

Implementación de una consulta de cáncer en el anciano

“La clínica nació en este espacio libre en el que, con consentimiento mutuo, se encuentran el médico y el enfermo, donde se lleva a cabo la observación ante el mutismo de las teorías, ante la única claridad de la mirada, donde la experiencia se transmite de maestro a discípulo por debajo incluso de las palabras”

M. Foucault (1963), Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. París, PUF, ed. 1972.



1

1. INTRODUCCIÓN

“La clínica nació en este espacio libre en el que, con consentimiento mutuo, se encuentran el médico y el enfermo, donde se lleva a cabo la observación ante el mutismo de las teorías, ante la única claridad de la mirada, donde la experiencia se transmite de maestro a discípulo por debajo incluso de las palabras”.

M. Foucault (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. París, PUF, ed. 1972.

En el año 2011 no se había creado ninguna consulta especializada de cáncer en el anciano en la Comunidad de Castilla-La Mancha, y eran muy pocas las disponibles en España.

La elaboración de este proyecto consiguió que la creación de la Consulta de Cáncer en el Anciano (CCA) se considerase una acción imprescindible y estratégica para el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca (HVdLC) y contribuyó a convencer de su utilidad, a fin de aliviar la demanda que existía de esta atención superespecializada, tanto por la sociedad en general como por los profesionales sanitarios, redundando en el prestigio de este hospital y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

El presente proyecto analiza los aspectos estructurales, funcionales y organizativos que fueron necesarios para la creación de la CCA, que está activa desde el año 2011, en el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.

Además de describir los diferentes análisis y acciones tomadas, se han añadido algunas herramientas de gestión que, aunque se desarrollaron *a posteriori*, consideramos importante reflejar en este plan inicial, ya que creemos que puede ofrecer, al lector de este artículo, recursos útiles que lo ayuden a estructurar y comunicar su proyecto de innovación de la forma más clara y sólida posible.

2. ¿CUÁL ES EL PROBLEMA? ¿CUÁL ES LA SOLUCIÓN?

2.1. Problema actual

En la atención del paciente anciano (> 70 años), diagnosticado de cáncer, todavía no se ha hecho extensivo de forma sistemática el uso de escalas de valoración para discriminar correctamente el grado de fragilidad del paciente anciano para someterse a un tratamiento quimioterápico.

El paciente anciano está siendo evaluado con una gran variabilidad interprofesional y de una forma no sistemática, por lo que es frecuentemente considerado no apto para tratamientos quimioterápicos que constituyen su única esperanza para superar el cáncer.

La falta de criterios objetivos y bien evidenciados también ocasiona el efecto opuesto, es decir, que en algunos casos se incluyan pacientes con una fragilidad considerable en tratamientos quimioterápicos por los que acaban sufriendo reacciones adversas debido a su toxicidad.

Por tanto, la falta de una metodología sistemática en la valoración del paciente anciano diagnosticado de cáncer se traduce en dos efectos negativos:

- Exclusión de algunos pacientes que podrían ser candidatos al tratamiento (inequidad terapéutica).
- Inclusión de pacientes que posteriormente se han visto afectados por reacciones adversas debido a la toxicidad del tratamiento (yatrogenia).

2.2. Solución

Con el objetivo de ofrecer una solución al problema mencionado, se planteó crear una CCA compuesta por personal especializado en el paciente oncológico mayor de 70 años (oncogeriatra), con la finalidad de aplicar criterios de valoración geriátrica integral (VGI) basados en evidencia científica (Escala Molina Garrido), que permitan discriminar mejor los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento quimioterápico con la menor probabilidad de riesgo.

Por tanto, los objetivos últimos de este proyecto son:

- Reducir la mortalidad.
- Disminuir la aparición de reacciones adversas por toxicidad.
- Contribuir al conocimiento científico sobre el mejor manejo del cáncer en el paciente anciano.

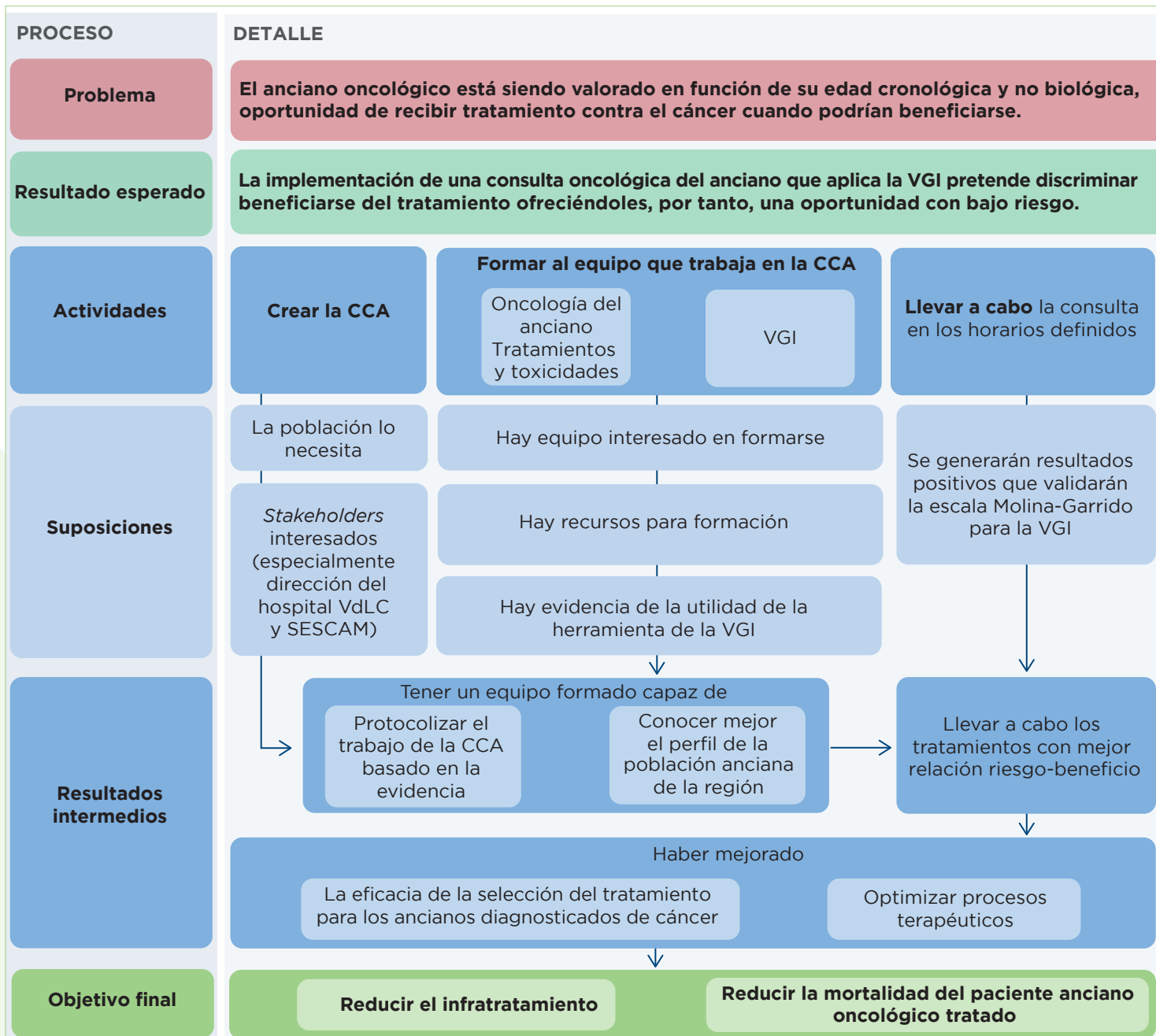
2.3. Teoría del cambio

La implementación de la CCA representa un cambio en el modelo asistencial actual.

Dicho cambio es el resultado del análisis de un problema, para llegar, a través del desarrollo de unas actividades, a unos objetivos intermedios que nos conduzcan, a su vez, a un objetivo final. En el camino, se llevan a cabo unas suposiciones, consideradas como ciertas, que deben reflejarse como tales, a fin de poner en preaviso que su existencia es deseable pero no pueden darse por sentadas.

Este proceso de implementación del cambio puede representarse mediante un diagrama de teoría del cambio (v. figura 1).

Figura 1. Diagrama de tipo teoría del cambio aplicado al proyecto de implementación de una consulta de cáncer en el anciano.



3. ¿POR QUÉ LLEVARLO A CABO?

3.1. Evidencia

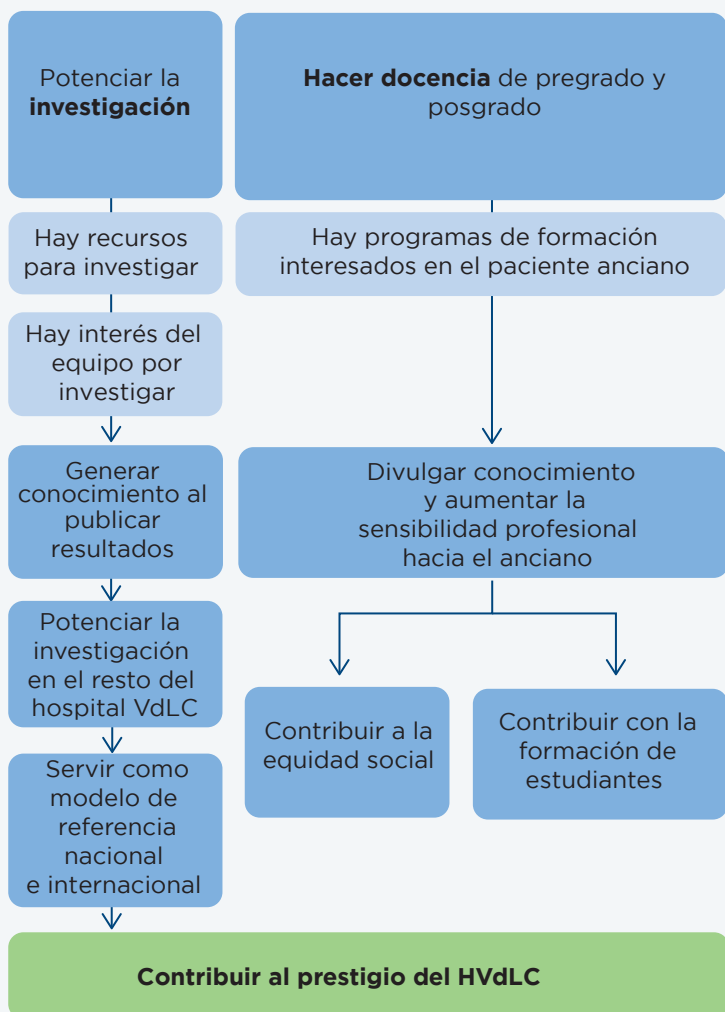
La creación de una CCA dedicada a la aplicación sistemática de la VGI como herramienta para la toma de decisión clínica en el anciano con cáncer goza de amplia evidencia científica.

A continuación, se describe la evolución de la evidencia científica con relación a la aplicación de diferentes sistemas para valorar la fragilidad del anciano en el campo de la oncología y cómo la evolución de este conocimiento se ha trasladado a la unidad de oncología del Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca.

El cáncer es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por un crecimiento excesivo e incon-

por lo que muchos pacientes quedan excluidos de la

de forma adecuada los ancianos con cáncer que pueden



trolado de células anormales que invaden y dañan tejidos y órganos. Múltiples factores etiológicos se han relacionado con el cáncer, entre ellos, factores internos (mutaciones heredadas, condiciones inmunes, hormonas) y externos (tabaco, sustancias químicas, radiación, infecciones), que promueven o inician la carcinogénesis.

Hay distintas teorías que relacionan el envejecimiento y el cáncer. Las personas con 65 años o más tienen una incidencia de cáncer 11 veces mayor que los individuos más jóvenes, y un riesgo de fallecer por dicha neoplasia 16 veces mayor.^{1,2} Se está produciendo un crecimiento muy rápido de la población, de forma que, hacia el año 2030, el 20% de la población tendrá más de 65 años. Por desgracia, los oncólogos no están lo suficientemente preparados para este cambio demográfico, y su formación se centra en seleccionar la mejor actitud terapéutica en pacientes jóvenes y físicamente sanos.^{3,4} Sin embargo, existe una gran heterogeneidad entre ancianos de la misma edad cronológica que hace que toleren de forma distinta los tratamientos oncológicos.

