

Comités de Tumores en Uruguay. ¿Cuál es el estado de situación diez años después?

Dres. Adriana Della Valle ^{*}, Carlos Acevedo [†]

Resumen

Introducción: en los últimos años hemos asistido a una escalada en la complejidad del diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer. Se ha comprobado que la evaluación multidisciplinaria de los pacientes oncológicos puede cambiar significativamente la conducta terapéutica. El enfoque multidisciplinario puede incluso reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y reducir los costos de salud evitando intervenciones o análisis innecesarios. En Uruguay se decretó, en el año 2002, la obligatoriedad de los Comités de Tumores en todo el país.

Objetivo: analizar la realidad de los Comités de Tumores en Uruguay diez años después de este decreto y ejemplificar en un tipo de tumor específico, el cáncer de recto, la conducta de una cohorte de especialistas de diferentes sectores del país.

Material y método: del 2 de mayo de 2011 al 30 de junio de 2011 se efectuó una encuesta anónima a especialistas en oncología y cirugía.

Resultados: se encuestó a un total de 40 oncólogos y 23 cirujanos. Todos coincidieron en la importancia que tienen los Comités de Tumores en la toma de decisiones; 66,7% reportaron su existencia en los sitios de trabajo, 69% cuando se trataba del ámbito laboral público y 45,2% en el privado; 2/63 (3,1%) conocía la integración recomendada de los Comités

de Tumores. Al interrogar a los encuestados sobre el tratamiento frente a pacientes portadores de cáncer de recto estadio II o III, 100% de los oncólogos optó por comenzar con neoadyuvancia, mientras que entre los cirujanos, 65,2% eligió neoadyuvancia.

Conclusiones: en nuestro sistema de salud, a diez años de legislada la existencia de los Comités de Tumores, esta modalidad de asistencia multidisciplinaria de los pacientes con cáncer no se ha desarrollado aún en la forma recomendada.

Palabras clave: COMITÉ DE PROFESIONALES
GRUPO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
NEOPLASIAS - terapia

Keywords: PROFESSIONAL STAFF COMMITTEES
PATIENT CARE TEAM
NEOPLASMS - therapy

Introducción

En los últimos años hemos asistido a una escalada en la complejidad del diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer. El trabajo en equipo multidisciplinario bajo la forma de Comités de Tumores ocupa hoy un lugar de suma importancia en instituciones que tratan el cáncer.

Se ha comprobado en diversos estudios que la evaluación multidisciplinaria de la terapéutica de los pacientes oncológicos puede cambiar significativamente

* Servicio de Oncología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

† Servicio de Mastología, Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Adriana Della Valle. Leyenda Patria 3038 apartamento 102. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: adellavalle@hc.edu.uy

Recibido: 10/9/12

Aprobado: 30/11/12

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses ni subvenciones.

el tratamiento de un paciente con cáncer. Chang⁽¹⁾ reporta cambios terapéuticos en hasta 43% cuando se toman decisiones en equipo, comparado con la toma de decisiones por un solo especialista. De igual forma, la calidad del cuidado, la calidad de información al paciente y la coordinación de los tratamientos es mayor en Comités de Tumores multidisciplinarios donde la toma de decisiones es horizontal y todos tienen el mismo derecho a opinión y decisión⁽²⁾.

El enfoque multidisciplinario puede incluso reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y reducir los costos de salud evitando intervenciones o análisis innecesarios⁽³⁾.

Por todo ello, en Uruguay se decretó, el 25 de julio del año 2002, la obligatoriedad de los Comités de Tumores en todo el país⁽⁴⁾, especificando en su artículo 4°: “Las Instituciones Públicas o Privadas deberán contar con Comités de Tumores (Unidades de Programación Terapéutica)”.

Objetivo

Analizar la realidad de los Comités de Tumores en Uruguay diez años después de este decreto y ejemplificar en un tipo de tumor específico, el cáncer de recto, la conducta de una cohorte de especialistas, oncólogos y cirujanos, de diferentes sectores del país.

Material y método

Desde el 2 de mayo al 30 de junio de 2011 se efectuó una encuesta anónima llevada a cabo por un solo encuestador, en forma presencial, a especialistas en oncología y cirugía.

Se encuestó el tipo de especialidad, número y tipo de lugares de trabajo, posición personal en cuanto a los Comités de Tumores, existencia de los Comités de Tumores en sus diferentes lugares de trabajo, constitución y funcionamiento de los mismos.

En una segunda parte de la encuesta se interrogó al especialista sobre la conducta terapéutica que le parecía más indicada para iniciar el tratamiento en una situación hipotética (genérica) de pacientes portadores de cáncer de recto estadio II o III.

Resultados

Se encuestó a un total de 63 especialistas, 40 oncólogos y 23 cirujanos.

Del total de profesionales encuestados, 52/63 (82,5%) reportaron que trabajaban en dos o más hospitales, o servicios de salud, y solo 11/63 (17,5%) un único sitio. De ellos 58/63 (92%) se desempeñaban en el ambiente público y 53/63 (84%) en el privado. La mayoría ejercía en Montevideo (87,3%) mientras que 41,2% lo hacía en el interior del país.

