

# **Circuitos rápidos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón, mama y colorrectal en Mallorca**

Vicente Hernández MÁ, Carro Presedo M, Gómez Nadal A,  
Serra Morro S, García Paz C, García Pineda A  
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Palma de Mallorca.



De izquierda a derecha: Atanasio García Pineda, Miguel Ángel Vicente Hernández, Sebastián Serra Morro, Manel Carro Presedo, M.<sup>a</sup> Carmen García Paz y Amalia Gómez Nadal.

## **Resumen**

En el año 2008, el Servicio Balear de Salud marcó como un objetivo estratégico la mejora del tiempo de respuesta en los procesos oncológicos con la finalidad de disminuir la demora entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento en los cánceres con mayor incidencia y mortalidad en nuestro medio: pulmón, mama y colorrectal. Progresivamente se han ido instaurando en los cuatro sectores sanitarios de la isla de Mallorca circuitos rápidos de derivación, diagnóstico y tratamiento en estos tres tipos de cáncer. Para lograrlo ha sido necesaria la colaboración entre la Gerencia de Atención Primaria y las gerencias de los hospitales de referencia de cada sector, estableciendo una metodología común de trabajo. Se ha conseguido optimizar y homogeneizar el proceso de atención de casi 1500 pacientes con síntomas o signos sospechosos de padecer un cáncer de pulmón, mama o colorrectal.

*Palabras clave:* Cáncer de pulmón, mama y colorrectal, Detección precoz de cáncer, Retraso diagnóstico, Remisión y consulta.

## Early referrals and consultations of diagnosis and treatment of lung, breast and colorectal cancer in Mallorca

### Abstract

In 2008, the Balearic Islands Health Service set as a strategic objective the improvement in response time in cancer processes, in order to reduce the delay between the suspected diagnosis and beginning of treatment in cancers with higher incidence and mortality in our population: lung, breast and colorectal cancer. In the four health areas of the island of Mallorca early referrals and consultations of diagnosis and treatment have been progressively established for these three types of cancer. Collaboration between the Primary Care Management and the referral hospitals in each sector, establishing a common working methodology, has been required to achieve this objective. The care process of nearly 1500 patients with suspicious symptoms or signs of developing lung, breast or colorectal cancer has been optimized and standardized.

**Keywords:** Lung, breast and colorectal cancer, Early detection of cancer, Delayed diagnosis, Referral and consultation.

### Introducción

Aproximadamente una cuarta parte de la población que vive en países desarrollados morirá de cáncer<sup>1</sup>. En España y la Unión Europea el cáncer es la primera causa de muerte. Uno de cada tres españoles y una de cada cinco españolas podrán padecer cáncer en algún momento de su vida. A pesar de ello, se estima que la mitad de los casos sobrevivirá a su enfermedad más de cinco años<sup>2,3</sup>. La mayoría de los pacientes con cáncer presentará síntomas y acudirá en primer lugar a los servicios sanitarios de Atención Primaria<sup>1</sup>.

Entre las prioridades de las políticas sanitarias en los países occidentales está el establecimiento de estrategias para la prevención primaria del cáncer y la reducción de la demora diagnóstica y terapéutica, por lo que, junto con la instauración de los programas de cribado, se recomienda la creación de circuitos de acceso rápido a los recursos diagnósticos y terapéuticos en los casos de sospecha clínica fundada<sup>2,4</sup>. Dichos programas se basan en la pre-

misión de que reducir la demora mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer, la satisfacción con los servicios y la supervivencia, aspecto del que no siempre hay suficiente evidencia (cáncer de pulmón y colorrectal)<sup>5-7</sup>. Con independencia del efecto potencial sobre el pronóstico, la demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer genera un gran componente de ansiedad e incertidumbre en los pacientes y en los profesionales sanitarios, por lo que tiene un importante impacto en la valoración de la atención sanitaria que realizan los usuarios y sus familiares.

En marzo de 2006, el pleno del Consejo Interterritorial aprobó la Estrategia frente al Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Entre sus líneas prioritarias de actuación destaca la dirigida a mejorar la asistencia a adultos y recomienda que las pacientes con sospecha de padecer cáncer de mama no tengan que esperar más de 15 días hasta la realización de pruebas de confirmación. Además, propone extender este plazo a los pacientes con cánceres de pulmón y colorrectal en

los próximos años. También se plantea la reducción de los intervalos de tiempo entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento para todos los cánceres, estableciendo una semana como plazo máximo para recibir quimioterapia, cuatro semanas para la radioterapia y dos semanas para las intervenciones quirúrgicas<sup>2</sup>.

