

COMITÉ DE TUMORES

Carlos Jara Sánchez, Juan Carlos Cámara Vicario
Unidad de Oncología Médica.
Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La atención oncológica es un proceso multidisciplinario. La sentencia es magnífica y figura bien en cualquier presentación en diapositivas que se refiera al manejo de un tumor dado; sin embargo, no es tan habitual el trabajo sistematizado, al lado de colegas de otras especialidades que se ocupan de la patología tumoral concreta, en la definición de procedimientos y protocolos y en la valoración y toma concreta de decisiones del paciente real. No es posible realizar una labor asistencial verdaderamente multidisciplinaria sin Comités de Tumores.

La necesidad del trabajo conjunto de varios especialistas deriva de la complejidad de muchas de las patologías oncológicas. A menudo hay situaciones límite en que la decisión de una intervención o un tratamiento quimioterápico no es nítida y requiere el concurso de opiniones diferentes. Aspectos anatómo-patológicos; quirúrgicos o médicos (“*el paciente presenta una hepatopatía etílica o un estado general deficiente*”) añaden matices a la toma de decisiones, que se convierte así en un proceso complicado y plagado de incertidumbres. La discusión del caso desde todos sus puntos de vista, con las aportaciones de cada uno de los integrantes del grupo facilita la decisión asistencial y proporciona al mismo tiempo refuerzo a cada uno de los participantes.

Desde un punto de vista de gestión de recursos sanitarios el trabajo oncológico mediante Comité de Tumores proporciona un uso más económico y racional de aquéllos. El trabajo *simultáneo* de los diferentes especialistas permite *compartir el mismo tiempo médico* para el conocimiento del caso y la toma de decisiones que conlleva. Con un ejemplo concreto de cáncer de pulmón, el reparto “clásico” de papeles y tareas implicaba la valoración por Neumología de una masa pulmonar (*Rx de tórax patológica remitida por Médico de Atención Primaria*), la solicitud de estudios de imagen adicionales (*TAC toraco-abdominal*) seguidos de estudios de diagnóstico histológico (*broncoscopia*,



PAAF), que llevarán a la toma de una decisión terapéutica. Cuando los hallazgos radiológicos no sean claramente definitorios (en nuestro ejemplo *dudas acerca de la invasión de grandes vasos por la masa*) será precisa la revisión minuciosa de las imágenes del caso con el radiólogo, primero, seguido de una Interconsulta al Cirujano Torácico para proponer la decisión de cirugía radical. Si pasados unos días/semanas finalmente éste desestima la intervención quirúrgica, devolviendo el caso al neumólogo solicitante, éste volverá a solicitar –nueva petición de Interconsulta– la valoración de quimioterapia neoadyuvante a Oncología. Como resulta que tras la evaluación por este especialista la mejor terapia planteable es el tratamiento quimio-radioterápico concomitante, habrá de solicitar una nueva Interconsulta, esta vez al radioterapeuta, para incluir el caso en dicho programa.

Fácilmente puede comprenderse que esta cascada de sucesivas evaluaciones conlleva inconvenientes y deficiencias diversos: a) sobrecargan al paciente/familiares que, aparte de actuar como mensajeros acarreando diferentes volantes, han de citarse y acudir a múltiples consultas donde reciben valoración; b) aumentan el intervalo de tiempo transcurrido desde la sospecha de neoplasia hasta el inicio del tratamiento oncológico específico; y especialmente c) al trabajar cada especialista por su cuenta, no accede a esa ganancia extra de información que sólo el intercambio simultáneo de opiniones proporciona, lo que puede traducirse en decisiones clínicas no completamente ajustadas al conjunto de características del caso. Un ejemplo claro de la ganancia obtenida es la mejora del acceso a información anatómo-patológica. En lugar de esperar a citar en consulta para la recepción y valoración del resultado de una biopsia o punción, o de una intervención quirúrgica oncológica, el especialista simplemente solicita valoración del caso en una Sesión del Comité de Tumores. En ésta el patólogo aportará la información pertinente (a menudo estimulado precisamente por el compromiso de tener que comentar los datos). Como consecuencia de los hallazgos AP el caso podrá ser citado al mismo tiempo en varios Servicios (por ej. Oncología Médica, Radioterapia) de forma directa a través de la Secretaría de Comité.

