

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

UTILIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y PERCIBIDA EN CÁNCER DE PULMÓN

Autor: ARACELI PRIETO SANTA-CRUZ

Director: JOSÉ JAVIER GÓMEZ ROMÁN

SANTANDER 2016

-¿Qué día es? (Preguntó)

-Es hoy (Respondió)

-¡¡Bien, mi día favorito!!

A Javier por darme todo siempre con la mejor de las sonrisas.

A Servando por ayudarme a crecer cada día.

A mis padres y mi hermano por todos estos años de vida.

A Gómez por aguantar sin quejarse los cambios de horario.

A Victoria, sin saberlo me has dado el impulso que necesitaba.

- Sin vosotros no habría sido posible -

A Javier Gómez agradecerle el gran esfuerzo que ha realizado una vez más con este trabajo.

A Marta Saiz por enseñarme mucho más que medicina.

A José Helguera por creer siempre en mí.

A Julián Díez, Soledad Ochoa, Luis Antonio Ortiz y Raquel Prieto, Héctor San Martín, Pedro Muñoz, por vuestra generosidad.

A Almudena García Castaño y Marta López-Brea, oncólogas del HUMV, por la colaboración prestada.

ÍNDICE

1. RESUMEN	13
2. INTRODUCCIÓN	19
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	25
3.1. Justificación / Hipótesis de trabajo	32
3.2. Objetivos	36
3.3. Metodología	37
3.4. Criterios de inclusión	39
3.5. Salidas del proceso	39
3.6. Situaciones no contempladas	39
4. COMPONENTES DEL PROCESO	41
4.1. Criterios de oferta en Atención Primaria	43
4.2. Criterios de oferta en Atención Especializada	45
5. FLUJOGRAMA DEL PROCESO	49
6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ORGANIZATIVA Y TÉCNICA	53
6.1. Datos epidemiológicos	55
6.2. Datos obtenidos de Atención Primaria	57
6.3. Datos obtenidos de Atención Especializada	61
7. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA	85
7.1. Datos socio-demográficos	89
7.2. Datos obtenidos de Atención Primaria	91
7.3. Datos obtenidos de Atención Especializada	103
8. CONCLUSIONES	113
9. PROPUESTAS DE MEJORA	121
10. GLOSARIO	125
11. BIBLIOGRAFÍA	129
12. ANEXOS	135

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer de pulmón es una enfermedad de gran prevalencia en nuestro medio, que debido a los avances actuales en su diagnóstico y tratamiento precisa para su manejo de la intervención de un equipo multidisciplinar. Si la participación de los diferentes profesionales necesarios no se hace de forma coordinada, puede dar lugar a una elevada variabilidad por causas organizativas. Los modelos de gestión por procesos pueden ayudar a instaurar procedimientos que eliminen dicha variabilidad y mejoren la calidad objetiva en la atención sanitaria oncológica. Es preciso establecer indicadores que monitoricen los puntos clave del proceso oncológico para así evaluar y evitar tal riesgo a lo largo del proceso asistencial.

La cultura de calidad basada en la mejora continua, puede instaurarse en los hospitales y mejorar la eficiencia de la asistencia sanitaria.

Por otro lado, la calidad percibida por el paciente en cuanto usuario de los servicios de salud, es un factor esencial que muy pocas veces es tenido en cuenta y que es asimismo susceptible de mejora si conocemos los elementos sobre los que debemos actuar.

Hipótesis y objetivos: La Comisión de Tejidos y Tumores del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla propuso en el año 2008 la necesidad de contar con un Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer pulmón tras realizar un estudio piloto que reveló deficiencias en la atención a dichos pacientes (anexo I I). El Protocolo se redactó y se puso en funcionamiento en el año 2009. Nuestra hipótesis de trabajo es que la puesta en marcha de dicho Protocolo ha debido tener un efecto sobre las deficiencias descritas. Para ello, se ha analizado en este estudio la práctica clínica en la atención sanitaria a 120

pacientes, diagnosticados y/o tratados de carcinoma pulmonar no microcítico en el HUMV en el año 2014 y se han comparado los resultados en los indicadores propuestos en una revisión practicada en el mismo hospital sobre 114 casos en 2010.

El objetivo principal es el de evaluar los parámetros de calidad organizativa, técnica y percibida del Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón del HUMV y comprobar si han mejorado los datos de los indicadores de calidad tras la generalización del uso de procedimientos que dicta dicho protocolo.

Material y Métodos: Se han revisado las historias clínicas en formato electrónico y en papel así como los datos obtenidos de las bases de datos de Atención Primaria y de citación de consultas para establecer los tiempos de demora y la realización de pruebas diagnósticas establecidas en el flujograma de Atención al paciente con Cáncer de pulmón.

Se han aplicado herramientas de gestión por procesos, comparando los datos obtenidos bien con indicadores y criterios de calidad propuestos en oncoguías relevantes o bien con indicadores y criterios propios, especialmente en aquellas situaciones donde no se han encontrado referencias en la literatura.

Por otra parte, se ha investigado la calidad percibida por los pacientes en la atención sanitaria recibida a su paso por Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE) y la coordinación entre ambas, mediante el estudio de 21 encuestas anónimas cumplimentadas por personas con esta patología y su comparación con 53 encuestas similares recogidas en el año 2010.

Resultados: La explotación de los datos ha revelado una franca mejoría en la mayor parte de los indicadores de calidad organizativa, técnica y tiempos de demora, con una reducción significativa en el tiempo de espera desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento ya sea quirúrgico o quimio-radioterápico. Sin embargo, también ha puesto de manifiesto debilidades en aspectos claves del proceso entre los que destacan: la realización de radiografía de tórax por parte del MAP a los pacientes con alta sospecha de cáncer de pulmón o escasa mención en las historias clínicas de la presentación en sesión multidisciplinar.

Respecto al análisis de la calidad percibida, se han evidenciado como fortalezas en el sistema la buena o muy buena valoración en general de la atención recibida, siendo los profesionales del Servicio de Oncología los mejor valorados. Mientras que manifiesta como debilidades, aspectos relacionados con el personal administrativo en los centros de salud de Atención Primaria, con el tiempo de espera tanto para la realización de las pruebas diagnósticas como para ser informados de resultado de las mismas en Atención Primaria y con la demora para ser valorados por el neumólogo. Todos ellos a pesar de existir una mejora en los tiempos de demora establecidos en 2010.

Conclusiones: La puesta en marcha de un Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón y el inicio de sesiones multidisciplinarias han supuesto una mejora sustancial en los indicadores organizativos, técnicos y de tiempos de demora. Sin embargo, existen todavía procesos que se deben corregir sustancialmente si se quiere mejorar la atención sanitaria y disminuir la variabilidad en la práctica clínica del proceso asistencial oncológico en cáncer de pulmón.

La calidad percibida es buena en el aspecto de trato e información recibida por parte de los profesionales. La percepción de los tiempos de demora es extremadamente importante en la atención oncológica.

Las herramientas de gestión por procesos y el análisis periódico de los indicadores, es perfectamente aplicable y permite conocer puntos de mejora y establecer una cultura de mejora continua en el ámbito hospitalario.

2. *INTRODUCCIÓN*

Las enfermedades neoplásicas son extremadamente prevalentes en nuestro medio. Con más de 1,6 millones de afectados al año, el cáncer de pulmón es el más frecuente del mundo representando el 14% de todos los diagnósticos de cáncer. De hecho y según las últimas estadísticas, durante el año 2014 se produjeron en USA un total de 1.665.540 casos y 585.720 muertes por cáncer. Actualmente es la segunda causa de muerte tras los fallecimientos de origen cardíaco. Se estima que para 2015 habrá 1.359.100 muertes por cáncer en los 28 estados de la UE, concretamente 766.200 en hombres y 592.900 en mujeres. Esto representa una caída del 7,5% y el 6% en hombres y mujeres respectivamente, desde 2009 (1) (2).

Respecto a la Mortalidad por cáncer en España en 2012, el número de muertes fue de 102.762 casos en ambos sexos. Por sexos, la mortalidad es mayor en hombres respecto a mujeres. Según los últimos datos publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el 31 de enero de 2014, los tumores fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos, responsables de 27,5 de cada 100 defunciones. La primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (30,3) y la tercera posición la ocupan la enfermedades del sistema respiratorio. Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda causa en mujeres (con 180,0 por cada 100.000) (4).

La Incidencia de cáncer en España en hombres en 2012 se encuentra entre las más altas respecto del resto del mundo (similar al resto de los países más desarrollados, superior a la tasa mundial). La tendencia de la incidencia del cáncer en España ha sido a aumentar lentamente, pero en las últimas dos décadas se ha estabilizado. Tal incremento en la incidencia podría explicarse

por el crecimiento de la población y su envejecimiento. La incidencia de cáncer en España en mujeres en 2012 es algo superior a la tasa mundial y algo inferior a la tasa de los países más desarrollados.

La tendencia de la mortalidad por cáncer en España ha sido descendente a partir de los años 90, encontrándose en tasas similares a las de los países más desarrollados y a la tasa de todos los países del mundo. La disminución en mortalidad puede explicarse por los avances en diagnóstico precoz y en terapias más eficaces. Sin embargo, hay que alertar sobre el aumento de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, consecuencia de su incorporación más tardía al hábito tabáquico y recordar que el cáncer de pulmón sigue siendo el de mayor incidencia y mortalidad en el mundo (5).

A nivel mundial, el cáncer con mayor incidencia es el de pulmón (13%), así como el mayor mortalidad (19,4%) y el cáncer de mama es el que presenta la mayor prevalencia a 5 años (19,2%). Por tanto, son datos similares a los observados en nuestro país (4).

	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Incidencia	Pulmón 16,8%	Mama 25,1% (Pulmón 8,8%)	Pulmón 13%
Mortalidad	Pulmón 23,6%	Mama 14,7% (Pulmón 13,8%)	Pulmón 19,4%
Prevalencia a 5 años	Próstata 25,2% (Pulmón 8,3%)	Mama 36,3% (Pulmón 3,7%)	Mama 19,2% (Pulmón 5,8%)

Tabla 1. Tumores con más alta Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a 5 años en el mundo (Informe GLOBOCAN 2012).

	Hombre	Mujer	Ambos sexos
Incidencia	Próstata 21,7% (Pulmón 16,9%)	Mama 29% (Pulmón 5,7%)	Colorrectal 15% (Pulmón 12,4%)
Mortalidad	Pulmón 27,4%	Mama 15,5% (Pulmón 9,4%)	Pulmón 20,6%
Prevalencia a 5 años	Próstata 31,4 % (Pulmón 7,0%)	Mama 40,8% (Pulmón 2,1%)	Próstata 17,9% (Pulmón 4,8%)

Tabla 2. Tumores con más alta Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a 5 años en España (Informe GLOBOCAN 2012).

El análisis de los datos epidemiológicos, demuestra que la incidencia en el sexo femenino prácticamente se ha duplicado en los últimos diez años debido a la incorporación de la mujer al hábito tabáquico en las últimas décadas. Es más, entre todos los tumores el cáncer de pulmón será en 2015 el más mortal de todos entre las mujeres, superando por primera vez al cáncer de mama.

Por lo tanto, además de ser clara la importancia del cáncer de pulmón en nuestra sociedad, va a suponer un problema sanitario de primera magnitud debido a su letalidad y al notable coste económico y social que genera.

3. *ANÁLISIS DE SITUACIÓN*

Hace unos años, la mayor parte de los artículos que trataban sobre cáncer de pulmón afirmaban que los datos de supervivencia y de tratamiento no habían cambiado de forma significativa en los últimos 20 años. Además, la mayor parte trataban de una entidad conocida como carcinoma no microcítico que agrupaba cerca del 85% de los casos de neoplasias pulmonares. Por tanto, se entendía el cáncer de pulmón como una entidad homogénea que comprendía 85 de cada 100 tumores diagnosticados y cuya única característica diferenciadora relacionada con el tratamiento o el pronóstico era el estadio clínico-patológico, es decir la extensión de la enfermedad.

Sin embargo, ahora podemos decir que el manejo de los pacientes con carcinoma de pulmón ha variado de manera drástica gracias a la aparición de nuevas técnicas de exploración de estructuras poco accesibles hasta ahora, como los ganglios linfáticos del mediastino, mediante punciones con aspiración guiadas por ecografía (EBUS) y las técnicas moleculares.

Han sido muchos e importantes los avances que en cáncer se han producido durante el año 2014. Fundamentalmente estos avances han estado dirigidos en la línea de una oncología cada vez más precisa gracias a una mejor comprensión de la biología molecular de los tumores. Es cada vez mayor el conocimiento de genes relacionados con el cáncer y de vías moleculares, lo que nos ha llevado al descubrimiento de nuevos subtipos de cáncer y también a la mejor interpretación de la interacción entre el tumor y su microambiente (vascularización, células inmunes y otras células). Todo esto ha conducido a obtener mejores resultados en los tratamientos dirigidos contra las células

tumorales y/o el sistema inmune, con menos efectos adversos en general que la clásica quimioterapia.

Se van incorporando progresivamente herramientas como la biotecnología (tecnologías modernas de alto rendimiento que aportan extensa información molecular de los tumores) y la bioinformática (tecnología informática en salud) así como el análisis de datos de pacientes a gran escala para facilitar la obtención de conclusiones y la realización de más rápidos y mejores ensayos clínicos. Se están generando nuevas clasificaciones de tumores con subtipos de pronóstico y abordaje terapéutico muy diferentes, y se realizan más estudios de fármacos en fases más precoces con diseños modificados.

Se encuentra en estudio el fenómeno de la heterogeneidad tumoral y su impacto en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, y se avanza en la optimización de la obtención de muestras tumorales y la posterior determinación molecular. Este hecho ha provocado que los pacientes sean estratificados de manera mucho más segura y puedan ser tratados previamente a la cirugía o después de ella dependiendo de sus características individuales, con fármacos con mecanismos de acción cada vez más específicos y con menor toxicidad (como el crizotinib, gefitinib y erlotinib) (6).

El proceso de diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón se ha hecho más complejo y precisa de una aproximación lógica y secuencial, pues conlleva una decisión terapéutica única en cada paciente de acuerdo con las características de cada tumor. Este tipo de procedimientos se incorporaron en el HUMV a lo largo del año 2010 con la elaboración de un Protocolo de

asistencia para pacientes con cáncer de pulmón y con la creación de una unidad de Alta Resolución para pacientes con elevada sospecha de cáncer de pulmón.

Todo ello ha provocado un cambio sustancial en el diagnóstico y tratamiento del enfermo con cáncer de pulmón. El estudio de extensión con exploraciones complementarias juega ahora un papel fundamental, ya que ante la sospecha de enfermedad en el mediastino (tal y como revela el PET, el EBUS y la mediastinoscopia) la cirugía pasa a ocupar un lugar accesorio en beneficio de determinados regímenes de quimioterapia que sólo deben ser aplicados frente a estirpes histológicas específicas y en etapas concretas de la enfermedad.

Los tres tipos histológicos fundamentales del carcinoma no microcítico pulmonar tal y como los describe la Organización Mundial de la Salud (OMS) son el carcinoma escamoso o epidermoide, el adenocarcinoma (subtipo histológico más frecuente de carcinoma de pulmón en muchos países del mundo) y el carcinoma de células grandes (7). El adenocarcinoma posee un amplio espectro clínico, radiológico, molecular y patológico, por lo que se hacía importante establecer criterios universalmente aceptados para una subdivisión del mismo. Es por esto por lo que un grupo de expertos integrado por miembros de la Asociación Internacional para el estudio del Cáncer de Pulmón, la Sociedad Americana de Patología torácica y la Sociedad Europea de Neumología (IASLC/ATS/ERS) propuso una nueva clasificación basada en criterios no solo histológicos, sino que también contemplara aspectos radiológicos, clínicos, moleculares y quirúrgicos así como la necesidad de predecir la respuesta a inhibidores del receptor del factor de crecimiento

(EGFR) y tirosin-kinasa en adenocarcinomas avanzados a través de pequeñas muestras y citología.

En este trabajo se han evaluado pacientes con tumores pertenecientes a las estirpes histológicas que forman parte del antiguo término de carcinoma no microcítico, es decir, los carcinomas epidermoides, adenocarcinomas y carcinomas de células grandes, ya que suponen el 85% de todos los tumores pulmonares y son en los que mayor avance y cambio es evidente desde todos los puntos de vista.

El cáncer de pulmón es el paradigma de una enfermedad compleja que debe ser atendida por numerosos profesionales de la salud.

La oncología es un campo dentro de la medicina que incorpora múltiples disciplinas, y en este caso requiere la participación de neumólogos, cirujanos torácicos, oncólogos médicos y radioterapeutas, patólogos, radiólogos, médicos de familia, personal de enfermería, farmacólogos y farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, cuidados paliativos e incluso consejeros espirituales. Como resultado de todo esto, es imprescindible una aproximación multidisciplinar a los pacientes con cáncer de pulmón. Es esta aproximación multidisciplinar la que hace que los pacientes puedan seguir gran variedad de rutas dentro del sistema de salud, implicando con ello un riesgo de variabilidad en la atención por causas organizativas, que debería evitarse en la medida de lo posible para que el paciente alcance el mejor diagnóstico y tratamiento posible dentro de unos parámetros de calidad organizativa, técnica y percibida.

Tradicionalmente la consulta y el tratamiento se han llevado a cabo mediante la derivación a especialistas de una manera secuencial. Proceso que tiene el riesgo de ser poco ágil y de producir retrasos en muchos de los pasos a seguir, lo que conlleva derivaciones varias. Además, la implicación de varios especialistas puede dar lugar a una atención fragmentada, escasamente coordinada o incluso inapropiada.

El establecer una actuación coordinada entre Atención Primaria y Especializada para el manejo del paciente con cáncer de pulmón, es esencial para mantener una atención de calidad y asegurar que se cumplan tanto las necesidades terapéuticas como las expectativas.

En el proceso asistencial oncológico es fundamental el análisis de los tiempos de demora, ya que aunque no existe evidencia directa de que el diagnóstico más acelerado pueda estar relacionado con una reducción de la mortalidad, los pacientes con sospecha o con un cáncer ya confirmado sufren una ansiedad comprensible por su estado de enfermedad. Por tanto, una evaluación, diagnóstico, estadiaje y planificación de tratamiento rápida, es esencial para el manejo psicológico del paciente y su entorno familiar. Para ello, los especialistas y médicos de atención primaria (MAPs) deberían colaborar en organizar el proceso con el fin de evitar este cuadro de ansiedad en la medida de sus posibilidades. De hecho, la planificación, evaluación y diagnóstico del paciente con sospecha de cáncer de pulmón obtiene una evidencia con beneficio neto sustancial y un grado de recomendación B (9) (10) (anexo I).

3.1 Justificación / Hipótesis de trabajo

Las recomendaciones generales propugnan la creación de comités o sesiones multidisciplinarias donde se discutan todos los casos de cáncer de pulmón de manera prospectiva. También deberían existir guías de cáncer en las que se tengan en cuenta los procesos necesarios para la atención a los pacientes. Existen varias oncoguías publicadas (Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Reino Unido), pero en ellas se habla en general de la necesidad del trabajo multidisciplinar y no se suele hacer excesiva mención a datos objetivos con indicadores claros, como tiempos recomendados de diagnóstico y de derivación (8) (9).

Aunque no existe evidencia directa de que la realización acelerada de las pruebas diagnósticas reduzca directamente la mortalidad, parece ser y según un estudio reciente, que el cribado del cáncer de pulmón con Tomografía Computarizada de baja radiación, ha demostrado una reducción significativa en mortalidad por esta enfermedad, y su implementación en la práctica clínica ya se está iniciando en algunos países del mundo, debiéndose acompañar del cese del consumo de tabaco (15).

No debemos dejar de lado que los pacientes con sospecha de sufrir un cáncer de pulmón y sus familias sufren un grado de ansiedad elevado comprensible, por lo que es entendible que una evaluación inicial, diagnóstico, estudio de extensión y establecimiento del plan terapéutico de manera ágil, es muy importante incluso aunque sólo sea tenido en cuenta como manejo del stress psicológico acompañante a la situación que viven el enfermo y su familia.

En un estudio previo realizado por la Comisión de Tejidos y Tumores (anexo II) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en el año 2008 con pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón y tratados en el año 2007, se analizaron diferentes procesos y se comprobó la necesidad de una planificación estratégica coordinada para el manejo de dicha patología que dio lugar a la elaboración de un Protocolo de asistencia a los pacientes con cáncer de pulmón en el año 2009 y a la creación de una Unidad de Alta Resolución para pacientes con elevada sospecha de cáncer de pulmón a inicios de 2010.

En dicha guía se escribe: “El objetivo principal de esta guía es estandarizar el proceso asistencial “Cáncer de Pulmón” para disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención sanitaria a pacientes con esta neoplasia”. Como objetivos específicos, pretende aumentar la seguridad de la estadificación clínica de los tumores, disminuir las referencias inadecuadas de pacientes y mejorar la efectividad de la terapéutica al seleccionar las pautas más adecuadas para cada estadio clínico, siguiendo las mejores evidencias disponibles en la literatura (14).

Los resultados de esta revisión previa realizada por la Comisión de Tejidos y Tumores revelaron varios puntos de mejora críticos:

- Tiempo de espera desde que el paciente fue recibido en consulta por el médico de atención primaria hasta que fue derivado al especialista en neumología.
- Tiempo transcurrido desde la visita al neumólogo hasta la obtención de un diagnóstico.
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la aplicación de tratamiento.

- Acuerdo en la realización de pruebas de imagen preoperatorias, incluyendo el PET.
- Discusión de todos los pacientes en sesión clínica.
- Realización de punción guiada por endoscopia (EBUS) y mediastinoscopia de estadiaje en los casos con indicación.
- Acuerdo en la oferta de tratamientos neoadyuvantes.



