

**ANEXO II****IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES****PROCESO: Cáncer de Pulmón Fecha implantación: 2008; revisión: 2015****A. CENTROS Y PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA IMPLANTACION DEL PROCESO:****Hospital:** Universitario Reina Sofía de Córdoba**Distritos Sanitarios:**

Córdoba-Guadalquivir

Sur

**Responsables del Proceso Centros de Trabajo Teléfono E-mail:**✓ Paula M<sup>a</sup> Moreno Casado H. U. Reina Sofía 957010445 [pmoreno39@gmail.com](mailto:pmoreno39@gmail.com)**Participantes en el grupo de desarrollo e implantación: Perfiles profesionales:**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1. Aguilera López, M <sup>a</sup> Dolores | Enfermera de Enlace               |
| 2. Barneto Aranda, Isidoro                | FEA Oncología Médica              |
| 3. García Gil, Francisco                  | FEA Neumología                    |
| 4. Juan Antonio Vallejo Casas             | Jefe Servicio de Medicina Nuclear |
| 5. Palenzuela Rodríguez, Luis Andrés      | Médico EBAP                       |
| 6. Pérez Adrián, M <sup>a</sup> Carmen    | Médica de Familia                 |
| 7. Carlos Pérez-Seoane                    | FEA Anatomía Patológica           |
| 8. Romeo Olmedo, José Luis                | FEA de Oncología Radioterápica    |
| 9. Salcedo Espinosa, Manuel               | Médico EBAP                       |
| 10. Salvatierra Velázquez, Ángel          | Jefe Servicio Cirugía Torácica    |
| 11. Moreno Casado, Paula M <sup>a</sup>   | FEA Cirugía Torácica              |
| 12. Espejo Pérez, Simona                  | FEA Radiodiagnóstico              |

**Centros donde se va a implantar** (Especificar nombre de los centros de AP y ZBS y Servicio o Unidad Clínica hospitalaria):

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1. Servicio de Neumología                              | 9. ZBS de Córdoba         |
| 2. Servicio de Medicina Nuclear                        | 10. ZBS de Castro del Río |
| 3. Servicio de Anatomía Patológica                     | 11. ZBS de La Rambla      |
| 4. Servicio de Cirugía de Tórax                        | 12. ZBS de Montoro        |
| 5. Servicio de Oncología Médica                        | 13. ZBS de Fuente Palmera |
| 6. Servicio de Oncología Radioterápica                 | 14. ZBS de Palma del Río  |
| 7. ZBS de Posadas                                      | 15. ZBS de La Carlota     |
| 8. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Córdoba | 16. ZBS de La Sierra      |
|  | 17. ZBS de Bujalance      |

**B. ANÁLISIS DE SITUACIÓN <sup>(1)</sup>: Esquema de los aspectos actuales más relevantes sobre:****B.1. Principales características de atención sanitaria actual****Asistencia Primaria**

- **Primera Consulta (Médico de Atención Primaria):** sospecha clínica de Cáncer de Pulmón en paciente con factores de riesgo y sintomatología compatible. Anamnesis. Exploración física. Solicitud de RX de tórax PA y L (demora <1 semana, con cita previa, en el punto de referencia de cada ZBS (*Sector-Sur/Santa Victoria, Castilla del Pino, C.S de Posadas, Palma del Río, Montoro, Fuente Palmera, La Carlota, Bujalance, La Sierra, Hospital Infanta Margarita*); urgente, en el día en el HURS). No se supervisa la calidad técnica de las radiografías y no existe interconsulta reglada con el Servicio de Radiodiagnóstico; sin embargo, ya están digitalizadas las pruebas complementarias de los centros de referencia de la mayoría de las ZBS, salvo las del Hospital de Montilla

(Empresa Alto Guadalquivir).