Los oncólogos necesitan una herramienta de evaluación que les proporcione información acerca de la edad funcional del individuo anciano, más que de la edad cronológica. Dicha evaluación, conocida como valoración geriátrica integral, podría ayudar a identificar a aquellos pacientes que son más vulnerables a sufrir complicaciones derivadas del tratamiento oncológico. Esta evaluación proporciona información acerca del estado funcional del paciente, la comorbilidad, la medicación, el estado nutricional, el estado psicológico, el apoyo social y el estado cognitivo. Cada uno de estos dominios debe tenerse en cuenta cuando se diseñe el plan de tratamiento de un paciente anciano, no solo en el ámbito de la oncología médica, sino también en el campo de otras especialidades.⁵

En la actualidad, no existe un consenso claro entre los oncólogos para evaluar el estado global de salud de un anciano ni su estado funcional. En los pacientes adultos con alguna neoplasia, suelen utilizarse dos escalas: el índice de Karnofsky (IK) o el índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Con estas, puede estimarse el estado funcional del paciente, y en función de este, se puede elaborar un plan de tratamiento, discernir si el paciente se puede incluir en un ensayo clínico y predecir la toxicidad al tratamiento y la supervivencia.^{6,7}

Sin embargo, a pesar de que ambos índices tienen un uso muy generalizado, el paciente de edad avanzada podría beneficiarse de una evaluación más precisa que su situación basal. Por ejemplo, no es poco frecuente que un anciano saludable puntúe un 60% en el IK ("Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de cuidar de sí mismo").

Esta puntuación también se ha asociado con una mayor susceptibilidad a la toxicidad del tratamiento en los pacientes más jóvenes, y suele ser un criterio de exclusión de los ensayos clínicos. Sin embargo, la necesidad de asistencia o de ayuda podría deberse a una causa no oncológica, lo que conduciría a una infravaloración del estado funcional y a una sobreestimación del riesgo de toxicidad. El IK y la escala ECOG no evalúan las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ni las instrumentales (AIVD), que son factores independientes en la predicción de morbilidad y mortalidad en el anciano, ni evalúan los otros dominios que suelen incluirse en una evaluación geriátrica y que influyen en la capacidad para tolerar mejor el tratamiento del cáncer. Por ejemplo, en un estudio de *Repetto et al*, de entre los ancianos oncológicos con una buena puntuación en la escala ECOG (puntuación de 0 o 1), había un 37,7% y un 9,3% de pacientes que requerían ayuda en las ABVD y en las AIVD, respectivamente. Por este motivo, tanto el IK como la puntuación en la escala ECOG pueden sobreestimar la capacidad funcional de un anciano.⁸ La evaluación llevada a cabo por el geriatra identifica áreas de vulnerabilidad entre todos los pacientes ancianos (no solo en los oncológicos) y proporciona una información muy valiosa que no queda reflejada en el IK ni en la escala ECOG. El manejo estándar del cáncer puede aplicarse a cualquier paciente, con independencia de la edad; sin embargo, el plan de tratamiento y de intervenciones geriátricas tiene que valorarse de forma individual en función de las características de cada paciente. Por este motivo, es necesario que se organicen programas especiales de aprendizaje durante la formación médica, así como otros programas de formación continuada.⁹

En general, ya se han definido los efectos positivos de la VGI. Su valor en oncología se extiende a distintos ámbitos, que, a su vez, son heterogéneos: supervivencia, deterioro funcional, prevención de reingresos o de ingresos en hospitales de crónicos, número de problemas de salud no reconocidos, tolerancia o toxicidad a tratamientos oncológicos, calidad de vida... En la actualidad, en oncogeriatría se ha demostrado que la VGI es útil para detectar factores reversibles que interfieran con el tratamiento (soporte social insuficiente, malnutrición, comorbilidad reversible, etc.); estimar el riesgo de mortalidad, en función del estado funcional, el grado de comorbilidad (por ejemplo, la depresión y la anemia están asociadas con un aumento de mortalidad) y la presencia de síndromes geriátricos, y estimar la tolerancia a la quimioterapia, que es menor en los pacientes con dependencia funcional, comorbilidad, desnutrición y/o anemia.¹⁰⁻¹²

En la actualidad no hay ningún consenso en cuanto al modelo de valoración que debe aplicarse.

Son pocos los autores que han diseñado y desarrollado una herramienta de valoración geriátrica oncológica. *Ingram et al* diseñaron una evaluación rellenable por el propio paciente, que se le enviaba por correo antes de la primera visita a la consulta de oncología médica. El 70% de los pacientes contestaron y remitieron dicha evaluación a la consulta. Este modelo incluía información acerca de datos demográficos, comorbilidad, estado funcional, dolor, situación económica, apoyo social, estado emocional, situación espiritual y calidad de vida.¹³

Balducci et al desarrollaron un modelo de valoración geriátrica que incluía preguntas acerca del estado funcional del paciente, su comorbilidad, la memoria, el estado nutricional, y la polifarmacia. Esta evaluación puso de manifiesto una serie de problemas que no se habían identificado en la historia de rutina ni en la exploración física.¹⁴

Repetto et al evaluaron el papel de la valoración geriátrica en 363 pacientes oncológicos con 65 años de edad o más. La evaluación incluía el estado funcional (escala ECOG, ABVD y AIVD), comorbilidad (índice de Satariano), memoria (miniexamen cognoscitivo) y depresión (escala de depresión geriátrica). En este estudio, las escalas se aplicaban por entrevistadores entrenados.⁸

Overcash et al desarrollaron un modelo abreviado de valoración geriátrica que consistía en ítems seleccionados de escalas de evaluación de las ABVD y las AIVD, escalas de depresión geriátrica y de la situación cognitiva. La finalidad de dicha valoración abreviada era identificar a los ancianos que podrían beneficiarse de una valoración más extensa y específica.¹⁵

En el modelo propuesto por *Molina-Garrido et al*, la evaluación se aplica a pacientes oncológicos con 70 años o más,¹⁶ utilizando valoración de las ABVD, de las AIVD, de la situación social, del nivel cognitivo, del riesgo de desnutrición, la comorbilidad, el consumo de fármacos y el número de síndromes geriátricos. La mediana de tiempo empleado en completarlo era de 12,9 minutos; casi el 64% consideraban que su duración era adecuada, y el 70% de los pacientes consideró que no era difícil completar todos los cuestionarios. Este último será el modelo que se utilice inicialmente en la Consulta de Cáncer en el Anciano del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, por haber sido desarrollado por la propia responsable de la consulta y tener mayor experiencia con este. Además, desde la creación de la consulta, se ha procedido a la mejora de dicho modelo.

A través de la VGI se pueden identificar déficits reversibles en el anciano, y, por tanto, se puede actuar sobre estos para conseguir mejorar la situación basal del paciente. Posteriormente, el resultado definitivo de la evaluación del anciano permitirá estimar los riesgos de toxicidad de tratamiento¹⁷⁻¹⁹ y, por tanto, la toma de decisiones.^{20,21}

La evolución de la evidencia puede resumirse en un cuadro sinóptico (v. [tabla 1](#)).

Tabla 1. Línea del tiempo de la evolución de la evidencia científica con relación a los sistemas de valoración de la fragilidad en el anciano.

AUTOR Y AÑO	APORTACIÓN
Balducci et al, 2001	Introducen un modelo de valoración geriátrica que incluía preguntas acerca del estado funcional del paciente, su comorbilidad, la memoria, el estado nutricional y la polifarmacia
Ingram et al, 2002	Diseñaron una evaluación rellena por el propio paciente
Repetto et al, 2002	Demuestran cómo las escalas ECOG e IK sobreestiman la capacidad funcional del anciano. Su evaluación incluía el estado funcional (escala ECOG, ABVD y AIVD), comorbilidad (índice de Satariano), memoria (minexamen cognoscitivo) y depresión (escala de depresión geriátrica)
Torres et al, 2004	Aportación de la VGI (valoración geriátrica integral) como elemento para diferenciar la edad funcional de la edad cronológica. Permite diseñar el plan de tratamiento en el paciente anciano
Motzer et al, 2004; Bajorin et al, 1999	Describen el índice de Karnofsky (IK) o el índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) como herramientas para predecir toxicidad e idoneidad para la inclusión de un paciente en un ensayo clínico
Terret et al, 2004	Ponen de relieve la necesidad de establecer programas especiales de aprendizaje durante la formación médica y de formación continuada
Overcash et al, 2006	Valoraban ABVD, AIVD, escalas de depresión geriátrica y de la situación cognitiva
Balducci, 2007; Corre, 2016	Demuestran cómo la evaluación del anciano permite establecer la toma de decisiones
Chaïbi et al, 2011; Aaldriks, 2011; Balducci, 2010	En oncogeriatría, se ha demostrado que la VGI es útil para: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar factores reversibles que interfieran con el tratamiento (soporte social insuficiente, malnutrición, comorbilidad reversible, etc.) • Estimar el riesgo de mortalidad, en función del estado funcional, del grado de comorbilidad (por ejemplo, la depresión y la anemia están asociadas con un aumento de mortalidad) y la presencia de síndromes geriátricos • Y estimar la tolerancia a la quimioterapia, que es menor en los pacientes con dependencia funcional, comorbilidad, desnutrición y/o anemia
Molina-Garrido et al, 2011	Aplican la VGI en España a pacientes con 70 años o más, utilizando valoración de las ABVD, de las AIVD, de la situación social, del nivel cognitivo, del riesgo de desnutrición, la comorbilidad, el consumo de fármacos y el número de síndromes geriátricos
Hurria, 2011 y 2016 Extermann, 2016	Refuerzan el concepto de que la evaluación de anciano permitirá estimar los riesgos de toxicidad de tratamiento

3.2. Coste-impacto

La implementación de cualquier innovación en el ámbito sanitario, como en cualquier otro ámbito, requiere de una evaluación inicial que, aunque aproximada, permita a la organización que desea implantarla, hacerse una idea de cuál es su balance en términos coste-impacto (v. [tabla 2, en la página siguiente](#)).

Dicho análisis aproximado resulta útil para la toma de decisión, como antesala de un análisis más pormenorizado (v. análisis coste-consecuencias en el diagrama orientado a resultados más adelante).

En este análisis coste-impacto inicial se consideran tres escenarios:

- Continuar con la actividad del equipo de oncología sin una formación específica y sin aplicación sistemática de la VGI (continuar como hasta ahora, por tanto, no hacer nada).
- Formar a los oncólogos en materia de VGI.
- Crear la CCA.

Tabla 2. Análisis resumido coste-impacto de tres escenarios con el objetivo de mejorar la valoración del anciano oncológico.