La valoración en Comité de Tumores no debiera en ningún caso comportar un retraso en la asistencia al paciente. De hecho sucede lo contrario: frente a la sistemática “tradicional” en Interconsultas encadenadas sucesivamente ante procesos oncológicos complejos, la evaluación simultánea del caso en Comité y la también simultánea realización de citaciones en diferentes Servicios/Unidades permite acortar tiempos. El Comité de Tumores debe ahorrar pasos asistenciales (en vez de aumentarlos), simplificando la burocracia hospitalaria.

Otra ventaja nada desdeñable desde una perspectiva de gestión de recursos humanos es que, frente a actitudes de distanciamiento o incluso recelo, los profesionales que mantienen comunicación no sólo periódica sino sistemática con los compañeros de otras especialidades tienden



en un proceso gradual a aunar criterios clínicos y a establecer relaciones de equipo, más allá de las fronteras naturales del propio Servicio.

El trabajo en Comité de Tumores permite también compensar con facilidad la frecuente ausencia de determinados Servicios sofisticados (especialmente quirúrgicos) en Centros de tamaño pequeño o mediano. Así, la ausencia de un Servicio de Cirugía Torácica puede solventarse si de forma periódica se destaca un cirujano torácico, procedente del hospital de referencia, a las Sesiones de Comité de Pulmón donde podrá conocer y valorar los casos, colaborando en la decisión de cirugía, y –de gran importancia– facilitando el proceso de transferencia y citación de pacientes en su propio Centro.

No parecen existir muchas dudas a este respecto: en la medida en que el manejo oncológico se hace más complicado e implica la interacción de múltiples especialistas a lo largo del proceso asistencial, se hace más necesario el establecimiento de *foros de evaluación, discusión y organización de casos*. Eso justamente es el Comité de Tumores.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO: ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE TUMORES

Funciones del Comité de Tumores

El Comité de Tumores tiene múltiples funciones:

- a) **Asesoramiento clínico** en el manejo del caso: decisión diagnóstica y/o terapéutica. Esta sin duda es la función principal. Cualquier médico es auxiliado en la toma de decisiones por los compañeros especialistas del Centro con la simple solicitud de evaluación de un caso. Más aún, en un mismo proceso se produce la transferencia del paciente entre especialidades con arreglo a la decisión del Comité.
- b) **Organización de los flujos de pacientes.** Idealmente el Comité debería tener una secretaria se ocupara de organizar la atención según las decisiones tomadas: citar al paciente en una consulta o para la realización de un estudio de imagen. En cualquier caso evitar el recurso al *paciente-que-solicita-cita* haciendo cola en los Servicios de citaciones.
- c) **Protocolización de patologías.** De forma periódica los miembros de cada sesión de comité debieran efectuar un ejercicio de reflexión sistemática de la patología propia de ese comité a efectos de protocolización. Se repasarán los flujos de acceso, los procedimientos asis-



tenciales y se revisarán en general todas las decisiones clínicas y actuaciones de acuerdo a las novedades de la literatura.

Sesiones y participantes

El Comité de Tumores del centro se organiza por **sesiones diferentes** para cada uno de los diversos tumores (mama, pulmón, tumores de cabeza y cuello, digestivos, etc). Cada una de las sesiones está asignada a un día y hora de la semana.

Se reconocen diversos papeles en el funcionamiento cotidiano de una sesión de comité, variables en algunos casos entre sesiones.

Miembro del Comité: médicos que participan sistemáticamente en la valoración de casos de una patología tumoral dada. Suele tratarse de 1-2 médicos por servicio. Constituye el representante habitual de un Servicio en dicho comité, coincidente con el reparto de patologías en el seno de los Servicios.

Solicitante: médico que solicita la valoración de un caso clínico en una determinada Sesión de Comité. Cualquier médico del Centro, incluyendo los propios miembros permanentes puede solicitar valoraciones en una sesión.

Responsable de Sesión: médico miembro del Comité que resume cada uno de los casos y las deliberaciones. Toma notas sobre la Decisión y el Plan de actuación. De alguna forma da fe de lo allí comentado y firma el Acta de la Sesión.

Secretario: administrativo/a que organiza y coordina las tareas relacionadas con la Sesión de Comité, la documentación clínica (electrónica y de papel) y las actuaciones asistenciales. Ver más adelante tareas administrativas.

Descripción del funcionamiento habitual

El funcionamiento característico para el evaluación de un caso en comité incluye múltiples casos tanto de envío de información como de vuelta de la misma, a modo de *feed-back*.