- **Segunda Consulta (Médico de Atención Primaria):** evaluación radiográfica. Si se confirma la sospecha diagnóstica o si la sintomatología es sugestiva, a pesar de la RX no aclaratoria: derivación a Consulta Externa de Neumología a través de la Unidad de Atención al Usuario (*existen agendas* para citar directamente). También se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía como entrada al sistema de forma preferente. No existe circuito “preferente o urgente” entre AP y Neumología
- Actualmente se puede **acceder a la información** referente al seguimiento del estudio por parte de Asistencia Especializada (DAH), el establecimiento del diagnóstico definitivo o el inicio del tratamiento específico.
- **Control y seguimiento del paciente** durante todo el proceso diagnóstico y terapéutico, aunque no se encuentre en situación terminal.
- Pacientes en **situación terminal**, en su domicilio: contacto directo con la Unidad de Cuidados Paliativos (bidireccional). Información suministrada por dicha Unidad al recibir pacientes: vía telefónica, fax y a través de la Enfermera de Enlace Comunitaria.
- **Seguimiento domiciliario** de pacientes en situación terminal: atención, orientación y apoyo del Médico de Familia, Enfermera de familia y Enfermera de Enlace.

### Asistencia Especializada

#### Servicio de Neumología

- 1. **Recepción de solicitudes de asistencia** de los pacientes con sospecha de Cáncer de Pulmón a través de la Unidad de Atención al Usuario, desde:
  - a) *Atención Primaria:* a través de DAH o Documento de Solicitud de Consulta.
  - b) *Servicio de Urgencias:* informe de Historia Clínica Electrónica de Urgencias con solicitud de consulta. Ingreso por síntomas de alarma (hemoptisis amenazante..)
  - c) *Consultas Externas* desde otros servicios hospitalarios, mediante documento de interconsulta (Hoja de Consulta)
- 2. **Valoración de las solicitudes** de asistencia (diaria, realizada por el Jefe de Servicio) y asignación de pacientes:
  - a) *Consultas* en horario de *mañana*: consultas monográficas Cáncer de Pulmón.
    - b) *Consultas* en horario de *tarde*: Continuidad Asistencial.
    - c) Ingreso en determinadas situaciones clínicas y para realizar técnicas que requieran control hospitalario (hemoptisis, obstrucción vía aérea)
- 3. **Primera visita** (tiempo máximo de demora de 1 semana, en general < 10 días):
  - Valoración de datos aportados
  - Completar Historia Clínica
  - Exploración física
  - Solicitud de pruebas diagnósticas
    - TC torácica y abdomen superior con contraste
  - Broncofibroscopia (con TC ya realizada para mejorar el rendimiento)
    - Intento de diagnóstico cito/histológico del tumor y estadificación, en el mismo acto
    - Exploración funcional respiratoria
      - Espirometría simple y test broncodilatador
      - En casos potencialmente no avanzados (en función de situación del paciente o comorbilidad): capacidad de difusión, gasometría arterial, test de 6 minutos marcha
    - PET/TC en todos los casos en los que no exista evidencia de enfermedad metastásica
  - Completar analítica para pruebas invasivas o completar estudio
    - Estudio de coagulación
    - Bioquímica
  - Solicitud de pruebas en función de sintomatología

- RX y/o gammagrafía ósea
- Ecografía abdominal
- Resonancia magnética (RM) cerebral
- 4. **Segunda visita**, para evaluación de los estudios solicitados, realizada por el mismo facultativo que realizó la visita previa:
  - *Alcanzado diagnóstico cito/histológico*, estadificación y operabilidad: presentación en Sesión Multidisciplinar en plazo <1 semana desde obtención diagnóstico.
  - *Sin diagnóstico cito/histológico*, estadificación y operabilidad: solicitud de nuevos estudios:
    - PET-TC, RMN torácica, gammagrafía pulmonar cuantificada
    - Presentación en Sesión Multidisciplinar para:
      - PAAF mediante TC o Ecografía
        - EBUS
        - Exploración quirúrgica del mediastino o pleura
- 5. **Nueva visita** para evaluación de dichos estudios, si se han requerido (mismo facultativo)
- 6. **Sesión multidisciplinar** semanal: discusión de casos quirúrgicos para tratamiento o diagnóstico, de casos oncológicos para tratamiento
- **Ingreso de pacientes** con sospecha de Cáncer de Pulmón desde Servicio de Urgencias, tras consulta (o no) con el Neumólogo de Guardia (no guardias presenciales desde las 20 horas y en fines de semana y festivos)