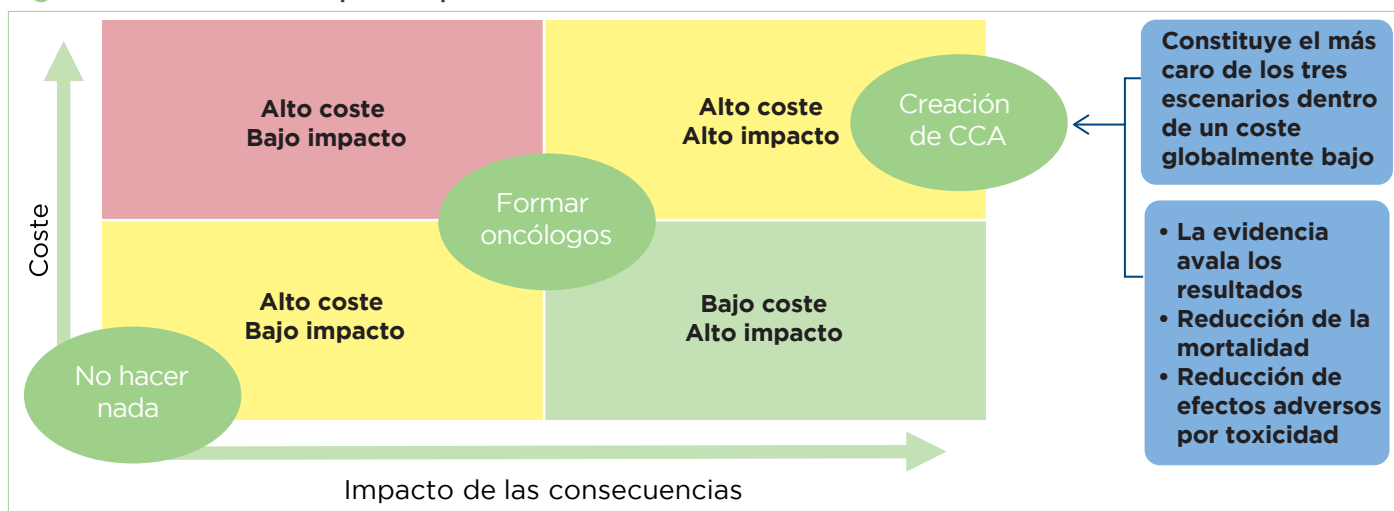
	“Optimización terapéutica (↓ mortalidad, ↓ EA por toxicidad) “	Variabilidad interprofesional	Coste en RR. HH.	Total
No hacer nada por mejorar la VGI	0	0	0	0
Formar oncólogos en VGI	1	1	-1	2
Creación de CCA y aplicación de VGI	2	2	-2	4

Leyenda de la puntuación:

Optimización terapéutica	0 = sin mejoras; 1 = alguna mejora; 2 = mejora significativa
Variabilidad interprofesional	0 = máxima variabilidad; 1 = variabilidad menor a la actual; 2 = variabilidad mínima
Coste en RR. HH.	0 = sin coste; -1 = coste bajo; -2 = coste moderado

El resultado de los escenarios analizados puede representarse gráficamente en forma de matriz (v. figura 2).

Figura 2. Matriz coste-impacto aplicado a la creación de la CCA.



Como puede apreciarse en la **tabla 1** y en la **figura 2**, la creación de la consulta del anciano supone el escenario que aporta una mejor relación coste-impacto, motivo por el que se consideró adecuado continuar con el desarrollo del proyecto.

4. ¿EN QUÉ CONSISTE LA INNOVACIÓN? DEFINICIÓN DEL PROYECTO EN DETALLE

4.1. Contexto organizacional

El Hospital Virgen de la Luz de Cuenca tenía en 2011 364 camas en funcionamiento y 34 servicios/unidades médicas. Este hospital pertenece al grupo II de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, y desde enero de 2002, fecha en la que se produjo el traspaso de competencias sanitarias a la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, depende del SESCOAM, un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad. En la actualidad trabajan en él más de 1.400 personas, que prestan sus servicios a una población del Área de Salud de Cuenca de 170.000 individuos. En los últimos años, está iniciando una actividad investigadora cada vez más notable, hecho que se pone de manifiesto, por ejemplo, con la creación de la Unidad de Ictus en el Servicio de Neurología.

4.2. Equipo

La Consulta de Cáncer en el Anciano está constituida por un equipo multidisciplinar compuesto por:

- Un oncólogo médico con formación específica en oncogeriatría.

- Una enfermera.
- Un técnico en documentación o un administrativo.
- Un auxiliar de enfermería.

En los casos en los que ha sido necesario, desde dicha consulta se han hecho derivaciones a la Sección de Geriátrica, a la Unidad de Nutrición de la Sección de Endocrinología, a Trabajo Social, a Rehabilitación o a cualquier sección/servicio que se haya precisado.

De los profesionales anteriormente mencionados, la enfermera y el técnico en documentación están ya presentes en el servicio de oncología; por tanto, su presencia no aumenta los costes.

Los profesionales con dedicación exclusiva a la CCA y el volumen de horas que dedica cada uno de ellos a la consulta se detallan a continuación (v. tabla 3).

Tabla 3. Resumen de recursos humanos a dedicación exclusiva de la CCA expresado en horas por semana.

Profesional	Horas por día	Días por semana	Horas por semana
Oncólogo-oncogeriatra	7	3	21
Enfermero	-	-	-
Técnico en documentación	-	-	-
Auxiliar de enfermería	7	3	21

4.3. Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios son los mismos que se precisan en toda sección de oncología médica, junto con algunos más específicos (v. tabla 4).

Tabla 4. Recursos materiales necesarios en la CCA.

Recursos exclusivos de la CCA	Recursos compartidos con oncología
Consulta del oncogeriatra: espacio superior a 5 metros, para cuantificar la velocidad de la marcha	Hospital de día
Equipamiento de oficina para la consulta	Despacho del administrativo para recepción de los usuarios de la consulta
Material informático para la consulta con acceso a intranet	Sala de reuniones para la atención a familias y para las reuniones de los componentes de la sección de oncología
Equipos médicos inventariables	• Espirómetro
	• Impedanciómetro
	• Dinamómetros (distintos tipos)
• Tallímetro y báscula convencional	Archivo de historias clínicas de la consulta
• Cronómetro	Aseos
	Sala de espera

4.4. Descripción del funcionamiento del servicio

4.4.1. Funciones de la consulta de cáncer en el anciano

4.4.1.1. Funciones asistenciales

- Elaboración de una historia clínica detallada en cada paciente.
- Exploración física exhaustiva.
- Aplicación del modelo específico de valoración geriátrica integral. Dicho modelo fue creado por la responsable de esta consulta, y se ha confirmado su aplicabilidad y su validez.¹⁶
- Registro de las características clínicas y funcionales de los pacientes ancianos con cáncer.
- Proceso del consentimiento informado (CI).
- Identificación de fragilidad y prefragilidad.
- Recomendación de las medidas de tratamiento más adecuadas para cada paciente en función de su situación basal.

- Aplicación y actualización continuada de los protocolos asistenciales para los ancianos oncológicos.
- Coordinación con los distintos niveles asistenciales.
- Evaluación continuada de la calidad asistencial.

4.4.1.2. Funciones investigadoras

- Establecimiento de líneas prioritarias de investigación en oncología del anciano.
- Coordinación de proyectos de investigación en este ámbito.
- Aplicación de los proyectos que ya se han puesto en marcha (beca SEOM de Jóvenes Investigadores 2009-2010, proyecto ONCOFRÁGIL, proyecto ONCOSARCO, proyecto ONCOASSESS hasta el momento, todos ellos, autorizados por el Comité de Ensayos Clínicos del hospital) y de otros proyectos futuros, cuya elaboración aún está en marcha.
- Colaboración con grupos investigadores nacionales e internacionales en cáncer en el anciano como la International Society for Geriatric Oncology (SIOG).

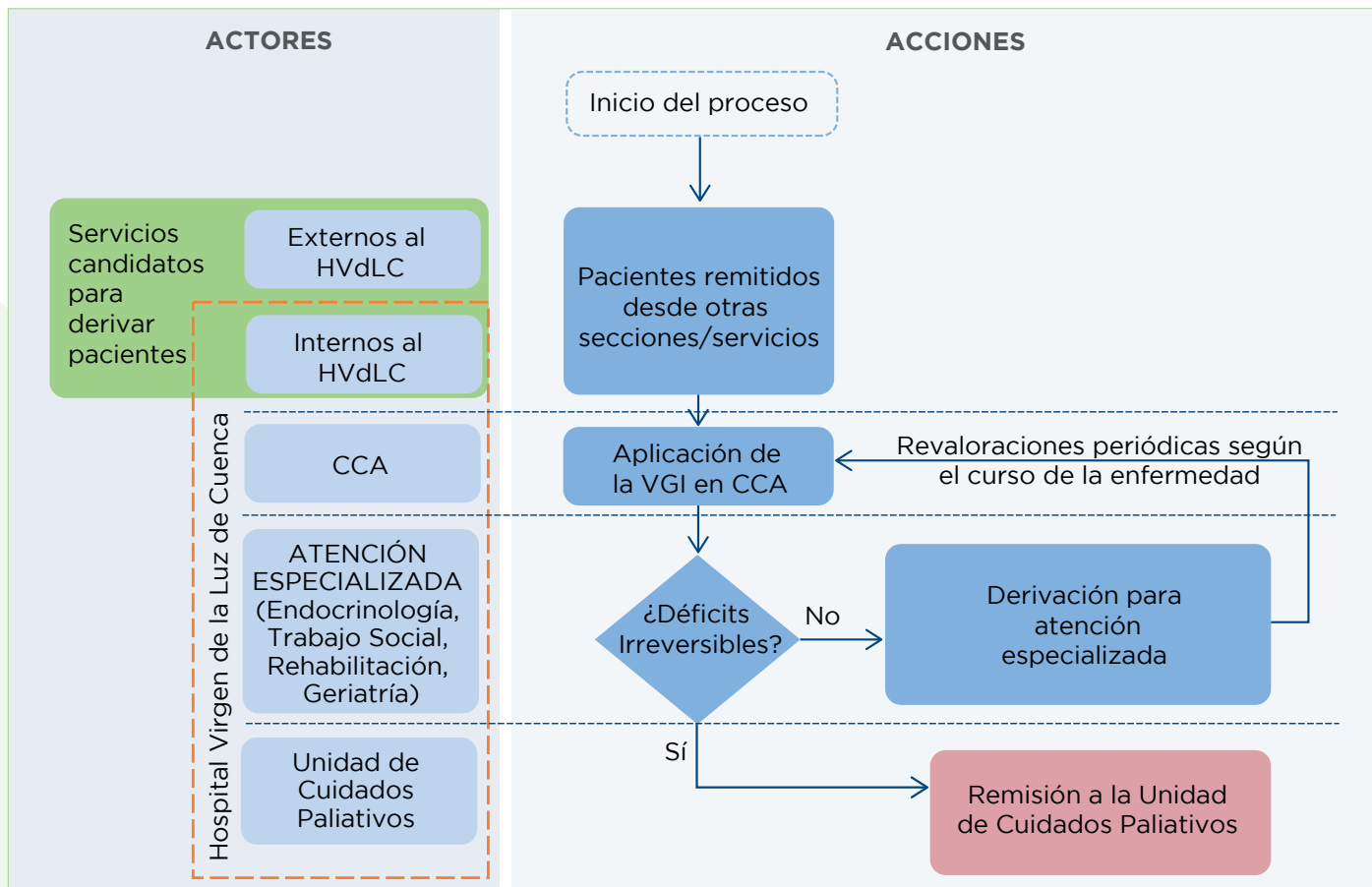
4.4.1.3. Funciones docentes

- Colaboración en la docencia de pre y posgrado.

4.4.2. Organización por niveles asistenciales

Las actividades de la consulta implicarán a distintos niveles asistenciales del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, de la siguiente manera (v. figura 3):

Figura 3. Diferentes niveles asistenciales relacionados con la CCA.



Atención especializada no oncológica:

- Diagnóstico de cáncer en los ancianos que ingresen a cargo de otras secciones/servicios en el hospital o que sean valorados en consultas externas.
- Intervención para corregir los déficits identificados en la Consulta de Cáncer en el Anciano.

Atención especializada oncológica:

- Valoración de todos los ancianos con diagnóstico de cáncer que sean remitidos a nuestra consulta.
- Diseño de un plan de seguimiento y manejo clínico para cada uno de ellos, clasificando a los pacientes en función de los grupos de *Balducci*.²⁰

4.4.3. Consideraciones previas a la intervención: consentimiento informado

Se precisa un documento de consentimiento informado para la administración de quimioterapia, en el caso de que se considere oportuna esta actitud terapéutica. En nuestra sección se emplea el modelo de consentimiento desarrollado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/SEOM_DOC_CONSENTIMIENTO_autorellenable.pdf.

