

Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana
Llibre de Ponències (2000), p. 389-392

LA RELACIÓ ENTRE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA I ELS SERVEIS D'ONCOLOGIA

RAFAEL FUENTES

Servei d'Oncologia. Hospital de Santa Caterina. Girona

INTRODUCCIÓ

Catalunya és probablement el territori de l'Estat amb un nombre més gran de serveis d'oncologia comparativament amb altres comunitats. En el nostre Principat, l'atenció especialitzada al malalt oncològic té poc més de cinquanta anys, coincidint amb la fundació del Servei d'Oncologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Amb posterioritat les altres unitats oncològiques es van anar ubicant en centres de Barcelona de tercer nivell (Hospital Clínic, Vall d'Hebron, etc.). Donat que cada servei ha tingut un origen diferent, la seva estructura organitzativa ha diferit notablement d'un lloc a l'altre. Així, tenim unitats d'oncologia originades a partir de serveis de medicina interna, de radioteràpia, o bé que s'han originat com a unitats independents. No és fins al 1976 que es crea el primer Servei d'Oncologia fora de Barcelona, a l'Hospital de Santa Caterina de Girona, i amb poca diferència de temps el de l'Hospital Sant Joan de Reus (Tarragona). A partir dels anys 80, s'inicia una expansió de l'oncologia a nivell de la xarxa d'hospitals comarcals fins al punt que actualment, la majoria d'aquests centres disposen d'atenció oncològica.

MARC ORGANITZATIU

Aquesta breu introducció històrica pretén il·lustrar la gran diversitat organitzativa que tenen els serveis d'oncologia del Principat. És això el que marcarà la manera en què cada un d'ells es relacionarà amb el seu entorn i l'assistència primària de la seva àrea d'influència sanitària. La interconnexió entre l'assistència primària i les unitats d'oncologia s'ha d'enfocar en els tres àmbits fonamentals de la medicina: l'assistència, la docència i la investigació.

Respecte a l'assistència, en el moment actual, la major part de les unitats d'oncologia es poden emmarcar dins d'un dels següents esquemes organitzatius:

- 1) Unitat d'Hospital Terciari amb un servei d'oncologia mèdica i un de radioteràpia oncològica d'alta/mitjana tecnologia.
- 2) Centre de referència provincial amb una unitat d'oncologia mèdica i una de radioteràpia de tecnologia bàsica.
- 3) Unitats d'oncologia comarcal que únicament disposen d'oncologia mèdica, en

aquests darrers casos l'oncologia pot estar únicament representada per un consultor que amb una freqüència pactada orienta els casos que genera el Centre o ser petits serveis d'oncologia que en alguns casos estan representats per un únic membre (en alguns casos poden ser de dos a tres).

D'altra banda, l'assistència primària també té diverses fórmules organitzatives, que podríem resumir en:

- 1) Àrees Bàsiques reformades.
- 2) Centres no reformats.
- 3) Metges de capçalera en nuclis petits de població, que poden estar inclosos en àrees reformades o no reformades.

DIFICULTATS EN LA COMUNICACIÓ ENTRE SERVEIS D'ONCOLOGIA I ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA

Aquesta diversitat dels serveis d'oncologia, juntament amb la no menys diversa estructura de l'assistència primària fa que sigui difícil establir unes normes que permetin relacionar els professionals d'ambdós costats d'una sola manera que sigui bona per a tothom.

En primer lloc, cal tenir en compte que el metge de capçalera quasi mai envia un pacient al servei d'oncologia, ja que dins de la seva tasca habitual i davant la sospita d'un tumor maligne, enviarà el pacient a un servei especialitzat mèdic o quirúrgic per al diagnòstic definitiu, si aquest no s'ha establert a la primària, i/o posterior tractament (especialista de zona, hospital comarcal o centre de referència terciari). Aquest pacient que suposadament pateix un càncer començarà el seu *quo vadis* que probablement el portarà a visitar un nombre indeterminat d'especialistes públics i/o privats, unitats diagnòstiques i hospitals (des de comarcals fins a centres de tercer nivell).

Arribats al diagnòstic i amb un interval de temps que pot variar entre quinze dies i un any serà atès pel servei d'oncologia. Una de les fórmules possibles per evitar que el pacient que presumptament pateix un càncer, vagi d'un especialista a un altre, amb la consegüent pèrdua de temps i mal ús de recursos sanitaris, és la creació de les unitats de diagnòstic ràpid on la pacient amb un nòdul mamari o el malalt afectat d'una possible tumoració pulmonar, sigui visitat, explorat i biopsiat si cal, en un interval de temps curt, que habitualment s'estipula en una setmana. Això elimina intermediaris, redueix despeses i situa el metge de capçalera en el lloc de coordinador del pacient amb la col·laboració del centre de referència. Aquest model, de manera experimental, ja s'ha implantat en algun dels nostres centres.

