Gaceta Mexicana de Oncología. 2017;16(3):195-202

Check for updates

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA
www.gamo-smeo.com
PERMANYER

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tratamiento multidisciplinario en el cáncer de cabeza y cuello

José Barrera-Franco[1,*], Francisco Gallegos-Hernández[2], Martín Granados-García[3] y Héctor Gurrola-Machuca[4]

[1]Dirección del Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Toluca, Estado de México, México; [2]Departamento de cabeza y cuello, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional s. xxi del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México; [3]Departamento de cabeza y cuello, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México; [4]Departamento de cabeza y cuello, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad De México, México

Recibido el 14 de agosto de 2016; aceptado el 25 de febrero de 2017
Disponible en Internet el 06 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE
Tratamiento multidisciplinario;
Cáncer de cabeza y cuello

KEY WORDS
Multidisciplinary management;
Head and neck cancer

Resumen Artículo de revisión cuyo objetivo es dar a conocer a la comunidad médica lo que se considera como el estándar de oro en el tratamiento multidisciplinario de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Se realizó revisión en PubMed de las publicaciones realizadas entre enero de 2010 y diciembre de 2015. La búsqueda empleó los téminos «interdisciplinario», «multidisciplinario», «grupos de tratamiento», «rondas clínicas», «juntas de tumores» y «cáncer de cabeza y cuello» (n = 57). Posteriormente, se seleccionó y analizó la información relacionada con experiencias específicas en cabeza y cuello (n = 29). La información relevante se muestra a continuación. Se añade el tratamiento de estas neoplasias en México según las guías terapéuticas de las Instituciones de Salud que tienen el mayor número de pacientes con esta patología. (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Abstract Review article related to gold standard in the multidisciplinary approach to patients with head and neck cancer. Review was carried out in medical data bases, publications between January 2010 and December 2015. Keywords used were «interdisciplinary», «multidisciplinary», «management groups», «clinical rounds», «tumor boards», and " head and neck cancer» (n = 57). Information related to specific experiences in head and neck management was critically reviewed, and relevant information presented (n = 29). Head and neck cancer approach in Mexico is added, based on clinical guidelines from health institutions that have the greatest number of patients with this condition.

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

*E-mail para correspondencia: coe2005dir@yahoo.com.mx (J.L Barrera-Franco)

doi:10.24875/j.gamo.M17000061
1665-9201 / © 2017 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

El objetivo del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, como en otras neoplasias, es obtener control locorregional y, en consecuencia, mejorar la supervivencia; debido a las regiones anatómicas involucradas en esta patología, su tratamiento tiene repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes, como en la ventilación, la deglución y la fonación, por lo que en el flujograma terapéutico, la calidad de vida tiene importancia fundamental. Las metas terapéuticas en el cáncer de cabeza y cuello son: (a) evitar lesiones derivadas de procedimientos destinados a ayudar al paciente, (b) ofrecer servicios eficaces basados en el conocimiento científico y evitar las opciones terapéuticas sin beneficio comprobado, (c) ofrecer un tratamiento individualizado que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores del paciente, (d) ofrecer atención oportuna, reduciendo los tiempos de espera y las demoras perjudiciales, (e) aumentar la eficiencia del servicio, optimizando equipos, suministros, ideas y energía, y (f) ofrecer atención equitativa sin que las características personales, de género, etnicidad, geografía y situación económica social tengan influencia alguna[1].

En relación a la terapéutica, es importante precisar que en estadios clínicos tempranos el tratamiento único, ya sea con cirugía o con radioterapia (RT), es el pilar fundamental y que en enfermedad localmente avanzada el tratamiento multidisciplinario es necesario, por lo que cirujanos, médicos oncólogos y radioterapeutas son los profesionales responsables del control tumoral. En pacientes sometidos a cirugía, la quimioterapia (QT) asociada a RT en forma adyuvante se indica cuando hay factores pronósticos adversos en el especímen quirúrgico, como márgenes de resección involucrados o cercanos, múltiples metástasis ganglionares o cuando hay diseminación ganglionar extracapsular. La quimiorradioterapia (QTRT) concomitante, precedida o no por QT de inducción (QTI), está indicada en etapas locorregionalmente avanzadas o en el intento de conservación orgánica, principalmente laringe. En pacientes con carcinoma recurrente y/o metastásico, la QT y un mejor enfoque de apoyo son las principales opciones, aunque los tratamientos locales, como reirradiación y cirugía de rescate, también son considerados según el caso. Los tratamientos de carcinomas localmente avanzados y recurrentes y/o metastásicos han evolucionado y se han realizado esfuerzos importantes para mejorar aún más los resultados, sobre todo con la adición de nuevos biológicos, como los dirigidos contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico para el manejo de la enfermedad localmente avanzada, recurrente o metastásica concomitante con radio o QT[2].