También se requiere de otro documento de consentimiento informado en los casos en los que el paciente acepte formar parte de alguno de los proyectos de investigación desarrollados en dicha consulta. En este último caso, este documento de consentimiento debe estar aprobado previamente por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

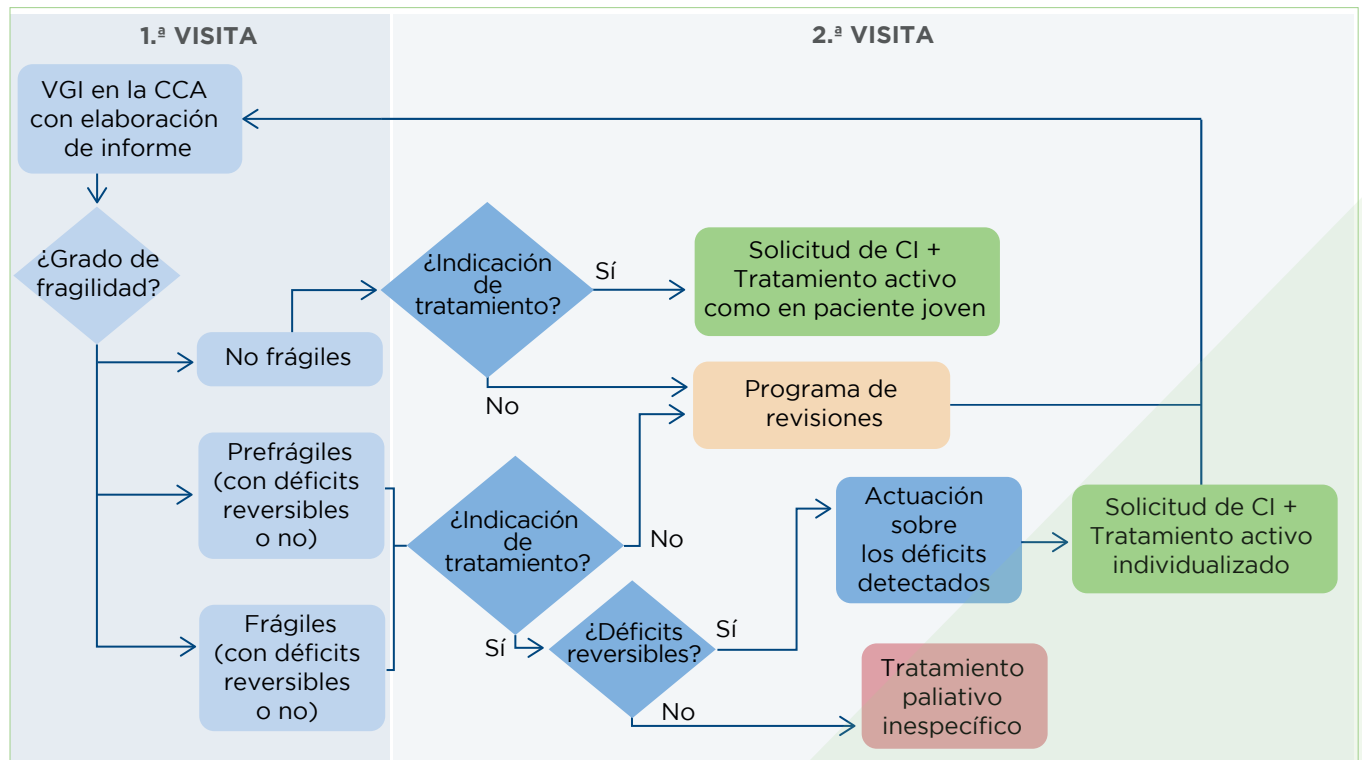
4.4.4. Circuito asistencial

4.4.4.1. Diagramas de las diferentes fases del circuito asistencial

El proceso integral de asesoramiento se subdivide en varias fases:

1.ª visita: dedicada a la valoración adecuada del anciano (aplicación del modelo específico de VGI) e identificación de los casos: pacientes frágiles, prefrágiles o aptos para quimioterapia (v. figura 4).

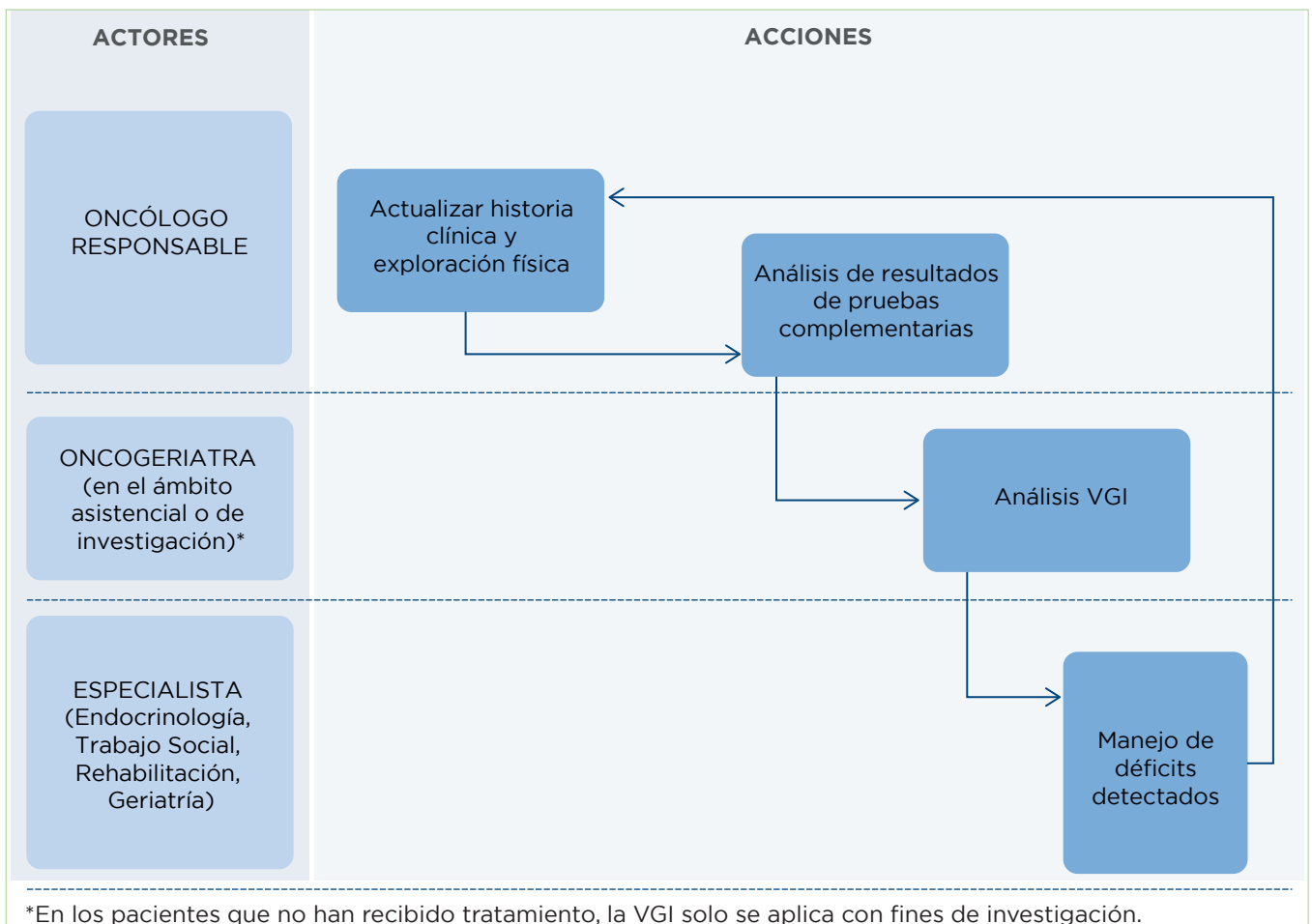
Figura 4. Algoritmo de actuación comprendido entre la 1.ª y la 2.ª visita en función de tipo de fragilidad detectada.



4.4.4.2. Visitas de seguimiento del anciano con cáncer

Las visitas de seguimiento resultan importantes para ofrecer una respuesta asistencial adaptada a los cambios que pueda sufrir el anciano durante su tratamiento quimioterápico (v. figura 5).

Figura 5. Esquema de seguimiento desde la CCA.



4.4.5. Identificación de los casos

Desde cualquier centro de atención primaria o servicio de atención especializada del Área Sanitaria de Cuenca, los médicos que diagnostiquen una neoplasia en un paciente anciano (> 70 años) o que valoren a un anciano oncológico ya diagnosticado pueden remitir a los pacientes a la Consulta de Cáncer en el Anciano a través de una interconsulta o mediante comunicación directa o telefónica.

La identificación de las solicitudes de interconsulta se realiza por cualquiera de los miembros de la Sección de Oncología Médica. Los datos del consultante se registran en una agenda específica propia de la consulta, y se le da una citación según el proceso habitual del centro.

Es en esta fase, dentro de la Consulta de Cáncer en el Anciano, cuando se selecciona a los ancianos con cáncer.

Los pacientes provienen de Atención Especializada No Oncológica y Oncológica del área sanitaria correspondiente al Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

Tras la evaluación de la población recibida en la Consulta, esta se clasifica inicialmente en pacientes sin riesgo, pacientes prefrágiles o pacientes frágiles (v. figura 4), aplicando los criterios de *Balducci*.²⁰

La labor de selección de la población con posible riesgo corresponde a la oncóloga médica de la consulta, especializada en cáncer en el anciano, que ejerce como coordinadora de esta. Su principal función en esta etapa es la valoración del grupo de riesgo de toxicidad grave y la selección del tratamiento en ancianos con cáncer remitidos por otro médico, especialista o no en oncología médica. Cuando, tras realizar esta valoración, se considera que existe un riesgo incrementado de presentar toxicidades graves derivadas del tratamiento de la neoplasia, se inician las maniobras necesarias para revertir los distintos déficits y se evalúa si es preciso o no remitir al paciente para su valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos. Todas estas decisiones se hacen sobre la base de la autonomía y la privacidad del paciente. Las recomendaciones se emiten de forma individualizada.

La valoración inicial del riesgo se basa en las siguientes herramientas:

- Criterios de clasificación.
- Características clínicas y funcionales.
- Comorbilidad.
- Síndromes geriátricos.
- Modelo de toma de decisiones.

4.4.5.1. Criterios de clasificación

En la Consulta de Cáncer en el Anciano se lleva a cabo una valoración geriátrica en todos los pacientes remitidos:

- **En tumores no candidatos de tratamiento con quimioterapia:** este grupo corresponde a neoplasias ya operadas en las que no se requiera adyuvancia (por ejemplo, cáncer de colon estadios I o II de bajo riesgo) o a neoplasias con bajo riesgo de recaída, en las que el tratamiento óptimo, según las guías europeas o las del National Cancer Network, no sea la quimioterapia (por ejemplo, cáncer de mama estadio I con factores de bajo riesgo de recaída y alta positividad de receptores hormonales, en el que se recomienda hormonoterapia). En estos casos, la valoración integral del paciente y la determinación del riesgo de fragilidad permitirán la identificación de déficits asociados a la edad, subsidiarios de maniobras de intervención (rehabilitación, manipulación logopédica, reorientación de los hábitos dietéticos...).
- **En tumores candidatos a quimioterapia:** este grupo corresponde a neoplasias irreseccables o metastásicas y a neoplasias ya reseccadas, en las que el riesgo de recaída tumoral sea elevado y esté recomendado un tratamiento adyuvante (por ejemplo, cáncer de mama estadio II triple negativo o cáncer de colon estadio III).

4.4.5.2. Características clínicas y funcionales

La valoración del estado funcional es un elemento crítico en el cuidado de los ancianos, y puede considerarse una medida que resume el impacto global de la comorbilidad, del contexto ambiental y del soporte social sobre la salud del paciente. Conocer la enfermedad que afecta al anciano es solo una parte de su cuidado; de hecho, el manejo de la enfermedad, en ocasiones, es menos importante que maximizar la función del individuo; por este motivo, la valoración funcional es fundamental en el cuidado inicial del anciano.