Posteriormente, en un estudio realizado por un grupo de profesionales dentro del Máster para la Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios en el HUMV en 2011 formado por Julián Díez Roldán, Javier Gómez Román, Soledad Ochoa Gutiérrez, Luis Antonio Ortiz Rivas y Raquel Prieto Sánchez con pacientes diagnosticados y/o tratados de carcinoma de pulmón no microcítico a lo largo del año 2010, se analizó la práctica clínica en la atención

sanitaria a éstos pacientes así como la calidad percibida por los mismos en cuanto a la atención sanitaria recibida a su paso por atención primaria y especializada, para así comprobar si la redacción y puesta en marcha del Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón y la Unidad de Alta Resolución, repercutió en los puntos de mejora que fueron detectados en su día después de la revisión de procesos realizada por la Comisión de Tejidos y Tumores del HUMV del año 2008. No obstante y debido a que la incorporación de los procedimientos que propugnaba tal protocolo se generalizaron a lo largo de 2010, no disponían de datos fiables acerca de su implantación real y su impacto en el manejo del enfermo. Se plantea por lo tanto mediante el presente estudio, comprobar si la creación del protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón ha cumplido con los objetivos del proceso y si en algo han mejorado las deficiencias observadas en el estudio anterior (año 2011).

Nuestra hipótesis de trabajo es que la implantación de un grupo de trabajo multidisciplinar y las conclusiones de la Comisión de Tejidos y Tumores que llevaron a la elaboración y puesta en marcha de un Protocolo de asistencia al paciente con Cáncer de pulmón ha mejorado la atención objetiva y la calidad percibida de los pacientes. Dicha mejora debería ser demostrada objetivamente mediante herramientas como la Gestión por procesos capaz de establecer indicadores objetivables que identifiquen las áreas de mejora en dicho proceso. Para comprobar dicha hipótesis nos planteamos los siguientes objetivos.

3.2. Objetivos

Objetivos generales:

Evaluar los parámetros de calidad organizativa, técnica y percibida del Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón del HUMV cinco años tras su puesta en funcionamiento.

Comprobar si se han llevado a cabo cambios en los puntos detectados en su día como mejorables tras la generalización del uso de procedimientos que dicta el protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón del HUMV.

Objetivos específicos:

Aplicar herramientas de gestión por procesos en el manejo asistencial del paciente con cáncer de pulmón mediante:

- El análisis y medición de indicadores objetivos del proceso asistencial comparando los resultados con estándares publicados para:
 - Detectar anomalías debidas a causas organizativas.
 - Mejorar los tiempos de demora.
- La utilización de un cuestionario propuesto para evaluar la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida a lo largo de su proceso asistencial para mejorar la calidad percibida por parte del paciente.

3.3. Metodología

Material:

A. Instrumentos de recogida de la información:

1. Registro de Historias Clínicas (HIS y soporte en papel) del HUMV.
2. Sistema informático de Atención Primaria.
 - Programa OMI.
3. Sistema informático de Atención Especializada.
 - Programa SUN 1.
 - “Base de datos de informes radiológicos” del Servicio de Radiodiagnóstico del HUMV.
 - Sistema informático (LIS) del Servicio de Anatomía Patológica del HUMV (NOVOPATH Y GESTPATH).
4. Encuesta para pacientes.
 - Cuestionario diseñado con el apoyo del Dr. Héctor San Martín Gutiérrez, profesor del Área de comercialización e investigación de mercados de la Universidad de Cantabria (anexo III).

B. Paquete estadístico:

Para introducir los datos de los pacientes se usó el programa Microsoft Office Excel “07”, y para su análisis el programa SPSS “v15”. Las pruebas estadísticas fueron promedios y medianas para pruebas cuantitativas.

Métodos:

A. Tipo de estudio: Transversal y de tipo observacional.

B. Sujetos de estudio:

Pacientes con cáncer de pulmón, de estirpe histológica no microcítica, diagnosticados y tratados a lo largo del año 2010 y 2014 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Teniendo en cuenta que la incidencia de dicho tipo tumoral en el Hospital durante esos años fue superior a los 220 casos se ha calculado, aplicando el programa Granmo, el tamaño de la muestra, obteniéndose el resultado (para conseguir una fiabilidad de un 95% de confianza con un 5% de error estadístico) de 91 pacientes. Finalmente se han analizado 114 casos en el año 2010 y 120 casos el año 2014, mediante una selección aleatoria (método de los números aleatorios), para solventar la posible pérdida de información por la presencia de datos incompletos en las historias clínicas.

La encuesta a su vez se ha entregado en mano, de forma aleatoria, junto a una carta de presentación en la que se describe el objetivo del estudio y se solicita su colaboración (anexo III), anónima, a 102 pacientes en los Servicios de Oncología, Radiodiagnóstico y la Unidad de Alta Resolución, recogiendo cumplimentadas un total de 53 encuestas en el año 2010 y 21 encuestas de las 50 entregadas (42%) en el Servicio de Oncología en el año 2014.

En todo momento se tuvo en cuenta la Ley de Protección de Datos y los aspectos éticos preceptivos en este tipo de estudios, con la consiguiente autorización del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de la Comunidad de Cantabria para realizar el estudio (ver anexo IV).

C. Fecha de los trabajos de campo:

El estudio se llevó a cabo entre los meses de Febrero a Septiembre de 2015.

3.4. Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados de neoplasia pulmonar no microcítica en el HUMV.

3.5. Salidas del proceso

- Pacientes de baja en el proceso por abandono voluntario.
- Pérdida de seguimiento.
- Exitus.

3.6. Situaciones no contempladas

- Metástasis pulmonares de cáncer de origen primario en otras localizaciones.
- Cualquier neoplasia pulmonar que no pertenezca a los siguientes tipos histológicos:
 - Carcinoma epidermoide.
 - Adenocarcinoma.
 - Carcinoma de células grandes.
 - Tumores mixtos que incluyan los tipos histológicos previos.
- Comorbilidad grave que contraindique cualquier actitud terapéutica.

4. *COMPONENTES DEL PROCESO*

4.1. Criterios de oferta en Atención Primaria

Los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón normalmente son identificados en la consulta de Atención Primaria. Ante esta situación deberían ser remitidos de manera urgente a un especialista con experiencia en esta patología (Unidad de Alta Resolución en el manejo del cáncer de pulmón del HUMV, extinguida como tal en la actualidad). Todos los pacientes son evaluados en el Comité de tumores torácicos que se reúne semanalmente (martes a las 8,15h) en el pabellón 16 del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde se reúnen profesionales de todas las especialidades implicadas en el manejo del cáncer de pulmón. Sin embargo no siempre ocurre esto, de manera que el Médico de Atención Primaria (MAP) puede realizar la primera evaluación y basándose en los resultados obtenidos remitir al paciente al especialista.

Siendo el flujo de trabajo en asistencia primaria, el siguiente:

- Paciente recibido con síntomas respiratorios atípicos/típicos.
- Solicitud de analítica.
- Solicitud de pruebas radiológicas.
- Remisión a asistencia especializada de forma ambulatoria o urgente.

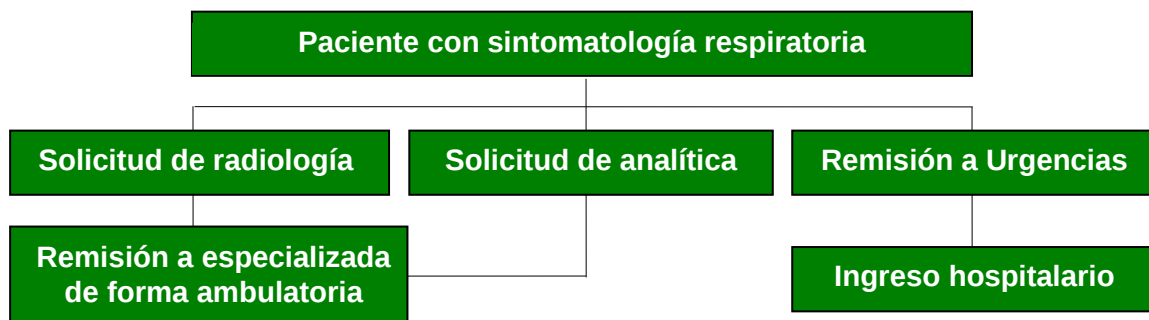


Tabla 3. Flujo de trabajo en atención primaria.

La revisión bibliográfica respecto a cuál debería ser la actitud a tomar por parte del MAP, sólo revela que los pacientes con clínica y radiología sospechosa deben ser derivados a una consulta de neumología para su estudio (9) (10).

Respecto a las pruebas a realizar en Atención Primaria, la única indicada es una radiografía de tórax (9). No debemos olvidar la importancia de la actitud del médico de atención primaria, ya que habitualmente es quien se encuentra con los síntomas precoces así como con los factores de riesgo persistentes en las personas. Por tanto, desempeña un papel muy importante en el diagnóstico precoz, a la vez que en la educación sanitaria de los pacientes.

4.2. Criterios de oferta en Atención Especializada

Cuando el especialista en neumología recibe un paciente derivado por el MAP, por el Servicio de Urgencias o por otro especialista, debe realizar según el protocolo existente en el HUMV y otras guías publicadas, pruebas complementarias de cara a establecer el diagnóstico de entidad y extensión tumoral, que comprenden pruebas de imagen, endoscópicas y de análisis histológico.

El flujo de trabajo en especializada comprende:

- Visita por el neumólogo.
- Solicitud de pruebas radiológicas.
- Solicitud de analíticas.
- Solicitud de broncoscopia.
- Solicitud de EBUS y/o mediastinoscopia.
- Resultados conjuntos y presentación en sesión.
- Decisión terapéutica. Tratamiento.

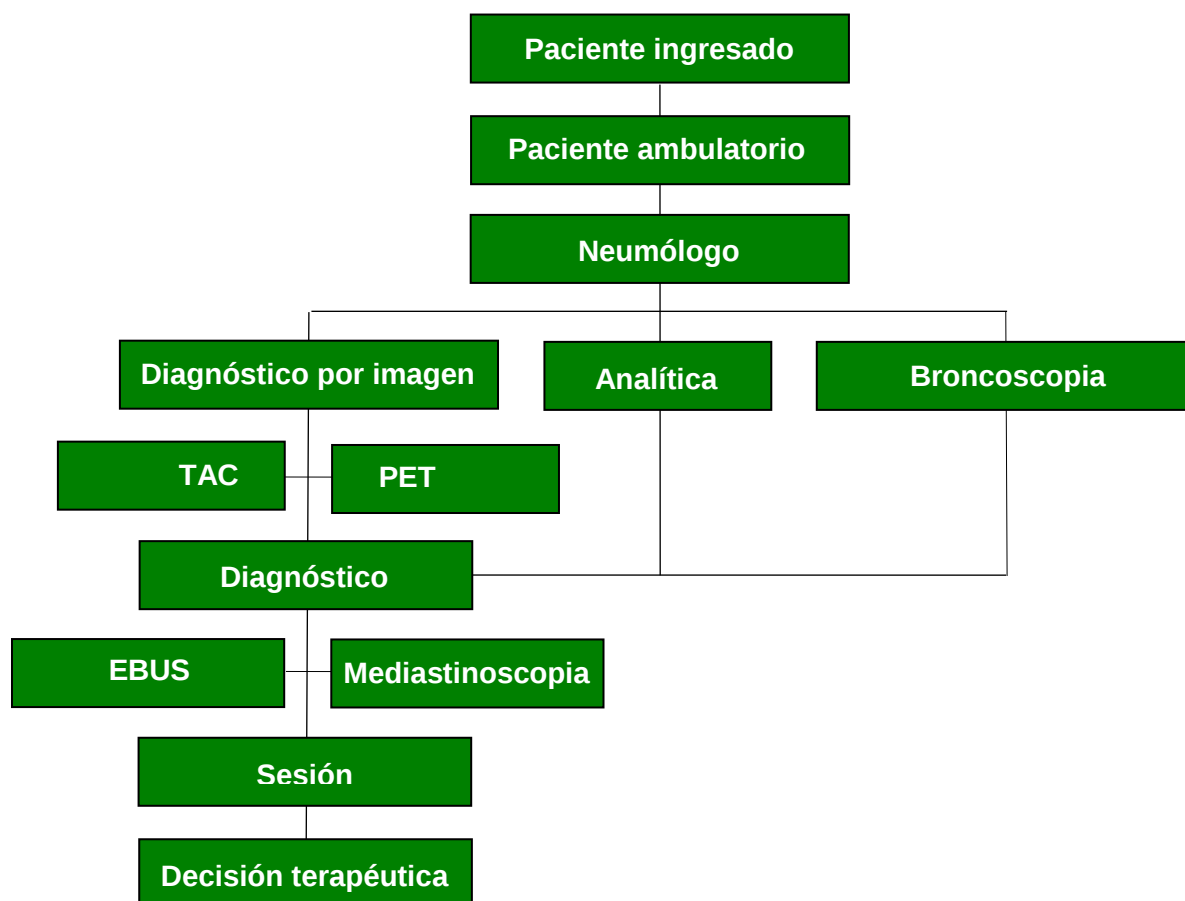


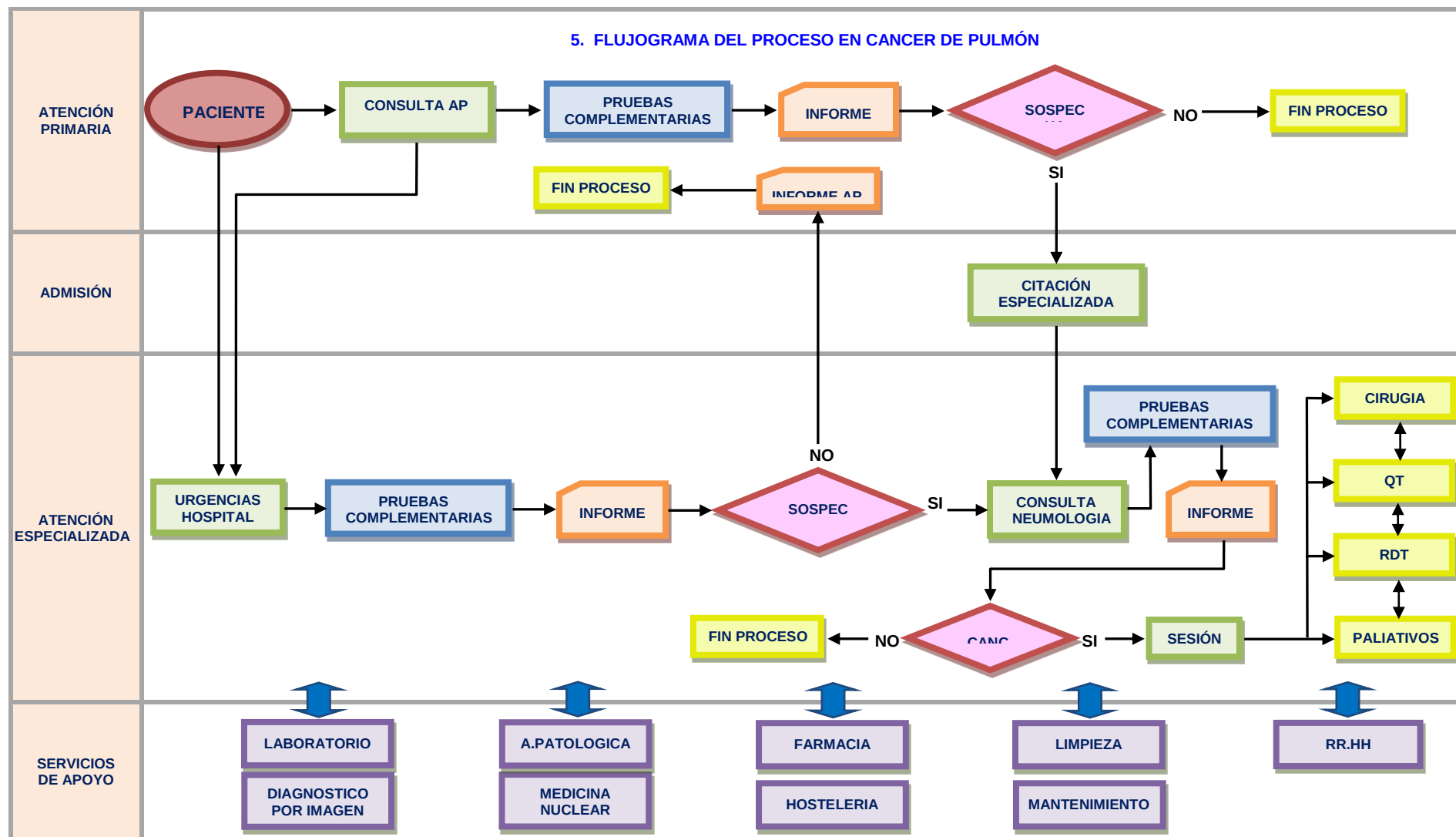
Tabla 4. Flujo de trabajo en atención especializada.

Al no existir indicadores definidos en el protocolo del HUMV, se han utilizado los descritos previamente en la Oncoguía de Castilla y León y en las “Guidelines” de la Sociedad Británica del Tórax. A partir de la revisión de las historias clínicas pertinentes del HUMV y de las bases de datos más relevantes de Atención Primaria y Especializada, se ha recogido la información necesaria para así obtener los datos que han permitido realizar el análisis comparativo con dichos indicadores y sus criterios de calidad.

Se han planteado también otros indicadores y/o criterios de calidad que no aparecían en dichas guías, y se ha determinado un tiempo de alarma definido por la superación del 50% del estándar marcado en los indicadores

afectados. En los casos donde se superaba este tiempo de alarma se ha realizado un análisis individualizado de los casos para describir las posibles causas de dicho retraso.

5. *FLUJOGRAMA DEL PROCESO*



6. *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ORGANIZATIVA Y TÉCNICA*

6.1. Datos epidemiológicos de la muestra

De los 114 pacientes evaluados en el año 2010, 88 (77,19%) fueron varones y 26 (22,81%) eran mujeres. La media de edad fue de 66,10 años (68,04 en varones y 60,20 en mujeres).

Los tratamientos recibidos fueron en 31 casos cirugía (27,19%), en 42 casos quimioterapia (36,83%), en 26 casos radioterapia (22,80%), en 8 casos directamente cuidados paliativos (7,01%) y no recibieron ninguna opción terapéutica 7 casos (6,13%)

En el año 2014 se han evaluado 120 pacientes, 97 eran varones (80,83%) y 23 mujeres (19,16%). La media de edad fue de 67,38 años (67,38 en varones y 67,58 en mujeres).

El tratamiento inicial recibido fue:

- 33 casos cirugía (27,5%).
- 27 casos quimioterapia (22,5%).
- 12 casos radioterapia (10%).
- 16 casos directamente cuidados paliativos (13,33%).
- 10 casos cirugía combinada con quimioterapia y/o radioterapia (8,33%).
- 14 casos radioterapia combinada con quimioterapia (11,66%).
- 2 casos termoablación (1,66%).
- 3 casos radiofrecuencia (2,5%).
- 3 exitus antes de comenzar tratamiento (2,5%).

Llama la atención la incorporación de nuevos procedimientos terapéuticos como la termoablación, no existentes en el año 2010 y el incremento en los

casos remitidos a cuidados paliativos que podría indicar una mejora en los sistemas de estadiaje que detectara pacientes multimetastásicos en situación terminal o quizá incluyera pacientes a los que en el año 2010 no se les ofertaba ninguna opción. Es de destacar que este hecho, falta de oferta terapéutica, ha desaparecido de la revisión del año 2014.

6.2. Datos obtenidos en Atención Primaria

A. Control de calidad de la puerta de entrada:

Indicador: ***Porcentaje de pacientes que acuden directamente a los Servicios de Urgencias.***

Estándar: Menos de un 5% del total de pacientes valorados por sospecha de cáncer de pulmón, procederán de los Servicios de Urgencias.

Oncoguía de Castilla y León	Menos de un 5% procederán de Urgencias.
“Guía Británica”	Sin indicación
Estudio 2011	7% de los pacientes proceden de Urgencias.

Resultado: **10%** de los pacientes (12 casos sobre los 120 analizados) procedían de urgencias, por lo tanto el resultado duplica al marcado por el estándar. No disponemos de información acerca de este parámetro en el informe previo de la CTT, con lo que no resulta posible un análisis comparativo con respecto a la situación en el año 2007. Nuestro porcentaje de pacientes derivado a urgencias generalmente por el MAP es ligeramente superior respecto al del estudio de Junio 2011. Analizando individualmente los casos, la gran mayoría de los mismos fueron derivados al servicio de urgencias por disnea o proceso neumónico no resuelto con tratamiento antibiótico pautado por su MAP. No alcanza los niveles de alarma ya que el estudio pormenorizado de los casos revela causas médicas que justifican dicho comportamiento.

B. Control de calidad de los estudios diagnósticos:

Indicador: ***Porcentaje de pacientes que disponen de radiografía de tórax simple solicitada por el médico de atención primaria.***

Estándar: Al menos el 95% dispondrá de radiografía de tórax.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	Recomiendan su realización, sin señalar porcentajes.
“Guía Británica”	Sin indicación.
Estudio previo	
Estudio 2011	En 38,6% de los pacientes no consta radiografía de tórax.

*De los 39 pacientes que han acudido a MAP, consta radiografía de tórax en 28 de ellos.

Resultado: **86.15%** de los pacientes que acuden a MAP disponen de radiografía de tórax, lo que se separa del estándar de calidad aceptado internamente, aunque se ha mejorado ostensiblemente la situación respecto a la existente en el Estudio 2011. Sin embargo, hay que tomar el dato con cierta precaución, pues la información de las historias clínicas en ocasiones es incompleta (bien porque no consta en OMI el episodio, o por fallo del propio programa que no recoge tal información).