### Servicio de Radiodiagnóstico

- 1. **Radiología simple de tórax**
  - *Ningún radiólogo* está encargado de supervisar la calidad de las radiografías simples efectuadas a pacientes de Asistencia Primaria en los puntos de referencia.
  - Ningún radiólogo está encargado del control y supervisión de las radiografías simples efectuadas en el Servicio de Radiología del HURS.
  - *Ningún radiólogo* está encargado de informar las radiografías simples de los pacientes de Asistencia Primaria y consulta especializada, así como tampoco las de los pacientes ingresados en el HURS.
  - Únicamente, el *radiólogo de guardia* (si el volumen de exploraciones de TC/RM y Ecografía que debe atender lo permite) supervisa e informa las radiografías simples provenientes del Servicio de Urgencias del HURS (en la práctica supone un número muy escaso, dado el alto número de solicitudes de TC y Ecografías que debe atender durante la guardia). En el Hospital Provincial, no obstante, dado el menor volumen de exploraciones que se realizan diariamente, el radiólogo tiene por costumbre informar las radiografías de tórax que se realizan a los pacientes ingresados, contactando con el facultativo responsable del paciente en el caso de encontrarse signos radiológicos de alarma.
  - En la práctica, se puede considerar que *no se informa ni controla la radiografía simple* de tórax, situación debida a que el número de radiólogos es escaso; priorizándose la dedicación a técnicas radiológicas más complejas. Esta situación supone el fracaso de la detección precoz por estudios de imagen del Cáncer de Pulmón, dado que la radiografía simple de tórax es la técnica básica a tal fin. Probablemente es un factor crucial que explica la baja detección del Cáncer de Pulmón en estadios precoces en nuestra zona.
- 2. **TC (Tomografía computarizada)**
  - Actualmente se dispone de *tres radiólogos* en todo el Área Sanitaria –adscritos a la Unidad TC/RM- con dedicación preferente a la TC cardio-torácica, si bien otros radiólogos también informan algunas TC de tórax si es preciso, dentro de un conjunto variado de exploraciones.

- Con respecto a la disponibilidad material de la TC, disponemos de una TC multicorte de 4 coronas y de una TC helicoidal simple, una TC multicorte de 64 coronas y otra TC de 16 coronas, por lo que las necesidades de equipamiento están cubiertas. Otra cuestión es el número de radiólogos disponibles para informar el volumen de exploraciones que aportan las TC multicorte. Actualmente, son 3 los radiólogos dedicados a este fin, habiéndose incrementado el número de los 2 que había hasta este año.
- **3. PAAF transtorácica**
  - La punción-aspiración con aguja fina para el diagnóstico citológico del Cáncer de Pulmón o de sus metástasis, se realiza en el Servicio de Radiodiagnóstico por parte de los radiólogos encargados de la Ecografía y de la TC, con la asistencia de un citólogo perteneciente al Servicio de Anatomía Patológica. Actualmente sólo se dispone de un día a la semana para ello (los miércoles en Reina Sofía, los viernes en el Hospital Provincial) por lo que la demora oscila entre 6 y 15-20 días.

### **Servicio de Medicina Nuclear**

Se dispone de un equipo de PET-TC que, según el protocolo establecido, atiende la demanda de tal exploración no sólo de Córdoba y su provincia, sino también de provincias cercanas. A su cargo están dos facultativos del Servicio que informan el estudio de fusión TAC-PET conjuntamente con los radiólogos de tórax.

