

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Cáncer de Pulmón

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Cáncer de Pulmón

Proceso Asistencial Integrado

CÁNCER de pulmón [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Expósito Hernández, José (coordinador) ... [et al.]. - 2ª ed. - [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 78 p.

1. Neoplasias pulmonares 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía

I. Expósito Hernández, José II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

WF 658



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

1ª Edición 2006

2ª Edición 2014

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE PULMÓN

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

Autores/as:

Expósito Hernández, José (Coordinador)

Médico. Especialista en Oncología Radioterápica. Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Integral de Oncología de Granada. Hospitales Universitarios de Granada.

Bayo Lozano, Eloisa

Médica. Especialista en Oncología Radioterápica. Directora del Plan Integral de Oncología de Andalucía. Directora de la UGC Paciente Oncológico. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Calleja Hernández, Miguel Ángel

Farmacéutico. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. UGC Intercentros-Interniveles de Farmacia de Granada.

Díaz Rodríguez, José Enrique

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Formación. Centro de Salud Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Granada.

González Castro, María de los Ángeles

Médica. Especialista en Neumología. Facultativa Especialista de Área. Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Guerrero Tejada, María Rosario

Médica. Especialista en Oncología Radioterápica. Facultativa Especialista de Área. UGC Integral de Oncología de Granada. Hospitales Universitarios de Granada.

López Camacho, Francisca

Enfermera. UGC Paciente Oncológico. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Márquez Calderón, Soledad

Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla.

Salvatierra Velázquez, Ángel

Médico. Especialista en Cirugía Torácica. Director de la UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar del Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla.

Trigo Pérez, José Manuel

Médico. Especialista en Oncología Médica. Facultativo Especialista de Área. UGC de Oncología. Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga.

Colaborador:

Rodríguez Fernández, Antonio

Médico. Especialista en Medicina Nuclear. Facultativo Especialista de Área. UGC de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Declaración de intereses:

Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que constan en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
Plan Integral de Oncología de Andalucía

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Sociedades científicas: De las sociedades consultadas, se ha recibido revisión externa del documento de:

ASANEC: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

NEUMOSUR: Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur

SAC: Sociedad Andaluza de Cancerología

SAMFYC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

SAOM: Sociedad Andaluza de Oncología Médica

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como la herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 17

Descripción general / 19

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 21

Competencias específicas del equipo profesional / 53

Recursos / 55

Representación gráfica: Representación Global / 57

Indicadores / 59

Anexos / 65

- A1. Manejo de los síntomas y complicaciones más frecuentes durante el tratamiento y seguimiento
- A2. Sistema internacional de estadificación TNM 2009 (7ª edición)
- A3. Métodos de cálculo del FEV1-PPO, DLCO-PPO y VO2max

Acrónimos / 73

Bibliografía / 75

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones	Grado
El/la médico/a de familia solicitará una interconsulta a Neumología en las personas con alta sospecha clínica y/o radiológica de cáncer de pulmón, que se acompañará de informe clínico y estudio radiológico.	<i>NICE⁸</i>
Los/as pacientes con alta sospecha clínica y/o radiológica de cáncer de pulmón serán atendidos en Neumología en un plazo ≤ una semana desde la interconsulta realizada por Atención Primaria.	<i>AG</i>
El/la neumólogo/a solicitará una TC torácica y abdominal superior, con contraste intravenoso, antes de realizar otras exploraciones diagnósticas, utilizando sus resultados para decidir la prueba que proporcione mayor información sobre el diagnóstico y la estadificación.	<i>NICE⁸</i>
Se realizará PET-TC a todas las personas con CPNCP (cáncer de pulmón no de células pequeñas) potencialmente aptas para tratamiento con intención curativa.	<i>NICE⁸</i>
Todas las personas que han alcanzado un diagnóstico de certeza de cáncer de pulmón deben beneficiarse de la consideración por un comité multidisciplinar sobre las mejores opciones de tratamiento y cuidados.	<i>NICE⁸</i>
Se recomienda la información e intervención para el abandono del tabaco en todas las personas fumadoras a lo largo de todo el proceso de atención. En la consulta de cirugía torácica previa a la intervención quirúrgica, se informará además sobre el incremento del riesgo de complicaciones pulmonares y del beneficio de dejar de fumar sobre la supervivencia postoperatoria y a largo plazo.	<i>FUERTE⁷</i>
En pacientes con CPNCP en estadio I y II, se recomienda la cirugía radical si no hay contraindicación. En los casos con CPNCP estadio II (N1) y buen estado general, tras la cirugía se realizará quimioterapia adyuvante basada en platino.	<i>FUERTE⁷</i>
La técnica de resección pulmonar de elección, siempre que sea factible, será la lobectomía.	<i>FUERTE⁷</i>

<p>En pacientes con CPNCP en estadio I y II con buen estado general (PS -<i>Performance Status</i>- de 0-1) que no sean candidatos/as para la cirugía (medicamente inoperables) o que la rechacen, se recomienda tratamiento con radioterapia radical con intención curativa.</p>	<p>NICE⁸</p>
<p>En pacientes con CPNCP en estadio IIIA con afectación N2 discreta identificada preoperatoriamente, se propondrá quimioterapia neoadyuvante, evaluación posterior y cirugía radical si el tumor es resecable. En otros casos de CPNCP en estadio IIIA que se hayan sometido a cirugía completa y tengan buen estado general (PS 0-1), se recomienda quimioterapia adyuvante basada en platino.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>En pacientes con CPNCP en estadio IV con buen estado general (PS 0-1), se recomienda como tratamiento de primera línea 4 ciclos de un doblete de quimioterapia basada en platino combinado con un fármaco de tercera generación. En el subgrupo de pacientes con mutación del receptor para el factor de crecimiento epidérmico (EGFR) conocida, se recomienda la administración de una primera línea con un inhibidor de la tirosina-quinasa del EGFR.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>En pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) con enfermedad limitada (T1-4 N0-3 M0) y buen estado general (PS 0-1), se recomienda tratamiento con quimioterapia (esquemas basados en platino) y radioterapia concomitantes, siempre que la enfermedad pueda ser incluida en un volumen adecuado de radioterapia.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>En pacientes con CPCP con enfermedad extendida, se recomienda el tratamiento con 4 ó 6 ciclos de quimioterapia, con cisplatino o carboplatino y etopósido o irinotecan.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>Se debe realizar tratamiento con radioterapia holocraneal profiláctica en pacientes con CPCP (enfermedad limitada o extendida) y PS 0-2, que tengan una respuesta tumoral completa o parcial al tratamiento inicial.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>Se recomienda que los/as médicos/as que han realizado el tratamiento participen en el proceso de seguimiento y vigilancia a largo plazo.</p>	<p>FUERTE⁷</p>
<p>En pacientes tratados con intención curativa se realizarán visitas de seguimiento cada 3 meses durante los dos primeros años, luego cada 6 meses hasta los cinco años, y anualmente después.</p>	<p>AG</p>