Solicitud de evaluación

Cualquier médico del Hospital (más aún, del Area Asistencial asignada al Centro) puede solicitar valoración de un caso en Comité de Tumores. Se dispondrá de un formulario de papel que se cursa a Secretaría de Comité, expresando en resumen las características del paciente. En



Centros informatizados este formulario puede ser electrónico, quedando constancia de la solicitud en la historia clínica electrónica.

Convocatoria de la Sesión

La Secretaría de Comité recoge todas las solicitudes recibidas, que se citan para una sesión determinada según del *tumor* de que se trate. Efectúa la convocatoria oficial de la Sesión, de forma anticipada a fin de que determinados especialistas como radiólogos o patólogos puedan revisar los casos y procesar información pertinente para su presentación en la Sesión. Así, enviará al conjunto de miembros permanentes de la Sesión de Comité un documento de convocatoria (en formato de papel o como documento electrónico) con los casos a presentar, incluyendo resumen y médico solicitante.

Celebración de la Sesión

Durante la sesión se van valorando sucesivamente todos los casos presentados. La secretaria toma nota de los asistentes a la sesión y de quién dirige la misma en ese día. El responsable de la sesión toma notas acerca de los comentarios efectuados sobre cada caso por los diferentes miembros. Además recogerá de forma sistemática la Decisión tomada y el Plan Asistencial.

- **Decisión tomada:** hace referencia a la decisión asistencial, por ej. quimioterapia. Existe un listado de posibles decisiones a tomar:
 - *Cirugía Radical/Diagnóstica*
 - *Quimioterapia*
 - *Radioterapia*
 - *Otros tratamientos Oncológicos*
 - *Seguimiento sin tratamiento activo*
 - *Completar estudios*
 - *Revaluación Posterior en Comité*

Es frecuente que tras las deliberaciones se concluya que es conveniente efectuar un estudio adicional antes de tomar una decisión definitiva. En ese caso las decisiones serían *completar estudios* y *revaluación posterior en Comité*.

- **Plan Asistencial:** hace referencia en este caso a qué actuación asistencial concreta se realizará sobre el paciente. Habitualmente se trata de citar el paciente en una consulta de un determinado Servicio o incluir el caso para programación quirúrgica. En otros casos el plan pue-



de ser remitir a otro Servicio de otro Centro. Se admite la asociación de varios planes asistenciales para una valoración en Comité. Existe también un listado de posibles planes:

- *Citación en consulta de (...)*
- *Programación Quirúrgica*
- *Traslado a otro Centro*
- *Pasa a Cuidados Paliativos*
- *Ingreso hospitalario*

Acta de la Reunión y Actuaciones asistenciales

La Secretaria de Comité se ocupa habitualmente de las tareas subsiguientes a la reunión. La sesión de Comité de Tumores es una reunión oficial de la que debería quedar constancia documental. Con arreglo a las notas tomadas por el Director de la sesión, en primer lugar se colocará en la historia de cada paciente valorado un documento que refleje detalles de las deliberaciones del caso, que podrá así auxiliar al médico responsable en las actuaciones asistenciales subsiguientes. En segundo lugar se remitirá a todos los asistentes a la Reunión un documento resumen del conjunto de casos evaluados, incluyendo a) resumen de deliberaciones, b) decisión tomada y c) plan asistencial previsto. Permite cerrar el circuito de información y dar la posibilidad de detectar errores o imprecisiones en relación con algún comentario.

Por último la Secretaría de Comité de Tumores se ocupará de las actuaciones asistenciales, previstas en el apartado *Plan* de cada caso. Se efectuarán citas en múltiples consultas, petición de estudios complementarios, programación quirúrgica, etc. En la figura 1 se muestra un ejemplo (paciente figurado) de Hoja de Dictamen del Comité de Tumores.

Figura 1

LISTA DE DICTÁMENES DE COMITÉ DE TUMORES DE PULMÓN (05/01/2005)

Director de Sesión: nombre doctor
Asistentes: nombres asistentes

Paciente: Nombre Paciente
Nº Historia: 1111
Fecha de solicitud: 04-ene-05
Médico Solicitante: Dr. DETERMINADO
Sesión: Pulmon (05/01/2005)

RESUMEN PREVIO:

Varon de 76 años ca de pulmon resecao 1991, (lobectomía inf izq en H. Ramon y Cajal), adenocarcinoma de colon estadio III resecao dic 2003 seguido de QTP adyuvante. Presenta dos nodulos de nueva aparicion en LII. Se presenta el caso para valorar PAAF pulmonar y posible resecao bilidad.