CONCEPTO DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

El tratamiento multidisciplinario (MMD) es la columna vertebral de la gestión de alta calidad en el tratamiento del cáncer en general y en el de cabeza y cuello en particular. Los grupos de MMD son equipos de trabajo compuestos por diferentes especialistas de la salud que se reúnen con cierta frecuencia y de manera regular para analizar conjuntamente casos clínicos de manera prospectiva e individual (uno a uno), con el fin de formular recomendaciones sobre la mejor gestión clínica. El objetivo del MMD es garantizar que todos los pacientes se beneficien de un equipo de especialistas que puedan compartir su experiencia, conocimiento y perspectiva personal. Otra definición recientemente consensada de MMD es la de alianzas de profesionales médicos y de la salud relacionados con una enfermedad tumoral específica cuyo enfoque para el tratamiento es guiado por la disposición de tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia científica y de coordinar la prestación asistencial en todas las etapas del proceso, alentando a los pacientes a tomar un papel activo en su cuidado[3]. El objetivo del equipo de MMD es promover una mejor toma de decisiones clínicas asegurando que todas las pruebas diagnósticas, opciones y recomendaciones de tratamiento sean las más adecuadas para cada paciente. Las funciones secundarias son la educación continua, la mejora en la calidad de atención de los pacientes, el desarrollo de directrices estándar de gestión de pacientes y la participación en investigación clínica. Los objetivos finales de la atención sanitaria basada en el MMD son mejorar la supervivencia local con adecuada calidad de vida. El MMD puede darse mediante clínicas multidisciplinarias o comités de tumores. En estas reuniones, varios especialistas examinan a los pacientes de manera secuencial y ordenada, llevando a cabo los procedimientos de diagnóstico de manera coordinada y considerando las opciones de tratamiento. Existen dos versiones de las clínicas conjuntas: una donde todos los casos son presentados y analizados brevemente, y otra en el que solo casos específicos complejos se analizan a profundidad. Los resultados positivos dependen de la presencia de profesionales calificados, la preparación y selección de los casos, la estructura de la reunión, la experiencia, el liderazgo eficiente y las interacciones entre los médicos presentes. Las fortalezas del MMD están basadas en sus beneficios (Tabla 1). Las limitaciones en la implementación de este enfoque se relacionan con la necesidad de tiempo, espacio y recursos materiales. Sin embargo, hay oportunidades para adoptar este enfoque, ya que existe la necesidad de optimizar recursos humanos y físicos, disminuyendo los costos de los servicios de salud. Los integrantes de los grupos de MMD están generalmente compuestos de un grupo central, un grupo de apoyo médico y un grupo de apoyo administrativo. En el primer caso, los integrantes incluyen a: cirujanos oncólogos, médicos oncólogos, oncólogos radioterapeutas, patólogos, cirujanos plásticos-reconstructores, cirujanos maxilofaciales, paliativistas, enfermeras oncólogas y psicooncólogos. Los integrantes del grupo de apoyo médico incluyen a odontólogos, terapeutas del lenguaje, especialistas de cuidados paliativos, nutricionistas, trabajadores sociales y fisioterapeutas. Dentro del grupo de apoyo administrativo se incluye el coordinador del equipo de MMD, un administrador de datos y una secretaria, idealmente. Wiederholt[4] discute el papel coordinador de la unidad de enfermería oncológica con el fin de reducir diferencias mediante la continuidad de la atención, la promoción de un enfoque interdisciplinario y la mejora de la calidad de vida centrada en el paciente. Igualmente, Leib[5] evidencia que los médicos especialistas concentran su atención mayoritariamente en estructuras corporales (88%), sus funciones (76%) y factores ambientales (21%); sin embargo, varios aspectos del funcionamiento relacionados con actividades de la vida diaria y aspectos socioemocionales no son tratados por médicos oncólogos y deben ser tratados oportunamente

Sin cortar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

Tabla 1. Beneficios de la implementación de equipos de MMD en el tratamiento del cáncer

Paciente
- Mejor calidad de vida y mayor posibilidad de respuesta clínica, producto de un mejor diagnóstico, estadificación, tratamiento y rehabilitación. - Menores tiempos de espera entre cada etapa del servicio. - Mejor experiencia en la atención. - Mayor probabilidad de recibir atención de acuerdo a guías de práctica clínica. - Mayor satisfacción y bienestar psicológico.
Equipo médico
- Mejor comunicación, coordinación y dinámica entre los miembros. - Mayor probabilidad de aplicar la medicina basada en la evidencia. - Rutas de trabajo más claras. - Aprendizaje multidisciplinario continuo. - Mayor acceso a información y participación en estudios clínicos. - Mayor posibilidad de implementar guías de práctica clínica. - Mayor satisfacción en el trabajo y bienestar psicológico de los miembros.
Institución de salud
- Optimización de recursos de humanos y físicos producto de la mejora en la coherencia, comunicación, coordinación y toma de decisiones clínicas. - Menor número de consultas. - Disminución de costos en el servicio. - Uso racional de los recursos sanitarios.