### **Servicio de Cirugía de Tórax**

La cirugía con intencionalidad curativa es la mejor opción terapéutica-con mejores índices de curación y supervivencia- cuando la enfermedad se detecta en estadios precoces (I y II): con enfermedad limitada al pulmón, sin afección metastásica de adenopatías mediastínicas o invasión de estructuras pleurales o mediastínicas. Por tanto, la detección en estas fases tiene una importancia primordial.

En este sentido, la situación en nuestro ámbito es alarmante, por:

- Diagnóstico tardío, en fases muy avanzadas, con gran escasez de casos quirúrgicos procedentes de Córdoba

Además:

- El Servicio atiende pacientes procedentes de diversas provincias, que no se corresponden lógicamente con el ámbito de aplicación del Proceso en nuestro medio
- La Sesión Multidisciplinar es incompleta, con falta de especialistas por dificultad de coordinación. Ha sido crítica la ausencia de un patólogo con dedicación exclusiva al tórax, hasta hace pocos meses.

### **Servicio de Anatomía Patológica**

Un patólogo está dedicado a la PAAF y a todas las demás citologías -tanto pulmonares como de otros órganos-, y a las biopsias bronquiales endoscópicas. Las piezas pulmonares no eran estudiadas por el mismo patólogo, sino al que le correspondía por el número de biopsia. En la actualidad, la mayoría de biopsias o piezas quirúrgicas procedentes de pacientes con cáncer de pulmón son analizadas preferentemente por 2 patólogos designados por el jefe de servicio.

### **Servicio de Oncología Médica**

Las solicitudes para aplicación de tratamiento médico oncológico, en pacientes con diagnóstico cito/histológico de Cáncer de Pulmón, llegan al Servicio por diferentes vías:

- Tras discusión y decisión en *Sesión Multidisciplinar*
- Procedentes *directamente*, mediante hoja de consulta o informe clínico, de los servicios

implicados en el diagnóstico (usualmente Neumología, pero también otros: Medicina Interna, etc.) o tratamiento quirúrgico (Cirugía de Tórax). Generalmente se trata de pacientes ambulatorios, una vez concluido el estudio; pero no excepcionalmente de pacientes ingresados ante una situación de deterioro clínico avanzado.

Son asignados por el Jefe del Servicio a diversos miembros del Servicio dedicados preferentemente al cáncer de pulmón, para valoración en consulta externa o planta de hospitalización. En dichos ámbitos se evalúan el informe clínico y los estudios realizados (historia clínica), se informa al paciente y familia de las opciones de tratamiento, resultados esperables, toxicidades posibles y estrategias para su manejo. Por último se planifica el tratamiento a aplicar, tras firma del consentimiento informado, y las visitas de control necesarias.

### **Servicio de Oncología Radioterápica**

La principal característica de la atención sanitaria respecto al Cáncer de Pulmón en el Servicio de Oncología Radioterápica es el alto porcentaje de pacientes que son remitidos con la enfermedad muy avanzada. El índice de tratamientos paliativos y sintomáticos es muy alto y, en muchas ocasiones, se trata de pacientes remitidos con carácter de urgencia: síndrome de vena cava, compresión medular, dolor incontrolado, hemoptisis amenazante, metástasis cerebrales, etc.). Sin embargo, cabe destacar que desde hace unos años se dispone de una modalidad terapéutica, la radioterapia estereotáxica (SBRT), aplicable en pacientes con tumores en estadio precoz pero cuya elevado riesgo quirúrgico desaconseja la cirugía como primera opción terapéutica, o en pacientes que rechazan la cirugía.

### **Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP)**

En la actualidad el HURS cuenta con un ESCP de atención mixta hospitalaria-domiciliaria, encargado de la atención a los pacientes terminales. A este equipo son derivados los pacientes mediante Hoja de Interconsulta tanto desde Atención Primaria como especializada.

