científica más avanzada, basada en el estudio de la incidencia real de tumores de la Comunidad, en sustitución del método clásico basado exclusivamente en el número de habitantes, teniendo en cuenta necesidades proyectadas a futuro, no sólo las necesidades en el momento presente.

Las previsiones contemplarán la cobertura del 100% de las necesidades de tratamientos de radioterapia externa con fotones y electrones en centros propios del SACYL con independencia de la necesidad de seguir manteniendo convenios con CCAA limítrofes cuando mejoren la accesibilidad a los tratamientos o de utilizar recursos privados concertados de forma complementaria cuando surjan necesidades no previstas.

b. Recomendaciones y Protocolos de Actuación

En el seno del Comité se elaborarán las Recomendaciones y Protocolos de Actuación necesarios para ofrecer una asistencia en Oncología Radioterápica en la Comunidad de acuerdo a los estándares y últimas recomendaciones de las Sociedades Científicas y de la evidencia científica disponible.

c. Nuevas Tecnologías

Se evaluará la introducción de nuevas tecnologías de modo coordinado entre los diversos centros sanitarios.

d. Criterios de Calidad

El Comité determinará los criterios de calidad de los Servicios de Oncología Radioterápica estableciendo unos plazos de atención uniformes, tanto para consulta como tratamiento.

e. Sistema de Información

Se propone la creación de un Sistema de Información y cuadro de mandos que permita monitorizar la actividad de radioterapia y el desarrollo de un Plan Estratégico a medio plazo (4-5 años).

f. Contratos de Mantenimiento

Se propone que en los contratos de Mantenimiento de las instalaciones se tengan en cuenta los horarios establecidos de asistencia clínica para coordinar las revisiones de forma que se realicen en horarios que interfieran mínimamente con la asistencia para asegurar la máxima eficiencia de los equipos.

2. CREACIÓN DE UN OBSERVATORIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Se propone la creación de un Observatorio de la Oncología Radioterápica a través del cual se realice el seguimiento de las medidas planteadas por el Comité Asesor. A sus reuniones podrán incorporarse representantes de la AECC de Castilla y León cuando las materias a tratar así lo recomienden.

3. CONSIDERACIONES TÉCNICAS DE LAS INSTALACIONES DE RADIOTERAPIA

Se realizan las siguientes consideraciones técnicas acerca del dimensionamiento de las instalaciones de radioterapia, en relación a los Servicios de O.R. actuales y la posibilidad de su dispersión geográfica, expresándose el Grupo de Trabajo a favor del mantenimiento y potenciación de las instalaciones actuales en base a los siguientes criterios:

a. Número crítico de unidades de radiación

El informe sobre “Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) indica que el número mínimo de aceleradores lineales por centro no debe ser inferior a dos, con un ámbito poblacional mínimo de 400,000 habitantes. Asimismo el libro blanco de la SEOR XXI recomienda instalar seis aceleradores por cada millón de habitantes. Cualquier alejamiento de estas cifras supone una disminución y desequilibrio en la calidad de la atención al paciente y un incremento en los costes.

b. Calidad de los tratamientos

El número de tratamientos que realiza cada unidad resulta un parámetro esencial tanto para la adquisición como para el mantenimiento de la destreza de los profesionales involucrados y, consecuentemente, en la calidad de los tratamientos aplicados

Una situación frecuente en radioterapia es la parada temporal de equipos por revisión o averías. Cuando existe una única unidad de tratamiento ésta afecta a todos los pacientes y compromete la efectividad del tratamiento de algunos de ellos. La disponibilidad de varias

unidades gemelas facilita el trasvase de pacientes entre unidades dando continuidad a los tratamientos de los pacientes más críticos.

c. Mayor eficiencia

La mayor casuística permite un mejor y más profundo conocimiento, lo que redundará en una mejora de la calidad y en general una menor inversión de tiempo por paciente. La experiencia facilita el desarrollo y establecimiento de normas y protocolos desde los cuales resulta más fácil abordar un mayor número de casos que, de otra forma, tratados aisladamente, suponen un gran consumo de recursos (tiempo y estudio) sin conllevar mejores resultados.

d. Especialización de los facultativos

La tendencia en la medicina actual es la de una mayor especialización, por lo que la posible “atomización” de los Servicios actuales supondría una seria cortapisa a la introducción de nuevos avances y una dificultad insalvable para garantizar la equidad en el acceso a las últimas tecnologías.