por otros profesionales de la salud, integrantes del equipo de MMD.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La influencia en la toma de decisiones por parte de equipos de MMD ha sido poco estudiada, en general existen escasas pruebas de alto nivel que evalúen los efectos benéficos de los equipos de MMD sobre la calidad de la atención. Wheless[6] determinó la eficacia del equipo de MMD sobre el diagnóstico, la estadificación y el plan de tratamiento de un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. El estudio consistió en un análisis prospectivo con 120 pacientes consecutivos; antes y después de la presentación de cada paciente en la junta de tumores se desarrollaron discusiones conjuntas sobre el diagnóstico, estadio clínico y plan de tratamiento. Aproximadamente el 27% de los pacientes tuvo cambio en el diagnóstico, estadio o plan de tratamiento. El cambio en el tratamiento fue significativamente más común en los casos de malignidad, 24 vs. 6% ($p = 0.0199$). Los cambios de tratamiento se dieron mayoritariamente por la adición del MMD ($p = 0.0084$). El estudio concluye que un comité de tumores multidisciplinario influye de manera significativa en el diagnóstico y el tratamiento.

Nguyen[7] realizó un análisis retrospectivo de 213 pacientes con tumores localmente avanzados en una sola institución; todos los tratamientos se ajustaron a las recomendaciones del equipo de MMD, 115 pacientes fueron a QT y RT y 98 recibieron RT posoperatoria. No hubo diferencias en la supervivencia, recurrencia locorregional y metástasis entre los dos grupos, la supervivencia fue comparable a las tasas de supervivencia reportados por estudios aleatorizados. El estudio identificó el sitio de la enfermedad como factor determinante para la selección del tratamiento. El estudio demuestra que el enfoque de MMD generó resultados óptimos en el tratamiento, con tasas de supervivencia global comparables a las reportadas en ensayos clínicos aleatorizados.

Stalfors[8] evaluó la calidad del MMD basándose en dos preguntas: ¿cuántas veces puede establecerse con éxito un diagnóstico, clasificación y plan de tratamiento en el primer contacto del paciente con el equipo de MMD? y ¿cuáles son las razones para el fracaso? El estudio concluye que la validez de las decisiones adoptadas en el equipo de MMD es satisfactoria y que la telemedicina no afecta la calidad de las decisiones.

Kelly[9] llevó cabo un estudio que tuvo como objetivo determinar el impacto de la atención del MMD sobre indicadores medibles de calidad clínica, estos indicadores incluyeron: evaluación dental y nutricional, acceso a tomografía por emisión de positrones (PET) según indicación, QT en estadios III/IV, QT posoperatoria en casos de rotura capsular o márgenes positivos y tiempos entre cirugía y RT. El estudio realizó comparaciones en la adhesión a los indicadores en pacientes tratados antes (pre-MMD) y después (pos-MMD) del MMD. El tratamiento pos-MMD se asoció con una mayor adherencia a los indicadores. Los pacientes con MMD registraron mayores tasas de evaluación dental (59% vs. 22%, $p < 0.0001$), nutricional (57 vs. 39%, $p = 0.015$), PET (41 vs. 2%, $p < 0.0001$), QTRT en enfermedad localmente avanzada (66 vs. 16%, $p < 0,0001$) y QTRT adyuvante en enfermedad de alto riesgo (49 vs. 16%, $p < 0.0001$). El intervalo entre la cirugía y la RT fue más corto en el grupo pos-MMD ($p = 0.009$), al igual que la duración media de la hospitalización ($p = 0.002$). Este estudio pone de manifiesto las ventajas medibles de los equipos de MMD.

Otro estudio[10] evaluó el efecto del MMD al comparar un grupo de pacientes que había tenido acceso al MMD, 395 pacientes, frente a un grupo sin MMD, 331 pacientes. En el grupo con MMD, los pacientes en etapa IV presentaron supervivencias a cinco años significativamente mayores respecto a los que no tuvieron acceso al MMD (HR: 0.69; $p = 0.004$).

Muchos pacientes referidos a centros de atención terciaria frecuentemente se presentan con estudios de imagen que requieren reinterpretación. Loevner[11] evaluó el valor clínico de reinterpretarlos en un equipo de MMD. Las tomografías y resonancias magnéticas de 136 pacientes fueron reinterpretadas por un radiólogo en el marco de un equipo de MMD. La verificación de cambio en el diagnóstico se confirmó mediante análisis patológico (75%), hallazgos radiológicos (18%), o seguimiento clínico y de imagen (7%). Los cambios en interpretación se produjeron en 56 pacientes (41%); en 46 (34%) se hicieron cambios en la clasificación TNM. Tres pacientes con un diagnóstico inicial de cáncer resultaron erróneos y seis pacientes tenían un diagnóstico de segundo primario ausente en el diagnóstico original. Los cambios en la interpretación de las imágenes alteraron el tratamiento en 55 de 56 pacientes (98%) y afectó el pronóstico en 53 (95%, $p < 0.001$). El estudio concluye que la

Sin Coitar Con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

reinterpretación de imágenes en el equipo de MMD tiene un efecto significativo sobre la clasificación, el tratamiento y el pronóstico.