DECISIÓN:

1º COMPLETAR ESTUDIOS Y REVALUACION
Se plantea realización de estudios adicionales. Se volverá a valorar el caso en Comité de Tumores con posterioridad (tras nueva solicitud por su Médico).

PLAN:

1º CITA EN CONSULTA ONCOLOGIA MEDICA
Se efectúa citación en consulta, que se solicita por Secretaría de Comité mediante correo electrónico a la Auxiliar de consulta respectiva.

COMENTARIOS:

Se plantea hacer broncoscopia (dado el antecedente). Se espera a resultados de PET y se reevaluará posteriormente.

TRABAJO HABITUAL DE LOS COMITÉS DE TUMORES

Para el caso del Comité de Tumores de Mama hay motivos frecuentes que llevan a la presentación de un caso concreto. La lista abajo presentada no pretende ser exhaustiva.

Mama

- Hallazgo de lesión sospechosa mamaria en estudios de imagen: presentación del caso y programación de estudios anatómo-patológicos adicionales: PAAF, core-biopsia.



- Presentación tras prueba diagnóstica confirmatoria de malignidad (por ej. tras core-biopsia mamaria) a fin de plantear cirugía oncológica.
- Tras cirugía oncológica (mastectomía, cirugía conservadora) para conocimiento de resultado AP definitivo y planteamiento de tratamiento adyuvante por Oncología.
- Presentación de recidiva loco-regional para planteamiento de resección de tumor.

Pulmón

- Hallazgo de imagen radiológica sospechosa (tras TAC habitualmente) para la realización de procedimientos diagnósticos adicionales: PAAF, broncoscopia.
- Presentación de caso con y estudios de imagen y diagnóstico histológico confirmado para decisión terapéutica: cirugía vs quimioterapia neoadyuvante vs quimioterapia paliativa.
- Hallazgo durante el seguimiento de cualquier paciente oncológico de imágenes sospechosas de tumor primario vs metástasis para realizar estudios adicionales o cirugía torácica.
- Presentación tras cirugía torácica para conocimiento de AP definitiva y eventual planteamiento de quimioterapia adyuvante o seguimiento periódico.

Digestivo

- Hallazgo de lesión endoscópica con confirmación biópsica de malignidad para planteamiento de cirugía de intención radical.
- Hallazgo de metástasis hepáticas de origen no establecido para realización de prueba diagnóstica que permita obtener confirmación AP (habitualmente PAAF).
- Planteamiento de cirugía de enfermedad metastásica: hígado, carcinomatosis peritoneal, recidiva pre-sacra con planteamiento de cirugía de rescate de metástasis.
- Presentación tras cirugía digestiva para conocimiento de AP definitiva y eventual planteamiento de quimioterapia adyuvante o seguimiento periódico (colon, gástrico).

ORL

- Hallazgo de lesión en exploración ORL con confirmación biópsica de malignidad para planteamiento de cirugía de intención radical.
- Hallazgo de metástasis ganglionares laterocervical/supraclavicular por carcinoma epidermoide de origen desconocido para planteamiento de decisión terapéutica: cirugía vs quimioterapia vs quimioterapia + radioterapia concomitante.
- Presentación de recidiva laterocervical de tumor previamente sometido a cirugía.

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO

Como cualquier otra actuación asistencial la actividad del Comité de Tumores debe quedar reflejada en un cuadro de mando a través de un conjunto de indicadores específicos. Dichos indicadores permitirán como siempre cuantificar la actividad realizada, detectar cambios y tendencias en el tiempo y ayudarán en la planificación sanitaria. Se hace sencillo –en especial en su funcionamiento informatizado– monitorizar la calidad sanitaria del circuito asistencial como por ej. intervalo de tiempo que transcurre desde la sospecha diagnóstica hasta la cirugía radical, o tiempo hasta el inicio de adyuvancia.

Pueden reconocerse diversos Indicadores de funcionamiento de Comité de Tumores, que como es habitual se cuantifican por unidad de tiempo (por mes, por año):

- *Sesiones efectuadas*: se desagregan por tipos de sesiones (mama, pulmón, etc.).
- *Casos Valorados*.
- *Pacientes diferentes Valorados*.
- *Índice de rotación (casos/pacientes valorados)*: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en Comité.