Respecto a la patología oncológica en Atención Primaria, es frecuente detectar síntomas de sospecha, aunque los medios diagnósticos son relativamente escasos, por lo que se necesitan métodos que ayuden a los profesionales a realizar diagnósticos apropiados y evitar derivaciones y pruebas innecesarias<sup>8</sup>. Por este motivo, algunos estudios buscan identificar y cuantificar el riesgo de presentar cáncer en pacientes sintomáticos que acuden a la Atención Primaria<sup>9</sup> o establecer los síntomas con mayor valor predictivo para cáncer<sup>10</sup>. Otros estudios valoran el papel relevante del médico de familia<sup>11-13</sup> o el retraso diagnóstico y terapéutico y sus factores asociados<sup>14,15</sup>.

Para mejorar las cargas y los costes de las organizaciones sanitarias es preciso que existan buenos canales de comunicación entre niveles asistencia-

les junto a tiempos de espera adecuados<sup>8</sup>. Una medida para lograrlo es el establecimiento de los circuitos rápidos de diagnóstico y tratamiento, tal y como se ha evidenciado en exhaustivos informes que evalúan experiencias piloto en nuestro sistema sanitario<sup>16</sup>.

A pesar de ello, hay estudios en los que no se objetivan apenas diferencias en el estadio de presentación del cáncer en relación con el circuito de derivación<sup>17</sup> e incluso hay opiniones que consideran más satisfactorias las innovaciones tecnológicas que las directrices para la remisión rápida por la presencia de una serie de signos y síntomas<sup>18</sup>.

## Metodología

### Situación de partida

Desde el año 2008 el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (IB-Salut) se marcó como un objetivo estratégico la adecuación del tiempo de respuesta en los procesos oncológicos. Para mejorar la demora entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento en

**Tabla 1. Datos de incidencia de cáncer de mama, colorrectal y pulmón por 100 000 habitantes, según las diferentes referencias bibliográficas**

		Incidencia en Mallorca*	Incidencia en España**	Incidencia en España***
Cáncer de mama****	M	56	50	93,6
Cáncer colorrectal	V	39	36	54,4
	M	24	23	25,4
Cáncer de pulmón	V	61	57	68,3
	M	4	5	13,8

**M:** mujeres; **V:** varones.

\*Datos de Mallorca referenciados en cita bibliográfica número 5. Fuente: Cancer incidence in Five Continents, Vol. VIII. IARC Scientific Publications N.º 155. 2002.

\*\*Datos de España referenciados en cita bibliográfica número 5. Fuente: EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Unión 1998, versión 5.0. IARC. CancerBase N.º 4. Lyon.

\*\*\*Datos de España referenciados en cita bibliográfica número 2. Incidencia de cáncer en los países de la Unión Europea en 2006, por sexo. Tasas ajustadas por 100.000/habitantes (población estándar europea). Adaptado de Ferlay, 2007.

\*\*\*\*Solo en mujeres.

los cánceres con mayor incidencia (tabla 1) y mortalidad, cáncer de pulmón (CP), cáncer de mama (CM) y cáncer colorrectal (CCR), el IB-Salut estableció en los Contratos de Gestión anuales de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAP) y de los diversos hospitales, dos indicado-

res sobre el tiempo transcurrido entre la consulta de Atención Primaria, del especialista hospitalario y el inicio del tratamiento (tabla 2). La creación de circuitos rápidos para CP, CM y CCR fue el método de evaluación solicitado como primer paso para mejorar estos tiempos de respuesta.