El equipo como tal es relativamente joven, lo que condiciona el desconocimiento por parte de muchos servicios de la posibilidad de contar con el mismo, quedando patente la falta de información suficiente a los profesionales y a la población en general.

En función del nivel desde donde se deriva, la forma de hacerlo es heterogénea. Cuando un paciente es derivado a nuestro equipo, se analiza la derivación intentando mantener una entrevista con la familia. Se establecen los grados de complejidad y se le presta atención domiciliaria al paciente complejo. Según el Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos, el ESCP sólo debe atender a pacientes "complejos". Esto significa que aquellos catalogados como "no complejos" deben ser seguidos por su especialista y/o médico de Atención Primaria.

La definición de complejidad viene dada por una serie de criterios variables, algunos subjetivos (como por ejemplo, que el profesional responsable no pueda prescribir o proporcionar algún fármaco, o que la situación familiar sea difícil de manejar, ...) lo que supone que los pacientes que atiende el equipo sean muy heterogéneos con respecto al nivel de complejidad.

Cuando el paciente necesita ingreso –claudicación familiar, síntoma de difícil control, etc...- intentamos tramitar el ingreso con el especialista responsable o Servicio de Urgencias, para intentar evitar o minimizar los inconvenientes propios del paso por dicho Servicio. No existe para ello un circuito establecido que permita agilizar los trámites y evite molestias innecesarias a un paciente terminal.

Actualmente no existe Unidad en el Hospital. Al HURS le correspondería, según el Proceso Asistencial del Cuidados Paliativos y el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, una Unidad Hospitalaria para la atención de pacientes terminales. Esto, a día de hoy, no es así, lo que dificulta la posibilidad de ingreso al paciente que lo precisa.

El ESCP se encuentra con las limitaciones de trabajar en domicilio, con unos pacientes muy demandantes, en una situación clínica muy difícil y compleja –tanto para el propio paciente como para la familia-, con el agravante de la falta de recursos y la difícil accesibilidad a ellos.

Según el Proceso Cáncer de Pulmón, debemos diagnosticar en el domicilio las hipoxemias a través de pulsioximetría, cosa que hoy día es prácticamente imposible debido a que el equipo no cuenta con dicho material. Del mismo modo, cuando un paciente presenta una infección respiratoria, retención de secreciones, obstrucción al flujo aéreo, etc., intentamos evitar la necesidad de traslado a Urgencias, lo que a veces es inevitable por la dificultad de poder gestionar un equipo de aerosolterapia o de oxigenoterapia a domicilio. No está claro el circuito a seguir. A veces lo gestionamos a través de Atención Primaria (sobre todo con Enfermería de Enlace), pero otras muchas no es posible conseguirlo, puesto que los médicos de Atención Primaria no saben cómo hacerlo o nos comunican que no nos lo pueden facilitar. A estos pacientes terminales se les podría haber atendido domiciliariamente sin tener que recurrir a los masificados Servicios de Urgencias.

## **B.2. Ordenación de los recursos**

- La radiografía simple de tórax es primordial para sentar el diagnóstico de sospecha del Cáncer de Pulmón, tanto en Asistencia Primaria como Especializada. Este recurso básico es enormemente deficitario en nuestro medio. El grupo de implantación del Proceso Cáncer de Pulmón está unánimemente de acuerdo en identificar este problema como el mayor condicionante de los pobres resultados alcanzados en cuanto al diagnóstico en fases menos avanzadas de la enfermedad. Es prioritario *garantizar el control e informe de la radiografía simple de tórax* realizada en cualquier ámbito, para lo cual se consideraba primordial disponer de radiólogos dedicados específicamente a radiología torácica (se estimaban necesarios tres facultativos). En el último año, este problema ha sido solventado, con la incorporación de un tercer radiólogo a la patología del tórax. Además de controlar la calidad de todas las radiografías realizadas e informar todas las solicitadas por Asistencia Primaria y Urgencias, estos radiólogos torácicos contribuirían a aumentar la capacidad de las técnicas intervencionistas (PAAF) y el número de informes de las TC. Además del aumento de radiólogos y especificidad de los mismos para exploraciones torácicas, se consideraba necesario crear la disponibilidad de exploraciones digitalizadas en Asistencia Primaria, y centralizar el archivo de dichas imágenes en el PACS del Servicio de Radiodiagnóstico, lo que posibilitaría su informe y la remisión del mismo de forma electrónica al médico solicitante, sin demoras. Cabe destacar que en la actualidad, como se ha referido anteriormente, las exploraciones complementarias que se realizan en los puntos de referencia de las zonas básicas de salud de Córdoba (excepto el Hospital de Montilla, de la empresa Alto Guadalquivir) están disponibles en el DAH.