C. Control de calidad de los tiempos de demora:

Indicador: ***Tiempo de espera desde la 1ª consulta de Atención Primaria hasta la realización de la 1ª consulta con el especialista en neumología.***

Criterio: Las actividades se ajustarán a los tiempos determinados.

Estándar: Los tiempos establecidos no se desviarán por encima del 10% de lo estipulado.

	Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2014*	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	8,44	17,65		
Mediana	7 días	14 días	9 días	7 días

* Se han obtenido datos valorables en 16 casos.

Cuando el paciente acudía al neumólogo ***derivado desde Atención Especializada (AE)***, los resultados en cuanto al tiempo de demora en la primera consulta fueron éstos (se han obtenido datos valorables en 21 casos):

- Promedio **16,45.**
- Mediana: **10,5 días.**

A tenor de los resultados, aunque considerando el dato en bruto, se aprecia que se dobla el tiempo de demora cuando el paciente es estudiado intrahospitalariamente, probablemente debido a que el facultativo aumenta el número de procedimientos diagnósticos antes de remitir al enfermo a otro especialista.

En el estudio previo de la CTT, el tiempo transcurrido desde la visita en atención primaria hasta la derivación al especialista era de muy difícil valoración debido a la ausencia de datos de primaria en las historias. Se pudo obtener un valor aproximado en sólo 6 pacientes, la media era de 7 días con una mediana de 5 (sólo uno de los pacientes mostró una espera de 20 días).

Nuestro resultado en cuanto a tiempo de demora, es claramente inferior al obtenido en el estudio 2011, así como al que propone la oncoguía de Castilla y León y coincide con el de la guía Británica, por lo que se ha conseguido una importante mejora en este punto respecto a la situación anterior (Estudio 2011).

6.3. Datos obtenidos en Atención Especializada

A. Control de calidad de los estudios diagnósticos:

Indicadores:

- 1. La tomografía axial computerizada (TAC) de tórax y abdomen debe ser un estudio realizado de forma rutinaria en todos los pacientes con diagnóstico o alta sospecha de cáncer de pulmón (Nivel de evidencia 2A, Grado de recomendación B).***

Estándar: Al menos el 95% de los pacientes tendrá evaluación por TAC.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	La tomografía axial de tórax y abdomen debe realizarse de forma rutinaria en todos los pacientes.
“Guía Británica”	La tomografía axial de tórax y abdomen debe realizarse de forma rutinaria en todos los pacientes.
Estudio previo	
Estudio 2011	En el 5,3% de los pacientes no consta realización de TAC

Resultado: disponen de TAC 95% de los pacientes (114 casos) . De los 6 pacientes (5%) en los que no consta la realización de la misma, 5 siguieron controles oncológicos con PET como prueba de imagen referencia por antecedentes de carcinoma de otra localización.

En la revisión previa de la CTT, existía un acuerdo prácticamente total a la hora de realizar un TAC torácico con sólo un caso sobre 21 donde éste no se había practicado. Se mantiene por tanto el acuerdo y el porcentaje de pacientes que son sometidos a exploración por TAC. El 5% de casos donde no se realiza dicha prueba tiene justificación por

causas de la propia medicina oncológica al tratarse de pacientes en seguimiento por otros tumores o donde constan otras pruebas de imagen que pueden sustituir a la información del TAC.

2. Tiempo desde petición del TAC hasta emisión del informe.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	3,33	Sin datos	Sin datos
Mediana	3 días		

	Estudio 2014*
Promedio	6,05
Mediana	2 días

*Se han obtenido datos valorables en 113 casos.

En tres casos la media superaba los 65 días, y todos correspondían a TAC control por antecedentes de carcinoma.

3. Todos los pacientes deben incluir tomografía de emisión de positrones (PET).

Estándar: Al menos al 95% de los pacientes se les realizará PET.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	La recomiendan en el diagnóstico diferencial del nódulo de pulmón y en la estadificación inicial del cáncer de pulmón.
“Guía Británica”	Todos los pacientes con posibilidad de tratamiento radical deben ser sometidos a PET
Estudio previo	
Estudio 2011	30,7% de los pacientes (35 casos) no consta la realización de PET

Resultado: En el **18,33%** de los pacientes (22 casos) no consta la realización de PET. Tras análisis individualizado se comprobó que uno de ellos disponía de TAC+ gammagrafía ósea como pruebas de imagen. El resto, TAC previo con estadio radiológico 4. Por tanto, parece adecuada la actuación ya que como recoge la guía británica se debe realizar esta prueba fundamentalmente a aquéllos pacientes susceptibles de tratamiento radical

En la revisión previa de la CTT existían asimismo problemas a la hora de incluir en el protocolo la realización de un PET de estadiaje, ya que a 14 de los 21 pacientes no se les realizó (66,7%). Sin embargo, el estudio comparativo indica una mejoría significativa en el caso de este parámetro con un gran incremento en el número de los pacientes que son sometidos a dicha exploración. Es preciso continuar insistiendo en la realización de esta exploración en aquellos pacientes con indicación clínica

4. Todos los pacientes deben tener un estudio citohistológico (Punción-Aspiración con Aguja Fina (PAAF), Broncoscopia o Biopsia) antes de iniciar el tratamiento.

Estándar: El 100% de los pacientes deben cumplir este criterio.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	El 100% de los casos incluirá este criterio.
“Guía Británica”	Todos los pacientes deben poseer un estudio citohistológico diagnóstico previo al tratamiento
Estudio previo	
Estudio 2011	3,5% de los pacientes (4 casos) no consta diagnóstico citohistológico previo al tratamiento.

Resultado: En el **0,83%** de los pacientes (1 caso), no consta evidencia de diagnóstico citohistológico antes del tratamiento, si bien se trata de un caso avanzado donde se practicó una biopsia intraoperatoria que permitió guiar el tratamiento con lo que podemos decir que el 100% de los pacientes tenían morfología como base del diagnóstico y tratamiento. Se han obtenido datos valorables en 119 casos.

En la revisión anterior de la CTT (2008) existían graves problemas a la hora de obtener un diagnóstico histológico, ya que de los 21 pacientes analizados, 10 no fueron catalogados histológicamente previamente al tratamiento. Por tanto y tras comparar el dato de este estudio con el obtenido en el de 2011, se observa así mismo mejora en este apartado que en la actualidad es uno de los principales indicadores de calidad asistencial en cáncer de pulmón ya que existe una estratificación terapéutica basada en criterios histológicos y/o moleculares.

5. A todos los pacientes con indicación clínica se les habrá realizado exploración del mediastino mediante EBUS (Punción transbronquial de adenopatías mediastínicas con control ecográfico) y/o mediastinoscopia.

Estándar: En el 100% de los casos.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	El 100% de los casos incluirá este criterio.
“Guía Británica”	El 100% de los casos con indicación cumplirá este criterio
Estudio previo	
Estudio 2011	En el 46,7% de los pacientes (28 casos sobre 60 con indicación por ser estadios avanzados) no se realizó EBUS.

Resultado: En el 82,66% de los pacientes (62 casos sobre 75 con indicación por ser estadios avanzados) no se realizó EBUS. El análisis individualizado de los casos reveló que de esos 62 que no disponían de EBUS, 14 fueron directamente a cuidados paliativos, 3 fallecieron durante el proceso diagnóstico y 13 de ellos presentaban comorbilidades respiratorias y/o cardíacas que dificultaban la realización de la prueba diagnóstica de extensión. En los 32 restantes, no se observaron características que pudieran contraindicar esta exploración, por lo que quizá se deba a causas organizativas, si bien en casos donde claramente se diagnostica un paciente como metastásico en localizaciones a distancia no es estrictamente necesaria su realización

En la revisión previa de la CTT no aparecían datos relacionados, ya que la técnica de exploración del mediastino en el año 2007 era la mediastinoscopia y no se realizaba de manera rutinaria el EBUS.

El resultado de este estudio dista mucho del propugnado por el estándar, y todavía llama más la atención si lo comparamos con el de 2011 que a pesar de no cumplir tampoco el estándar de calidad, obtiene mejor dato que el nuestro a pesar de que en aquél momento la técnica se podría considerar como de reciente aparición. Por lo que a tenor de los resultados, parece necesario seguir estimulando su uso y dar a conocer su existencia para establecer correctamente sus indicaciones.

La consecuencia de la falta de realización de esta exploración en los pacientes con indicación es que 6 de los 33 casos que fueron intervenidos quirúrgicamente correspondieron a estadios avanzados que según el protocolo y los acuerdos nacionales e internacionales no deberían haber sido operados y a los que sólo a dos se les había explorado el mediastino. Es decir, 4 de los 33 pacientes intervenidos (12,12%) no tenían un adecuado estudio de extensión que hubiera evitado una intervención quirúrgica innecesaria.

No se ha valorado en este estudio si la localización de las adenopatías era en lugares no accesibles al EBUS (adenopatías prevasculares), si bien el número de estos casos suele ser escaso. Esta es una de las limitaciones del estudio

6. A todos los casos con indicación que hayan resultado negativos en el procedimiento de EBUS se les debe realizar mediastinoscopia.

Estándar: En el 100% de los casos.

Estándar de calidad	
Oncoguía de Castilla y León	El 100% de los casos incluirá este criterio.
“Guía Británica”	El 100% de los casos con indicación cumplirá este criterio
Estudio previo	
Estudio 2011	En 37,5 % de los casos no se realizó mediastinoscopia.

Resultado: De los 15 casos avanzados confirmados a posteriori por cirugía y/o otros métodos (estadios IIIA y superiores) en los que se realizó EBUS, 3 proporcionaron resultados negativos y otros 2 fueron informados por el patólogo como “ muestra no representativa de ganglio linfático”. De estos 3 casos que debieran haber sido sometidos a mediastinoscopia de acuerdo con el protocolo del HUMV y otras guías, no se realizó mediastinoscopia en ninguno de ellos, por lo que no se siguió la pauta correcta en ninguno de los casos (en el **100%** de los casos con EBUS negativo no se realizó mediastinoscopia). Este dato supera ampliamente la cifra de alarma. Tras analizar individualmente los casos, se comprueba que uno de ellos tenía muy malas pruebas de función respiratoria. Los otros 2, eran un estadio IV de la enfermedad y fueron tratados directamente por cuidados paliativos. En estos 3 casos por tanto se comprueba la existencia de factores que pueden justificar la no realización de la prueba diagnóstica.

Sí se realizó mediastinoscopia en uno de los 2 pacientes, citados anteriormente, con EBUS informado como “muestra no representativa de ganglio linfático” resultando estadiaje IIIB tras estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. El otro caso tenía previa una PAAF de masa primaria pulmonar informada como Carcinoma Epidermoide y se desconoce la causa por la que no se realizó mediastinoscopia.

En la revisión previa de la CTT, la realización de mediastinoscopia de estadiaje también precisaba ser acordada, sólo fue utilizada en 4 de los 21 pacientes. Se desconoce la indicación clínica de los casos previos.

Estimamos que este dato al igual que el anterior (pacientes sometidos a EBUS) son críticos en el análisis y el proceso ya que son los que van a determinar el abordaje terapéutico correcto en cada enfermo. El índice de cirugías y de otros tratamientos (quimioterapia y radioterapia) está marcado por la positividad o negatividad de la exploración de las estructuras mediastínicas que se realiza con estas pruebas. Se deben realizar todos los esfuerzos para que se implanten en todos los casos de acuerdo con la indicación clínica.

7. Estudio comparativo de estadios tumorales entre los pacientes manejados por neumología y aquellos manejados por otros servicios hospitalarios.

Estándar: No existirá variabilidad en el proceso por causas organizativas.

Resultados estadísticos			Criterios de calidad	
	UARCP Estudio 2011	Otros Servicios Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Tumores avanzados	47 (51,6%)	13 (52%)	Sin datos	Sin datos
Tumores localizados	44 (48,4%)	12 (48%)		
Total de pacientes	91	25		

Resultados estadísticos Estudio 2014*		
	Neumología	Otros servicios
Tumores avanzados	58 (65,90%)	18(56,25%)
Tumores localizados	30 (34,09%)	14(43,75%)
Total de pacientes	88	32

* Sobre 88 pacientes que fueron manejados en el servicio de Neumología y 32 pacientes manejados en otros servicios diferentes.

Resultado: Existe variabilidad en los pacientes que han sido manejados por el servicio de neumología y los que han sido manejados por otros servicios hospitalarios en cuanto al estadio de la enfermedad en la que esta ha sido diagnosticada. Dato que diverge del obtenido en el Estudio de 2011 donde no se encontró tal variabilidad.

Sin embargo, el número de casos es pequeño como para establecer conclusiones al respecto.

8. Estudio comparativo de realización de EBUS (sobre indicación clínica) entre los pacientes manejados por el servicio de Neumología y aquellos manejados por otros servicios hospitalarios.

Estándar: No existirá variabilidad en el proceso por causas organizativas.

Resultados estadísticos			Criterios de calidad	
	UARCP Estudio 2011	Otros servicios Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
EBUS sí	26 (55,3%)	7 (53,8%)	Sin datos	Sin datos
EBUS no	21 (44,7%)	6 (46,2%)		
Total de pacientes	47	13		

Resultados estadísticos Estudio 2014*		
	Neumología	Otros servicios
EBUS sí	11 (18,96%)	3 (16,66%)
EBUS no	47 (81,03%)	15(83,33%)
Total de pacientes	58	18

* Análisis realizado sobre 58 pacientes con tumores avanzados que fueron manejados en el servicio de Neumología y 18 pacientes con tumores avanzados por otros servicios diferentes.

Resultado: No existen diferencias para la indicación de pruebas de exploración del mediastino (EBUS) en los casos que han sido

manejados por el servicio de neumología y en los pacientes que han sido manejados por otros servicios. Por tanto, no existe variabilidad organizativa en este sentido. Resultado concordante con el obtenido en el Estudio 2011. No existen datos en ninguna de las guías consultadas a este respecto.

B. Control de calidad de los tiempos de demora:

Criterio: Las actividades se ajustarán a los tiempos establecidos.

Estándar: Los tiempos establecidos no se desviarán por encima del 10% de lo marcado.

Indicadores:

1. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con el neumólogo hasta la realización de la broncoscopia.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	36,32	Sin datos	Sin datos
Mediana	13 días	3 días	15 días

	Estudio 2014*
Promedio	5,52
Mediana	4 días

* Se han obtenido datos valorables en 31 casos.

En el estudio previo de la CTT, el tiempo transcurrido desde la visita del especialista hasta la broncoscopia proporcionaba un dato promedio de 22.5 días con una mediana de 15.

En este apartado, la evaluación es diferente según nos atengamos a lo publicado en las diferentes guías. Según la guía Británica nuestro indicador estaría en muy buen nivel, mientras que si nos atenemos a la oncoguía de CyL estaríamos en un tiempo que sólo divergiría de su estándar de calidad en un día. Solo hay 2 casos que superaban los 15 días. En ambos se fue posponiendo la broncoscopia por mal estado general del paciente y resultaron ser estadios avanzados de la

enfermedad. Por tanto, la evaluación del indicador revela una clara mejora respecto de los tiempos obtenidos en el estudio de 2011.

Si tomamos como referencia **el tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con otro especialista, que no sea el neumólogo, hasta la realización de la broncoscopia**, obtenemos una mediana de **4,50 días**.

No existe variabilidad organizativa en este sentido, lo que pone de manifiesto una correcta derivación al servicio de broncoscopias y buena organización y funcionamiento del mismo.

2. Tiempo transcurrido desde la realización de la broncoscopia hasta el informe anatomopatológico.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	9,8	Sin datos	Sin datos
Mediana	8 días	7 días	

	Estudio 2014*
Promedio	7,46
Mediana	6 días

* Se han obtenido datos valorables en 35 casos.

En cinco casos se superaron los 12 días. Se analizaron las causas individualmente. Todos habían precisado de estudios complementarios para su diagnóstico en forma de tinciones inmunohistoquímicas y de análisis molecular de mutaciones de EGFR y ALK.

Se aprecia una mejora en el tiempo de emisión de informes de dos días en la mediana. Por otro lado, la complejidad de los mismo es mayor con lo que además de proporcionarse en menor tiempo, la cantidad de información es mayor

3. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con el neumólogo hasta la realización de TAC.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	21	Sin datos	Sin datos
Mediana	7 días	7 días	

	Estudio 2014*
Promedio	9,48
Mediana	6 días

* Se han obtenido datos valorables en 75 casos.

En 13 casos (17,33%) se superaron los 7 días y en otros 12 casos (16%) los 15 días. Todos fueron analizados individualmente. Varios de ellos seguían controles por EPOC por parte del servicio de neumología y el hallazgo tumoral fue casual, otros respondían a presentaciones atípicas como neumonías de evolución tórpida y de 7 de ellos se desconoce la causa de tal retraso que podría ser debida a causas organizativas.

Si es **otro Especialista el que sigue al enfermo**, los resultados en cuanto a tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta la

realización del TAC fueron (se han obtenido datos valorables en 26 pacientes):

- Promedio de **12,17.**
- Mediana de **6 días.**

6 casos (23,07%) superaban ampliamente los 15 días. Tras análisis individualizado se comprobó que todos seguían controles bien por el servicio de Cirugía Torácica o por Oncología por antecedentes personales de carcinoma bien de localización pulmonar o de otras.

No existe variabilidad en cuanto a ser estudiado por el neumólogo o por otro especialista en este aspecto, así como tampoco se han encontrado diferencias relevantes en este aspecto respecto al Estudio de 2011.

4. Tiempo transcurrido desde la realización de TAC hasta la emisión del informe.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía británica”
Promedio	3,33	Sin datos	Sin datos
Mediana	3 días		

	Estudio 2014*
Promedio	0,99
Mediana	Mismo día

* Se han obtenido datos valorables en 113 casos.

De todos los casos valorables, dos casos superaron los 5 días (tiempo de alarma), y en ambos los TAC fueron pedidos por otro especialista como control evolutivo de otro carcinoma. En un caso se superó los 14 días debido a que requirió de estudio especial por presentar una situación compleja.

Respecto al estudio 2011, se ha logrado una mejoría en este campo a pesar de que en el mismo tampoco se superaba el tiempo de alarma establecido como 5 días.

La mejora en el Software y en el funcionamiento del servicio de Radiodiagnóstico es palpable al encontrarse los informes en el visor de historia clínica electrónica en el mismo día con posibilidad de visualización de las imágenes. Este último elemento es importante ya que facilita la revisión de los pacientes en el comité interdisciplinar.

4.1 Tiempo transcurrido desde petición de TAC por el neumólogo y por otro especialista hasta la emisión del informe.

	Resultados estadísticos petición TAC por neumólogo. Estudio 2014*	Resultados estadísticos petición TAC otro especialista. Estudio 2014**
Promedio	6,05	6,16
Mediana	2,00 días	2,00 días

* Se han obtenido datos valorables en 85 casos.

** Se han obtenido datos valorables en 32 casos.

Dos casos de los controlados por otro especialista diferente al neumólogo, superaban ampliamente los 30 días y correspondían ambos a TACs de control

evolutivo por otro tipo de carcinoma en los que la tumoración pulmonar fue hallazgo casual.

Estos resultados evidencian la ausencia de variabilidad organizativa en este aspecto. No existen datos en ninguna de las guías consultadas a este respecto.

5. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con el neumólogo hasta la realización de EBUS en los casos con indicación.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	55,07	Sin datos	Sin datos
Mediana	17 días		14 días

	Estudio 2014*
Promedio	7,87
Mediana	6 días

* Se han obtenido datos valorables en 23 casos.

1 caso superó los 21 días debido a proceso digestivo intercurrente que retrasó la realización del EBUS .

Si el paciente estaba en seguimiento por otro Especialista, los resultados fueron los siguientes (se han obtenido datos valorables en 8 casos):

- Promedio **6,5.**
- Mediana de **6 días.**

Por lo que a tenor de los resultados, no existe en este punto variabilidad organizativa en cuanto a ser controlado por el servicio de neumología o por otro especialista.

El análisis comparativo respecto al dato obtenido en el Estudio de 2011, donde la media era de 17 días, revela clara mejoría de tiempos, lo que se traduce en un menor tiempo de espera por parte de los pacientes hasta recibir la indicación terapéutica, y por lo tanto una disminución de la incertidumbre que causa la espera de información.

Es preciso incidir en este aspecto especialmente para que los pacientes obtengan un diagnóstico tanto de entidad como de extensión en el menor tiempo posible.

6. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con el neumólogo hasta la realización de la Punción aspiración con aguja fina (PAAF) para diagnóstico.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	40,8 días	Sin datos	Sin datos
Mediana	22 días	14 días	14 días

	Estudio 2014*
Promedio	23
Mediana	24 días

* Se han obtenido datos valorables en 29 casos.

15 casos superaron los 21 días. El análisis individualizado mostró la existencia de complicaciones múltiples y manejo por diferentes servicios en 9 de los casos y otros 3 resultaron ser estadios avanzados de la enfermedad con importante repercusión en el paciente, que retrasaba la realización de la prueba.

6.1 Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con otro especialista hasta la realización de la Punción aspiración con aguja fina (PAAF) para diagnóstico.

Resultados estadísticos	
	Estudio 2014*
Promedio	25
Mediana	26 días

* Se han obtenido datos valorables en 6 casos.

En 4 de los casos se superaban los 22 días. 2 de los cuales correspondían a estadios avanzados de la enfermedad.

En la revisión previa de la CTT se evaluó el tiempo trascurrido desde la visita al neumólogo hasta la obtención de un diagnóstico, que fue de promedio 28.4 días con una mediana de 22. Esta exploración está directamente implicada en el diagnóstico de entidad y es la que más frecuentemente se realiza en el caso de nódulos pulmonares solitarios.

Nuestro resultado es prácticamente superponible al obtenido en el Estudio de 2011 ya de por sí superior al estándar de calidad que propugnaban las oncoguías referidas.