La pérdida de función es la vía final común de muchos problemas clínicos en este grupo de edad, es decir, puede considerarse un síndrome geriátrico; a pesar de ello, con frecuencia no llega a detectarse la discapacidad funcional del anciano. El cambio en el estado funcional es una forma de presentación de la enfermedad en los pacientes añosos, tanto de la enfermedad aguda como de la descompensación de problemas crónicos; por tanto, conocer el estado funcional previo nos permite sospechar una enfermedad emergente que se presenta como deterioro funcional; además, posibilita priorizar los problemas y establecer unos objetivos de tratamiento. A mayor deterioro a este nivel, mayor mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios y de la estancia media, mayor consumo de fármacos, riesgo de institucionalización y necesidad de recursos sociales.

4.4.5.3. Comorbilidad

En esta consulta, se determina el índice de comorbilidad de Charlson,²² que puntúa entre 0 y 37. Es el instrumento más extendido en este ámbito. Es una escala sumatoria, de forma que los pacientes con más puntuación presentan mayor probabilidad de fallecer a los 12 meses. La mortalidad por cuartiles de los pacientes estudiados fue: puntuación 0 → 12%; puntuación 1-2 → 26%; puntuación 3-4 → 52%, y puntuación ≥ 5 → 85%. En general, se considera como ausencia de comorbilidad si suma entre 0-1 puntos, comorbilidad baja si suma 2 puntos y alta si ≥ 3 puntos.

4.4.5.4. Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos se definen como problemas de salud multifactoriales que ocurren por la acumulación de alteraciones en múltiples sistemas corporales y que convierten a un anciano en un

individuo vulnerable al estrés diario. Se los califica como “los gigantes de la geriatría”, y su conocimiento es imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica. Son una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento y no caer en el frecuente “viejismo” como modo de interpretar una situación patológica, sea cual sea la edad del individuo.

En los pacientes de edad avanzada no es útil asociar un síntoma a una única etiología, y disponer de estos síndromes, con su amplio diagnóstico diferencial, facilita que se detecte la causa y que posteriormente se apliquen soluciones. El diagnóstico y el tratamiento precoz permiten la recuperación del paciente y evitan el inicio de una cascada de efectos adversos que generan mayor morbimortalidad en este grupo poblacional. La presencia de síndromes geriátricos limita la posibilidad de administrar un tratamiento quimioterápico estándar al anciano.

4.4.5.5. Modelo de toma de decisiones

En función de las características obtenidas en los apartados anteriores, y atendiendo al modelo definido por *Balducci*,²⁰ se procederá a seleccionar el tratamiento para cada paciente (v. figura 4).

El ensayo ESO GIA, por primera vez en la literatura científica, ha mostrado que la toma de decisiones en función de los datos de la VGI o en función del modo tradicional (ECOG-PS, ECOG-*performance status*) implica beneficios para el paciente.

Los resultados de la fase anterior dirigen la actuación en cada paciente. De este modo, en los pacientes con fragilidad o prefragilidad, se inician las maniobras pertinentes de intervención para valorar la reversibilidad, y, por tanto, la posibilidad de administrar tratamiento; los pacientes aptos, se tratarán de igual forma que se haría en un paciente más joven (v. figura 4).

4.4.6. Seguimiento de los casos

Cada paciente anciano continúa las revisiones habituales que se precisen por su patología oncológica, establecidas de forma consensuada en guías oncológicas. Coincidiendo con estas revisiones, se evalúa también la situación del anciano, su funcionalidad y su riesgo de fragilidad. Si en ese momento se está llevando a cabo algún estudio de investigación en la Consulta de Cáncer en el Anciano, se informa a cada paciente de la posibilidad de participación voluntaria (v. figura 5).

El seguimiento se realiza a todos los ancianos, con independencia del tipo de tumor, del estadio tumoral, del resultado de la valoración geriátrica inicial y de que se haya administrado o no algún tipo de terapia antitumoral.

Los objetivos de la fase de seguimiento son, en función de los conocimientos actuales, detectar de forma precoz la recaída tumoral, así como la aparición de algún déficit en cualquiera de las escalas de la VGI del paciente. En este último caso, se remite al anciano al especialista correspondiente.

4.5. Resumen del proyecto (diagrama dirigido a resultados)

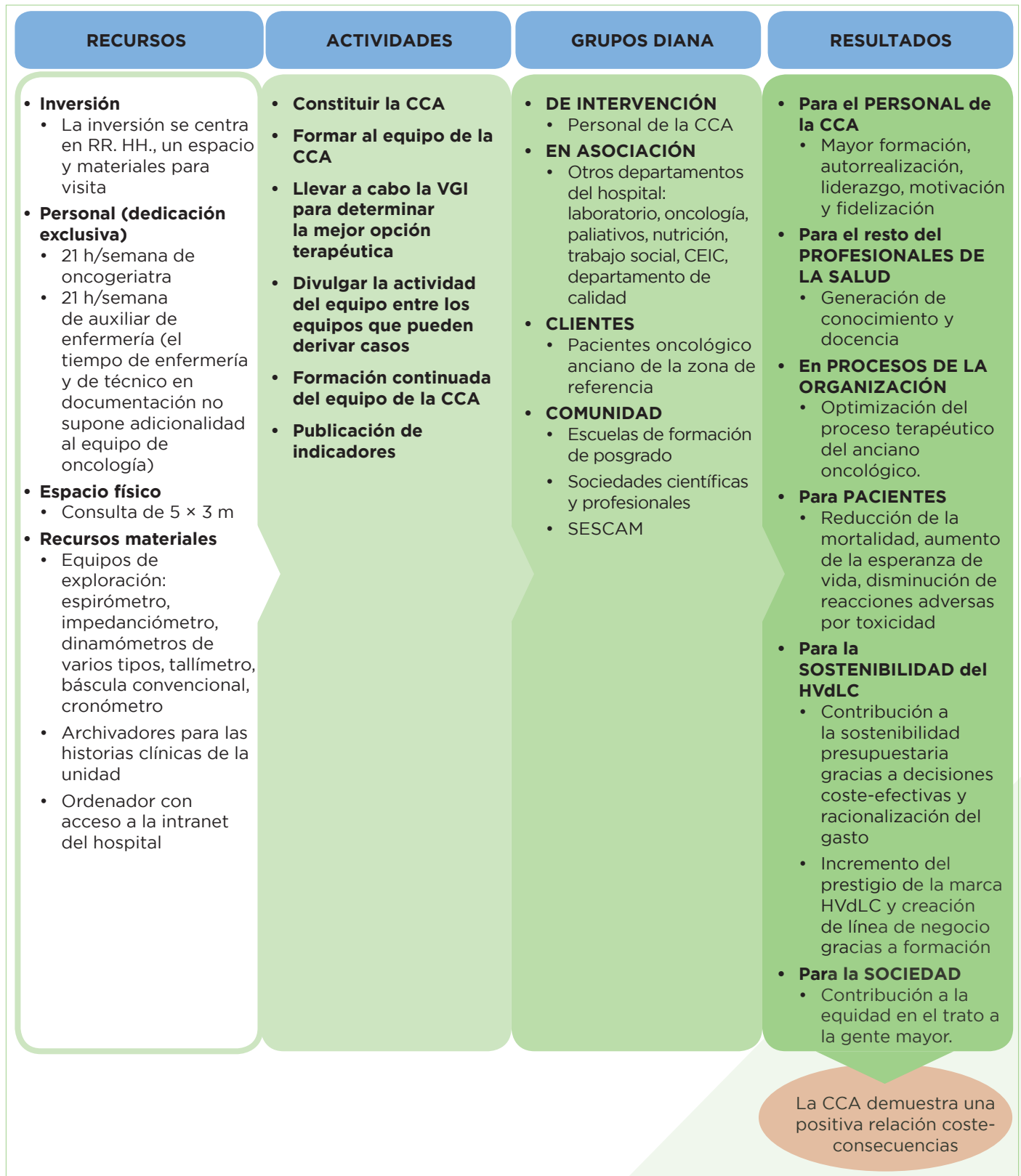
Considerando los recursos (humanos y materiales), las actividades descritas anteriormente, los pacientes y el resto de grupos de interés que se ven influenciados por el proyecto y los resultados que se esperan de este, todos estos elementos pueden resumirse en un diagrama tipo diagrama dirigido a resultados tal y como se expone a continuación (v. figura 6, en la página siguiente).

Un diagrama dirigido a resultados resume una evaluación económica de un proyecto de innovación en el ámbito sanitario. Dichas evaluaciones pueden adoptar diferentes formas en función del carácter con el que se deseen mostrar los resultados, así como en función de los datos de los que se dispongan.

Tal y como se publica en la guía para la valoración económica en enfermería publicada por el Royal College of Nursing de Londres,²³ existen diferentes tipos de valoraciones económicas:

- Coste-beneficio.
- Coste-efectividad.
- Coste-utilidad.
- Coste-minimización.
- Coste consecuencias.
- Coste-evitación.
- Retorno de la inversión social.

Figura 6. Diagrama dirigido a resultados aplicado al proyecto de la CCA. En este caso se ha elegido un análisis coste-consecuencias.



Dado que los beneficios de la reducción de mortalidad y la prevención de efectos adverso tóxicos son difíciles de cuantificar monetariamente, se ha decidido escoger el tipo de análisis coste-consecuencias, dado que este modelo permite expresar todos los beneficios de este proyecto y no precisa complejos cálculos económicos.

5. ¿CÓMO SE HA LLEVADO A CABO? HERRAMIENTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

A continuación se detallan diferentes herramientas de gestión que se utilizaron para facilitar la implementación del proyecto y que cumplen varias características.

Características:

- Sencillas de utilizar.
- Permiten la reflexión sobre los pasos que se van a realizar y los recursos necesarios.
- Contribuyen a clarificar a la organización y a los participantes del proyecto qué se espera de cada uno.
- Contribuyen a prevenir riesgos.

Herramientas:

- Diagrama conductor
- *Stakeholder map*
- Tabla de riesgos
- Herramienta para el Éxito a Largo Plazo (HELP) de la CCA

5.1. Diagrama conductor

La implementación de una CCA, al igual que cualquier otro proyecto de innovación sanitaria, requiere de una serie de pasos estructurados que faciliten la implicación de todos los agentes y la presencia de todos los recursos necesarios.

Los elementos clave para la implementación del proyecto pueden resumirse en un diagrama del tipo diagrama conductor (v. figura 7).

Figura 7. Diagrama conductor aplicado a la implementación de una CCA.

META	FACTOR PRIMARIO	FACTOR SECUNDARIO	INTERVENCIONES
Que el 100% de los pacientes oncológicos mayores de 70 años de la provincia de Cuenca reciban una VGI aplicada por la CCA	Querer (voluntad) Captar la motivación para participar en el proyecto de los servicios candidatos de derivar pacientes (dentro del hospital y procedentes de atención primaria)	Disponer del apoyo de la dirección del hospital	Presentar proyecto a la dirección basado en evidencia, demostrando las ventajas del nuevo modelo con CMI (coste-eficiencia, reducción de la mortalidad y efectos adversos, racionalización del gasto)
		Disponer del apoyo de Comité de Ensayos Clínicos	Presentar informe con metodología que se aplicará e investigaciones
		Disponer de personal motivado para el equipo de la CCA	Realizar presentación motivadora del valor de la innovación en salud como elemento de orgullo profesional para despertar la pasión por el proyecto
		Disponer de colaboradores motivados en los equipos candidatos para derivar pacientes a nuestra unidad (atención primaria)	Realizar presentación de los beneficios de la VGI, de la innovación que supone y de la facilidad y agilidad con que se procesarán las peticiones de valoración
	Poder (fuerza) Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones	Recursos humanos	Presentar presupuesto de los recursos humanos necesarios dimensionado a la actividad esperada
		Espacio físico	Presentar diseño de la consulta requerida con croquis, mobiliario fijo e instalaciones de agua y luz necesarias
		Recursos materiales	Desglose de material inventariable para la creación del presupuesto de mantenimiento Presupuesto para compra de material fungible anual
	Saber (conocimiento) Disponer de un equipo formado	Formación del equipo de la CCA en oncogeriatría	Desarrollo de curso de formación on line sobre la VGI y oncogeriatría
		Formación de servicios candidatos para derivar pacientes en el modelo de la CCA	Campaña de comunicación: vídeo de presentación en YouTube + folleto + correo electrónico con PDF

En este diagrama se establece, a la izquierda, el objetivo general del proyecto, al que se le asocian unos factores primarios, que deben asumirse para alcanzarlo.