- Creación en Consultas Externas de Neumología de una *consulta específica de Cáncer de Pulmón*, en horario de mañana. Dicha consulta precisaría de personal de enfermería específico y exclusivo, así como la labor (no exclusiva para la misma) de varios facultativos del Servicio. En dicha consulta se centralizarían todos los estudios del Proceso, con trazabilidad permanente del procedimiento diagnóstico, procediendo a la solicitud de nuevas pruebas diagnósticas inmediatamente tras la recepción de las iniciales y su correspondiente valoración (consulta de alta resolución). Es decir, los pacientes en su primera visita podrían ser atendidos en diversas consultas (incluidas las de tarde), pero después serían remitidos a esta consulta específica que permitiría centralizar y agilizar el estudio, para cumplir los plazos propuestos en el Proceso. A tal fin se creó dicha consulta, que se encuentra a pleno rendimiento en la actualidad.

- Desde el Servicio de Radiodiagnóstico se debería suministrar información a dicha Consulta de Cáncer de Pulmón de toda exploración sugestiva de la enfermedad, realizada en cualquier ámbito y aunque su petición no proceda de Neumología; comunicando tal hecho al médico peticionario. De esta forma aumentaría el control sobre posibles casos que de otra forma podrían quedar inadvertidos. Dado que actualmente todas las pruebas de imagen están digitalizadas, su informe radiológico está disponible para todos los facultativos que traten al paciente.

- Creación de una *Unidad de Cuidados Paliativos* que permita el ingreso de los pacientes en situación terminal que lo requieran. Al igual, es fundamental establecer circuitos de flujo y actividad con los diferentes dispositivos y servicios de urgencias que pudieran atender al paciente en algún momento, con el objeto de asegurar la continuidad asistencial y el trabajo coordinado ante un paciente terminal, minimizando de este modo las molestias derivadas de traslados y actuaciones innecesarias.

Es necesaria, además, la homogeneidad del personal que compone el Equipo, así como un número de componentes suficiente para atender con calidad a los pacientes de la amplia zona de cobertura del Hospital Reina Sofía. Además, también es necesario facilitar el acceso a instrumentos y herramientas básicas en la asistencia, como son pulsioxímetros, oxigenoterapia y aerosolterapia, de manera que se pueda disminuir el número de visitas al servicio de urgencias realizado para solventar situaciones que, de disponer de las mismas, podrían serlo en el propio domicilio del paciente.