El tiempo de demora parece prolongado para una prueba que va a indicar el proceso a seguir a partir de la confirmación del diagnóstico de malignidad.

Los aspectos que pueden incidir en esta demora son múltiples, desde la propia disponibilidad de las instalaciones, ya que se hace con control radiológico y requiere personal entrenado, hasta la disponibilidad asimismo de un citólogo que debe trasladarse hasta el lugar de la punción para la comprobación de la existencia de celularidad valorable.

Por tanto y aunque no podamos asegurarlo con total certeza, las causas más probables de este retraso son organizativas.

7. Tiempo transcurrido desde la realización de la Punción aspiración con aguja fina (PAAF) para diagnóstico hasta el informe citológico.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	6,7 días	Sin datos	Sin datos
Mediana	6 días	5 días	

	Estudio 2014*
Promedio	2,38
Mediana	2 días

* Se han obtenido datos valorables en 50 casos.

Se han analizado de manera individualizada los casos en los que el tiempo transcurrido era mayor de 8 días y ha correspondido a 1 caso en el que se habían realizado varias tinciones inmunocitoquímicas.

Se ha conseguido una importante mejora en cuanto a tiempo de demora respecto al que existía en el estudio 2011, así como superar el estándar de calidad que propone la oncoguía de Castilla y León.

8. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta de neumología hasta la cirugía.

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	121,5	Sin datos	Sin datos
Mediana	71 días	50 días	56 días

	Estudio 2014*
Promedio	69,07
Mediana	68 días

* Sobre 27 pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

En 4 casos superaron los 100 días. El análisis individualizado reveló que en dos de los pacientes el retraso se debía en uno de ellos a un proceso neumónico de evolución tórpida en seguimiento y el otro caso a un proceso obstructivo pulmonar complicado con episodios de hemoptisis.

El tiempo de demora ha experimentado una ligera mejora respecto al obtenido en 2011, que ya de por sí se encontraba por encima de los estándar de calidad que proponen las oncoguías consultadas. Hay que recalcar que la cercanía de los datos de promedio y mediana indican escasa dispersión de los tiempos. De hecho, únicamente cuatro casos superan los 100 días, como se ha comentado.

8.1 Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta con otro especialista hasta la cirugía.

Resultados estadísticos	
	Estudio 2014*
Promedio	97
Mediana	104 días

* Sobre 9 pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

Tras analizar individualmente cada caso que superaba los 100 días, objetivamos que dos de ellos correspondían a nódulos pulmonares en seguimiento con pruebas diagnósticas reiteradamente negativas y otros dos a presencia de otros tumores concomitantes.

Se observa diferencia importante en cuanto al tiempo de demora si el paciente es tratado por un especialista que no es el neumólogo, en detrimento del mismo. Quizá porque la razón por la que es seguido por otro especialista es la presencia de otro tumor primario concomitante con el pulmonar que alarga y dificulta la decisión terapéutica, quizá por ser el tumor pulmonar hallazgo casual en la prueba de imagen durante el control de otro tumor en seguimiento. Otras causas a tener en cuenta son las posibles diferencias organizativas.

9. Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta de neumología hasta el tratamiento no quirúrgico (quimioterapia, radioterapia o paliativos).

Resultados estadísticos		Estándar de calidad	
	Estudio 2011	Oncoguía de Castilla y León	“Guía Británica”
Promedio	64,4 días	Sin datos	Sin datos
Mediana	46 días	36 días	62 días

	Estudio 2014*
Promedio	52,16
Mediana	42 días

*Sobre 59 pacientes que fueron sometidos a tratamiento de quimioterapia, radioterapia o cuidados paliativos.

A la hora de establecer el tiempo de alarma, debido a la gran diferencia entre los indicadores establecidos en la guía británica y la oncoguía de CyL, hemos elegido un promedio entre ambos valores y por tanto, el tiempo de alarma estaría por encima de 75 días (50 días de promedio más el 50%).

En 9 casos de los 51 pacientes evaluables, se superaron los 75 días. Tres de los cuales fallecieron sin haber sido tratados por ningún servicio (incluyendo servicios de cuidados paliativos) y dos durante el tratamiento por el servicio de paliativos. Del resto, un caso presentó patología cardíaca intercurrente que pospuso el inicio de la terapéutica y otros dos correspondían a estadios avanzados de la enfermedad con comorbilidades.

Este dato es de tremenda importancia por la repercusión que tiene el hecho de que tres pacientes no hubieran sido sometidos a

ningún tipo de atención terapéutica. Este 6% es similar a un 6,13% de casos que no recibieron ningún tipo de tratamiento en el estudio de 2011.

A pesar de este dato alarmante, el tiempo de espera es menor que en el caso de los procedimientos quirúrgicos con una mejora en la mediana que lo acerca al estándar establecido

9.1 Tiempo transcurrido desde la 1ª consulta otro especialista hasta el tratamiento no quirúrgico (quimioterapia, radioterapia o paliativos).

Resultados estadísticos	
	Estudio 2014*
Promedio	50,18
Mediana	42 días

* Sobre 17 pacientes que fueron sometidos a tratamiento de quimioterapia, radioterapia o cuidados paliativos.

4 casos superaban los 75 días. Tras análisis individualizado de los mismos, 2 de ellos presentaban patología cardíaca y/o respiratoria que retrasó el inicio del tratamiento, y otro de ellos padecía cáncer de otra localización.

No observamos variabilidad organizativa en cuanto a ser controlado por el servicio de neumología o por otro especialista.

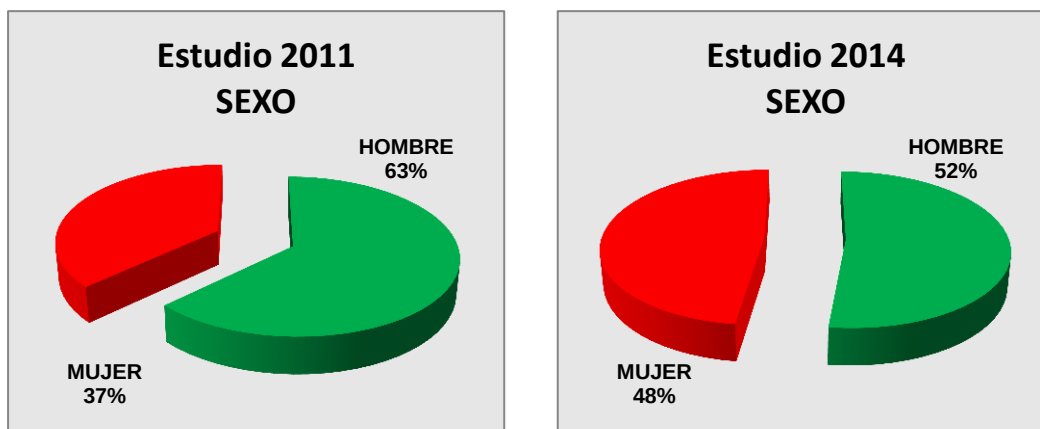
7. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

El grado de satisfacción del paciente está condicionado por la relación entre la calidad esperada y la percibida, por tanto, no depende exclusivamente de la calidad técnica que ofrece el sistema sanitario. El objetivo se concreta en reducir las diferencias entre expectativas y percepciones, lo que nos induce a buscar la opinión de los pacientes para detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados.

Para la autorrealización de la encuesta se entregó a los pacientes un cuestionario estructurado en tres bloques, el primero constaba de 5 preguntas para conocer aspectos socio-profesionales, el segundo incluía 10 preguntas para recoger la opinión y valoración de la asistencia recibida a su paso por Atención Primaria y el tercero contenía 10 cuestiones para evaluar la asistencia en la etapa de Atención Especializada. Además se añade al final del cuestionario un espacio para que puedan escribir las sugerencias o aportaciones que consideren oportunas.

7.1. Datos socio-demográficos

1. Sexo



En cuanto al sexo la distribución fue prácticamente homogénea a diferencia de lo descrito en la literatura, según la cual, aproximadamente dos tercios corresponde a varones. Si se ajustaban a los datos de la literatura en el Estudio 2011 donde prácticamente dos tercios eran varones.

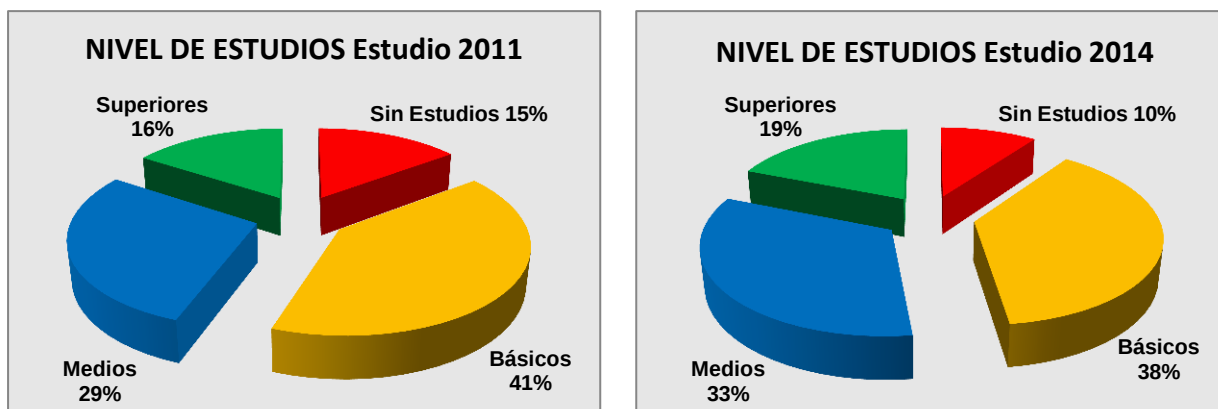
2. Edad

El promedio de edad de los pacientes encuestados fue de 68,48 años frente a un promedio de 62 años obtenido en el Estudio 2011.

3. Vive solo

La mayoría de los pacientes que contestaron a la encuesta vivían acompañados (80,95%). En el Estudio 2011, todos contestaron que vivían acompañados.

4. Nivel de estudios



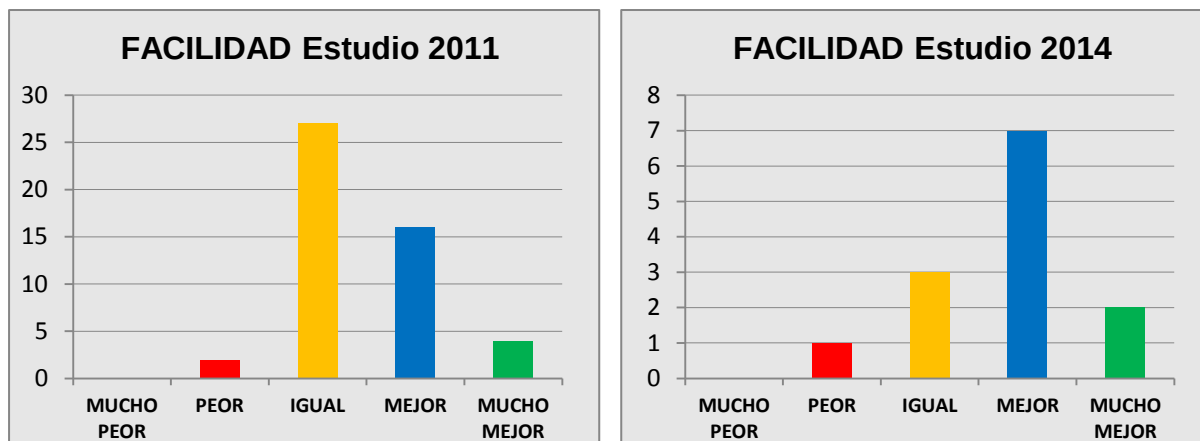
El 52 % tiene estudios medios o superiores, el 38 % tiene estudios básicos y el 10 % restante no tiene ningún tipo de estudios, cifras similares a las del Estudio 2011.

5. Primera consulta

El 66,66% acudió a su primera consulta por Atención Primaria y el 23,80% restante entro en el sistema a través del Servicio de Urgencias. Porcentajes que no equidistan de los obtenidos en 2011. Un 9,52% acude a primera consulta en otros servicios (Medicina interna y Cirugía torácica).

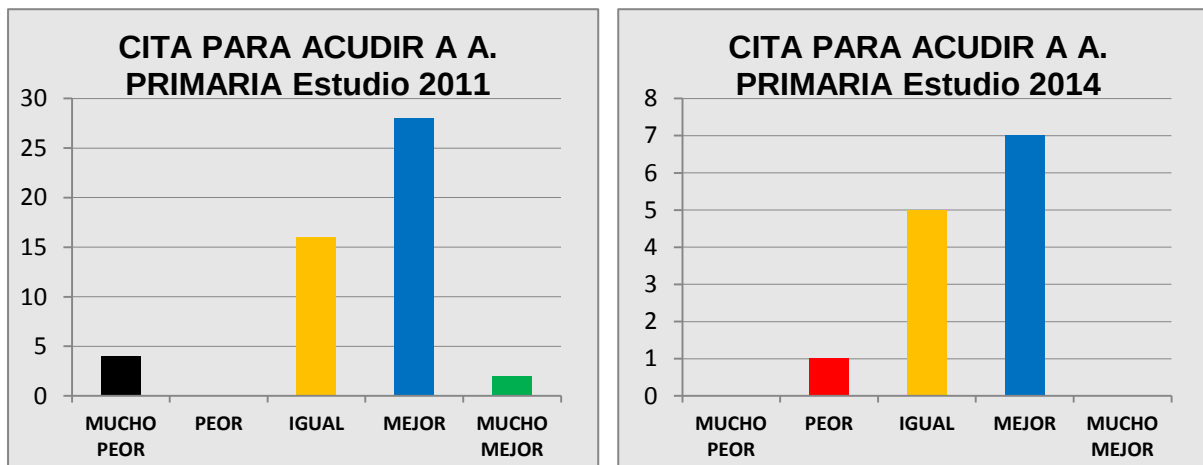
7.2. Datos obtenidos de Atención Primaria

6. ¿Qué facilidad tuvo para pedir la 1ª cita al Centro de Salud?.



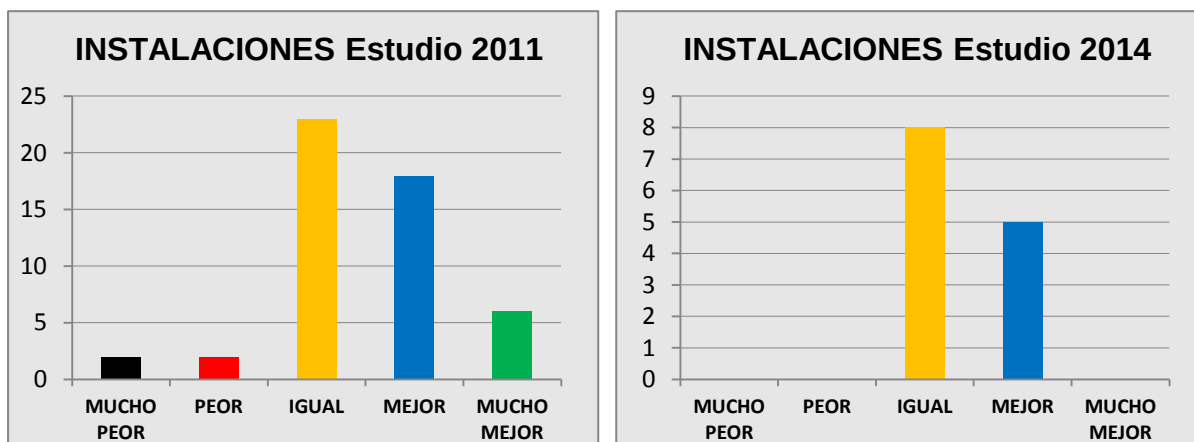
En cuanto a la facilidad que tuvieron para pedir la primera cita al Centro de Salud de Atención de Primaria, el 23,07% lo encontró igual de fácil de lo que pensaba y el 76,92% lo encontró más fácil o mucho más fácil de lo que pensaba. Sólo 1 paciente lo encontró más difícil. En 2011 la mayoría de los pacientes lo encontró igual de fácil de lo que pensaba, por lo que a tenor de los resultados, quizá la puesta en marcha de la citación previa vía internet, pueda estar relacionado con la mejoría.

7. Una vez solicitada la cita, ¿cuánto tardó en ser atendido por su médico de cabecera?.



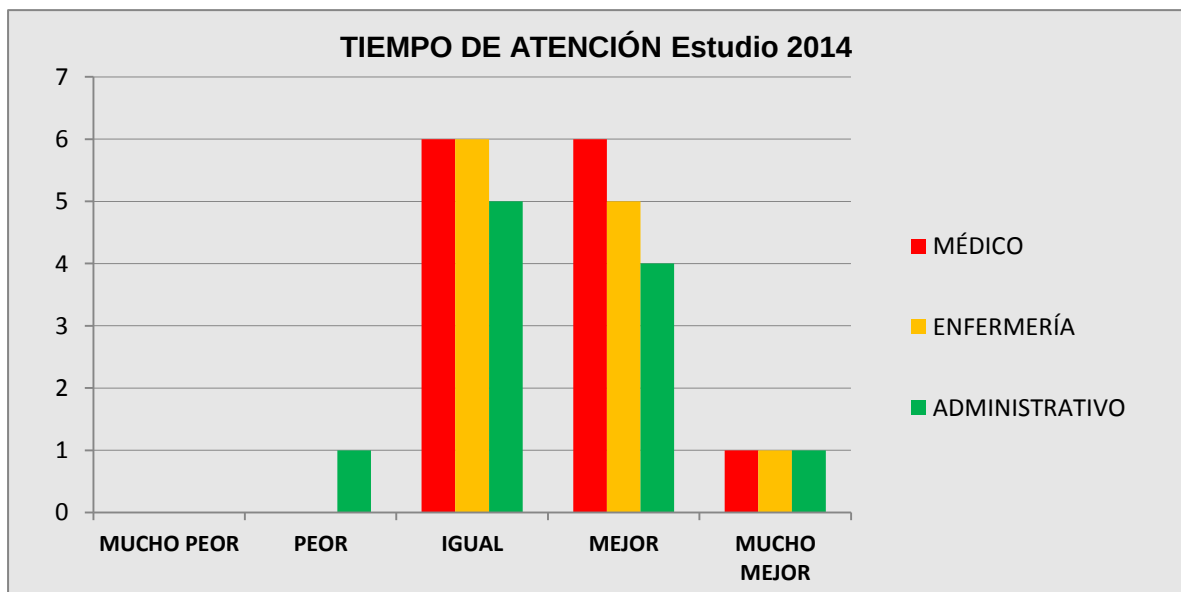
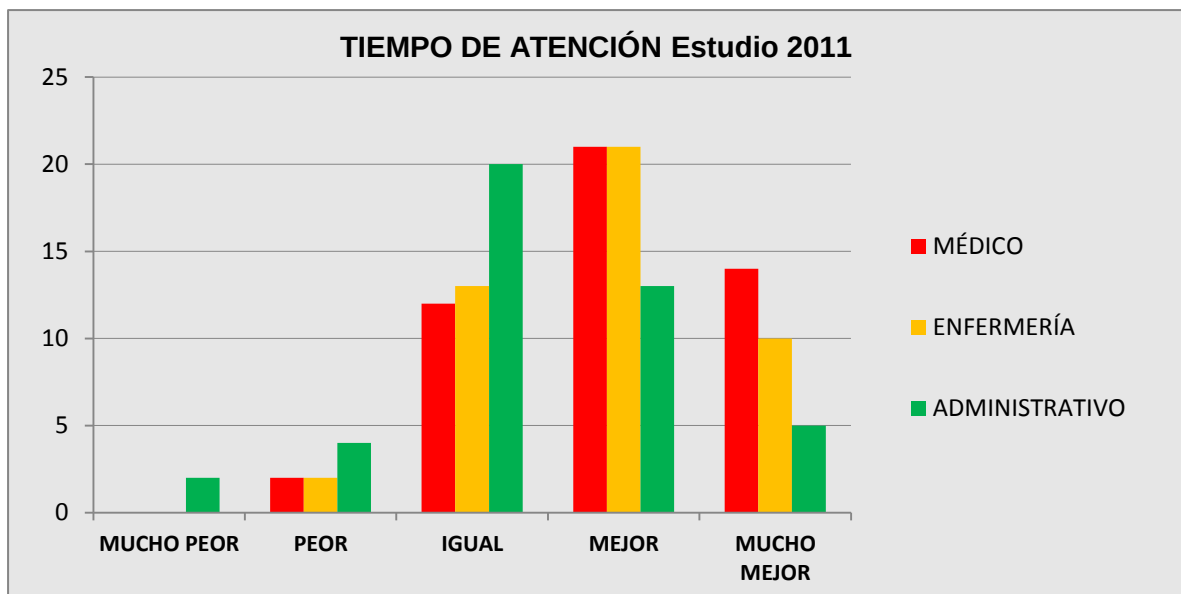
La mayor parte de los pacientes (el 92,3%) consideró que el tiempo que tardaron en ser atendidos por el médico fue el adecuado. Un paciente (el 7,69%) opinó que fue atendido más tarde de lo que esperaba. Resultados superponibles a los de 2011.

8. ¿Cuál era el estado de las instalaciones del Centro de Salud?



Sobre las instalaciones, el 61,53% juzgó que eran iguales a lo esperado y el 38,46% que eran mejores o mucho mejores. Ningún paciente calificó el estado de las instalaciones peor o mucho peor de lo esperado. Datos compatibles con los de 2011 en líneas generales a excepción que en ese momento 4 pacientes calificaron el estado de las instalaciones como peor o mucho peor de lo esperado. Percepción que no se recoge en las encuestas de nuestro estudio.