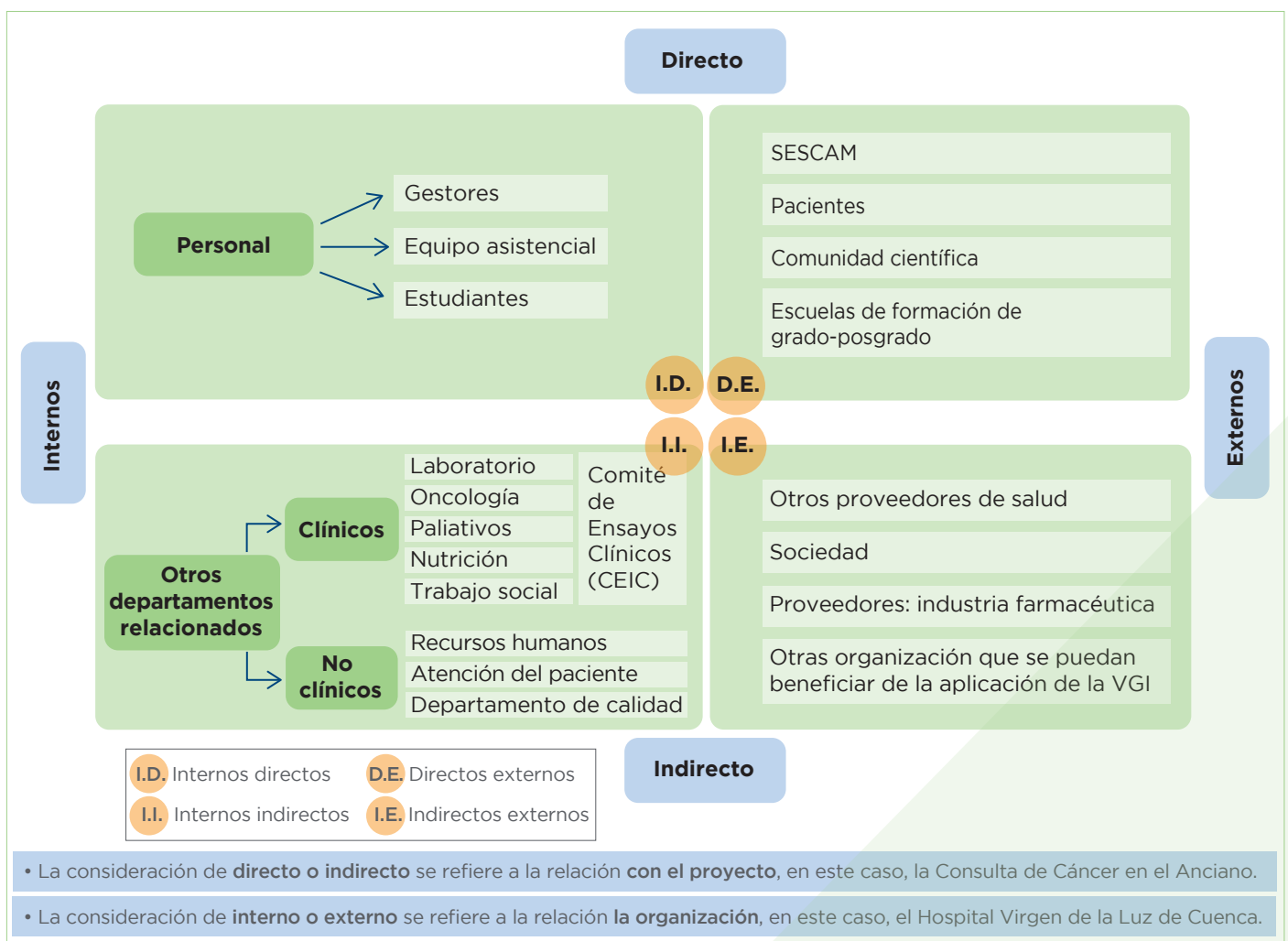
A su vez, la consecución de estos factores primarios se logra completando los factores secundarios asignados a cada uno de ellos. Estos factores secundarios se completan cuando se han llevado a cabo las intervenciones necesarias.

De este modo se concreta un objetivo general (idea-hipótesis-deseo) en intervenciones (acciones-tareas), que pueden asignarse a responsables en un plazo determinado, lo que, posteriormente, puede reflejarse en otro tipo de diagrama de trabajo más operativo, como un diagrama de Gantt (no reflejado en este trabajo).

5.2. Stakeholder map

Un *stakeholder* o grupo de interés consiste en cualquier colectivo que está relacionado o interesado en nuestra unidad de trabajo o proyecto. Se trata de un grupo completamente heterogéneo de interesados cuya identificación y consideración resulta importante a fin de elaborar estrategias y objetivos que contribuyan a satisfacer las expectativas que estos tienen del nuestro proyecto (v. figura 8).

Figura 8. Stakeholder map donde se representan los diferentes grupos de interés y su relación directa-indirecta con el proyecto e interna-externa a la organización.



La identificación de los *stakeholders* de la CCA recuerda que esta es un servicio interconectado que depende de otros servicios y proveedores y, a su vez, otros servicios y colectivos dependen del servicio que la CCA ofrece.

Stakeholders insatisfechos pueden suponer puntos de entropía que presenten dificultades a proyectos

funcionantes, por lo que resulta muy importante, para cualquier unidad de trabajo o proyecto, planificar adecuadamente su alineación de intereses con los de estos, así como fluidificar los procesos de comunicación.

5.3. Tabla de riesgos

Toda implementación de un proyecto innovador supone un salto al vacío, lo que puede traducirse como un número indeterminado de riesgos. Cuanto más previstos estén los posibles riesgos, más recursos se dispondrán para resolverlos cuando aparezcan. El grado 0 de riesgo es prácticamente imposible, porque la naturaleza de un riesgo en una innovación es, por definición, imprevista, dada la multitud de factores interrelacionados que hay que considerar.

Con la intención de minimizar estos riesgos se elaboró una tabla de riesgos, a fin de prever la mejor estrategia para afrontarlos en caso de que se presenten (v. tabla 5).

Tabla 5. Tabla de riesgos previstos antes de la creación de una CCA.

RIESGO	ACCIÓN PARA MITIGARLO	RIESGO RESIDUAL POTENCIAL	ACCIÓN PARA MITIGAR EL RIESGO RESIDUAL	RESPONSABLE DEL RIESGO
Falta de interés inicial por la organización (HVdLC) para llevar el proyecto de la CCA a cabo	Demostración de la evidencia que avala los beneficios de la implementación de una CCA y análisis coste-consecuencias	Todavía escaso interés	Influencia de líderes clínicos en el hospital (médicos y de enfermería) para conseguir apoyo de cara a la gerencia	Coordinador del programa
Interés inicial en la CCA pero pérdida de interés cuando ya está creada	Monitorización de beneficios a través de CMI (implicar la opinión de pacientes) y publicaciones	Nivel de interés para la toma de decisiones y asignación de recursos	Elaboración de posters y gráficas sencillas (potenciando la opinión de los pacientes y asociaciones de pacientes) para evidenciar las mejoras aportadas	
Aumento del gasto en farmacia (quimioterápicos)	Justificación caso a caso de mejoras en el estado general y ahorro en complicaciones y comorbilidades	Balance negativo entre coste y ahorro generado por la VGI	Representación más gráfica del ahorro. Si se precisa, búsqueda de análisis económico-financiero de los beneficios	
Datos postimplementación que no respalden el modelo	Diseño de estudio adecuado. Aplicación rigurosa de la VGI. Readequación de la Escala Molina-Garrido en caso de ser necesario	Críticas a la metodología	Apoyo bioestadístico tanto para rigor científico de los estudios como para enfatización adecuada de las ventajas en la vida de los pacientes	
Sin interés por las escuelas de formación de grado y posgrado	Elaboración de informe en el que se ponga de relieve el valor de la atención especializada para gente mayor en materia oncológica. Descripción de experiencias de formación similares en otros países. Presentación de posibilidades de formación presencial y formación <i>on line</i>	Falta de espacio curricular en los cursos de formación de pregrado y posgrado para este tipo de contenido	“Propuesta para próximos calendarios. Estudio de talleres <i>on line</i> ultrarresumidos con presentación presencial en forma talleres (breves) en vez de clases teóricas “	
Falta de interés por la producción científica y la publicación por parte del hospital	Elaboración de documentos para vender las ventajas de una producción científica activa (en general, no solo asociada a la CCA): incremento del impacto del factor individual y organizacional, desarrollo profesional, imagen de marca institucional, etc.	Todavía escaso interés	Análisis de <i>benchmarking</i> con otros hospitales de similares características (ranking)	

5.4 Herramienta para el Éxito a Largo Plazo (HELP) de la CCA

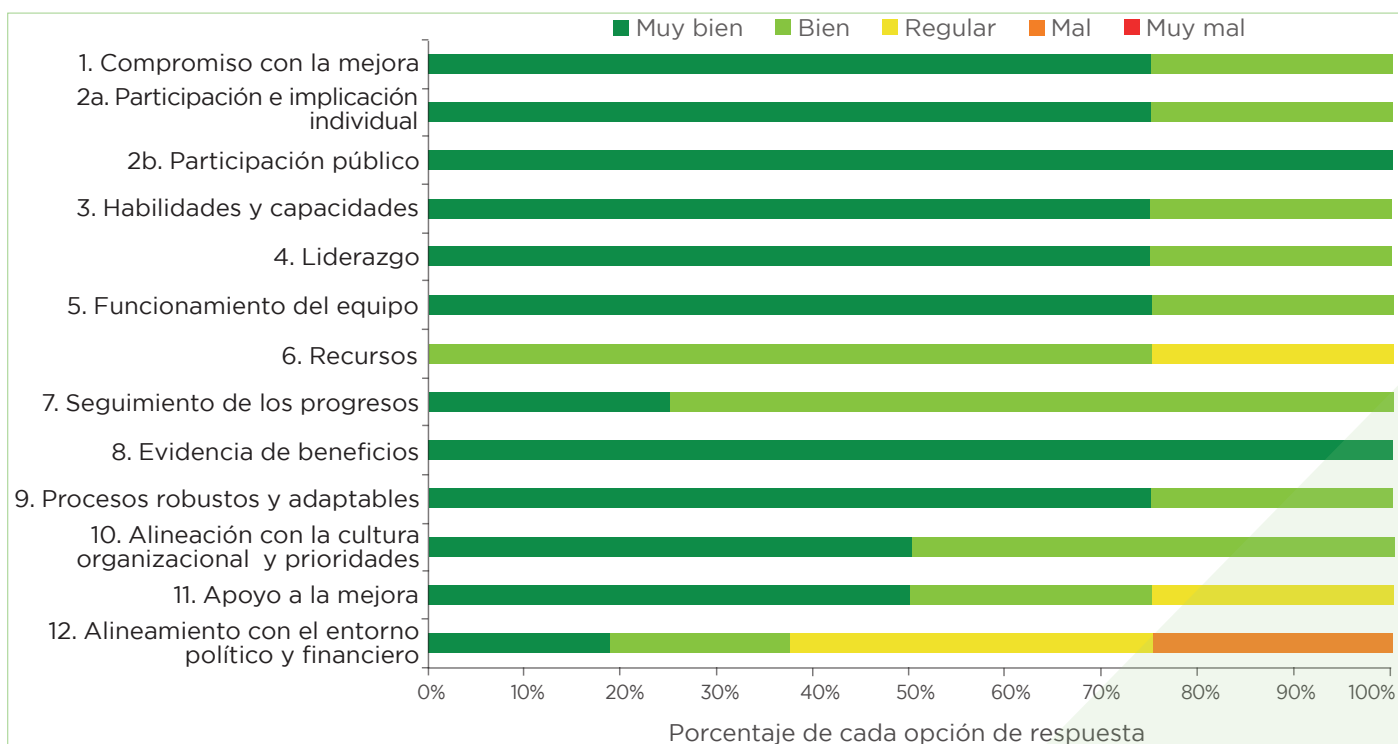
Toda implementación de un proyecto de innovación en el ámbito sanitario presenta incertidumbre. Como la finalidad de todo *project management* es facilitar la implementación de un proyecto con el menor grado de incertidumbre posible, se ha dispuesto de esta herramienta importada del modelo anglosajón. La Herramienta para el Éxito a Largo Plazo (HELP, también conocida como LTST por sus siglas en inglés, *Long Term Success Tool*) facilita una visión los elementos más determinantes para considerar antes, durante y después de la implementación de un proyecto de innovación en el ámbito sanitario.