Birchall[12] al compararel proceso estándar de atención y la supervivencia a dos años entre dos cohortes de pacientes, halló mayores tasas de supervivencia en los pacientes tratados por un equipo de MMD (HR: 0.7; p = 0.02). Por otro lado, Mullan[13] exploró la relación entre el tiempo necesario para discutir cada caso, el número de especialistas y el tipo de caso. Un total de 105 casos fueron discutidos en 10 reuniones de MMD. Se cronometró cada discusión, se registró el número de especialistas, el diagnóstico y las características de cada paciente. Los tiempos tuvieron una media de 2 min (1 - 8 min), la discusión tuvo relación directamente proporcional con el número de especialistas (p < 0.001). Las discusiones de mayor duración se presentaron con pacientes en estadio T avanzado (p = 0.006), N avanzado (p = 0.009), de mayor edad (p = 0.02) y de sexo masculino (p = 0.05). Los hallazgos histológicos y el sitio del tumor no fueron factores significativos en la duración de las discusiones. La mayoría de las discusiones sobre pacientes con tumores en estadio clínico temprano fueron cortas (T1: 58% y < 60 años, media de 90 s); estos pacientes requirieron poca discusión y su tratamiento pudo ser planificado razonablemente de acuerdo a protocolos, dejando más tiempo y recursos a aquellos que requirieron mayor debate multidisciplinario, lo que implica que entre más avanzada la etapa, mayor complejidad del caso y, por tanto, mayor tiempo de discusión.

Hasta la fecha, la evaluación de la calidad de vida ha sido solo una herramienta de investigación y no se ha incorporado en la práctica clínica. Oates[14] coordinó un estudio prospectivo para evaluar la calidad de vida; se incluyeron 288 pacientes, 134 completaron el cuestionario de calidad de vida EORTC C30 (QLQ-C30) módulo de cabeza y cuello CLQ-H&N35, antes del tratamiento y a los tres, seis y 12 meses después de finalizada la terapia. El estudio demostró la necesidad de evaluar la calidad de vida dentro de un equipo de MMD como parte del cuidado de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

La planificación de la rehabilitación de manera simultánea con el tratamiento antitumoral dentro de un equipo de MMD reduce la morbilidad postratamiento, al acortar el tiempo de rehabilitación y recuperación[15]. Un estudio evaluó el efecto de un programa de rehabilitación postratamiento dentro del enfoque de MMD (n = 27), el programa incluyó ocho semanas de control nutricional, caminatas de seis minutos, controles de peso corporal, control de ansiedad y evaluación de calidad de vida al inicio y al final del programa. Los pacientes mejoraron la distancia de la caminata (tamaño del efecto = 0.8), el 78% de los pacientes mantuvieron o aumentaron su peso corporal, presentaron reducción significativa en la gravedad del insomnio, dolor, debilidad, anorexia, falta de aliento, depresión y angustia, y en general mejoraron su calidad de vida (tamaño del efecto = 0.6-0.9). En resumen, el programa de rehabilitación interdisciplinaria es beneficioso para pacientes con cáncer de cabeza y cuello[16,17].

El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello puede implicar incapacidad parcial o total de comunicación; un enfoque multidisciplinario con terapia del habla y del lenguaje (THL) puede ayudar al paciente a maximizar su funcionalidad y determinar cuando se requiera métodos adicionales de apoyo, al evaluar el efecto MMD en el cumplimiento de la THL. Machin y Starmer[18,19] encontraron que los pacientes evaluados inicialmente mediante la clínica multidisciplinaria atendieron mejor la THL que los que no lo hicieron (p < 0.0001).

EXPERIENCIAS NACIONALES DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

México cuenta con diferentes sistemas de salud y cada sistema cuenta con hospitales referencia como el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional (CMN) s. xxi del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) y el Instituto Nacional de Cancerología.