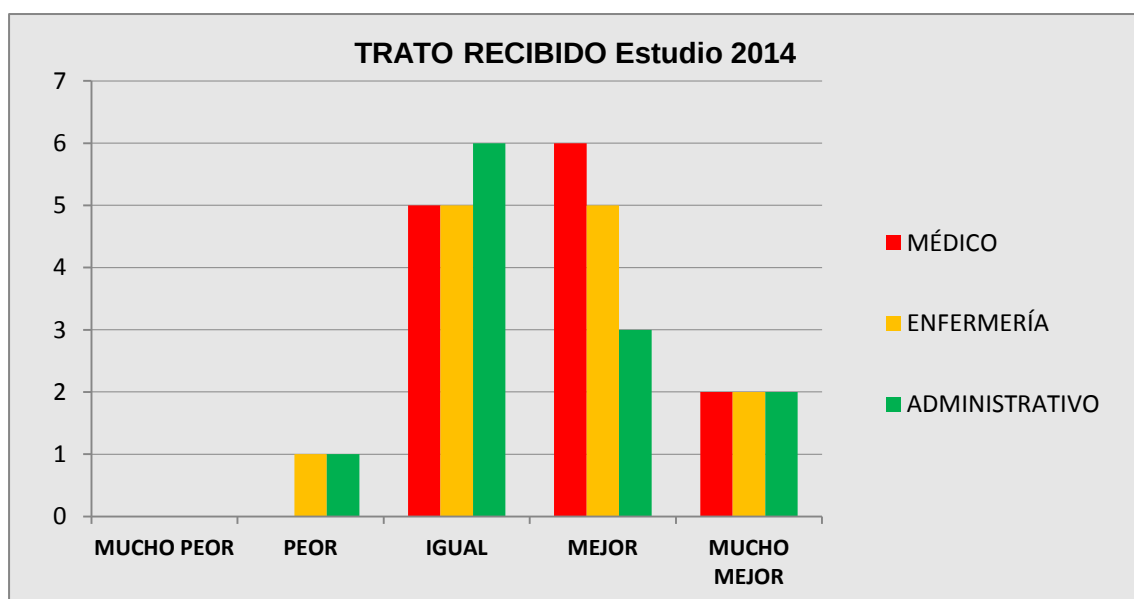
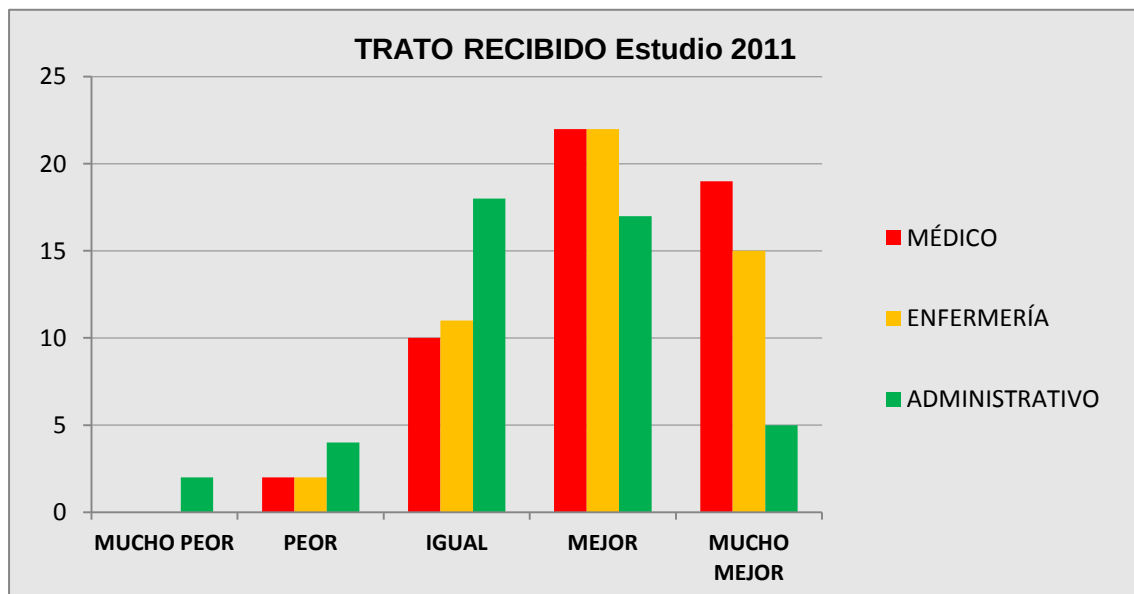
9. Valore el tiempo de atención que le dedicaron los siguientes profesionales.



Todos los pacientes encontraron el tiempo de atención dedicado mejor o igual a lo esperado, siendo los mejor valorados los médicos y enfermeras (al igual que pasaba en 2011). Solo un paciente calificó este como peor por parte del personal administrativo. Colectivo que salió peor parado en 2011 y que debido

a la escasez de encuestas cumplimentadas en el estudio actual, no nos es posible determinar con fiabilidad si verdaderamente ha mejorado este dato.

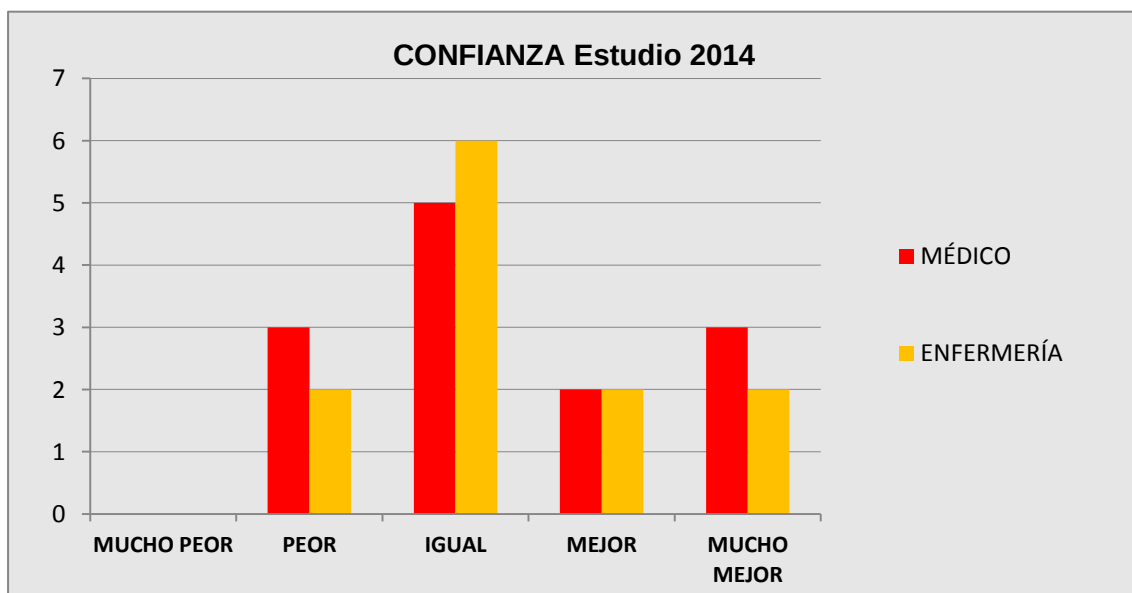
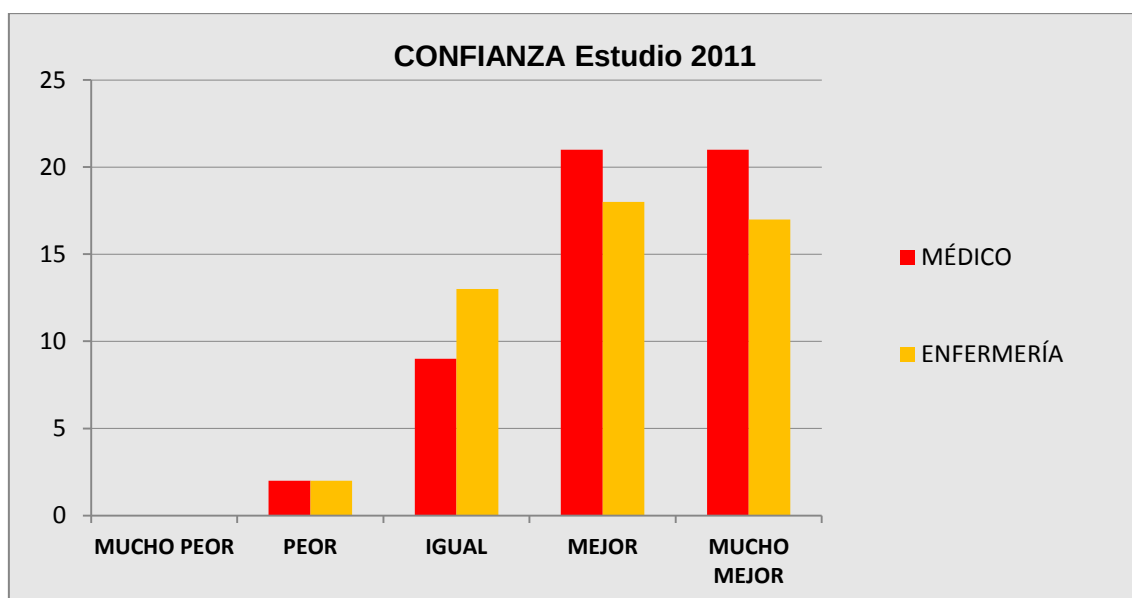
10. Valore el trato recibido por los siguientes profesionales.



La mayor parte de los pacientes encontraron el trato recibido mejor o igual a lo esperado, siendo discretamente mejor valorado el dado por parte del médico. En esta ocasión, sucede lo mismo con el grupo de administrativos que en

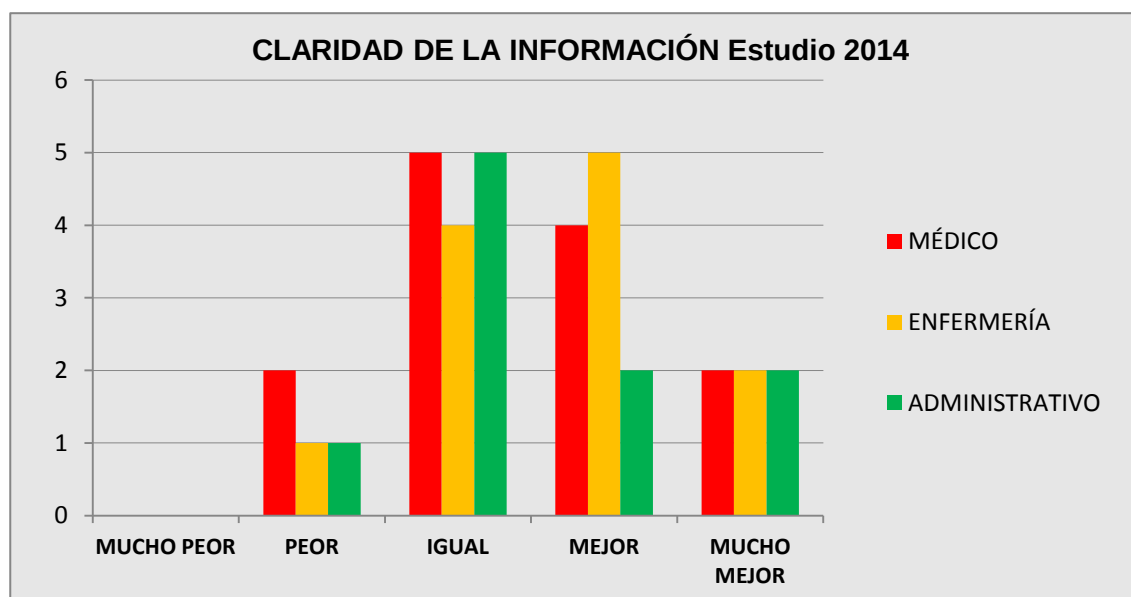
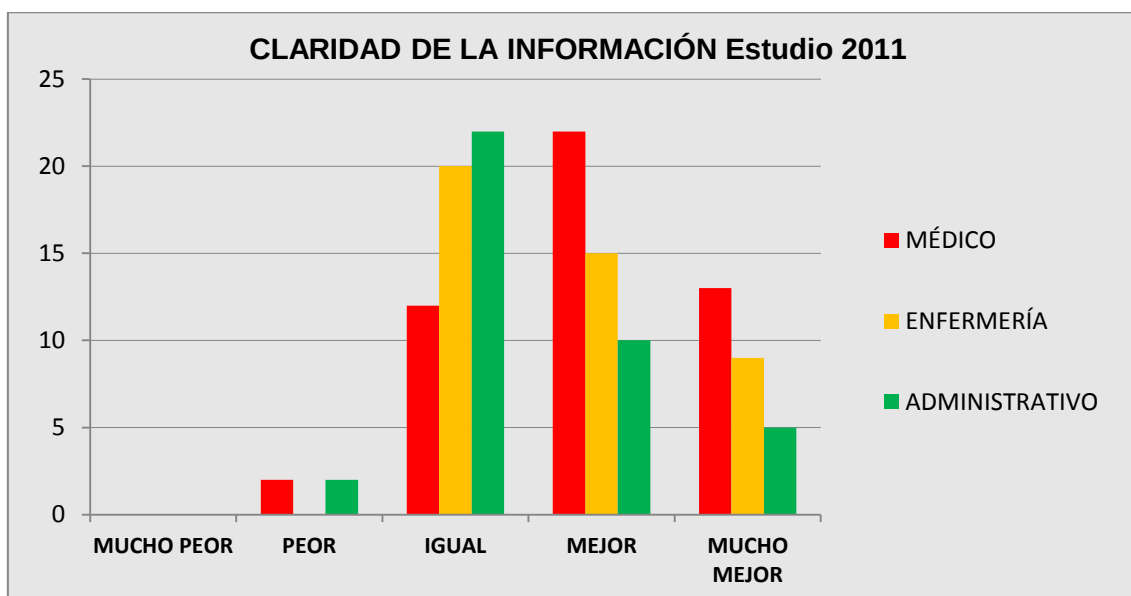
cuanto a tiempo de atención prestada, pues el trato mejora discretamente respecto al percibido en el estudio 2011. En nuestras encuestas solo un paciente calificó el trato como peor por parte del personal administrativo y de enfermería.

11. Valore la confianza que le transmitieron los siguientes profesionales.



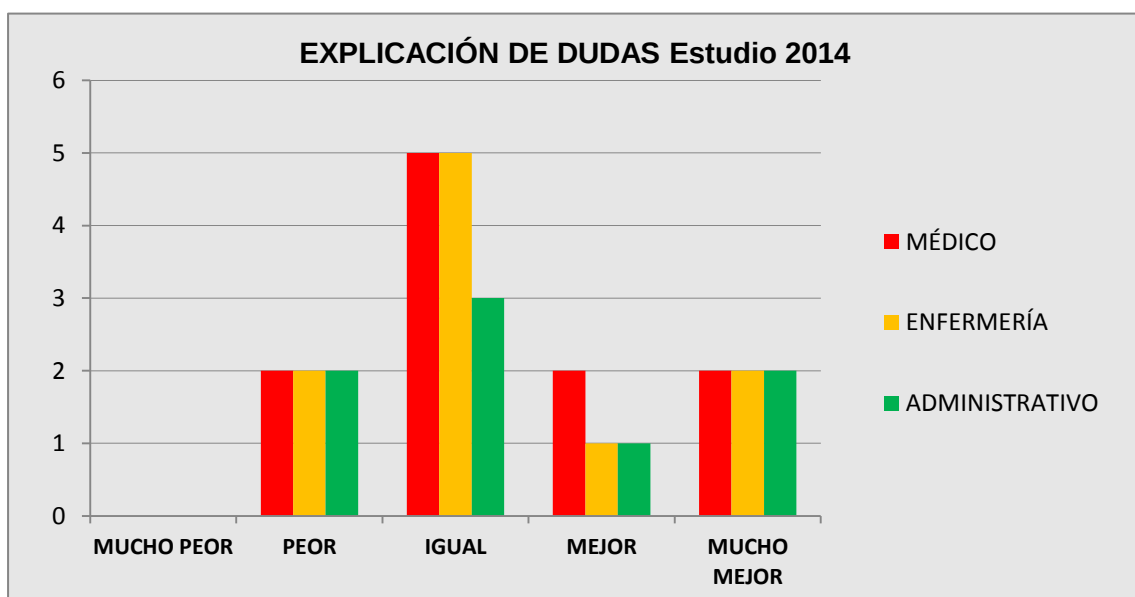
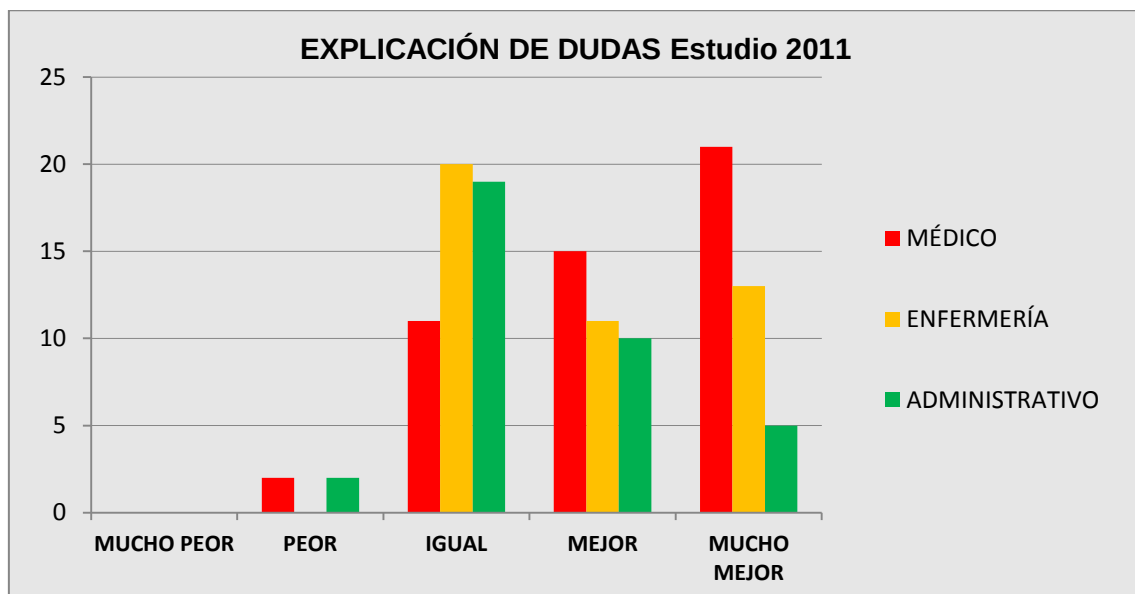
El 38,46% de los pacientes consideran que el médico les transmite buena confianza, mientras el personal de enfermería lo hace en un 33,3%. El 23,07%(3 pacientes) valora la misma como peor de lo esperado por parte de los médicos, cifra no desdeñable pero que hay que analizar con cautela debido al reducido número de encuestas cumplimentadas, y un 16,66% lo hace en referencia al grupo de enfermería respectivamente. En el Estudio de 2011, el mejor nivel de confianza también lo alcanzaba el colectivo médico.

12. Valore la claridad de la información que le transmitieron los siguientes profesionales.



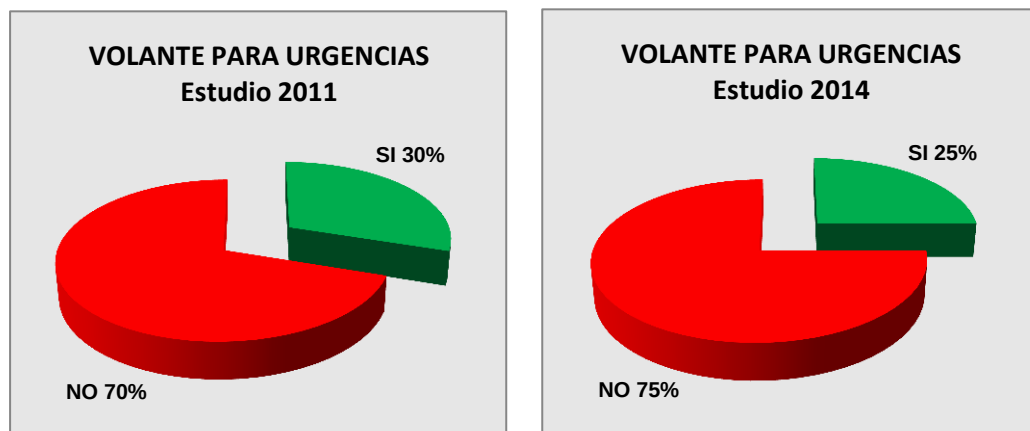
Debido al elevado número de pacientes que no contestan este apartado y a la dispersion de los valores obtenidos, no es posible sacar conclusiones valorables en cuanto a la claridad de la información transmitida se refiere. Respecto al Estudio de 2011, con la claridad de información recibida sucede lo mismo que con otras áreas donde el personal administrativo resulta ser el peor valorado.