Esta herramienta está formada por una encuesta de 13 preguntas en la que los diferentes integrantes valoran el estado del proyecto en relación con 12 asuntos principales:

1. Compromiso con la mejora.
2. Participación e implicación individual y del público.
3. Habilidades y capacidades.
4. Liderazgo.
5. Funcionamiento del equipo.
6. Recursos.
7. Seguimiento de los progresos.
8. Evidencia de beneficios.
9. Procesos robustos y adaptables.
10. Alineación con la cultura organizacional y prioridades.
11. Apoyo a la mejora.
12. Alineamiento con el entorno político y financiero.

En nuestro proyecto en la CCA pasamos la HELP en la fase previa a la implementación del proyecto, obteniendo los siguientes resultados (v. figura 9).

Figura 9. Puntuaciones obtenidas tras aplicar la HELP antes de la implementación de la CCA.



Los resultados se consideraron globalmente positivos al identificarse mediante la HELP que se disponía de buen apoyo organizacional, suficiente motivación y talento (conocimiento y pericia para llevarlo a cabo), así como que estaba suficientemente alineada con la cultura de innovación en la organización. Como aspectos mejorables para trabajar durante la fase de implementación, se consideró la asignación de recursos, lo que a su vez estaba en relación con la amenaza del entorno político y financiero adverso presente en España en el año 2011.

Consideramos que el uso de esta herramienta ayudó a trazar objetivos, cuya consecución contribuyó a la sostenibilidad a largo plazo del proyecto. Con base en nuestra experiencia, confirmamos la utilidad de esta herramienta como elemento para la valoración integral de un proyecto innovador en el ámbito de la salud.

6. ¿QUÉ RESULTADOS SE ESPERAN? MAPA ESTRATÉGICO DE INDICADORES Y CMI

6.1. Introducción sobre el mapa estratégico y el cuadro de mando integral

Como en todo proyecto o unidad de trabajo, las diferentes acciones llevadas a cabo esperan unos resultados determinados. Estos resultados se miden a través de indicadores que deben ser lo más cuantificables posible, a fin de dotar de objetividad la efectividad de la intervención.

Para estructurar de una forma sencilla los diferentes indicadores, muy heterogéneos entre sí, que evalúan el progreso de nuestro proyecto, se utilizó la teoría del cuadro de mando integral (CMI) descrita por Norton y Kaplan,²⁴ al tratarse de una herramienta que goza de amplia evidencia de uso en el entorno hospitalario, tanto para la planificación estratégica como para la medición del desempeño de una unidad o proyecto.

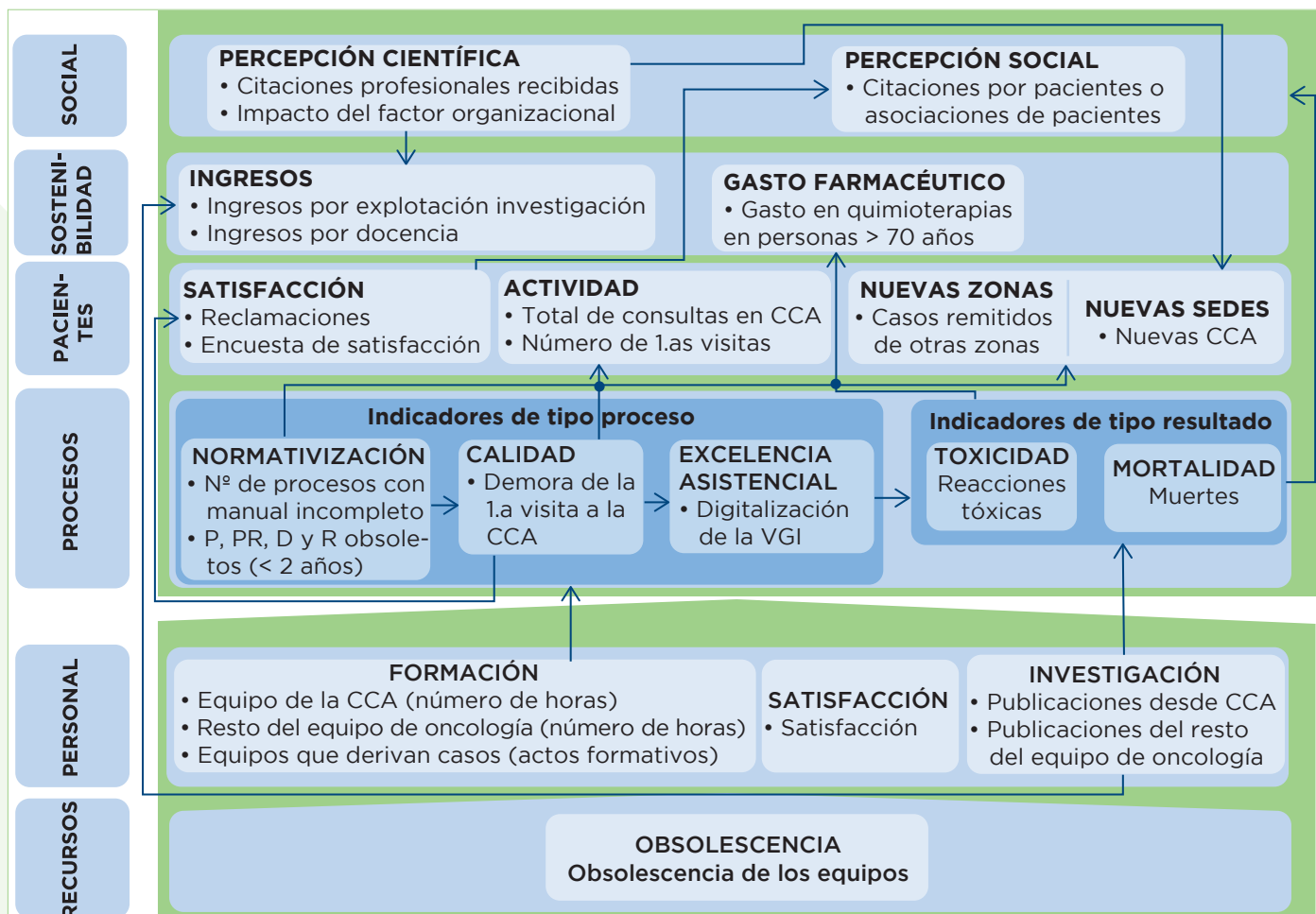
Los mismos autores fueron los creadores de la representación gráfica de estos indicadores a través de su obra *Mapas estratégicos*,²⁵ que ayuda a visualizar de una forma más sencilla los puntos de interés y las relaciones causa efecto entre ellos.

6.2. Mapa estratégico

En primer lugar, se desarrolló un mapa estratégico considerando aquellos puntos que se deseaban medir para evidenciar su estado, con la finalidad de establecer acciones que permitieran avanzar en su progreso.

El mapa estratégico agrupa los diferentes indicadores (también conocidos como KPI por su acrónimo inglés, *key performance indicator*) en agrupadores estratégicos, que a su vez se engloban dentro de una de las seis perspectivas (v. figura 10).

Figura 10. Mapa estratégico de la CCA.



Los diferentes indicadores están relacionados mediante flechas que respetan una relación causa-efecto y que aportan un gran valor predictivo al mapa estratégico.

De este modo, se puede considerar que el empeoramiento presente de un indicador puede suponer una amenaza de deterioro en el futuro de un indicador con el que esté relacionado.

Por ejemplo:

- En el mapa estratégico elaborado para nuestro proyecto, puede verse como “formación” está relacionado con “indicadores de tipo proceso”; esto significa que, si en el momento presente se observara un déficit en la formación del equipo de CCA, podría traducirse en un peor desempeño de alguno de los indicadores de proceso en el corto o medio plazo.
- Se podría considerar que si el indicador de “normativización” (disponer de manuales, protocolos y procedimientos bien definidos) se halla en estado satisfactorio, esto puede facilitar la creación de nuevas CCA en otras regiones, pero el detrimento en este punto puede tener el efecto contrario, es decir, que la falta de claridad en la organización del servicio desanime a otras unidades a seguir nuestro modelo.

6.3. Cuadro de mando integral

La cuantificación de los indicadores sugeridos en el mapa estratégico conforma el CMI (también conocido como BSC por sus siglas en inglés, *balanced scorecard*).

El CMI respeta la misma agrupación de perspectivas → agrupadores → KPI, que aparecen en el mapa estratégico, pero en este caso, se trata además de definir la fórmula de cálculo, la periodicidad y el responsable de recoger ese dato (v. tabla 6).

Para interpretar los datos recogidos es preciso definir un estándar o nivel del indicador deseado, lo que permitirá porcentualizar el logro al comparar ambos valores.

Por ejemplo, si se establece que el estándar (valor deseado u objetivo que se quiere alcanzar) para la demora de la atención a la primera visita es de 3 días y el valor promedio obtenido para un determinado mes es de 3,7 días, esto arroja el resultado de que existe una desviación del 23% respecto del valor establecido como deseable; por tanto, si cumplir con una demora promedio de 3 días suponía conseguir el 100% de objetivo, para este mes, el cumplimiento hubiera sido de un 77%.

Tabla 6. Cuadro de mando Integral para la CCA.

Perspectiva	Agrupador estratégico	Nombre del indicador (KPI)	Fórmula KPI	Periodicidad	Responsable
Recursos	OBSOLESCENCIA	Obsolescencia de los equipos	Años de vida de los equipos / Años de vida útil estimados	ANUAL	Coordinador de la CCA
PERSONAS	FORMACIÓN	Equipo de la CCA (número de horas)	Número de horas de formación presencial u on line pagadas por el HVdLC al equipo de la CCA	MENSUAL	RR. HH.
		Resto de equipo de oncología (número de horas)	Número de horas de formación presencial u <i>on line</i> pagadas por el HVdLC al equipo del departamento de oncología	MENSUAL	RR. HH.
		Equipos que derivan casos (actos formativos)	Número de profesionales a los que se les ha presentado el proyecto	MENSUAL	Coordinador de la CCA
	SATISFACCIÓN	Satisfacción del personal	Promedio de puntuaciones de las valoraciones según encuesta (valoración de 0 a 10)	SEMESTRAL	RR. HH.
PROCESOS	INVESTIGACIÓN	Publicaciones desde la CCA	Número de artículos, posts o cualquier comunicación en medios derivada de la CCA	ANUAL	Coordinador de la CCA
		Publicaciones del resto de oncología	Número de artículos, posts o cualquier comunicación en medios del equipo de oncología (no CCA)	ANUAL	Jefe del departamento de oncología