Hay que recordar que gracias al grado de especialización actual, es posible abordar racionalmente la enorme cantidad de literatura médica de hoy en día y conseguir que los avances que se produzcan en el campo de la medicina sean absorbidos de forma eficaz por los facultativos. Al fin y al cabo, los facultativos deben trascender estos conocimientos y avances a los tratamientos de los pacientes y a la mejora general del Servicio.

e. Mayor capacidad de innovación

La adaptación de nuevas técnicas en los tratamientos es más fácil de realizar en centros con una disponibilidad de personal y con experiencia suficiente para evolucionar desde distintas etapas tecnológicas. Los servicios con menos recursos humanos suelen tener una mayor carga asistencial lo que limita los movimientos innovadores, investigadores, formativos y docentes. Estos centros sufren además saltos más drásticos tras largos periodos sin cambios cuando se ven obligados a la renovación por la obsolescencia tecnológica de las técnicas/equipos.

f. Actualización tecnológica

Un mayor número de unidades por servicio permite mejorar la actualización tecnológica. Disponiendo de varias unidades se puede planificar su reposición de manera que siempre haya algún equipo actualizado.

g. Criterios económicos

La instalación de un servicio de oncología radioterápica supone una complejidad y disponibilidad de recursos mucho mayor que otras tecnologías, y por ello, la tendencia tanto a nivel nacional como internacional es hacia la concentración de unidades como el modo más eficaz de mantener una adecuada calidad asistencial.

h. Otras consideraciones

Las dimensiones de los centros de la Comunidad son tales que tan sólo se dispone de dos servicios con tres aceleradores, otros dos con el tamaño mínimo de dos aceleradores y otro por debajo de este número. Una mayor dispersión de los recursos existentes resultaría aún más perjudicial para la oncología radioterápica. Supondría mayores costes y una pérdida respecto a la efectividad y eficiencia actual, independientemente de la evolución de otras variables de trascendental importancia como son las relativas a la demografía, al tipo de tumores y su estadiaje diagnóstico, etc.

4. CONSOLIDACIÓN Y POTENCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DE LA COMUNIDAD

Teniendo en cuenta las consideraciones técnicas arriba mencionadas, se propone la **consolidación y potenciación de los Servicios de Oncología Radioterápica de la Comunidad**, redactando las siguientes propuestas de mejora:

1. Recambio, actualizaciones y adaptaciones del equipamiento

Es necesaria la sustitución de los aceleradores lineales (AALL) una vez han alcanzado su vida útil, considerándose ésta en un periodo de 10-12 años.

2. Poblaciones de referencia asignadas a los S⁹s de O.R.

Es necesario realizar una revisión inmediata de las poblaciones de referencia.

3. Plantillas de profesionales

Se propone realizar una revisión de las plantillas de profesionales en consonancia con las recomendaciones formuladas por el Comité Asesor, basadas en recomendaciones internacionales.

5. ACCESO UNIVERSAL A LOS TRATAMIENTOS MÁS AVANZADOS

Se propone asegurar el acceso de todos los ciudadanos de Castilla y León que lo precisen a los tratamientos más avanzados de radioterapia, con las siguientes medidas:

- a. Potenciación y ampliación de la cartera de servicios de los centros ya existentes.
- b. Dotación tecnológicamente avanzada en todos los centros:
 - i. Posibilitando la realización de IMRT e IGRT.
 - ii. Posibilitando la realización de TC 4D y técnicas de control respiratorio durante la irradiación (por ejemplo: retención inspiratoria en la irradiación mamaria).
- c. Distribución racional y consensuada de las técnicas estereotáxicas en los centros de la Comunidad asegurando la equidad territorial.