**Tabla 2. Objetivo estratégico del IB-Salut en el Contrato de Gestión del año 2008**

Objetivo	Tiempo de respuesta en procesos oncológicos
Indicador	1. Tiempo máximo transcurrido entre la sospecha diagnóstica en Atención Primaria y el inicio del tratamiento en el hospital 2. Tiempo entre la consulta de sospecha en Atención Primaria y la consulta de especialista hospitalario
Estándar	1. Menor a un mes 2. Máximo: siete días
Método de evaluación	Proceso de derivación con un circuito rápido



**Figura 1. Mapa de la ordenación sanitaria de Mallorca, con los hospitales de referencia y Equipos de Atención Primaria (en centros de salud y unidades básicas), por sector sanitario**

**Tabla 3. Distribución por sectores sanitarios de la población con tarjeta sanitaria individual (TSI), centros de salud, unidades básicas y médicos de familia en Mallorca**

Sectores Sanitarios	Ponent	Migjorn	Llevant	Tramuntana	Total
Población con TSI	318 095	244 359	138 140	116 941	817 535
Centros de salud	16	14	9	6	45
Unidades básicas	18	22	25	18	83
Médicos de familia	154	134	72	59	419

La isla de Mallorca está dividida en cuatro sectores sanitarios (Ponent, Migjorn, Llevant y Tramuntana), con una única GAP que abarca los cuatro sectores y un hospital de referencia en cada sector (figura 1). La población con tarjeta sanitaria en diciembre de 2010 era de 817 535 personas. La GAP de Mallorca dispone de 128 puntos asistenciales, entre centros de salud y unidades básicas, con sus correspondientes Equipos de Atención Primaria (tabla 3).

En cuanto a la situación inicial, cabe señalar que existía una importante variabilidad en la derivación y manejo del paciente en función del tipo de cáncer, del sector sanitario e, incluso, dentro de cada hospital de referencia. Las interconsultas desde Atención Primaria podían realizarse con carácter normal o preferente, pese a que la demora difería entre las distintas especialidades y podía variar a lo largo del año. Tampoco existía un compromiso con los hospitales de demora máxima en la cita. Como alternativa se encontraba la posibilidad de remitir a los pacientes al Servicio de Urgencias Hospitalario para valorar su estudio a través de un ingreso.

Así, ante una paciente con sintomatología o con signos sospechosos de una neoplasia de mama, podía derivarse a los ginecólogos ubicados en las Unidades de Atención a la Mujer de los centros de salud, o a las consultas externas hospitalarias del Servicio de Cirugía General, o directamente al Servicio de Urgencias de Ginecología

del hospital de referencia. Paralelamente, los médicos de familia solicitaban las exploraciones complementarias que creían más adecuadas en cada caso, como mamografías, ecografías mamarias o, incluso, una punción aspiración con aguja fina al Servicio de Anatomía Patológica del hospital correspondiente.

En los casos de sospecha de un cáncer colorrectal, los pacientes eran remitidos al digestólogo de referencia, para que valorara el caso y solicitara una colonoscopia u otra prueba complementaria, o directamente al Servicio de Urgencias para ingreso. En uno de los sectores sanitarios se había establecido un circuito para la solicitud de colonoscopias desde Atención Primaria a pesar de tener una demora superior a lo aconsejable para un diagnóstico rápido.

Para los estudios diagnósticos de neoplasia de pulmón, todos los sectores sanitarios tenían la posibilidad de solicitar una radiografía de tórax urgente, aunque posteriormente la mayoría de los pacientes con confirmación de la sospecha eran derivados a los Servicios de Urgencias Hospitalarios para completar el estudio y solo en una minoría de casos se solicitaba una interconsulta preferente con el Servicio de Neumología correspondiente.

El seguimiento de los casos a nivel hospitalario también tenía cierta variabilidad entre las diferentes especiali-

dades, a pesar de ser cada vez menor debido a la existencia de protocolos internos y comités de tumores.

Además, en nuestra área existe la peculiaridad de que los aplicativos informáticos son homogéneos para todos los centros de salud pertenecientes a la GAP, pero difieren en los cuatro hospitales de referencia, lo que supone un sistema de citación e información distinto para cada sector sanitario.

Ante esta situación, era evidente que disponíamos de una oportunidad para mejorar la atención a los usuarios con sospecha de padecer uno de los procesos oncológicos con mayor incidencia y mortalidad, basándonos en la coordinación entre niveles asistenciales y entre los diferentes servicios hospitalarios y, a la vez, homogeneizar su asistencia en todos los sectores sanitarios.