Todos los encuestados coincidieron en la importancia que tienen los Comités de Tumores en la toma de decisiones; sin embargo, reportaron su existencia en 66,7% de los sitios de trabajo, 69% cuando se trataba del ámbito público y 45,2% cuando se consideraba el ámbito laboral privado.

De los especialistas que cuentan con Comités de Tumores en su lugar de trabajo, 33/42 (78,5%) se desempeñaban en la capital mientras que 10/42 (23,8%) lo hacían en el interior.

La frecuencia reportada de reuniones de los Comités de Tumores fue semanal en 28/42 de los encuestados (66,6%), siendo quincenal en 7/42 (16,6%) y mensual en 7/42 (16,6%).

Un porcentaje de 44,4% dijo conocer por cuántos especialistas estaba recomendada internacionalmente la integración de los Comités de Tumores; sin embargo, 13/28 (46,4%) contestó por tres, 3/28 (10,7%) contestó por cuatro, 9/28 (32,1%) contestó por cinco, 2/28 (7,1%) optó por seis y 1/28 (3,6%) contestó por ocho.

Ante la pregunta de “¿Cuántas especialidades integran el Comité de Tumores en forma fija?”, 7,1% de los encuestados contestaron solo una, 21,4% por dos y el restante 71,4% por tres o más.

En cuanto a la posibilidad de obtener resultados terapéuticos distintos mediante esta modalidad de presentación de los pacientes, 98,4% de los colegas contestó que podrían obtenerse resultados distintos.

La principal limitante para la participación en los Comités de Tumores, según los encuestados, fue la ausencia de los mismos en los centros de atención en 39/63 (66,1%) (tabla 1).

En la segunda parte de la encuesta, al interrogar a los encuestados sobre su tratamiento inicial frente a pacientes portadores de cáncer de recto estadio II o III, 100% de los oncólogos optó por comenzar con neoadyuvancia, mientras que entre los cirujanos, 65,2% eligió neoadyuvancia de inicio; 30,4% contestó “depende de la situación del paciente”, y 4,3% indicó cirugía como tratamiento inicial.

Sobre la necesidad de derivación a centros o especialistas más avanzados en la materia, 100% de los oncólogos contestó que no lo hacía; 34,7% de los cirujanos contestó también en forma negativa; 30,4% que dependía de la necesidad, y 34,7% que sí lo hacía.

Discusión

En nuestro país, el decreto 284/2002 dispuso hace diez años la creación de Comités de Tumores en todos los centros de salud donde se atiendan pacientes con cáncer⁽⁴⁾.

A pesar de ello la situación de los Comités de Tumores es muy heterogénea de institución en institución y en

Tabla 1. Causas de no concurrencia a los Comités de Tumores

<i>Causa</i>	<i>Número absoluto de encuestados</i>	<i>Porcentaje</i>
No se realizan donde trabajo	39	66,1
No estoy invitado	4	6,8
Concorre otro colega	4	6,8
Me falta tiempo	9	15,3
No me interesa	0	0
No me pagan por concurrir	3	5,1
TOTAL	59	100

la serie encuestada solo dos tercios de los médicos consultados cuentan con ese recurso en su sitio de trabajo, proporción que desciende aun más si el sitio de trabajo es privado y se vuelve aun menor si el médico se desempeña fuera de la capital.

Por otra parte es interesante destacar como hecho positivo la alta frecuencia con que se reúnen los Comités de Tumores existentes: semanal o quincenal en más de 85% de los casos. En los centros donde existen estos equipos multidisciplinarios, en un gran porcentaje de los casos su integración está dada por tres o más especialistas.

Si bien un altísimo porcentaje de los encuestados reconoce la importancia de esta estructura multidisciplinaria y su incidencia positiva en los resultados terapéuticos del paciente con cáncer, solo 3,1% de ellos (2/63 encuestados) conoce por cuántos especialistas debe estar constituido un Comité de Tumores según las pautas internacionales, donde el “core” de los comités está conformado por al menos seis especialidades (oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, cirujano, patólogo, imagenólogo, nurse especializada)⁽⁵⁻⁷⁾.

La segunda parte de la encuesta comprobó que en nuestro país, siguiendo la tendencia del resto del mundo⁽³⁾, existe una diversidad de opiniones entre los diferentes especialistas sobre una misma patología oncológica, que se traduce en una diferencia de criterios en la modalidad primaria utilizada para el tratamiento del cáncer de recto en un determinado estadio.

Esta diferencia de puntos de vista es la que refuerza la necesidad de una reunión multidisciplinaria, como lo es el Comité de Tumores, para elegir en forma consensuada la opción terapéutica más adecuada para cada caso.

Debemos destacar que estas conclusiones pueden verse algo limitadas en su alcance, ya que estos datos fueron obtenidos de una encuesta dentro de un universo limitado de médicos, pero sus resultados alertan sobre la

necesidad de efectuar una encuesta nacional por instituciones, cuyos datos seguramente serán más precisos.