6. ASISTENCIA CENTRADA EN EL PACIENTE

En todo este escenario de calidad asistencial, se considera necesario ofrecer una asistencia centrada en el paciente, proponiendo las siguientes medidas:

- a. Mejorar, con carácter urgente, el transporte de los pacientes a los centros sanitarios con Servicios de Oncología Radioterápica.
- b. Adecuar las agendas de citaciones de los Servicios de Oncología Radioterápica a las necesidades de los pacientes trasladados desde áreas sanitarias diferentes a la propia.
- c. Facilitar las ayudas para el alojamiento de pacientes desplazados a ciudades alejadas para recibir radioterapia.
- d. Crear la figura de la Enfermera Gestora de Casos dentro de los Servicios de O.R.
- e. Favorecer que la quimioterapia concomitante se administre en el mismo centro sanitario donde se administra la radioterapia lo que requerirá la implicación del Hospital de Día Onco-Hematológico, valorando disponibilidad de tiempo y recursos. Puede verse favorecida la coordinación entre quimioterapia concomitante y radioterapia en algunos centros mediante la implicación del oncólogo radioterápico en la prescripción de la quimioterapia.

7. PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN ESTRATÉGICO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN RADIOTERAPIA EN LA COMUNIDAD

Se propone la puesta en marcha un Plan Estratégico para optimizar la asistencia en radioterapia en la comunidad a medio plazo, a desarrollar en los próximos 5 años (2016-2020)

En la elaboración de dicho Plan se tendrán en cuenta todas las medidas mencionadas, para que la comunidad disponga de una **cartera de servicios** adecuada a la demanda actual, se promueva la implantación y el desarrollo de **Técnicas especiales**, se establezca un **programa de actualización tecnológica**, y se ofrezca una **asistencia de calidad, universal, equitativa, centrada en el paciente**, y basada/fundamentada en las recomendaciones de los organismos y sociedades pertinentes.

Este Plan Estratégico formará parte del Plan de atención al Paciente Oncológico de Castilla y León

Valladolid, 27 de Mayo de 2016.

GERENTE REGIONAL DE SALUD



Fdo: Rafael López Iglesias

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

JEFA DE SERVICIO DE ONCOLOGICA
RADIOTERAPICA



Fdo.: Mercedes Teijeira García

JEFE DE SERVICIO DE RADIOFISICA Y
PROTECCION RADIOLOGICA



Fdo.: Javier Sánchez Jiménez.

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON

JEFE DE SERVICIO ONCOLOGICA RADIOTERAPICA



Fdo.: José Reyes Rodríguez Garrido

JEFA DE SERVICIO DE RADIOFISICA Y PROTECCION
RADIOLOGICA



Fdo.: Mª Jesús Cesteros Morante

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

JEFE DE SERVICIO ONCOLOGICA RADIOTERAPICA



Fdo.: Luis Alberto Perez Romasanta

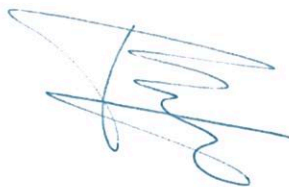
JEFE DE SERVICIO DE RADIOFISICA Y PROTECCION
RADIOLOGICA



Fdo.: Enrique de Sena Espinel

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIARIO DE VALLADOLID

JEFE DE SERVICIO ONCOLOGICA RADIOTERAPICA



Fdo.: Francisco López-Lara Martín

JEFE DE SERVICIO DE RADIOFISICA Y PROTECCION
RADIOLOGICA



Fdo.: Ricardo Torres Cabrera

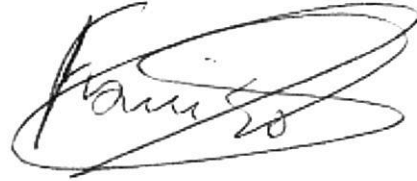
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

JEFE DE UNIDAD DE ONCOLOGICA



Fdo.: José Valero Álvarez Gallego

RESPONSABLE DE UNIDAD DE RADIOFISICA



Fdo.: Francisco Sáez Beltrán