Continúa en la página siguiente

PROCESOS	NORMATIVIZACIÓN	Nº de procesos con manual incompleto	Número de procesos que tiene pendiente formalizar P, PR, D y R	TRIMESTRAL	Coordinador de la CCA
		P, PR, D y R obsoletos	P, PR, D y R > 2 años	TRIMESTRAL	Coordinador de la CCA
	CALIDAD	Demora de la 1.ª visita a la CCA	Promedio de tiempo de demora entre la derivación y la primera visita por la CCA de todos los pacientes atendidos en la CCA	MENSUAL	Departamento de sistemas
	EXCELENCIA ASISTENCIAL	Digitalización de la VGI	VGI introducidas en sistema digital	MENSUAL	Coordinador de la CCA
	TOXICIDAD	Reacciones tóxicas	Número de eventos declarados como reacción adversa por toxicidad del tratamiento quimioterápico en un paciente valorado por la CCA	MENSUAL	Coordinador de la CCA
PACIENTES	SATISFACCIÓN	Reclamaciones	Número de reclamaciones recibidas por pacientes atendidos en la CCA	MENSUAL	Atención al cliente
		Encuesta de satisfacción	Promedio de la puntuación recogida en la encuesta de valoración (escala de 0 a 10)	MENSUAL	Atención al cliente
	ACTIVIDAD	Total de consultas de la CCA	Sumatorio de visitas (suma de 1.as visitas y visitas de seguimiento) realizadas en la CCA	MENSUAL	Departamento de sistemas
		Número de 1.as visitas	Sumatorio de 1.as visitas en la CCA	MENSUAL	Departamento de sistemas
	NUEVAS ZONAS	Casos remitidos de otras zonas	Sumatorio de 1.as visitas realizadas en pacientes remitidos de fuera de la provincia de Cuenca	MENSUAL	Departamento de sistemas
	NUEVAS SEDES	Nuevas CCA	Creación de nuevas CCA que han recibido el asesoramiento del equipo de la Dra. Molina	ANUAL	Coordinador de la CCA
RESULTADOS	INGRESOS	Ingresos por explotación de investigación	Ingresos derivados directa o indirectamente de la actividad investigadora (incluye mecenazgo asociado a investigación)	MENSUAL	Coordinador de la CCA
		Ingresos por docencia	Ingresos derivados directa o indirectamente de la actividad docente tanto en escuelas como talleres o charlas remunerados	MENSUAL	Coordinador de la CCA
	GASTO FARMACÉUTICO	Gasto en quimioterapias en personas > 70 años	Coste total del tratamiento quimioterápico en pacientes mayores de 70 años	MENSUAL	Farmacia
SOCIAL	PERCEPCIÓN CIENTÍFICA	Citaciones profesionales recibidas	Número de veces que los trabajos asociados a la CCA del equipo de la Dra. Molina han sido citados por cualquier medio	ANUAL	Responsable de imagen corporativa del HVdLC
		Factor de impacto organizacional	Puntuación del factor de impacto del HVdLC	ANUAL	Responsable de imagen corporativa del HVdLC
	PERCEPCIÓN SOCIAL	Citaciones por pacientes o asociaciones de pacientes	Número de veces que la CCA del equipo de la Dra. Molina ha sido citada, mencionada o reconocida de cualquier forma pública	ANUAL	Responsable de imagen corporativa del HVdLC

7. CIERRE

Esperamos que nuestro relato sobre la creación de un proyecto innovador, como lo fue la creación de la Consulta de Cáncer en el Anciano en su momento, ofrezca recursos a otros profesionales sanitarios dedicados a la oncología a organizar sus ideas, darles forma y proponerlas a sus organizaciones, sociedades profesionales o empresas privadas para que estas los puedan ayudar a ponerlas en marcha.

Todos los que estamos implicados con este proyecto creemos que las personas con cáncer necesitan mejoras en sus vidas y tenemos alrededor más manos amigas de las que creemos que nos pueden ayudar a llevar a cabo dichas mejoras; Angelini, con la creación de este concurso, es una de ellas.

ANEXO 1

En el apartado 5.4 se ha utilizado la Herramienta para el Éxito a Largo Plazo (HELP) en la CCA. A continuación, se adjunta la encuesta completa (con permiso de los autores).

Herramienta para el éxito a largo plazo de un proyecto de innovación en el ámbito de la salud

©NIHR CLAHRC Northwest London, Long Term Success Tool adaptada al español²⁶

Esta herramienta tiene como objetivo ayudarlo en la planificación para el éxito a largo plazo de su proyecto. Se le pedirá que evalúe 12 factores que han sido identificados como determinantes de dicho éxito.

Cada calificación debe representar una impresión general de cómo cree que su proyecto está marchando con relación a ese factor. Aporte los comentarios que considere necesarios utilizando las casillas destinadas para ello.

Legenda de valoración

Muy bien

Bien

Regular

Mal

Muy mal

Sin opinión

No sé

A. Por favor, especifique para qué proyecto está completando el formulario:

B. Califique el proyecto en los siguientes factores:

1. Compromiso con la mejora

Mi equipo entiende lo que el proyecto está tratando de lograr y cree que este trabajo conducirá a mejores procesos y resultados.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

2. Participación

A. Tengo la oportunidad de entrar en el proyecto y tengo sentimiento de pertenencia hacia el trabajo. Soy capaz de expresar libremente mis ideas, que son abiertamente consideradas por el equipo.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

B. Hay una amplia participación de los interesados, incluidos los pacientes y los miembros del público, que alimentan regularmente el proyecto.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

3. Habilidades y capacidades

El personal tiene las habilidades necesarias para llevar a cabo la mejora. Las oportunidades de formación y desarrollo están disponibles para todo el personal, voluntarios y otras personas involucradas.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

4. Liderazgo

Mi proyecto cuenta con líderes y/o defensores del proyecto que son respetados y que abogan por la mejora, comunican la visión y gestionan eficazmente el proceso.

Marque la casilla deseada:

- Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

5. Funcionamiento del equipo

Hay una buena dinámica de trabajo en equipo. Hay responsabilidades claras para los individuos y el trabajo es compartido entre el equipo y no se apoya solo en individuos particulares.

Marque la casilla deseada:

- Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

6. Recursos

Mi proyecto cuenta con apoyo financiero sostenible. Tenemos el personal y el equipo necesarios. Puedo dedicarme el tiempo suficiente al proyecto.

Marque la casilla deseada:

- Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

7. Seguimiento de los progresos para la retroalimentación y el aprendizaje

Existe un sistema de monitorización que permite al equipo recoger, administrar y revisar periódicamente los datos. La retroalimentación del proyecto se comparte conmigo y con otras partes interesadas de manera regular.

Marque la casilla deseada:

- Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

8. Evidencia de beneficios

Hay evidencia de beneficios que se derivan del proyecto y esta evidencia es regularmente comunicada y visible para el personal y los pacientes.

Marque la casilla deseada:

- Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

9. Procesos robustos y adaptables

Existe la oportunidad de adaptar el proyecto a las necesidades locales y a la evidencia que pueda surgir de forma emergente.

Se documentan las adaptaciones y se reportan los éxitos y fracasos de los cambios.

Marque la casilla deseada:

Continúa en la página siguiente

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

10. Alineación con la cultura organizacional y prioridades

La mejora que mi proyecto está tratando de lograr está alineada con los objetivos estratégicos y las prioridades de la organización en la que trabajamos, y nuestro trabajo contribuye a estos objetivos. Nuestro trabajo está respaldado por políticas y procedimientos dentro de la organización.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

11. Apoyo a la mejora

Hay valores y creencias en mi organización que enfatizan la necesidad de mejorar. El personal y la gerencia apoyan las iniciativas de mejora, y la mejora continua es la prioridad para la organización, el personal y los pacientes.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

12. Alineamiento con el entorno político y financiero

En mi proyecto existe un ambiente económico y político de apoyo. Mi equipo es consciente de las presiones y los incentivos externos que pueden influir en el proyecto.

Marque la casilla deseada:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal Sin opinión No sé

Comentarios y acciones:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L et al., eds. SEER cancer statistics review, 1975-2000 [internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2003 [consultado 27 abr 2017] Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2000.
2. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L et al., eds. SEER cancer statistics review, 1975-2000 [internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2003 [consultado 27 abr 2017] Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2000.
3. Hurria A, Leung D, Tainor K, Borgen P, Norton L, Hudis C. Factors influencing treatment patterns of breast cancer patients age 75 and older. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003;46(2):121-6.
4. Mandelblatt JS, Hadley J, Kerner JF, Schulman KA, Gold K, Dunmore-Griffith J et al. Patterns of breast carcinoma treatment in older women: patient preference and clinical and physical influences. *Cancer*. 2000;89(3):561-73.
5. Torres OH, Muñoz J, Ruiz D, Ris J, Gich I, Coma E et al. Outcome predictors of pneumonia in elderly patients: the importance of functional assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1603-9.
6. Motzer RJ, Bacik J, Schwartz LH, Reuter V, Russo P, Marion S et al. Prognostic factors for survival in previously treated patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 2004;22:454-63.
7. Bajorin DF, Dodd PM, Mazumdar M, Fazzari M, McCaffrey JA, Scher HI et al. Long-term survival in metastatic transitional-cell carcinoma and prognostic factors predicting outcome of therapy. *J Clin Oncol*. 1999;17:3173-81.
8. Repetto L, Fratino L, Audisio RA, Venturino A, Gianni W, Vercelli M et al. Comprehensive geriatric assessment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group performance status in elderly cancer patients: an Italian Group for Geriatric Oncology Study. *J Clin Oncol*. 2002;20:494-502.
9. Terret C, Zulian G, Droz JP. Statements on the interdependence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2004;52(2):127-33.
10. Chaïbi P, Magné N, Breton S, Chebib A, Watson S, Duron JJ et al. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;79(3):302-7.
11. Aaldriks AA, Maartense E, le Cessie S, Giltay EJ, Verlaan HA, van der Geest LG et al. Predictive value of geriatric assessment for patients older than 70 years, treated with chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;79(2):205-12.
12. Balducci L, Colloca G, Cesari M, Gambassi G. Assessment and treatment of elderly patients with cancer. *Surg Oncol*. 2010;19(3):117-23.
13. Ingram SS, Seo PH, Martell RE, Clipp EC, Doyle ME, Montana GS et al. Comprehensive assessment of the elderly cancer patient: the feasibility of self-report methodology. *J Clin Oncol*. 2002;20:770-5.
14. Balducci L. The geriatric cancer patient: equal benefit from equal treatment. *Cancer Control*. 2001;8(Suppl 2):1-25.
15. Overcash JA, Beckstead J, Moody L, Extermann M, Cobb S et al. The abbreviated comprehensive geriatric assessment (aCGA) for use in the older cancer patient as a prescreen: scoring and interpretation. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006;59(3):205-10.
16. Molina-Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Development of a cancer-specific comprehensive geriatric assessment in a university hospital in Spain. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77(2):148-61.
17. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011;29(25):3457-65.
18. Hurria A, Mohile S, Gajra A, Klepin H, Muss H, Chapman A et al. Validation of a prediction tool for chemotherapy toxicity in older adults with cancer. *J Clin Oncol*. 2016;34(20):2366-71.
19. Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer*. 2012;118(13):3377-86.
20. Balducci L. Aging, frailty and chemotherapy. *Cancer Control*. 2007;4(1).
21. Corre R, Greillier L, Le Caër H, Audigier-Valette C, Baize N, Bérard H et al. Use of a comprehensive geriatric assessment for the management of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: the phase iii randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 study. *J Clin Oncol*. 2016;34(13):1476-83.
22. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. Índice de comorbilidad de Charlson [internet]. Sevilla: SAMUIC; 2012 [consultado 27 abr 2017]. Disponible en: <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-evaluadores-pronosticos/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci.html>.
23. McMahon A, Hoong Sin C. A guide to economic assessment in nursing [internet]. Londres: RCNi; 2015 [consultado 27 abr 2017]. Disponible en: https://rcni.com/sites/rcn_nspace/files/Economic-Assessment-2015.pdf.
24. Kaplan, R, Norton. D, El cuadro de mando integral. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 1997.
25. Kaplan, R, Norton. D, Mapas estratégicos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2004.
26. Lennox L, Doyle C, Reed JE, et al What makes a sustainability tool valuable, practical and useful in real-world healthcare practice? A mixed-methods study on the development of the Long Term Success Tool in Northwest London *BMJ Open* 2017;7:e014417. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014417.