## Desarrollo

Con la finalidad de implantar los circuitos rápidos de cáncer para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con una sospecha de CP, CM y CCR, se diseñó una estrategia coordinada entre la GAP y los cuatro hospitales. Se establecieron circuitos para Atención Primaria y protocolos internos en los centros hospitalarios. Concretamente, los pasos que se llevaron a cabo fueron los siguientes:

1. Realización de reuniones técnicas entre los equipos directivos de las gerencias hospitalarias y de la GAP.
2. Análisis de la bibliografía y priorización de las principales guías clínicas nacionales e internacionales respecto al manejo de las sospechas de cáncer<sup>19-21</sup>, con la colaboración del Gabinete Técnico de la GAP.

3. Determinación de los criterios de derivación de forma consensuada entre Atención Primaria y los principales servicios implicados en el proceso asistencial: Neumología, Ginecología y Digestivo.
4. Participación y mejora de la coordinación entre los servicios hospitalarios responsables del diagnóstico y tratamiento de estos pacientes (Radiología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Oncología, Radioterapia, etc.).
5. Creación de un documento informativo de interconsulta para los profesionales de Atención Primaria con la siguiente estructura de preguntas: ¿quién realiza la derivación?, ¿cómo?, ¿a dónde? y ¿cuándo se citará? Se acordaron unos plazos máximos de demora para conseguir cita, unos criterios de inclusión y exclusión y los datos de contacto de los profesionales de referencia.
6. Realización de un protocolo interno del hospital con una orientación hacia la gestión por procesos y evaluación por resultados. Se analizó la situación de partida y se estableció el procedimiento que incluyó: la gestión de las agendas, la realización de las pruebas diagnósticas y la remisión a Atención Primaria de los pacientes en los que se descartaba patología oncológica. En los casos de confirmación diagnóstica se añadió: la determinación del estadio, de la primera intervención terapéutica y la información al médico de familia. Se determinó un seguimiento periódico del proceso y de los tiempos señalados para cada paso.
7. Instauración de indicadores para el control del cumplimiento de los pactos determinados:

- Evaluación de la demora entre la consulta de Atención Primaria y la del especialista hospitalario.
  - Valoración del tiempo máximo de respuesta entre la detección y el primer tratamiento.
  - Otros: porcentaje de neoplasias detectadas sobre las derivaciones realizadas desde Atención Primaria y porcentaje de neoplasias detectadas en el hospital que no habían seguido el circuito rápido.
8. Adaptación de los aplicativos informáticos de derivación, citación y coordinación interna hospitalaria para la correcta gestión de los circuitos rápidos entre los distintos ámbitos asistenciales.
  9. Establecimiento de una estrategia de difusión de los circuitos rápidos en los centros de Atención Primaria, con sesiones de presentación por parte del equipo directivo de la GAP, del hospital de referencia y de los profesionales hospitalarios implicados en el proceso.
  10. Comunicación interna del protocolo hospitalario entre los profesionales participantes en el proceso e información generalizada al resto.
  11. Detección de incidencias de funcionamiento y transmisión por parte de los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales a los responsables correspondientes, con aplicación de medidas correctoras para su resolución.
  12. Realización de actualizaciones periódicas de los circuitos rápidos y de los protocolos internos del hospital como consecuencia de variaciones en los criterios de inclusión o exclusión, modificaciones de pasos, etc.
  13. Redifusión interna con sesiones conjuntas de recuerdo, información de la actividad llevada a cabo y recogida de aportaciones para la mejora del proceso.

## Resultados

A finales del año 2008 se consiguió la implantación del circuito rápido para el CCR en los dos sectores sanitarios con mayor población y número de centros de salud asignados y, además, en uno de estos dos sectores también se inició el del CM. Progresivamente se fueron instaurando los circuitos rápidos de los tres procesos oncológicos establecidos en el resto de sectores sanitarios, quedando únicamente pendiente la implantación del circuito rápido para el CP en el sector con menor población (tabla 4).