### **B.3.Organización de los servicios:**

- Adscripción de un *mínimo de 3 radiólogos* a la radiología del tórax, para controlar e informar las radiografías simples realizadas en Asistencia Primaria y Especializada. Informar todas las TC torácicas que se van a generar con los nuevos equipos ya instalados en el Hospital, realizar las PAAF solicitadas en aquellos pacientes con lesiones periféricas no diagnosticadas, solventando las demoras actuales en la realización.
- *Consulta Neumológica específica de Cáncer de Pulmón* (alta resolución) con varios facultativos del Servicio adscritos a la misma, y personal de enfermería, que sí se encargaría específicamente de la trazabilidad permanente de los estudios, contacto con pacientes y familias, etc., durante todo el proceso diagnóstico(hasta la aplicación de tratamiento quirúrgico u oncológico).
- Potenciación del *diagnóstico broncoscópico*, para mejorar la estadificación torácica de la enfermedad (hilio-mediastínica) y el estudio de lesiones pulmonares periféricas. Existe disponibilidad física en la Unidad de Broncoscopias del Servicio de Neumología, así como de nuevas tecnologías a tal fin (Navegación Electromagnética y Ecobroncoscopia-EBUS), pero hay que aumentar el personal adscrito a la unidad (médico y de enfermería) para que funcionen al unísono las dos salas de broncofibroscopia (al menos, algunos días a la semana) y satisfacer las necesidades diagnósticas endoscópicas con garantías y sin demoras.
- Formalización y homogeneización del *Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos*, con la creación además de una Unidad de Cuidados Paliativos.

### **B.4.Puntos críticos detectados:**

#### Asistencia Primaria

- *Mejorar la calidad de la radiografía simple de tórax*. Información radiológica de las placas simples, para disminuir en lo posible el que se pase por alto cualquier anomalía radiológica que sugiera la presencia de la enfermedad. Solicitud de información y recepción de la misma en el mínimo tiempo posible que permita cumplir los plazos indicados en el Proceso.
- Creación de *consulta específica de Cáncer de Pulmón*, con acceso directo desde la Unidad de Atención al Usuario de los Centros de Salud. Teléfono de contacto. Tiempos de respuesta indicados en el Proceso.
- *Disponer de camas hospitalarias* para solucionar situaciones socio-sanitarias de pacientes en situación terminal con falta de apoyo o claudicación familiar.

#### Servicio de Radiodiagnóstico

- *Radiografía simple de tórax* tremendamente deficitaria, siendo primordial solucionar los problemas de calidad de las mismas y hacer posible el informe radiológico de todos los estudios realizados en Asistencia Primaria, Urgencias y Asistencia Especializada, como medio imprescindible para mejorar el diagnóstico de la enfermedad y paliar el desastre del diagnóstico en fases tardías (ya sin posibilidad de tratamiento con intencionalidad curativa)
- TC con equipamiento y número de facultativos adscritos adecuado.
- PAAF con retrasos en el número de exploraciones posibles, por falta de disponibilidad de radiólogos y patólogos.

#### Servicio de Medicina Nuclear

- Técnica puesta en marcha hace ya algunos años en el HURS. Actualmente la demora en la realización de la PET-TC de tórax es muy baja.

#### Servicio de Neumología

- Se ha creado una *consulta específica de Cáncer de Pulmón*. A pesar de todo, siguen existiendo dificultades para la trazabilidad del estudio en consulta externa (donde se debe realizar en la mayoría de pacientes), puesto que aún hay casos que, en lugar de ser estudiados en esta consulta, lo hacen por parte de otra especialidad (fundamentalmente, Medicina Interna) y demoras en la finalización del mismo.
- Sesión *multidisciplinar incompleta* por dificultades de asistencia y coordinación dada la presión asistencial, lo que dificulta la asistencia regular de todas las especialidades necesarias. Hasta hace unos meses no se ha incorporado un patólogo a la misma.
- Disponibilidad de espacio y técnica, pero déficit de personal adscrito a la Unidad de Broncoscopias, que dificulta la mejora en la estadificación intratorácica de la enfermedad y el estudio de lesiones pulmonares periféricas (lo que podría suponer disminución de la necesidad de los estudios mediante PAAF y técnicas quirúrgicas diagnósticas)

#### Servicio de Cirugía de Tórax

- Lo referido en cuanto a la creación de una consulta específica en Neumología y a la posible mejora de las Sesiones Multidisciplinares
- Actualmente, la mayoría de hospitales comarcales está realizando la valoración preanestésica, de manera que se han reducido así las demoras en el ingreso para intervención quirúrgica, o los ingresos prequirúrgicos prolongados debido a este motivo.
- Recepción de pacientes de diversas provincias, con diversidad en los estándares de estudio y necesidad de no discriminación en cuanto a posibilidades y tiempos de tratamiento quirúrgico. A este respecto cabe destacar que, desde la creación del Servicio de Cirugía Torácica en Cádiz, y a los cambios producidos en el Servicio de Cirugía Torácica (recambio generacional), se ha reducido considerablemente el número de pacientes procedentes de ambas provincias.