Cada hospital recibe diferentes usuarios, sin embargo, en términos generales la atención médica prestada a los pacientes oncológicos es muy similar en las diferentes instituciones de salud. De manera habitual, el paciente, al ser referido, debe realizar una serie de trámites para ingresar en cualquier especialidad, con el fin de corroborar el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Estos trámites incluyen reunir los requisitos que justifiquen el ingreso en la institución, padecer un tipo específico de patología tumoral y la aceptación para su ingreso y tratamiento, lo que implica una serie de gestiones administrativas para acudir la primera cita, recibir un estudio socioeconómico, obtener la historia clínica, etc. Algunas etapas en la ruta del paciente oncológico son: preconsulta, realización de estudios, consulta de resultados, consulta de primera vez, estudio socioeconómico y asignación de número de expediente, historia clínica, realización de estudios, establecimiento de tratamiento, realización de tratamiento y citas de seguimiento. En medio de trámites, el paciente puede esperar entre semanas o meses para ser referido al especialista de la patología específica. Adicionalmente, recibirá el tratamiento de acuerdo a la experiencia del médico que le haya correspondido, dejando fuera el concepto de MMD[20]. Varias instituciones han adelantado esfuerzos con el fin de fomentar la práctica de MMD y cuentan diferentes abordajes de MMD en cáncer de cabeza y cuello, descritos en la tabla 2.

Manejo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

El paciente es canalizado por una referencia con diagnóstico de neoplasia maligna o sospecha de la misma de las unidades de la Institución y/o Seguro Popular. Se le recibe en preconsulta (residente) y se solicitan estudios generales, revisión de laminillas o estudio de patología, y se realiza historia clínica. En la siguiente consulta, aproximadamente en dos semanas, se le ve en una Unidad Funcional, se discute su caso y se decide su manejo mediante las guías ya establecidas. Algunos casos especiales, como los tumores vasculares, son consultados en el área de hemodinamia, con

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

Tabla 2. Experiencias de MMD en México

	INCAN	CMN s.xxi	COE ISSEMyM	CMN 20 de Noviembre
Usuarios	Pacientes oncológicos sin derechohabiencia de otras instituciones de salud, a menudo pacientes foráneos y sin ingresos fijos, que pagan directamente su atención, a menos que estén protegidos por el fondo de gastos catastróficos o ingresen en algún protocolo de investigación patrocinado	Pacientes derechohabientes del sistema de salud IMSS	Pacientes oncológicos sin derechohabiencia y trabajadores con derechohabiencia que prestan servicio al estado	Trabajadores del Estado a nivel nacional activos y/o jubilados, incluidas sus familias y beneficiarios del sistema de salud ISSSTE
Objetivo del comité de MMD	Generar y actualizar protocolos de manejo acordes a las necesidades, incluyendo criterios de selección y características de tratamiento. Optimizar la comunicación, tiempos y acuerdos	Propiciar el adecuado diagnóstico y consecuente tratamiento del paciente	Tener un diagnóstico y tratamiento con la participación de las áreas oncológicas y en su caso el apoyo de otras especialidades	Consensuar manejo, programar tratamientos secuenciales y agilizar citas de primera vez y/o inicios de tratamiento Adicionalmente, generar guías de tratamiento, disminuir número de interconsultas y tiempos de espera para evaluación de primera vez
Integrantes primarios del comité de MMD	Cirugía oncológica, oncología médica y radio oncología	Cirugía oncológica, oncología médica y radio oncología	Cirugía oncológica, oncología médica y radio oncología	Cirugía oncológica, oncología médica y radio oncología
Integrantes adicionales según casos	Anestesiólogo oncólogo, odontólogo, terapeuta del lenguaje, neurocirujano, cirujano plástico, protésico maxilofacial, trabajador/a social, nutricionista	Neurocirujanos, cirujanos plásticos y oftalmooncólogos, nutricionistas, inhaloterapia, foniatría	Protésico maxilofacial, nutricionista, psicólogo, anestesiólogo y urólogo. En caso de cirugía plástica, traumatología o neurocirugía, se pide apoyo a otra institución de la misma área de Seguridad Social (ISSEMYM)	Cirugía maxilofacial y otorrinolaringología, patología, nutrición, médico radiólogo, etc.
Pacientes tratados en el comité de MMD	Pacientes de gran complejidad de decisión que salen de los criterios de inclusión previstos por los protocolos	Pacientes cuya terapéutica es controvertida, existen múltiples alternativas en el flujograma diagnóstico o bien tienen patología poco frecuente en la que no existe un consenso terapéutico mundial	Pacientes de primera vez, pacientes con dificultad terapéutica	Pacientes de primera vez, subsecuentes con recurrencias o casos complejos que salen de los criterios de inclusión previstos por los protocolos
Frecuencia de juntas del comité de MMD	Según la frecuencia de casos de gran complejidad	Mensual	Semanal	Semanal

CMN: Centro Médico Nacional; COE ISSEMyM: Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; INCAN: Instituto Nacional de Cancerología.