13. Valore como le explicaron las dudas que Vd. preguntó acerca de su enfermedad a los siguientes profesionales.



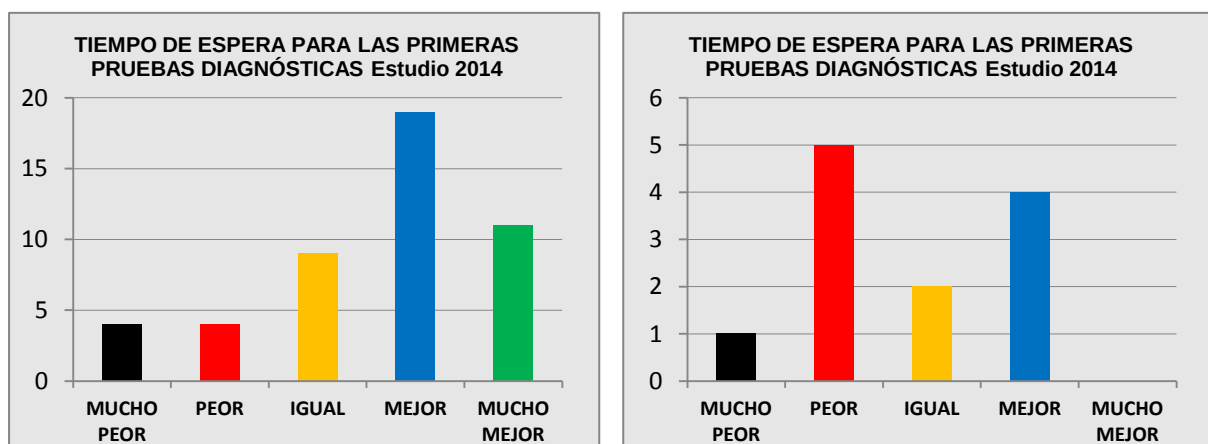
Al igual que con la claridad de la información transmitida no es posible sacar conclusiones valorables por la dispersión de los datos obtenidos. Según resultado de 2011, el personal administrativo continuó siendo el menos valorado también en este punto.

14. ¿En la 1ª consulta de Atención Primaria, se le mandó directamente a Urgencias del Hospital con un volante de asistencia?



Al 25% de los pacientes se les mandó directamente a Urgencias del Hospital con un volante de asistencia. Cifras similares a las obtenidas en 2011.

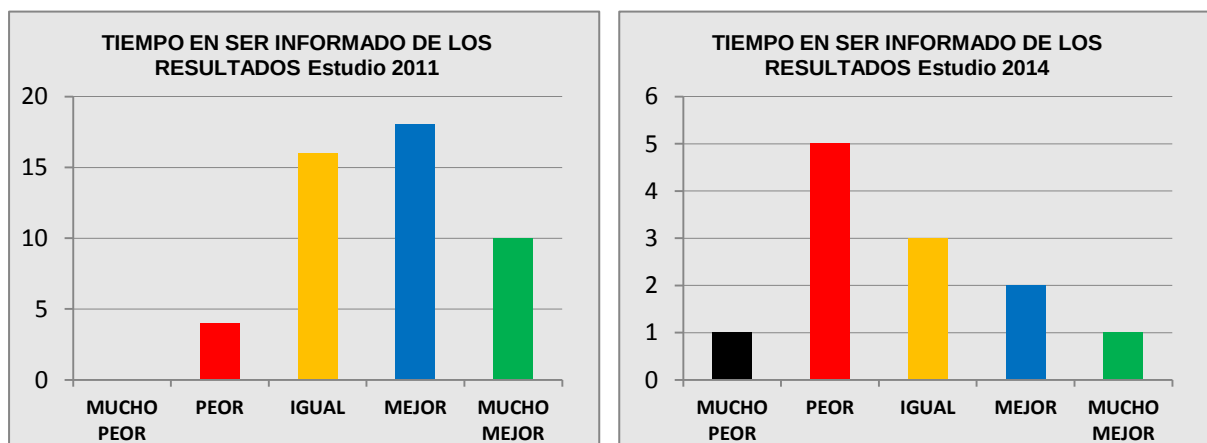
15. Valore el tiempo de espera para los siguientes procesos.



El 50% opina que el tiempo de espera para la realización de las primeras pruebas diagnósticas es mucho peor o peor de lo esperado (teniendo en cuenta que en varios casos los pacientes aseguran desconocer el tiempo considerado como estandar para las mismas) mientras que el otro 50%

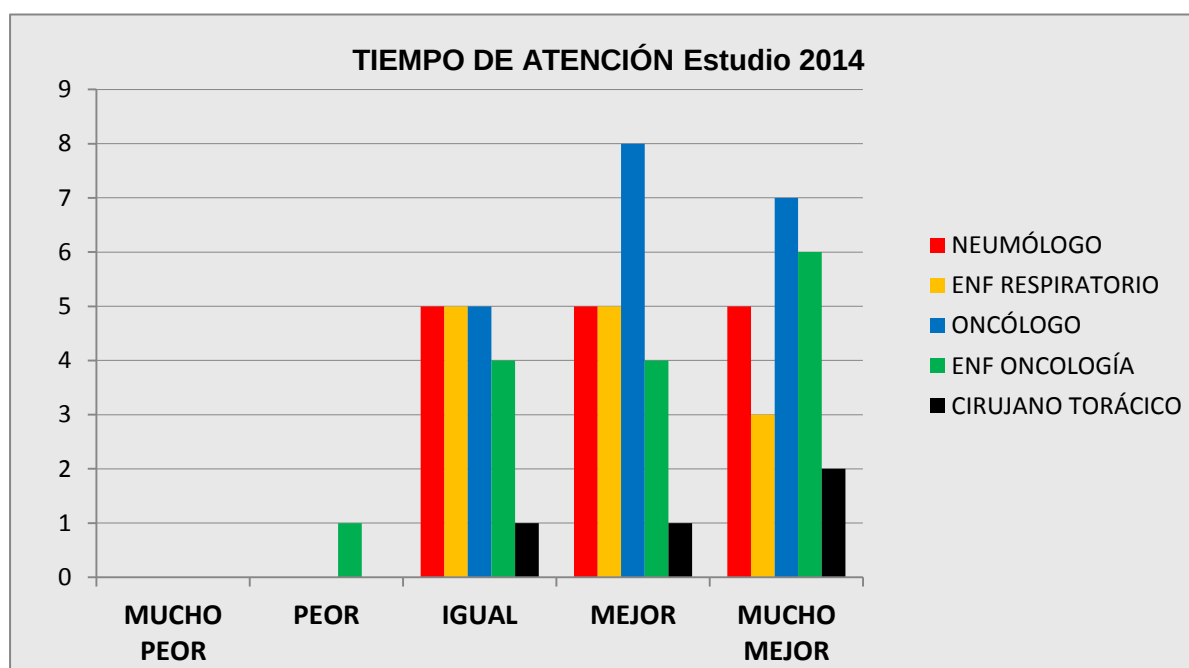
consideró que fue igual o mejor. Porcentaje que supera ampliamente el obtenido en 2011 donde tan solo un 14,5% considera este como mucho peor o peor de lo esperado. Llama la atención tal percepción, tras considerar por una parte que muchos pacientes afirman desconocer el tiempo medio de espera y que la revisión de historias clínicas que hemos hecho en este estudio pone de manifiesto que se han mejorado claramente los tiempos de demora respecto a los de 2011.

En cuanto al tiempo en ser informados de los resultados, los datos obtenidos son superponibles a los del tiempo de espera para la primera prueba diagnóstica.



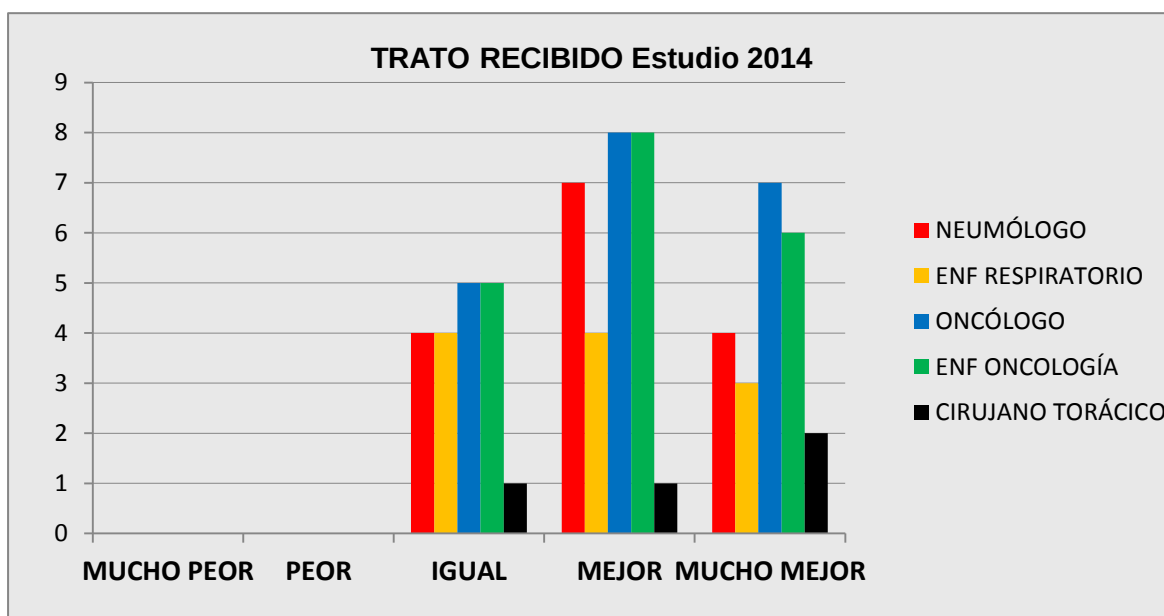
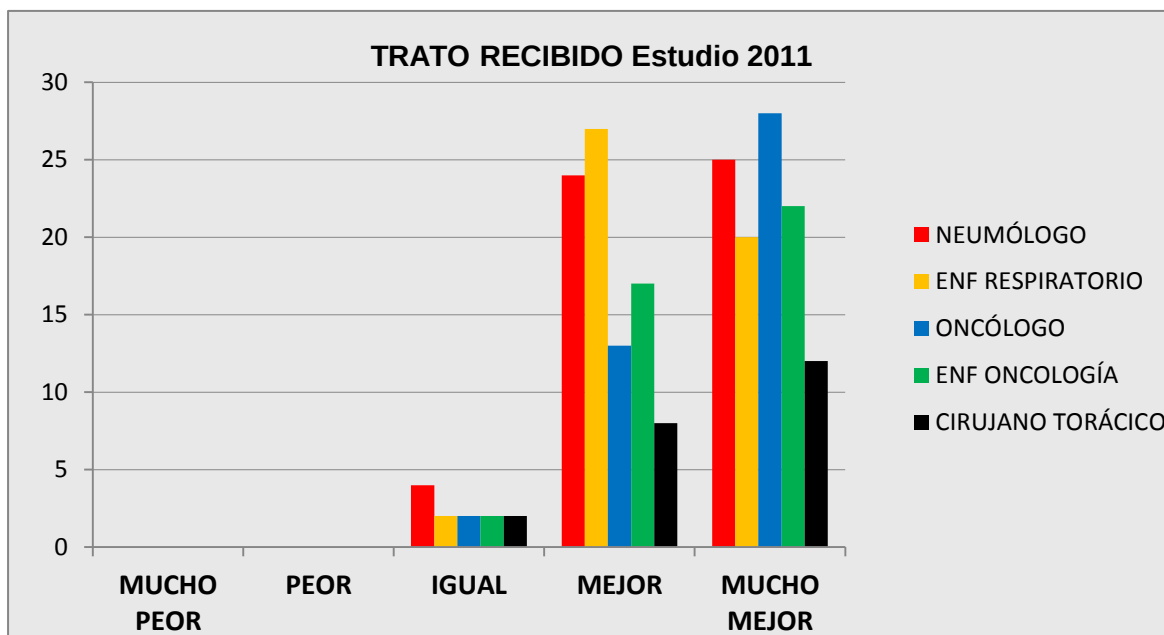
7.3. Datos obtenidos de Atención Especializada

16. Valore el tiempo de atención que le dedicaron los siguientes profesionales.



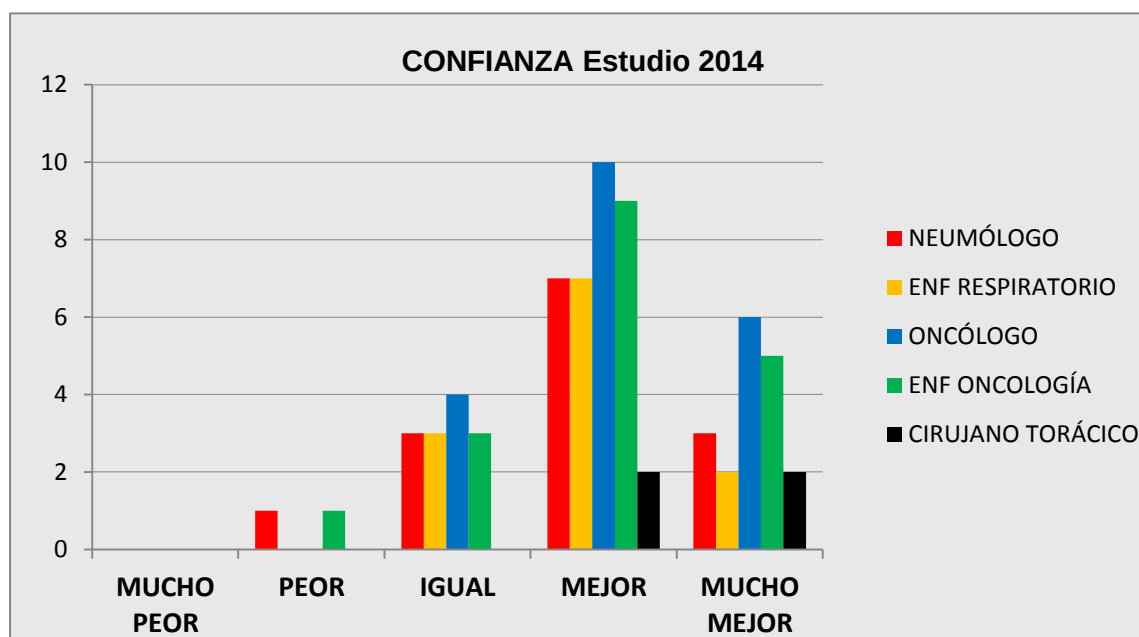
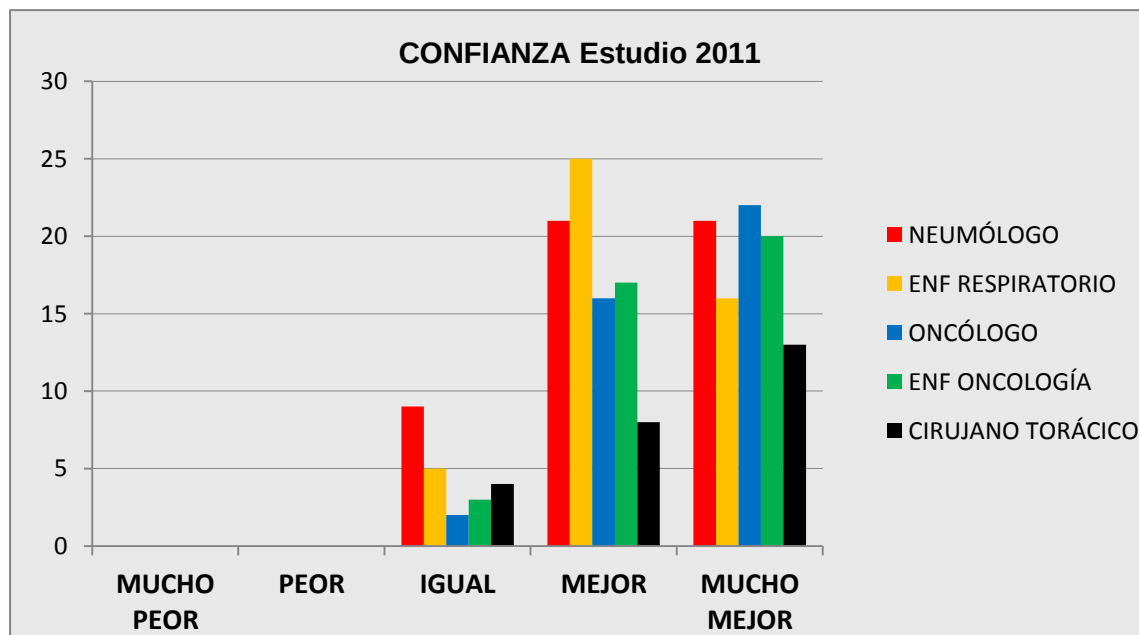
En general todo el personal recibe buena valoración siendo el oncólogo el mejor valorado, al igual que pasaba en 2011.

17. Valore el trato recibido por los siguientes profesionales.



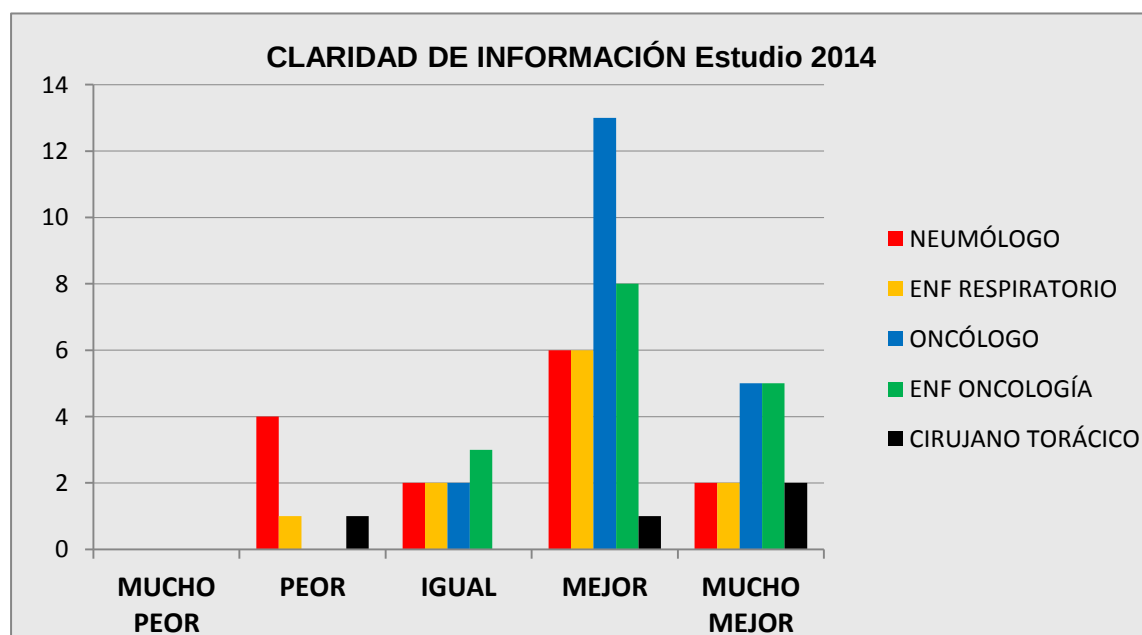
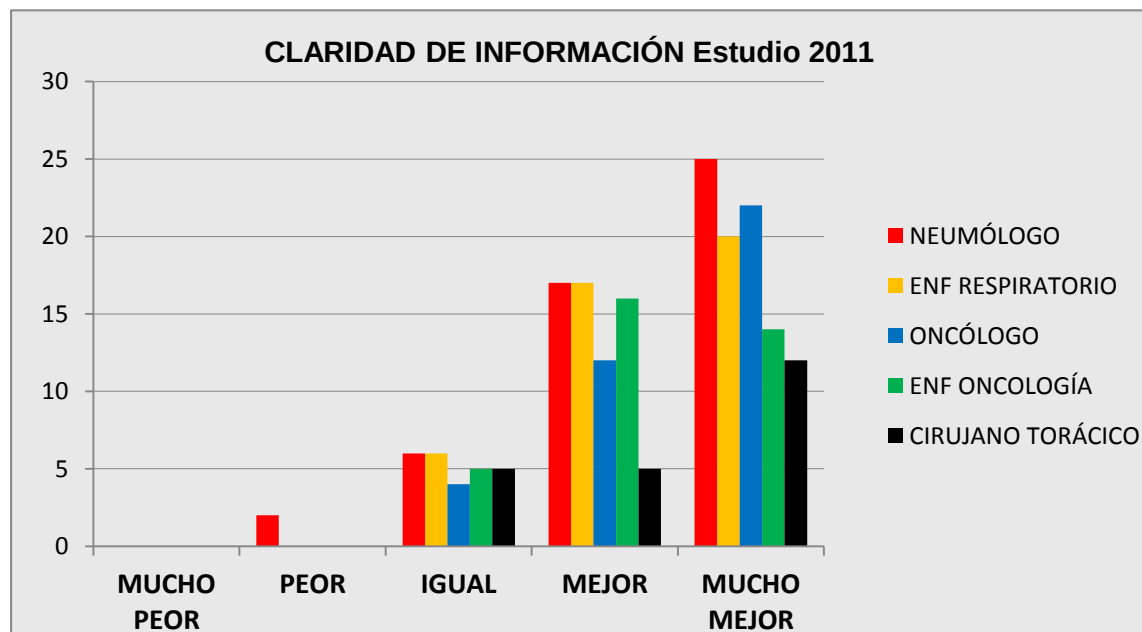
En el trato recibido todo el personal recibe buena valoración, siendo el equipo de oncología (oncólogo y enfermería de oncología) el mejor valorado, al igual que en el Estudio de 2011.

18. Valore la confianza que le transmitieron los siguientes profesionales.



En cuanto a confianza todo el personal recibe buena valoración, siendo el equipo de oncología (oncólogo y enfermería de oncología) el mejor valorado. Resultado superponible al del Estudio 2011.