Normalment, si es tracta d'un pacient candidat a alguna maniobra terapèutica com la quimioteràpia i/o la radioteràpia, estarà sota la cura del(s) oncòleg(s) un període de temps llarg (un tractament amb quimioteràpia dura habitualment de 3 a 9 mesos i un de radioteràpia de dos a sis setmanes). Aquest fet pot ocasionar la desconexió del pacient i familiars amb el seu metge de capçalera. Si el pacient es guareix de la seva malaltia neoplàsica seguirà controls en la consulta externa de l'hospital de referència i rara vegada anirà a veure el seu metge de capçalera si no presenta una patologia intercurrent o necessita receptes. L'altra possibilitat és que el pacient evolucioni malament i acabi necessitant cures pal·liatives, en aquests cas, uns acabaran atesos a domicili pel seu metge de capçalera i d'altres, per unitats de cures pal·liatives vinculades a un hospital (UFISS o PADES). Per tant, és clar que el metge de capçalera en molts casos, només acabarà essent un espectador de tot el que li passa al seu

malalt i poques vegades és informat per part del servei d'oncologia de la seva evolució.

Dins d'aquest conjunt, l'informe clínic esdevé l'eina principal de comunicació entre el servei d'oncologia i l'assistència primària tot i que evidentment, no és l'única. L'informe clínic, ha de contenir la informació bàsica referent als antecedents patològics, tipus de malaltia neoplàsica que pateix el pacient i la seva extensió a nivell local i/o metastàtic; tractaments duts a terme, tant mèdics (quimioteràpia) com quirúrgics i/o radioteràpics, així com la finalitat de la intervenció oncològica que es pretén dur a terme a partir d'aquell moment (tractament amb intenció radical o curatiu, pal·liativa o complementària, adjuvant o neoadjuvant), i finalment orientació futura (seguiment rutinari, tractament oncològic actiu, mesures pal·liatives, etc.).

POSSIBLES MILLORES

És difícil responsabilitzar una única persona de la manca d'informació que té el metge de capçalera d'un pacient que està en curs de tractament oncològic, i més quan en general és atès per diferents professionals amb pocs mitjans i encara menys temps. Algunes fórmules possibles per resoldre aquest problema, passen per realitzar un informe per al metge de capçalera cada cop que el pacient es atès al servei d'oncologia per qualsevol raó. En alguns països d'Europa, el curs clínic de cada visita és gravat, i posteriorment la secretaria del Servei emet un informe escrit que s'envia per correu al professional de medicina general; aquest mètode és poc aplicable en aquest moment en el nostre mitjà, per manca de suport administratiu a la tasca assistencial. Existeix una altra fórmula possible, que és l'existència d'una coordinació entre el servei d'oncologia i l'assistència primària. No s'ha d'oblidar que l'organització de **comitès de tumors** oberts als centres comarcals i/o la primària constitueixen un important punt de trobada enriquidor per ambdues parts. De totes maneres, qualsevol d'aquests mètodes requereixen d'uns recursos financers que no sempre són fàcils d'obtenir. Però, sense cap mena de dubte, una comunicació àgil i fluïda entre l'hospital i l'AP repercuteix en una millora assistencial i en una reducció d'actuacions duplicades.

A la **taula I** es resumeixen alguns dels punts a millorar quant a la relació assistencial entre la primària i l'especialista d'hospital.

La docència és una de les activitats que brinda la possibilitat de situar en un mateix *forum* els professionals hospitalaris i els de la primària. Això passa per l'organització conjunta de taules rodones, cursos i discussions clíniques. És fonamental que la participació sigui repartida i s'estimulin les aportacions que poden fer tant els professionals d'un costat com els de l'altre.

La recerca, dins l'àmbit de l'oncologia, s'associa a tècniques avançades de biologia molecular, genètica o farmacologia; no obstant això, existeixen bones oportunitats per a la recerca oncològica dins de l'assistència primària en àrees de gran importància (maneig de pacients pal·liatius, optimització de recursos sanitaris o l'epidemiologia, per anomenar-ne algunes). Per tant, una bona relació i comunicació entre els oncòlegs i els primaristes pot fructificar en forma d'una millor assistència al pacient i el seu entorn familiar, així com en activitats docents gratificants i projectes de recerca conjunts.

Agraïments: Al Dr. Ferran Cordon pels seus comentaris i orientacions a l'hora d'escriure el present manuscrit.

Taula I**Problemes**

1. Desconeixement per part de l'especialista del funcionament de la primària.
2. Manca de protocols d'actuació conjunts
3. Manca d'una via de comunicació bidireccional
4. El metge de família no sol actuar com a coordinador dels serveis sanitaris (la primària, l'hospital i el pacient amb el seu entorn).
5. Falta de confiança del metge d'hospital vers l'assistència primària
6. Altres possibles factors a identificar en cada àrea concreta.

Solucions

1. Creació de protocols conjunts per a situacions concretes (protocol d'urgències en oncologia, d'estudi i diagnòstic del nòdul mamari, d'atenció domiciliària del pacient terminal, etc.).
2. Donar un paper més preponderant al metge de família com a interlocutor entre el pacient i el seu entorn familiar i l'estructura hospitalària.
3. Facilitar amb tots els mitjans possibles que el metge de capçalera estigui informat del diagnòstic, pronòstic i actuacions previstes. Això inclou la realització d'un informe normalitzat per part de l'especialista en oncologia.
4. Creació d'unitats de *diagnòstic ràpid* per als problemes més freqüents.
5. Altres possibles solucions s'han de definir en funció de cada àrea geogràfica.