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

el tratamiento consecuente. Para su atención se cuenta con servicios de apoyos de anestesia, endocrinología, medicina interna, neurología, endoscopia, cirugía plástica, prótesis maxilofacial y psicología. La evaluación es por cirugía de

cabeza y cuello oncológica, oncología médica, radioterapia, clínica del dolor y cuidados paliativos; en el apoyo de estudios se cuenta con imagen, medicina nuclear, laboratorio y patología. El manejo es multimodal y el seguimiento posterior al tratamiento es por el área de oncología de cabeza y cuello, en caso de ser benigno se contrarrefiere. Se tiene participación en protocolos propios y de la industria farmacéutica, teniendo comunicación con los servicios de otorrinolaringología de la institución y ocasionalmente con otras unidades oncológicas del país.

Manejo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Instituto Nacional de Cancerología

El médico que hace la evaluación inicial es un especialista en tumores de cabeza y cuello. El mismo día se realiza la historia clínica, se evalúa al paciente, su enfermedad y entorno sociofamiliar. Se solicitan los informes y evaluaciones pertinentes. En la segunda consulta, de dos a tres semanas después, se corrobora el diagnóstico, se evalúa la extensión de la enfermedad, se revisan las interconsultas y se propone tratamiento. Si el paciente es candidato quirúrgico, se procede a la programación. El paciente es sometido a cirugía, comúnmente tres semanas después. Durante este tiempo se administra tratamiento nutricional, se hacen arreglos dentales, se elaboran prótesis y se administra tratamiento analgésico. La primera consulta posoperatoria es llevada a cabo por el médico tratante y servicios interconsultados en una semana desde el alta hospitalaria. En el caso de requerir manejo multimodal como tratamiento de inducción, definitivo o posoperatorio, el tratamiento suele iniciarse en dos semanas. De acuerdo a protocolos, si el paciente requiere tratamiento multimodal posoperatorio, los servicios de apoyo suelen evaluarle en menos de dos semanas, que son empleadas para la recuperación quirúrgica y la planificación de la RT o la QTRT. Los radioterapeutas y oncólogos médicos conocen los tiempos idóneos de tratamiento y evaluación y los observan. Ellos explican los detalles del tratamiento en relación a tiempos, costos, toxicidad, beneficios, etc., pero el tratante ya explicó el plan general del tratamiento. Durante la RT o QTRT, definitiva, preoperatoria o posoperatoria, el paciente continúa monitoreado por el cirujano tratante, pero también por el radioterapeuta, el nutricionista y el médico oncólogo, quienes brindan el apoyo correspondiente.

Manejo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Centro Médico Nacional s. xxi

Evaluación inicial en la preconsulta y triaje. División en dos grupos: pacientes cuya decisión terapéutica no depende de un consenso y aquellos en los que la terapéutica es controvertida. En el primer grupo, la decisión terapéutica se toma en la segunda consulta; al segundo grupo pertenecen la mayoría de pacientes, en ellos la decisión es consensuada. Las directrices que en general se siguen son: en cáncer de la cavidad oral locorregionalmente avanzado, QT y RT concomitantes o QTI seguida de evaluación clínica para decidir si se logró un *downstaging* que permita cirugía; en cáncer orofaríngeo, QT asociada a RT, cirugía cervical de inicio y QTRT adyuvante o RT según etapa y estatus del virus del papiloma humano (VPH), o QTRT concomitante; en enfermedad muy avanzada y sin expresión de VPH se discute la posibilidad de QTI. En pacientes con cáncer laríngeo con tumores localizados se evalúan los factores que aún con etapa inicial puedan implicar mal pronóstico, como extensión cordal total, infiltración de la comisura anterior y localización en epilaringe, y el comité multidisciplinario evalúa para tratamiento conservador quirúrgico o tratamiento conservador no quirúrgico; en pacientes con tumores localmente avanzados, pero con órgano funcional, el comité evalúa ambos tratamientos conservadores; y en pacientes en los que no hay función laríngea se realiza laringectomía total y se rehabilita la voz, foniátrica o protésicamente, para ello los pacientes son evaluados previamente por el personal de foniatría. Los pacientes con tumores de la base del cráneo son evaluados en forma conjunta y multidisciplinaria. Mención aparte merecen los pacientes con enfermedad persistente o metastásica, aquellos en quienes han fracasado terapias previas; ellos son evaluados en forma conjunta entre cirujanos, cirujanos plásticos, radioterapeutas y oncólogos médicos para decidir la mejor forma de ofrecer un tratamiento de rescate. Se ofrece evaluación del dolor y de estado nutricional.