SITUACIÓN DE LOS COMITÉS DE TUMORES EN NUESTRO PAÍS

Durante los meses febrero a mayo de 2004 se ha cursado una encuesta por correo a través de la Secretaría de la SEOM acerca de la disponibilidad de Comité de Tumores en los diversos



Centros. Han contestado a la encuesta un total de 72 unidades de Oncología. Se dispone de Comité de Tumores en alguna de sus modalidades en 67 Centros.

Por Comunidades Autónomas, Cataluña es la que ha reflejado mayor presencia de esta institución asistencial: nada menos que 16 de sus hospitales cuentan con Comité de Tumores, seguida de Madrid.

En la tabla 1 se muestra la distribución general de Comité de Tumores y recursos asignados (en función de las contestaciones proporcionadas a la encuesta efectuada). Sorprende la precariedad de medios: en la mayoría de los Centros existe reflejo en la historia clínica de la decisión tomada en el Comité de Tumores, incluso a pesar de la ausencia de Administrativo que organice estas tareas. En 48 hospitales se levanta Acta de la Sesión y sus decisiones. Puede afirmarse que falta apoyo institucional en forma de recursos administrativos dedicados a esta importante labor asistencial: el 27% de los Centros cuentan con Secretaría de Comité. Esto puede explicar que sólo en el 68% de los casos exista un Acta de las deliberaciones de cada caso presentado y el consiguiente apunte en la historia clínica. En el resto es de suponer que de las conclusiones no queda constancia escrita. Es razonable reconocer que en esta cuestión es mucho lo que queda por mejorar y ello depende en gran medida de los gestores sanitarios que deberán proporcionar soporte a la constitución y funcionamiento de los Comités de Tumores.

Tabla 1

	Nº Centros	Soporte Administrativo	Acta en Historia Clínica
Andalucía	6	2	2
Aragón	2	0	2
Asturias	2	0	1
Comunidad Valenciana	9	1	9
Canarias	2	0	2
Cantabria	1	1	1
Castilla-La Mancha	2	1	1
Castilla-León	3	0	0
Cataluña	16	8	14
Extremadura	1	1	1
Galicia	6	1	5
Comunidad Balear	2	0	2
La Rioja	1	0	0
Madrid	10	4	6
Murcia	0	0	0
País Vasco	4	0	3

En la tabla 2 aparece la disposición de Comités de Tumores en los diversos Centros que han contestado a la encuesta remitida. De entre todos las Sesiones de Comité, los de Mama y Digestivos son los más frecuentes, ambos presentes en 57 casos (79%), seguido del Pulmón 54 casos (74%), tumores ORL 41 (56%) y Ginecología 38 casos (52%).



Tabla 2

	Mama (%)	Pulmón (%)	ORL (%)	Ginecología	Digestivos (%)
Comité presente	79	74	57	52	79
Reuniones con regularidad	94	98	93	86	93
Participa Oncología	98	100	95	97	100
Revaluaciones:					
Por cirugía	85	96	77	100	89
Tras cambio de Qt	25	31	36	47	21
Protocolo disponible	95	85	64	58	82

CONCLUSIONES

El trabajo asistencial oncológico para ser ciertamente multidisciplinario requerirá del funcionamiento de Comités de Tumores, organizados por patologías en los que se integran todos los especialistas implicados en la atención a una patología oncológica específica, en formato de Reunión periódica, habitualmente semanal. En relación con su funcionamiento se considera útil la convocatoria previa de cada Sesión comunicándose los casos a evaluar seguida tras la Sesión de la generación de Dictámenes, presentes luego en la historia clínica del Centro. Por último, parece claro que la protocolización por los Comités de los diversos tumores por un lado y la revisión de los circuitos de funcionamiento por otro son actividades convenientes para la autoevaluación de la calidad asistencial prestada.

Parece deseable que las Autoridades Sanitarias se impliquen en el desarrollo de los Comités de Tumores en el ámbito de la Sanidad española, promoviendo el trabajo en equipo, la protocolización de las actuaciones oncológicas y la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales.



BIBLIOGRAFÍA

1. Castel P, Blay JY, Meeus P et al. Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology. *Bulletin du Cancer* 2004; 91: 799-804.
2. Levin M. Multidisciplinary approach to breast cancer management. *Drug News & Perspectives*. 2004; 17: 206-12.
3. August DA, Carpenter LC, Harness JK et al. Benefits of a multidisciplinary approach to breast care. *J Surg Oncol* 1993; 53: 161-7.
4. Fleming ID. Multidisciplinary treatment planning. Tumor boards. *Cancer*. 1989; 64 S: 279-81.