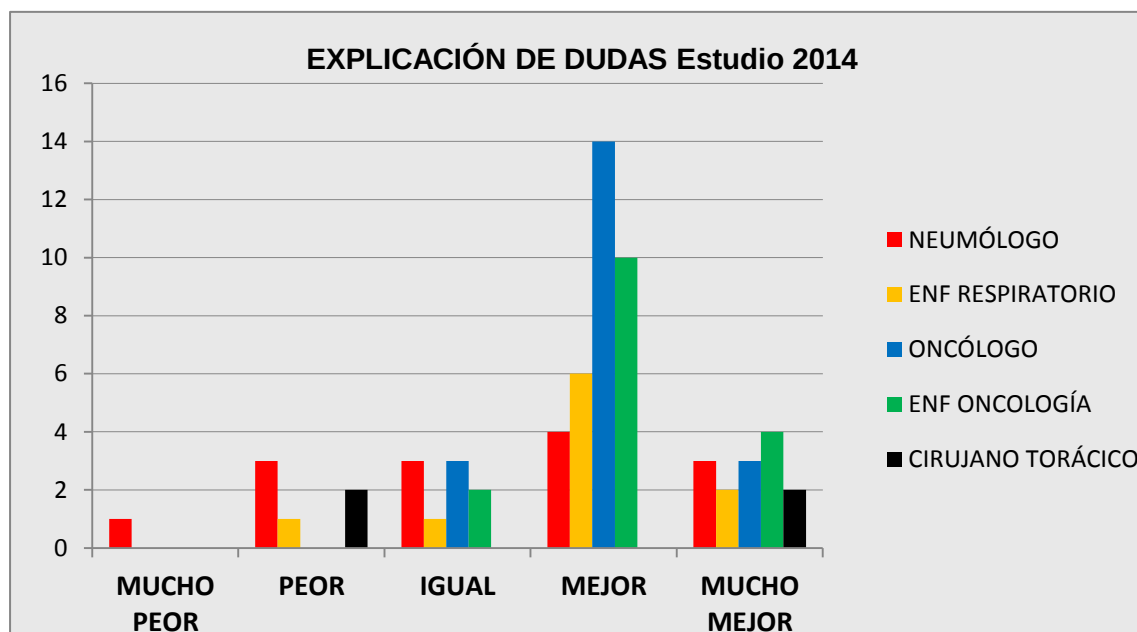
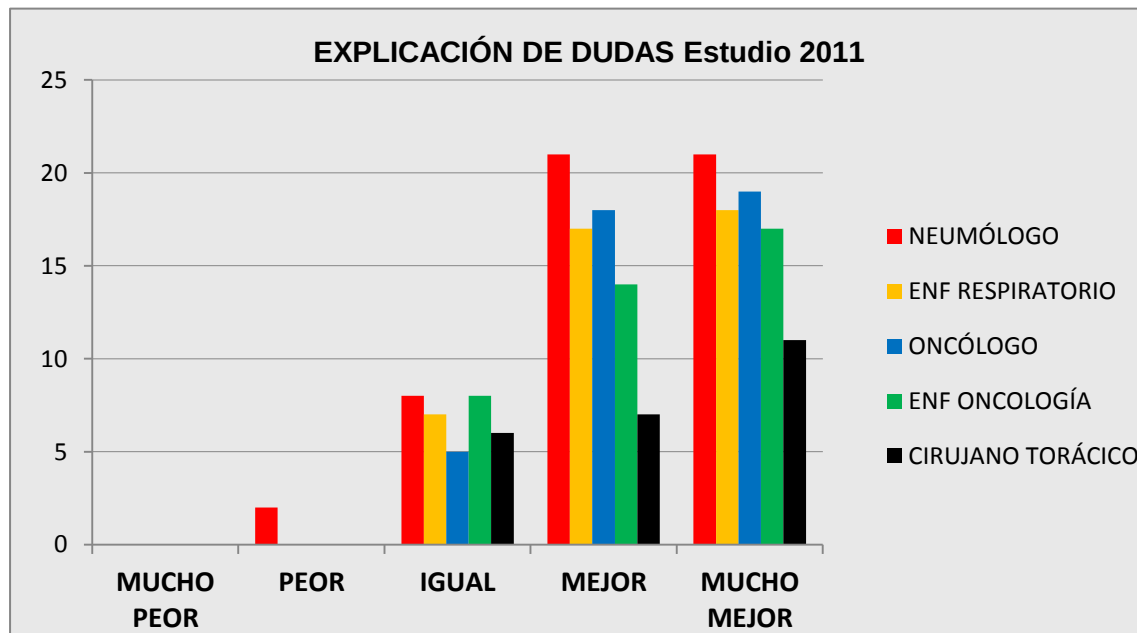
19. Valore la claridad de la información que le transmitieron los profesionales siguientes.



En la claridad de la información transmitida, de nuevo destaca el personal de oncología. En 6 casos han juzgado peor de lo esperado al resto de servicios, siendo 4 de ellos para el neumólogo. Dato que contrasta con el del estudio

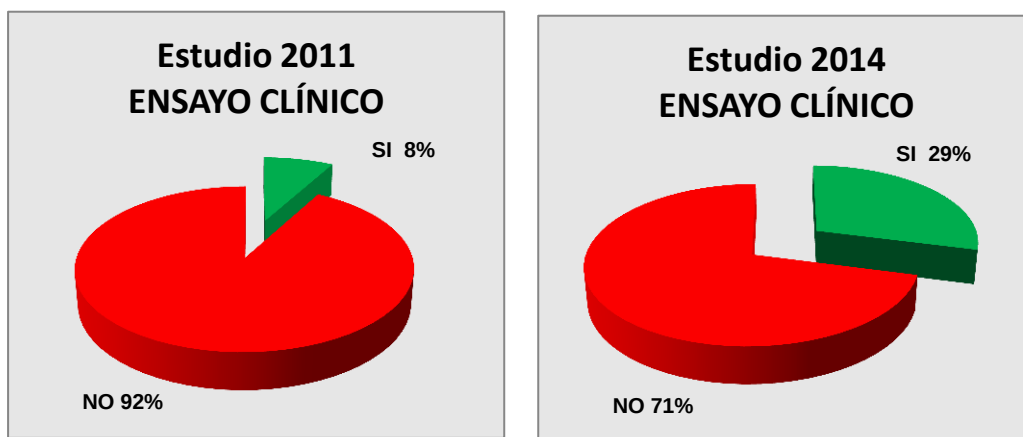
2011 donde son dos pacientes los que valoran la claridad de información transmitida por este especialista como peor.

20. Valore como le explicaron las dudas que Vd. preguntó acerca de su enfermedad a los siguientes profesionales.



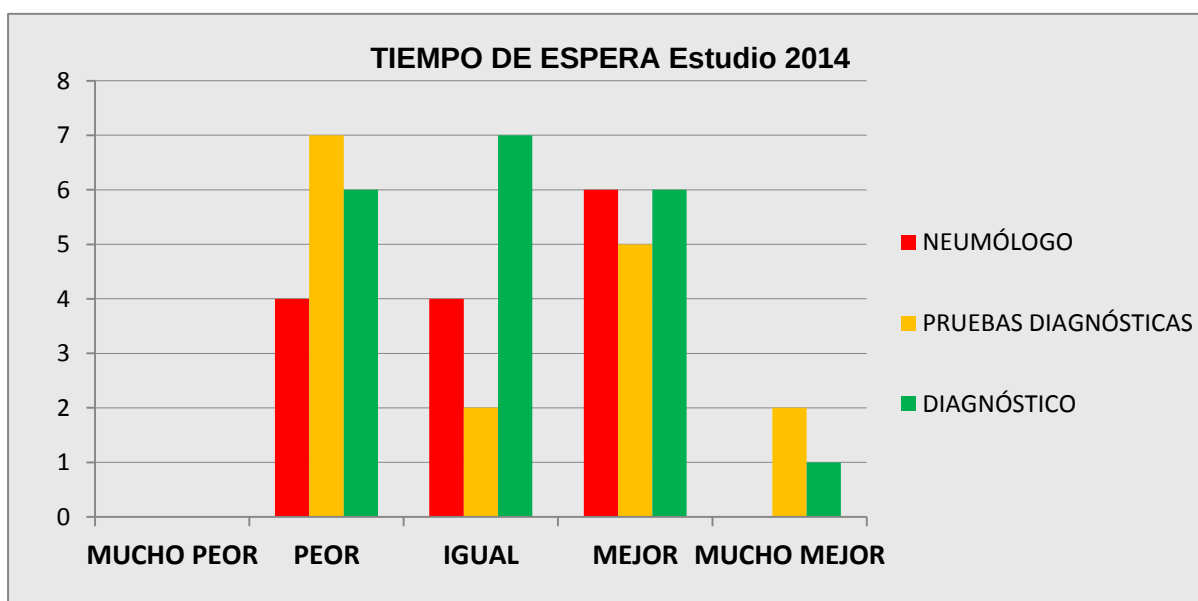
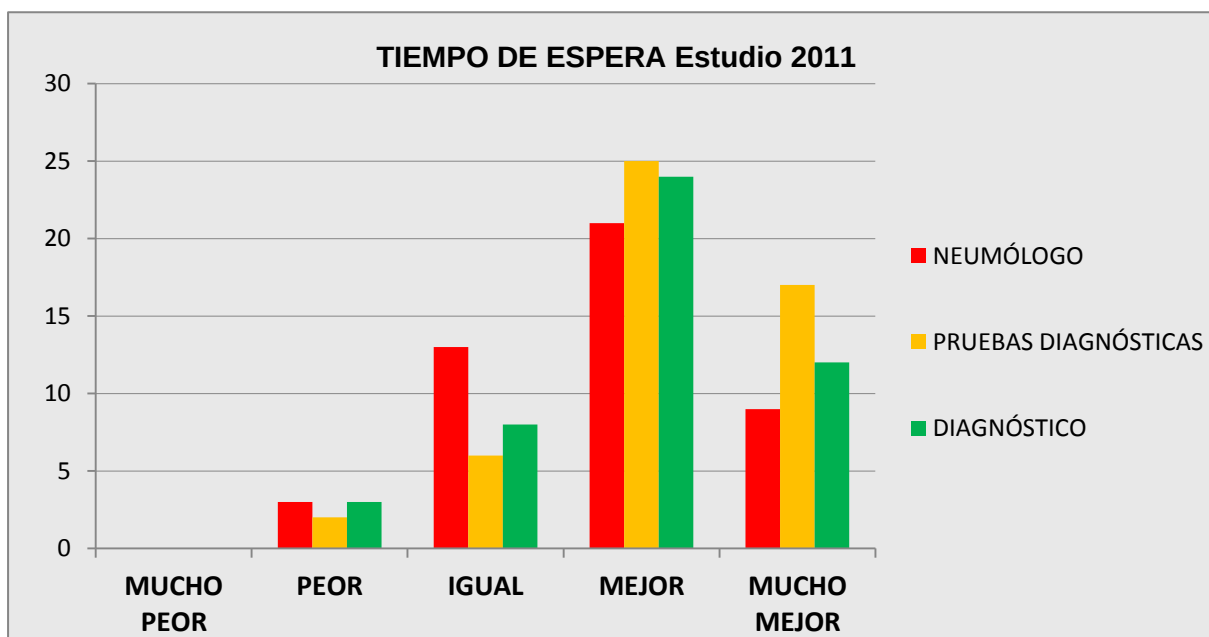
En la explicación de dudas de nuevo destaca el personal de oncología como el que mejor lo lleva a cabo, al igual que en el estudio 2011. En nuestro estudio, hay 7 pacientes que indican que les aclararon las dudas peor o mucho peor de lo que esperaban, siendo responsabilidad en 4 casos del neumólogo frente a dos casos que responden lo mismo en 2011. Por lo tanto, podemos convenir que el colectivo de neumólogos ha obtenido peor valoración en cuanto a nivel de confianza transmitida y a claridad de información que en el 2011.

21. ¿Le han propuesto participar en algún ensayo clínico?.



6 pacientes fueron invitados a participar en algún ensayo clínico. El porcentaje de pacientes invitados en el estudio de 2014, es claramente superior al de 2011, lo que traduce quizá un aumento del número de estudios en desarrollo.

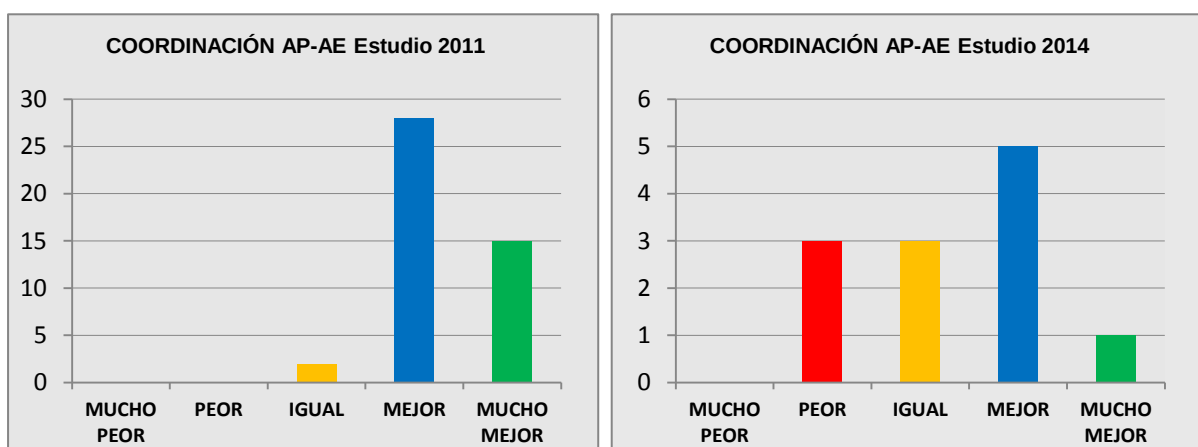
22. Valore el tiempo de espera para los siguientes procesos.



El 30%, 44% y 29% de pacientes que juzgan el tiempo de espera para el diagnóstico, las pruebas diagnósticas y la primera consulta con el neumólogo respectivamente, considera que este ha sido mayor de lo esperado. Esto no se correlaciona con los datos obtenidos en la revisión de historias clínicas que se ha realizado, pues se ha conseguido una importante mejora respecto a 2011

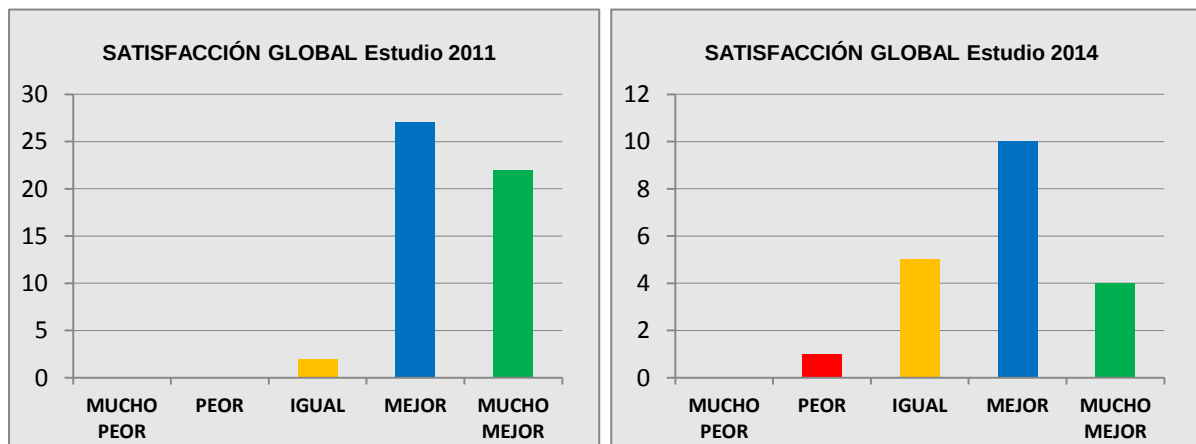
en estos puntos. Llamativamente el porcentaje de pacientes que juzgaban en 2011 que el diagnóstico y las pruebas diagnósticas tardaron más de lo esperado en ser realizadas, era claramente menor a pesar que no determinaba lo mismo la revisión de historias hecha en aquél momento donde se superaba el estándar de calidad en cuanto a tiempo de demora se refiere.

23. ¿Cómo catalogaría la coordinación entre Atención Primaria y Especializada (consultas externas, urgencias y hospitalización)?.



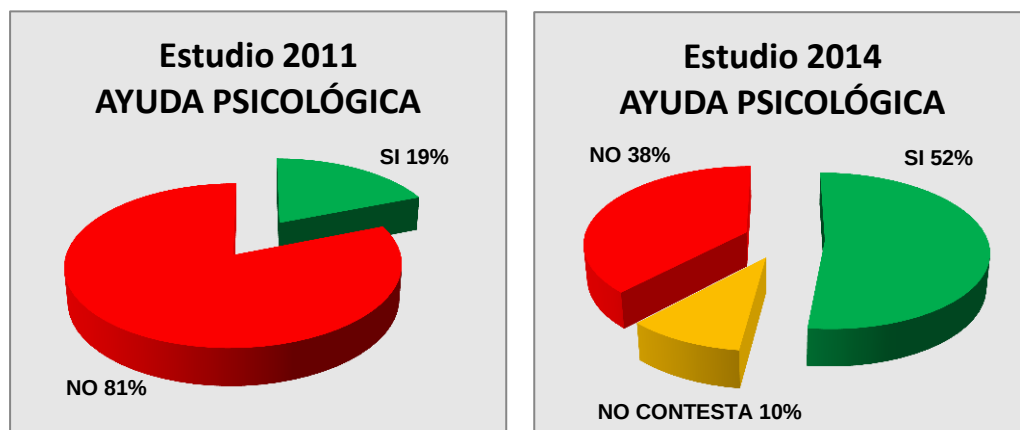
La coordinación entre Asistencia Primaria y Especializada se considera como buena o muy buena por la mayor parte de los pacientes. Un 25% consideró esta como peor de lo esperado. Dato que una vez más no es compatible con el obtenido tras la revisión de historias clínicas donde se comprueba la mejora clara en cuanto al tiempo de espera en ser visto por primera vez por el neumólogo tras interconsulta del MAP.

24. ¿Cómo valoraría el grado de satisfacción global por el servicio que ha recibido?



Solamente un paciente piensa que el grado de atención global ha sido malo, dato a excepción del cual podemos decir que en general la valoración es superponible a la obtenida en 2011.

25. ¿Se puso a su disposición algún tipo de ayuda psicológica para afrontar su problema de salud?



Un 52% de pacientes recalcan que han recibido ayuda psicológica frente al 19% que afirmaba lo mismo en 2011. Entendemos por tanto que este dato se

refiere a una actitud de escucha y comprensión por parte del personal sanitario, además de un uso más generalizado del servicio de psiconcología ya existente.

Sugerencias aportadas:

Se han seleccionado las aportaciones que nos han parecido de mayor relevancia obtenidas del estudio de 2011, puesto que en las encuestas de 2014 ningún paciente cumplimentó este apartado. Hecho por el cual no podemos valorar si han sido llevadas a cabo o no.

- Solicitan que:
 1. No se dé un diagnóstico como el de esta enfermedad por teléfono.
 2. Se ofrezca ayuda psicológica.
 3. Se mejoren las instalaciones.
 4. Se disponga de un teléfono de contacto directo con el médico.
- El elevado agradecimiento hacia la labor de los oncólogos médicos.

8. CONCLUSIONES

1. La puesta en marcha de un Protocolo de asistencia a pacientes con cáncer de pulmón y el inicio de sesiones multidisciplinarias han supuesto una mejora sustancial en los indicadores organizativos, técnicos y de tiempos de demora.
2. Existen procesos que se deben corregir sustancialmente si se quiere mejorar la atención sanitaria y disminuir la variabilidad en la práctica clínica del proceso asistencial oncológico en cáncer de pulmón.
3. La calidad percibida es buena en el aspecto de trato e información recibida por parte de los profesionales. La percepción de los tiempos de demora es extremadamente importante en la atención oncológica
4. La herramienta de gestión por procesos y el análisis periódico de los indicadores es perfectamente aplicable y permite conocer puntos de mejora y establecer una cultura de mejora continua en el ámbito hospitalario.

Conclusiones del estudio referentes a la Atención Primaria:

Calidad organizativa y técnica:

- El indicador utilizado para los tiempos de demora en Atención Primaria ha mejorado y revela un tiempo de espera de 7 días para acudir a la primera consulta de Atención Especializada.
- Es necesario mejorar la calidad de la historia clínica electrónica para asegurar la correcta trazabilidad en la toma de decisiones sobre el paciente.

Calidad percibida:

- El grado de satisfacción global en cuanto a la atención recibida, por parte de los profesionales sanitarios, ha sido valorado como mejor o mucho mejor de lo esperado.
- Refieren como excesivo el tiempo de espera para la realización de las primeras pruebas diagnósticas, así como la demora en recibir los resultados de las mismas.

Conclusiones del estudio referentes a la Atención Especializada:

Calidad organizativa y técnica:

- Es preciso insistir en la necesidad de incluir el estudio por PET en la exploración de los pacientes con sospecha de enfermedad extendida (el 18,33% de pacientes no disponían de la prueba en nuestro estudio, frente al 30,7% de pacientes en los que no consta realización de PET en el estudio de 2011)
- Las técnicas de diagnóstico de afectación del mediastino (EBUS) se utilizan adecuadamente en un 17,34% de los casos. Es preciso estimular su uso en los casos indicados para evitar cirugías innecesarias.
- Es preciso promover la realización de la mediastinoscopia en el caso de negatividad para el EBUS, ya que un elevado porcentaje de los pacientes con indicación no sigue dicho proceso.
- Se mejorado el tiempo de demora para la realización del estadiaje del mediastino por medio de EBUS (6 días) respecto al dato obtenido en 2011 (17 días).
- Es preciso mejorar el tiempo de demora para la Punción aspiración con aguja fina para diagnóstico.
- Existe un retraso marcado en los casos con tratamiento quirúrgico (un 14,81% de los pacientes superó los 100 días de espera).
- El tiempo de demora en el resto de modalidades terapéuticas fue menor.

- Se ha observado una mejoría significativa en el tiempo de demora para la realización de broncoscopias .
- Los tiempos de demora de realización de pruebas e informes de los servicios centrales (radiodiagnóstico y anatomía patológica) han disminuido ligeramente respecto a los datos de 2011.

Calidad percibida:

- En Atención especializada los profesionales sanitarios mejor valorados han sido los pertenecientes al Servicio de Oncología.