En cuanto al sistema de derivación, en los sectores de Ponent y de Tra-

**Tabla 4. Implantación de los circuitos rápidos de cáncer en los cuatro sectores sanitarios de Mallorca**

Sector	Ponent	Migjorn	Llevant	Tramuntana
Hospital de referencia	Son Espases*	Son Llàtzer	Manacor	Inca
Circuito rápido cáncer de mama	Noviembre 2008	Abril 2009	Junio 2010	Marzo 2010
Circuito rápido cáncer colorrectal	Diciembre 2008	Noviembre 2008	Octubre 2010	Marzo 2010
Circuito rápido cáncer de pulmón	Marzo 2010	Junio 2010	Octubre 2010	En proceso de implantación

\*Antes Hospital Son Dureta (traslado en diciembre de 2010).

munta se estableció a través del programa informático de Atención Primaria; sin embargo, en el sector de Migjorn se llevó a cabo a través de un aplicativo específico para la citación *on line* desde los centros de salud al hospital de referencia y en el sector de Llevant accediendo directamente al programa informático hospitalario.

Respecto a los indicadores de proceso, se han podido obtener datos de las derivaciones realizadas desde Atención Primaria para cada uno de los circuitos rápidos y se han analizado por sectores sanitarios. En total, 1489 pacientes y más de 400 médicos de familia se han beneficiado de su implantación (tabla 5).

Si establecemos una tasa de derivación poblacional por 100 000 habitantes (tabla 6), podemos objetivar la variabilidad existente entre los diferentes cánceres y entre cada sector

sanitario. En el caso del cáncer de pulmón, esta tasa puede ser menor debido a la posibilidad de petición de la radiografía de tórax desde Atención Primaria como primera prueba diagnóstica ante un caso sospechoso. En relación a los factores que pueden influir en la variabilidad entre los diferentes sectores, se incluyen el tiempo de implantación de cada circuito rápido y la accesibilidad a exploraciones complementarias, como puede ser en el sector de Migjorn la solicitud de colonoscopias y rectosigmoidoscopias directamente desde los centros de salud al hospital de referencia.

Otro indicador que hemos establecido es la relación porcentual entre la tasa de derivación y la incidencia (tabla 7), que muestra nuevamente la variabilidad entre los diferentes cánceres y sectores sanitarios. Respecto a la distribución por sexos, dado que no se había registrado en las deriva-

**Tabla 5. Derivaciones realizadas a través de los circuitos rápidos de cáncer desde Atención Primaria**

Sector	Ponent		Migjorn		Llevant		Tramuntana	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Circuito rápido cáncer de mama	250	238	72	139	-	13	-	114
Circuito rápido cáncer colorrectal	138	170	67*	85*	-	11	-	126
Circuito rápido cáncer de pulmón	-	29	-	31	-	6	En proceso de implantación	

\*Los resultados son menores a los esperados porque también existe un circuito de solicitud directa de colonoscopias y rectosigmoidoscopias desde los centros de Atención Primaria de este sector al hospital de referencia.

**Tabla 6. Tasa de derivación poblacional por 100 000 habitantes realizadas a través de los circuitos rápidos de cáncer desde Atención Primaria en el año 2010 por sectores sanitarios**

Sector	Tasa de derivación poblacional/100 000 habitantes/año				
	Ponent	Migjorn	Llevant	Tramuntana	Total GAP
Circuito rápido cáncer de mama*	157,1	113,7	18,8	194,9	123,2
Circuito rápido cáncer colorrectal	53,4	34,7	7,9	107,7	47,9
Circuito rápido cáncer de pulmón	9,1	12,6	4,3	En proceso de implantación	8

\*Respecto a la población de mujeres.

**Tabla 7. Relación en porcentaje entre la tasa de derivación a través de los circuitos rápidos de cáncer durante el año 2010 respecto a la incidencia del cáncer de mama, colorrectal y pulmón, según los registros de Mallorca\***

Sector	Tasa de derivación / Incidencia poblacional (en porcentaje)					
	Ponent	Migjorn	Llevant	Tramuntana	Total GAP	
Circuito rápido cáncer de mama**	280,5	203	33,5	348	220	
Circuito rápido cáncer colorrectal	V	136,9	144,5	32,9	448,7	199,5
	M	220,8	88,9	20,2	276,1	122,8
Circuito rápido cáncer de pulmón	V	14,9	20,6	7	En proceso de implantación	13,1
	M	227,5	315	107,5		200

**M:** mujeres; **V:** varones.

\*Datos de Mallorca referenciados en cita bibliográfica número 5. Fuente: Cancer incidence in Five Continents, Vol. VIII. IARC Scientific Publications N.º 155. 2002.

ciones, hemos realizado una inferencia sobre las incidencias de cada cáncer. Un factor a tener en cuenta en esta tasa es la utilización de la sanidad privada, ya que según datos de la última Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma, en la isla hay un 32,6% de población con seguro de asistencia médica privada. También puede influir en la variabilidad por cáncer, la existencia de programas de cribado poblacional que en el caso del cáncer de mama haría que disminuyese el porcentaje de derivación por circuitos rápidos.