Manejo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

El paciente acude a la sesión de MMD con el objetivo de explorarlo y definir la mejor opción de tratamiento en función de su condición y las guías clínicas. Se presenta un resumen clínico del caso junto con los estudios de imagen, se realiza un consenso médico y se informa al paciente y familiar acerca de la decisión, los efectos secundarios y la secuencia del tratamiento. En algunos casos se envía a los pacientes al servicio de protésis maxilofacial para realizar dispositivos o para profilaxis o extracciones dentales, en otros es necesario realizar estudios de imagen o biopsias complementarias y se cita a una nueva valoración a las dos semanas. Los pacientes candidatos a cirugía son programados y, en caso necesario, se solicitan interconsultas, para adelantar las citas de RT y obtener el beneficio de la adyuvancia. Los pacientes que por consenso deben recibir QTI, se citan a la consulta de RT en el segundo ciclo, para programar la simulación y el inicio, tres semanas después, del tercer ciclo. Durante la QT, el paciente acude cada tres semanas a consulta, con exámenes de laboratorio para valorar toxicidad. El servicio de RT valora inicialmente al paciente para informar al paciente y sus familiares del objetivo del tratamiento, los efectos secundarios agudos y tardíos. Durante la RT, el paciente es valorado semanalmente para el tratamiento de la toxicidad aguda. El seguimiento de los pacientes se realiza por el servicio de cirugía oncológica con estudios de imagen; en caso de tratamiento radical con QT y/o RT, estos se solicitan 12 semanas después de concluido el tratamiento, de forma trimestral los primeros dos años y después cada seis meses.

UNIDADES FUNCIONALES DE CABEZA Y CUELLO

Las Unidades Funcionales de Oncología (UFO) son modelos de gestión y prestación de servicios de naturaleza

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

transversal, basados en equipos multidisciplinarios, donde los expertos de una determinada enfermedad neoplásica, en este caso, las originadas en el área de cabeza y cuello, comparten lugar y tiempo para diseñar la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica, así como para facilitar la relación del paciente con el entorno hospitalario desde la primera visita. La misión de las UFO es mejorar de forma continua la calidad asistencial, facilitando el diagnóstico de forma más rápida con una correcta estadificación de la enfermedad, dar el mejor tratamiento oncológico y disminuir al mínimo la morbilidad concomitante. Dentro de los beneficios de las UFO cabe mencionar: la disminución del intervalo diagnóstico - tratamiento y facilitar la interacción de especialistas, la uniformidad de criterios, simplificar la atención médica y administrativa, uniformizar la información hacia el paciente, reducir los costos y mejorar el clima laboral.

En el manejo del modelo de organización de las UFO es fundamental la participación de todos los especialistas en oncología, así como los especialistas médicos de apoyo, áreas paramédicas, área administrativa, residentes en formación, personal de enfermería y trabajo social. La valoración debe realizarse en un espacio físico diseñado para ello, valorando además la generación de protocolos de investigación. En términos prácticos, se debe contemplar un coordinador, hacer la evaluación diagnóstica, la identificación de necesidades, el trabajo multidisciplinario y finalmente, la decisión terapéutica. El esquema general es hacer cita de inicio en el área de preconsulta, en donde será visto por el médico del área, residentes y enfermeras, haciendo una estadificación inicial y solicitando lo relacionado al laboratorio, patología e imagen. Con ello se programa cita en la Unidad Funcional, en donde el equipo que la compone hará el análisis y revisión del caso, realizará el diagnóstico y la propuesta de tratamiento, así como la secuencia del paciente en las diferentes áreas oncológicas. En caso de requerir algún tipo de consulta con especialistas, esta se hará a través de la misma Unidad Funcional previo resumen clínico[20]. Como ejemplo de Unidad Funcional en tumores de cabeza y cuello (UFTCC) está la del Hospital Universitario de Girona y el Instituto Catalán de Oncología; este ha cumplido sus dos primeros años de funcionamiento con más de 1.500 consultas, de estas, 217 fueron de primera vez y el resto controles.