Conclusiones

Si bien la mayoría de los especialistas que participaron de la encuesta reconoce la importancia del enfoque multidisciplinario oncológico, a la luz de los datos recogidos en la misma podemos concluir que en nuestro sistema de salud, a diez años de legislada la existencia de Comités de Tumores, esta modalidad de asistencia multidisciplinaria de los pacientes con cáncer no se ha desarrollado aún en la forma recomendada.

Los hospitales públicos tienen más tendencia a contar con este tipo de reuniones multidisciplinarias que los prestadores privados, y existe menor tendencia al enfoque multidisciplinario oncológico en los centros ubicados fuera de Montevideo.

Estos resultados deben servir de impulso para una encuesta nacional de instituciones para aclarar en forma más precisa el estado actual de los Comités de Tumores.

Abstract

Introduction: over the last years we have seen how diagnosis and treatment of patients with cancer has become more complex. It has been proved that multidisciplinary assessment of oncological patients may have a significant impact on the therapeutic conduct. Multidisciplinary approach may even reduce mortality rates, improve the quality of life and diminish health costs, avoiding unnecessary interventions or tests. In Uruguay, Committees on Cancer became mandatory in 2002.

Objective: to analyze the reality of the Committees on Cancer in Uruguay 10 years after the decree that made them mandatory was approved, and to provide an example on a specific type of tumors - rectal cancer – about the conduct of a cohort of specialists from different sectors in the country.

Method: an anonymous survey was conducted from 2 May 2011, through 30 June, 2011, among oncology and surgery specialists.

Results: 40 oncologists and 23 surgeons were surveyed. All of them agreed on the importance of Committees on Cancer in the making of decisions, 66.7% reported they existed at their work sites, 69% when it came to the public employments sector and 45.2% in the private sector; 2 out of 63 (3.1%) were aware of the members that formed said committees. When questioned about treatment for patients with stage II or III rectal cancer, 100% of the oncologists chose to start neoadjuvant therapy, while 65.2% surgeons chose neoadjuvant therapy.

Conclusions: in our health system, 10 years after the Committees on Cancer became mandatory by law, this multidisciplinary approach to cancer patients has not developed as recommended.

Resumo

Introdução: nos últimos anos observamos um aumento importante da complexidade do diagnóstico e do tratamento do paciente com câncer. Foi comprovado que a avaliação multiprofissional dos pacientes oncológicos pode mudar significativamente a conduta terapêutica. Esse tipo de abordagem pode inclusive reduzir a mortalidade, melhorar a qualidade de vida e diminuir os gastos em saúde evitando intervenções ou análises desnecessárias. Em 2002 foi decretado no Uruguai a obrigatoriedade da existência dos Comitês de Tumores em todo o país.

Objetivo: analisar a realidade dos Comitês de Tumores no Uruguai dez anos depois do decreto e mostrar um exemplo com um tipo específico de tumor, o câncer de reto, da conduta de uma coorte de especialistas de diferentes setores do país.

Material e método: foi realizado um inquérito anônimo com especialistas em oncologia e cirurgia no período 2 de maio de 2011 a 30 de junho de 2011.

Resultados: Foram entrevistados 40 oncologistas e 23 cirurgiões. Todos estiveram de acordo sobre a im-

portância dos Comitês de Tumores na tomada de decisões; 66,7% reportaram sua existência em seus lugares de trabalho sendo 69% quando se tratava do setor público e 45,2% no privado; 2/63 (3,1%) conhecia a composição recomendada dos Comitês de Tumores. Quando se perguntou aos entrevistados qual o tratamento para pacientes portadores de câncer de reto estadio II ou III, 100% dos oncologistas optou por começar com neoadjuvância, enquanto 65,2% dos cirurgiões escolheu esse tratamento.

Conclusões: no nosso sistema de saúde, dez anos depois que a existência dos Comitês de Tumores foi decretada, a assistência multiprofissional dos pacientes com câncer não está desenvolvida de acordo com as recomendações.

Bibliografía

1. Chang JH, Vines E, Bertsch H, Fraker DL, Czerniecki BJ, Rosato EF, et al. The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management: the University of Pennsylvania experience. *Cancer* 2001; 91(7):1231-7.
2. Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, et al. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *Br J Cancer* 2003; 89(1):15-22.
3. MacDermid E, Hooton G, MacDonald M, McKay G, Grosse D, Mohammed N, et al. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis* 2009; 11(3):291-5.
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Control del Cáncer. Plan Estratégico 2005-2010. Montevideo: MSP, 2009. p. 31.
5. Luxford K, Rainbird K. Multidisciplinary care for women with breast cancer: a national demonstration program. *N S W Public Health Bull* 2001; 12(10):277-279.
6. Gabel M, Hilton NE, Nathanson SD. Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work? *Cancer* 1997; 79(12):2380-4.
7. Marsh CJ, Boulton M, Wang JX, Maddern GJ, Roder DM, Kollias J. National Breast Cancer Audit: the use of multidisciplinary care teams by breast surgeons in Australia and New Zealand. *Med J Aust* 2008; 188(7):385-8.