Sobre el seguimiento periódico del cumplimiento de los indicadores de demora, se ha realizado desde la Atención Hospitalaria, adoptando las medidas necesarias en los casos de desviación respecto al estándar (aumento de agendas, incremento de exploraciones complementarias, etc.) aunque solo se han explotado los resultados iniciales de alguno de los procesos establecidos.

En referencia a los datos hospitalarios de los que disponemos, el circuito rápido para CM en el sector de Ponent con el Hospital Son Dureta de referencia (actualmente Hospital Son Espases, debido al traslado en diciembre de 2010), el tiempo medio para la

consulta hospitalaria durante el primer año fue inferior a siete días, con un máximo puntual de 17 días. Al 85% de las pacientes se les realizaron las exploraciones complementarias diagnósticas durante el mismo día de consulta, con un diagnóstico de confirmación de un 12% sobre el total de derivaciones efectuadas. El 40% de las pacientes con una neoplasia de mama detectada en el hospital fueron visitadas a través de circuito rápido, con una media de edad de 52 años y un rango de 32 a 85 años. No se evaluó la adecuación de las derivaciones según los criterios de inclusión establecidos.

Otros objetivos relevantes alcanzados han sido: la mejora de la accesibilidad al segundo nivel asistencial de los pacientes con sospecha de los procesos oncológicos mencionados, la optimización de la continuidad asistencial y de la homogeneidad en la atención a los usuarios en los distintos sectores sanitarios. También se ha logrado la promoción de la autoevaluación como un valor para favorecer la implantación de la gestión por procesos y la mejora de la satisfacción que se ha transmitido en diferentes foros por parte de los pacientes, de sus familiares y de los profesionales sanitarios.

## Conclusiones

La Atención Primaria es el ámbito sanitario en el que se generan la mayor parte de las sospechas diagnósticas de cáncer. A pesar de ello, los médicos de familia, por su actividad diaria, rápidamente adquieren una elevada experiencia en detectar otras patologías menos relevantes, mientras que la práctica de diagnosticar casos de cáncer es mucho más lenta al ser más infrecuente. A pesar de ello, raramente pasan un día sin plantearse la posibilidad de que uno de sus pacientes presente un cáncer<sup>1</sup>.

El uso de guías clínicas aumenta la probabilidad de realizar una correcta derivación o exploración complementaria ante casos sospechosos de presentar cáncer pero no debe ser la única opción a tener en cuenta. La implantación de circuitos rápidos en las patologías oncológicas más frecuentes es una medida de gestión sanitaria que redundará en una mejor atención a los usuarios e incrementa la capacidad resolutoria de forma conjunta entre los niveles asistenciales. Para su correcto funcionamiento, se precisa de una participación y coordinación por parte de todos los profesionales implicados en el proceso.

El establecimiento de criterios de inclusión bien definidos para la realización de las derivaciones garantiza una adecuación de la práctica clínica basada en la evidencia, así como una homogeneidad y equidad en la atención<sup>2,17</sup>. La existencia de herramientas informáticas que puedan facilitar su aplicación es una de las principales variables de gestión a tener en cuenta para aumentar la implementación.

En el caso concreto de la implantación de los circuitos rápidos en nuestra área de salud, se han evaluado indicadores de la estructura y del proceso, aunque

para completar la valoración de su efectividad y eficiencia, es necesaria una estimación sistemática de los indicadores de resultados desde el ámbito hospitalario en coordinación con Atención Primaria. Uno de los datos que entendemos hubiese aportado una información relevante, pero que no ha podido obtenerse, es el de la evaluación sistemática de los casos de confirmación diagnóstica sobre las derivaciones y las tasas de incidencias para cada cáncer. Una de las fórmulas para conseguirlo, probablemente sea ligar estos indicadores a los correspondientes contratos de gestión.