9. PROPUESTAS DE MEJORA

En Atención Primaria:

- Indicación de realizar siempre estudio radiológico de tórax urgente, ante sospecha clínica de cáncer de pulmón.
- Sensibilizar a los médicos de primaria sobre la importancia de cumplimentar correctamente las historias clínicas.
- Facilitar a los Médicos de Atención Primaria la formación continuada en cáncer de pulmón (información escrita, cursos de formación...).
- Realizar sesiones formativas con el personal administrativo de los Centros de Atención Primaria, enfocadas a mejorar la comunicación con el paciente y sus familiares.

En Atención Especializada:

- Realización de revisiones periódicas de la casuística a cargo de los responsables de la unidad, enfocadas a la mejora continua en la indicación de las exploraciones por PET, EBUS y mediastinoscopia.
- Conocer y poner los medios para solucionar la causa organizativa como probable responsable del prolongado tiempo de demora hasta realizar la PAAF.
- Fomentar la presentación y evaluación de todos los casos en la sesión del equipo multidisciplinar, para evitar cirugías innecesarias por problemas de diagnóstico de extensión.
- Optimización de los recursos existentes en cirugía torácica para disminuir el tiempo de demora de procedimientos quirúrgicos.
- Sensibilizar a los médicos de especializada, sobre la importancia de cumplimentar correctamente las historias clínicas.
- Promover el conocimiento de la Unidad de Cuidados paliativos para evitar la existencia de pacientes con cáncer de pulmón avanzado a los que no se ofrece ninguna opción terapéutica.

10. GLOSARIO

- **AE:** Atención Especializada.
- **AP:** Atención Primaria.
- **CEIC:** Comité de Ética en Investigación Clínica.
- **CTT:** Comisión de Tejidos y Tumores del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- **EBUS:** Punción con aspiración guiada por ecografía a través de broncoscopia.
- **GSPATH:** Sistema de Gestión de Datos del departamento de Anatomía Patológica.
- **HIS:** Sistema informático de información hospitalario.
- **HUMV:** Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- **IASLC/ATS/ERS:** Asociación internacional para el estudio de cáncer de pulmón/Sociedad Americana de Patología Torácica/ Sociedad Europea de Neumología.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **LIS:** Sistema informático de información de Laboratorio.
- **MAP:** Médico de Atención Primaria.
- **NOVOPATH:** Sistema de Gestión de Datos del departamento de Anatomía Patológica.
- **OMI:** Sistema informático de información en Atención primaria.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAAF:** Punción Aspiración con Aguja Fina.
- **PET:** Tomografía por Emisión de Positrones.
- **PFR:** Pruebas de Función Respiratoria.
- **RIS:** Sistema informático de información de radiodiagnóstico.

- **TAC:** Tomografía axial computerizada.
- **UAR:** Unidad de Alta Resolución para pacientes con cáncer de pulmón.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmedin Jemal, DVM, Rebecca Siegel, MPH, Elizabeth Ward, Yongping Hao, Jiaquan Xu Michael J. Thun. Cancer Statistics, 2009. CA CANCER J CLIN 2009; 59:225-249
2. Cabanes A, Vidal E, Aragonés N, Perez Gomez B, Pollán M, Lope V, López-Abente G. Cancer mortality trends in Spain: 1980–2007. Annals of Oncology 2010; 21 (Supplement 3):14–20
3. Kohler B.A, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975 -2011, Featuring Incidence of Breast Cancer Subtypes by Race/Ethnicity, Poverty, and State. J Natl Ca Inst. Online March 30, 2015.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC
5. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013;132:1133-45.
6. Masters GA, Krilov L, Bailey HH, et al. Clinical Cancer Advances 2015: Annual Report on Progress Against Cancer From the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol. 2015;59.9746.
7. Leora Horn; Rosana Eisenberg; David Gius; Katherine N. Kimmelshue; Pierre P. Massion; Joe Bill Putnam; Clifford G. Robinson; David P. Carbone. Cancer of the Lung: Non-Small Cell Lung Cancer and Small Cell Lung Cancer. Abeloff's Clinical Oncology: Fifth Edition. 2013:1143-1192.

8. Albert WM, Bepler G, Hazelton T, Ruckdeschel JC, Williams JH. Practice Organization. CHEST 2003; 123:332S–337S.
9. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el Cáncer: “Proyecto ONCOGUÍAS. Depósito Legal: VA-212-07
10. Lim E, Baldwin D, Beckles M et al. Guidelines on the Radical Management of Patients with Lung Cancer Thorax 2010;65: Supplement III.
11. Sanchez MJ, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martinez C. Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981–2012. Annals of Oncology 2010;21 (Supplement 3):30–36
12. Hernández JR, Heras F, Cordobilla MR, Antolín T, Bollo E. “Incidencia del carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y en Cantabria durante el año 2007”. Estudio de la Sociedad Castellano-Leonesa y Cántabra de Patología Respiratoria (SOCALPAR). Archivos de Bronconeumología 2010; 46 (1):7-14.
13. Petrie, GJ, Barnwell E, Grimshaw J. on behalf of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Clinical guidelines: criteria for appraisal for national use*. Edinburgh: Royal College of Physicians, 1995. Agency for Health Care Policy and Research. *Acute pain management, operative or medical procedures and trauma 92-0032. Clinical practice guideline*. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Policy and Research Publications, 1992.
14. Protocolo de cáncer de pulmón del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Edición 2009.

15. Moyer VA, LeFevre ML, Siu AL, Peters JJ, Baumann LC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Ebell M, Flores G, García FA, Cantu AG, Grossman DC, Herzstein J, Nicholson WK, Owens DK, Phillips WR, Pignone MP. Ann Intern Med. 2014;160(5):330-8.

12. ANEXOS

ANEXO I:

Niveles de evidencia

ESTUDIOS SOBRE TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, ETIOLOGÍA Y COMPLICACIONES		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	I a	Revisión sistemática de ECA*, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	I b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos).
	I c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2 c	Investigación de resultados en salud.
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

ANEXO II:



COMISIÓN DE TEJIDOS Y TUMORES



INFORME DE LA COMISIÓN DE TEJIDOS Y TUMORES. REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

Se ha procedido a la revisión por parte de los miembros de la Comisión de Tejidos y Tumores de 21 historias clínicas correspondientes a 21 pacientes diagnosticados de carcinoma pulmonar no microcítico obtenidos de una revisión aleatoria del primer semestre de 2006 a partir de los datos del archivo del Departamento de Anatomía Patológica.

En todas las historias se han recogido los siguientes datos consensuados por los miembros de la comisión en reunión previa.

Los puntos analizados en cada una de las historias clínicas han sido:

1. Tiempo transcurrido desde la primera visita a la derivación al especialista de neumología (administrativo desde la remisión por el médico de cabecera hasta la fecha de la cita por el especialista)
2. Tiempo transcurrido desde la visita del especialista a la broncoscopia flexible por parte del neumólogo
3. Tiempo transcurrido desde la visita del especialista hasta que se obtiene el diagnóstico
4. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico al tratamiento (neoadyuvancia, radioterapia o cirugía)
5. Biopsia diagnóstica previa a la cirugía (no en el caso que no sean diagnósticas, inflamatorias, etc....)
6. Pruebas de imagen preoperatorias. Número y tipo
7. PET preoperatorio de estadiaje
8. Presentación en sesión clínica
9. Mediastinoscopia de estadiaje
10. Oferta de neoadyuvancia en tumores estadio avanzado (consideramos mayores de IIIB, es decir, infiltrando estructuras torácicas o adenopatías contralaterales o metástasis)
11. Muestreo ganglionar mediastínico quirúrgico (al menos dos estaciones)
12. Oferta de quimioterapia o radioterapia adyuvante (posterior a la cirugía en estadios II en adelante, es decir, tumores mayores de 3 cm con ganglios linfáticos metastásicos hilares)
13. Pruebas de imagen en el seguimiento tras la cirugía. Número y tipo
14. Resección curativa (según informe AP). Es decir, si la resección respeta el borde quirúrgico
15. Informe AP. Detalla el estadio
16. Informe AP identificación de estación ganglionar y Número de ganglios linfáticos aislados

Secretaría de la Comisión

anastasi@h.usantander.es



Avda. de Valdecilla, s/n
39008 Santander
Teléfono: 942 20 25 20
Fax: 942 20 27 26

17. Tiempo de emisión del informe AP

Del análisis de los resultados se ha obtenido la siguiente información:

- ⌚ En primer lugar se ha comprobado la dificultad de búsqueda de información a partir de las historias clínicas, ya que varias de ellas se encontraban en proceso de digitalización, los éxitos eran de muy difícil obtención y la historia clínica electrónica no proporcionaba datos útiles en muchas de ellas. Este dato ya había sido puesto de manifiesto en la revisión de pacientes con carcinoma de colon.
- ⌚ En segundo lugar y continuando con la información encontrada en las historias clínicas, muchos de los datos eran dificultosos de interpretar, los datos registrados por parte de los facultativos son escasos y muchas veces con letra de difícil interpretación.
- ⌚ El tiempo transcurrido desde la visita en atención primaria hasta la derivación al especialista era de muy difícil valoración debido a la ausencia de datos de primaria en las historias y a que varios de los pacientes habían sido valorados en el Hospital General de México inicialmente. Se pudo obtener un valor aproximado en sólo 6 pacientes. La media era de 7 días con una mediana de 5. Sólo uno de los pacientes mostró una espera de 20 días. Todos los demás fueron atendidos de forma urgente.
- ⌚ El tiempo transcurrido desde la visita del especialista hasta la broncoscopia proporcionaba un dato promedio de 22.5 días con una mediana de 15.
- ⌚ El tiempo transcurrido desde la visita al neumólogo hasta la obtención de un diagnóstico fue de promedio 26.4 días con una mediana de 22.
- ⌚ El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la aplicación de tratamiento presenta un valor promedio de 19.2 días con una mediana de 16. Ningún paciente sobrepasó los dos meses de espera y tres pasaron de un mes.
- ⌚ Se trata de una localización donde existen problemas a la hora de obtener un diagnóstico histológico ya que de los 21 pacientes analizados, 10 no fueron catalogados histológicamente previamente al tratamiento.
- ⌚ La realización de pruebas de imagen preoperatorias, muestra una media de 2.35 por paciente. Existe un acuerdo prácticamente total a la hora de realizar un TAC torácico.
- ⌚ Si existen problemas a la hora de incluir en el protocolo la realización de un PET de estadaje ya que a 14 de los 21 pacientes no se les realizó.

- ⊗ También parece mejorable la inclusión de todos los pacientes en sesión clínica ya que 7 de los 21 pacientes no habían sido vistos en sesión o al menos no aparecía dicho detalle en la historia clínica.
- ⊗ La realización de mediastinoscopia de estadiaje también precisa ser acordada, ya que sólo fue utilizada en 4 de los 21 pacientes. No existe relación entre PET y mediastinoscopia ya que los pacientes que tienen resultados de PET también fueron sometidos a mediastinoscopia.
- ⊗ La oferta de tratamientos neoadyuvantes fue realizada en 7 de los 12 pacientes con criterios para que se aplicara. Parece necesario por tanto un acuerdo en este punto. Sí que existe un mayor acuerdo a la hora de ofertar tratamientos adyuvantes ya que a 12 de los 14 pacientes con criterios se les ofreció.
- ⊗ En cuanto al seguimiento de los pacientes mediante pruebas de imagen, la media de pruebas realizadas fue de 3.53. Existe acuerdo a la hora de utilizar el TAC como prueba estándar a la hora del seguimiento aunque se utilizaron asimismo otras pruebas
- ⊗ La resección fue curativa en todos los casos, incluyendo biopsias intraoperatorias cuando fue necesario.
- ⊗ El muestreo ganglionar quirúrgico fue adecuado en todos excepto un caso
- ⊗ El informe anatomopatológico incluía información completa con estadio UICC en todos los casos.
- ⊗ El número de ganglios examinados como media fue de 7,06. El promedio de tiempo de emisión de informe fue de 8.55 días con una mediana de 7.

En resumen, aunque en la mayor parte de los casos evaluados se ha comprobado una ausencia de problemas graves, existen determinados aspectos detectados en esta revisión por los miembros de la Comisión de Tejidos y Tumores y susceptibles de mejora como son:

1. Necesidad de mejorar el acceso a las historias clínicas y la información registrada en las mismas
2. Problemas a la hora de obtener un diagnóstico histológico. Probablemente se trata de problemas inherentes a la localización tumoral.
3. Es preciso un protocolo escrito donde se detallen las pruebas radiológicas y quirúrgicas a realizar en estos pacientes en concreto con la realización de PET y mediastinoscopias de estadiaje.
4. Es preciso asimismo un esfuerzo para incluir a todos los pacientes en sesión clínica multidisciplinar.

Secretaría de la Comisión

secretaria@hscs.es



Avenida de Valdecilla, s/n
39008 Santander
Teléfono: 942 20 25 20
FAX: 942 20 27 28

5. En el protocolo debe existir un acuerdo acerca de los criterios de inclusión de pacientes en tratamientos de adyuvancia y neoadyuvancia, tanto de quimio como de radioterapia.
6. Al igual que se indicó en el caso del carcinoma colo-rectal, ante la llegada de nuevos tratamientos es preciso incorporar a la cartera de servicios del hospital determinaciones específicas para evitar tratar a pacientes sin los criterios exigibles así como para evitar el coste económico derivado de dichos tratamientos inadecuados.

Fdo: El Presidente
Dr. J. Gómez Román

Fdo: La Secretaria
Dra. B. García - Montesinos

Secretaría de la Comisión
montesinos@h.usal.es



Avda. de Valderilla, s/n
39008 Santander
Teléfono: 942 20 25 26
FAX: 942 20 27 28

ANEXO III:

Encuesta de calidad y satisfacción de proceso oncológico

Estimad@ Sr./a:

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la asistencia recibida con ocasión de su enfermedad.

Le agradeceríamos que responda a las preguntas del siguiente cuestionario. Sus respuestas serán tratadas de manera **confidencial** y solo se utilizarán para fines estadísticos.

Su opinión nos ayudará para realizar un estudio orientado a satisfacer las necesidades de todos los usuarios.

Por favor, responda a todas las preguntas personalmente marcando la que mejor indique su caso. No hay respuestas “acertadas” o “desacertadas”.

Cada pregunta tiene una única posibilidad de respuesta. Si hay alguna pregunta que no sabe como contestar o si algún profesional no le ha atendido, déjela en blanco.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo.

1. Hombre.
2. Mujer.

2. Edad:

3. Vive solo.

1. NO
2. SI

4. Nivel de estudios.

1. Sin estudios.
2. Estudios básicos (graduado escolar).
3. Estudios medios (F.P., módulo).
4. Estudios superiores (universidad).

5. ¿Dónde acudió la 1º vez para consultar su problema de salud?.

1. Consulta de Atención Primaria.
2. Urgencias.

ATENCION PRIMARIA (CONSULTA MEDICO DE CABECERA)

6. ¿Qué facilidad tuvo para conseguir la 1ª cita al Centro de Atención Primaria?.

1. Mucho peor de lo que esperaba.
2. Peor de lo que esperaba.
3. Igual de lo que esperaba.
4. Mejor de lo que esperaba.
5. Mucho mejor de lo que esperaba.

7. Una vez solicitada la cita, ¿cuánto tardó en ser atendido por su médico de cabecera?.

1. Mucho más tiempo de lo que esperaba.
2. Más tiempo de lo que esperaba.
3. Más o menos el tiempo que esperaba.
4. Menos tiempo de de lo que esperaba.
5. Más tiempo de lo que esperaba.

8. ¿Cuál era el estado de las instalaciones del Centro de Atención Primaria?

1. Mucho peor de lo que esperaba.
2. Peor de lo que esperaba.
3. Igual de lo que esperaba.
4. Mejor de lo que esperaba.
5. Mucho mejor de lo que esperaba.

9. ¿Cómo valoraría el tiempo de atención que le dedicaron los siguientes profesionales, en atención primaria?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico					
Enfermería					
Personal administrativo					

10. ¿Cómo valoraría el trato recibido por los siguientes profesionales, en atención primaria?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico					
Enfermería					
Personal administrativo					

11. ¿Cómo valoraría la confianza que le transmitieron los siguientes profesionales, en atención primaria, para atender su problema de salud?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico					
Enfermería					

12. ¿Cómo valoraría la claridad de la información que le transmitieron los siguientes profesionales, en atención primaria? En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico					
Enfermería					
Personal administrativo					

13. ¿Cómo valoraría la forma en que le explicaron sus dudas en torno a la enfermedad los siguientes profesionales, en atención primaria?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico					
Enfermería					
Personal administrativo					

14. ¿En la 1ª consulta de Atención Primaria, se le mandó directamente a Urgencias del Hospital con un volante de asistencia?.

1. NO
2. SI

15. ¿Cómo valoraría el tiempo de espera para los siguientes procesos?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

Tiempo que tardó desde la primera consulta con su médico de cabecera, hasta que le hicieron las primeras pruebas diagnósticas que él le solicitó:

Mucho peor de lo que esperaba	
Peor de lo que esperaba	
Igual de lo que esperaba	
Mejor de lo que esperaba	
Mucho mejor de lo que esperaba	

Tiempo que tardó en ser informado de sus resultados:

Mucho peor de lo que esperaba	
Peor de lo que esperaba	
Igual de lo que esperaba	
Mejor de lo que esperaba	
Mucho mejor de lo que esperaba	

ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITAL)

- 16. ¿Cómo valoraría el tiempo de atención que le dedicaron los siguientes profesionales, en atención especializada?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.**

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico especialista en respiratorio					
Enfermería del Servicio de respiratorio					
Médico especialista en Oncología					
Enfermería de Oncología					
Cirujano Torácico					

17. ¿Cómo valoraría el trato recibido por los siguientes profesionales, en atención especializada?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico especialista en respiratorio					
Enfermería del Servicio de respiratorio					
Médico especialista en Oncología					
Enfermería de Oncología					
Cirujano Torácico					

18. ¿Cómo valoraría la confianza que le transmitieron los siguientes profesionales, en atención especializada, para atender su problema de salud?. En cada caso, ponga un “X” en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico especialista en respiratorio					
Enfermería del Servicio de respiratorio					
Médico especialista en Oncología					
Enfermería de Oncología					
Cirujano Torácico					

19. ¿Cómo valoraría la claridad de la información que le transmitieron los siguientes profesionales, en atención especializada?. En cada caso, ponga un "X" en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico especialista en respiratorio					
Enfermería de Respiratorio					
Médico especialista en Oncología					
Enfermería de Oncología					
Cirujano Torácico					

20. ¿Cómo valoraría la forma en que le explicaron sus dudas en torno a la enfermedad los siguientes profesionales, en atención especializada?. En cada caso, ponga un "X" en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

	Mucho peor de lo esperado	Peor de lo que esperaba	Igual de lo que esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo esperado
Médico especialista en respiratorio					
Enfermería del Servicio de respiratorio					
Médico especialista en Oncología					
Enfermería de Oncología					
Cirujano Torácico					

21. ¿Le han propuesto participar en algún ensayo clínico?.

1. NO.
2. SI.

22. ¿Cómo valoraría el tiempo de espera para los siguientes procesos?. En cada caso, ponga un "X" en la casilla que mejor se ajuste a su valoración.

Tiempo que tardó en ser atendido por el médico especialista en respiratorio:

Mucho peor de lo que esperaba	
Peor de lo que esperaba	
Igual de lo que esperaba	
Mejor de lo que esperaba	
Mucho mejor de lo que esperaba	

Tiempo que tardó desde la primera consulta con el especialista, hasta que le hicieron las pruebas diagnósticas que él le solicitó:

Mucho peor de lo que esperaba	
Peor de lo que esperaba	
Igual de lo que esperaba	
Mejor de lo que esperaba	
Mucho mejor de lo que esperaba	

Tiempo que tardó en ser informado del diagnóstico de su enfermedad:

Mucho peor de lo que esperaba	
Peor de lo que esperaba	
Igual de lo que esperaba	
Mejor de lo que esperaba	
Mucho mejor de lo que esperaba	

23. ¿Cómo catalogaría la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada (consultas externas, urgencias y hospitalización)?.

1. Mucho peor de lo que esperaba.
2. Peor de lo que esperaba.
3. Igual de lo que esperaba.
4. Mejor de lo que esperaba.
5. Mucho mejor de lo que esperaba.

24. ¿Cómo valoraría su satisfacción global con el servicio que ha recibido?.

1. Mucho peor de lo que esperaba.
2. Peor de lo que esperaba.
3. Igual de lo que esperaba.
4. Mejor de lo que esperaba.
5. Mucho mejor de lo que esperaba.

25. ¿Se puso a su disposición algún tipo de ayuda psicológica para afrontar su problema de salud?.

1. NO.
2. SI.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. Si tiene alguna sugerencia que hacernos para mejorar nuestro servicio, por favor, indíquela:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO IV:

Certificado CEIC



FUNDACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
IFIMAV



M^a Blanca Sánchez Santiago, Secretaria del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal del estudio:

TÍTULO: **Gestión por procesos del proceso asistencial oncológico en cáncer de pulmón.**

Proyecto de investigación

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC, resuelve **AUTORIZAR** que dicho estudio sea realizado en el HUMV, actuando como investigador principal el Dr. Javier Gómez Román.

Según consta en el Acta N° 11/2011

Lo que firmo en Santander, a 13 de abril de 2011

M^a Blanca Sánchez Santiago
Secretaria del CEIC



IFIMAV - Fundación Marqués de Valdecilla, Edificio IFIMAV - Cardenal Herrera Oria, s/n - 39011 SANTANDER (Cantabria)

Tfno: 942 31 55 15 - Fax: 942 315517 - <http://www.fmdv.org>