Recientemente, la EPAAC (European Partnership for Action Against Cancer) publicó un consenso de la política en MMD, el cual se centró en cinco componentes organizacionales: a) la definición de objetivos claros de atención diagnóstica y terapéutica acordados por el equipo de MMD y los pacientes; b) el establecimiento de liderazgo y coordinación operativa, junto con la inclusión de puntos de contacto con los pacientes y la reserva de tiempo y recursos de los profesionales de la salud para participar en las juntas de MMD; c) la implementación de bases de datos sobre las decisiones, resultados e indicadores de gestión del MMD, que faciliten la evaluación del proceso y la identificación de áreas de mejora; d) el enfoque centrado en el paciente, con información disponible y comprensible en aspectos clínicos y psicosociales del proceso de atención, unificación de canales de comunicación entre el equipo asistencial y el paciente, y el fomento de la participación; y finalmente, e) la consolidación de políticas de soporte por parte de autoridades nacionales y regionales de salud, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, con especial atención a la inclusión de mecanismos para establecer y mantener escuelas de MMD[3]. Debido al incremento en la prevalencia del cáncer cervicofacial y la complejidad que se ha desarrollado en los últimos 10 años para su tratamiento, sin duda las clínicas o unidades de alta especialidad en esta neoplasia son la mejor alternativa para disminuir el número de errores en la decisión terapéutica y de incrementar el éxito en el tratamiento, mejosssrando la supervivencia y la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La atención de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en las diferentes instituciones de salud en México es similar, las diferencias son mínimas; la tendencia en nuestro país es integrar comités de atención para la evaluación inicial de estos pacientes. El equipo multidisciplinario agrupado en una Unidad Funcional asegura que los esfuerzos profesionales sean coordinados oportuna y correctamente en un ambiente de continua discusión entre pares. Este enfoque implica centralización de la atención, lo que beneficia el resultado diagnosticoterapéutico de los pacientes y, en consecuencia, su calidad de vida. Dada la complejidad que el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer originado en el área de cabeza y cuello implica, el estándar de oro para la evaluación y decisión terapéutica debe de ser fundamentada en la discusión de pares en una clínica conjunta o comité multidisciplinario. Finalmente, y por añadidura, un espíritu de comunicación, cooperación y respeto mutuo son la base para obtener la mejor atención posible en beneficio de los pacientes y miembros del sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weber RS. Improving the quality of head and neck cancer care. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(12):1188-92.
2. Perri F, Muto P, Aversa C, et al. Integrated therapeutic approaches in head and neck cancer: the importance of multidisciplinary team management. Anticancer Agents Med Chem. 2013;13(6):834-43.
3. European Partnership Action Against Cancer consensus group, Borras JM, Albreht T, Audisio R, Briers E, Casali P, Esperou H, et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care. Eur J Cancer. 2014;50(3):475-80.
4. Wiederholt PA, Connor NP, Hartig GK, Harari PM. Bridging gaps in multidisciplinary head and neck cancer care: nursing coordination and case management. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;69(2 Suppl):S88-91.
5. Leib A, Cieza A, Tschiesner U. Perspective of physicians within a multidisciplinary team: content validation of the comprehensive ICF core set for head and neck cancer. Head Neck. 2012;34(7):956-66.
6. Wheless SA, McKinney KA, Zanation AM. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;143(5):650-4.
7. Nguyen NP, Vos P, Lee H, et al. Impact of tumor board recommendations on treatment outcome for locally advanced head and neck cancer. Oncology. 2008;75(3-4):186-91.
8. Stalfors J, Lundberg C, Westin T. Quality assessment of a multidisciplinary tumour meeting for patients with head and neck cancer. Acta Otolaryngol. 2007;127(1):82-7.
9. Kelly SL, Jackson JE, Hickey BE, Szallasi FG, Bond CA. Multidisciplinary clinic care improves adherence to best practice in head and neck cancer. Am J Otolaryngol. 2013;34(1):57-60.

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017

10. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. Br J Cancer. 2011;104(8):1246-8.
11. Loevner LA, Sonners AI, Schulman BJ, et al. Reinterpretation of cross-sectional images in patients with head and neck cancer in the setting of a multidisciplinary cancer center. AJNR Am J Neuroradiol. 2002;23(10):1622-6.
12. Birchall M, Bailey D, King P; South West Cancer Intelligence Service Head and Neck Tumour Panel. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. Br J Cancer. 2004;91(8):1477-81.
13. Mullan BJ, Brown JS, Lowe D, Rogers SN, Shaw RJ. Analysis of time taken to discuss new patients with head and neck cancer in multidisciplinary team meetings. Br J Oral Maxillofac Surg. 2014;52(2):128-33.
14. Oates J, Clark JR, Read J, Reeves N, Gao K, O'Brien CJ. Integration of prospective quality of life and nutritional assessment as routine components of multidisciplinary care of patients with head and neck cancer. ANZ J Surg. 2008;78(1-2):34-41.
15. King GE, Lemon JC, Martin JW. Multidisciplinary teamwork in the treatment and rehabilitation of the head and neck cancer patient. Tex Dent J. 1992;109(6):9-12.
16. Eades M, Murphy J, Carney S, et al. Effect of an interdisciplinary rehabilitation program on quality of life in patients with head and neck cancer: review of clinical experience. Head Neck. 2013;35(3):343-9.
17. Passchier E, Stuiver MM, van der Molen L, Kerkhof SI, van den Brekel MW, Hilgers FJ. Feasibility and impact of a dedicated multidisciplinary rehabilitation program on health-related quality of life in advanced head and neck cancer patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(6):1577-87.
18. Machin J, Shaw C. A multidisciplinary approach to head and neck cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 1998;7(2):93-6.
19. Starmer H, Sanguineti G, Marur S, Gourin CG. Multidisciplinary head and neck cancer clinic and adherence with speech pathology. Laryngoscope. 2011;121(10):2131-5.
20. García AM. Unidades funcionales en oncología. García AM, editor. Mexico City: Alfil, S.A. de C.V.; 2013.

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ni fotocopiarse ninguna parte de esta publicación. © Permanyer México 2017