Otras medidas de mejora a tener en cuenta podrían ser: el incremento de la información clínica compartida entre niveles asistenciales, la realización de actualizaciones periódicas de forma sistemática tanto de los circuitos como de los protocolos internos en cada hospital, la adopción de medidas para disminuir el porcentaje de pacientes no presentados, el aumento de las confirmaciones diagnósticas y la divulgación de los circuitos rápidos a los usuarios.

Consideramos que los circuitos rápidos para el diagnóstico y tratamiento de las patologías oncológicas con mayor incidencia y mortalidad pueden ser una buena herramienta de gestión a tener en cuenta dentro de la actual organización del sistema sanitario y, así, minimizar la demora diagnóstica y terapéutica.

## Bibliografía

1. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. *Br J Gen Pract.* 2010; 60(571):121-8.
2. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

3. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragónés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006 [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología Instituto Carlos III; 2009 [citado 15 feb 2011]. Accesible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/epicancerjunio2009.pdf>
4. Department of Health. The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform [Internet]. England: National Health Service; 2000 [citado 15 feb 2011]. Accesible en: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014513.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014513.pdf)
5. Cabeza E, Esteva M, Llobera J, Ramos M, Roca J, Ruiz A. Demora diagnóstica o terapéutica en cáncer. Palma de Mallorca: los autores; 2007.
6. Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Campillo C, Llobera J, Aguiló A. Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: a review. *Eur J Cancer*. 2007;43(17):2467-78.
7. Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Llobera J, Ruiz A. Lack of association between diagnostic and therapeutic delay and stage of colorectal cancer. *Eur J Cancer*. 2008;44(4):510-21.
8. Nekhlyudov L, Latosinsky S. The Interface of Primary and Oncology Specialty Care: From Symptoms to Diagnosis. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010;2010(40):11-7.
9. Hamilton W. The CAPER studies: five case-control studies aimed at identifying and quantifying the risk of cancer in symptomatic primary care patients. *B J Cancer*. 2009;101(S2):80-6.
10. Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ*. 2007;334(7602):1040-4.
11. Miser WF. Cancer screening in the primary care setting: the role of the primary care physician in screening for breast, cervical, colorectal, lung, ovarian, and prostate cancers. *Prim Care*. 2007;34(1):137-67.
12. Ruiz A, Ramos M, Llobera J. El médico de atención primaria y el diagnóstico de los pacientes con cáncer. *Aten Primaria*. 2006;37(1):16-21.
13. Early lung cancer detection: the role of primary care. *Prim Care Resp J*. 2006;15(6):323-5.
14. Lafraya AL, Ayerbe L, Pellicer J, Bischofwerger C. Carcinoma colorrectal en un distrito sanitario. Factores asociados a su retardo diagnóstico, terapéutico y a su pronóstico. *SEMERGEN*. 2004;30(11):548-51.
15. González JM, De Castro FJ, Barrueco M, Cordovilla R, Fernández JL, Gómez FP et al. Demoras diagnósticas en el cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(10):437-41.
16. Valentín B, Gracia J. Evaluación del rediseño del proceso diagnóstico en cáncer color rectal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
17. Neal RD, Allgar VL, Ali N, Lees B, Heywood P, Proctor G. Stage, survival and delays in lung, colorectal, prostate and ovarian cancer: comparison between diagnostic routes. *Br J Gen Pract*. 2007;57(536):212-9.

18. Jiwa M, Saunders C. Fast track referral for cancer. *BMJ*. 2007;335(7614): 267-8.
19. Scottish Referral guidelines for suspected cancer [Internet]. Edinburgh: Scotland Health Department, Scottish Executive; 2007 [citado 15 feb 2011]. Accesible en: [http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/HDL2007\\_09.pdf](http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/HDL2007_09.pdf)
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Referral guidelines for suspected cancer [Internet]. London: National Health Service; 2005 [citado 15 feb 2011]. Accesible en: [www.nice.org.uk/CG027](http://www.nice.org.uk/CG027)
21. National Guideline Clearinghouse. Guideline Syntheses. Cancer, Breast: Screening. Cancer, Colorectal: Screening. [Internet]. Rockville: US Department of Health and Human Services. Agency for healthcare, research and Quality: (AHRQ); 2009. [citado 15 feb 2011]. Accesible en: <http://www.guideline.gov/syntheses/index.aspx>