#### Servicio de Anatomía Patológica

- Se necesita un patólogo a tiempo completo para estudiar toda la citología bronquial (esputo, broncoaspirado, lavado broncoalveolar, legrados y PAAF), las biopsias bronquiales endoscópicas y posterior seguimiento de las piezas pulmonares operadas por tumor, para una mayor homogeneidad en el diagnóstico. Parece ser que este punto se ha solventado ya, con la designación de un patólogo para los procedimientos diagnósticos, y otro para los quirúrgicos.

#### Servicio de Oncología Médica

- Retraso en el diagnóstico
  - Mejorar la radiología simple de tórax en la primera visita de sospecha. Mejorar su evaluación e información
  - Agilización en el procedimiento diagnóstico especializado (hospitalario)

- Primera visita en Oncología Médica
  - Definición de los requisitos mínimos de envío de los pacientes: información a los mismos y suministro de documentación completa para su evaluación
  - Importancia de disponer en esta consulta de las exploraciones basales realizadas en el procedimiento diagnóstico
  - Mejora del proceso de información a pacientes y familiares
- Tratamiento oncológico
  - Agilización en la extracción y resultados de análisis urgentes
  - Agilización en las exploraciones de imagen para evaluación de la respuesta
- Seguimiento
  - Coordinación entre servicios y con atención primaria
  - Mejora en la capacidad y cobertura de cuidados paliativos

#### Servicio de Oncología Radioterápica

- Ocasionalmente, dificultad para acceder a información o a exploraciones puntuales, que son necesarias para una correcta valoración del paciente
- Cierta nivel de descoordinación para la selección y administración de los tratamientos combinados
- Gran número de solicitudes de tratamientos urgentes, que alteran el esquema de trabajo programado que existe en el Servicio

#### Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos

- Homogeneización del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos
- Creación de una Unidad de Cuidados Paliativos
- Homogeneización e información para el seguimiento y la derivación al Equipo de los pacientes terminales
- Creación del Comité Decisorio de Cuidados Paliativos para establecer el plan de asistencia compartida y definir criterios de complejidad
- Fomentar la información y la coordinación con los diferentes servicios proveedores de pacientes terminales, al igual que con el Servicio de Urgencias
- Facilitar equipos de pulsioximetría y acceso a sistemas de aerosolterapia y oxigenoterapia al Equipo
- Creación de circuitos, previamente establecidos, que agilicen el ingreso de los pacientes que lo precisen y su seguimiento conjunto en el hospital
- Aumentar los recursos humanos para proporcionar cobertura las 24 horas del día y la atención continuada

#### **B.5. Formación de los profesionales:**

- ✓ Necesidad de mejorar la interpretación de la radiografía simple de tórax por parte de los facultativos de asistencia primaria.
- ✓ En asistencia primaria y especializada: difundir y mejorar el conocimiento del Protocolo de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer de Pulmón elaborado en el HURS, así como del Proceso Cáncer de Pulmón.
- ✓ En relación a los Cuidados Paliativos:
  - Fomentar la formación entre los profesionales, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, para crear una “cultura en cuidados paliativos” que permita conocer el objeto y principio de los cuidados paliativos (algunos piensan que atienden a enfermos crónicos, otros sólo a agónicos, ...) así como, en ocasiones, el manejo de este tipo de pacientes (no sólo a nivel físico).
  - Fomentar y difundir las funciones del ESCP: ¿cómo derivar a los pacientes y cómo acceder al mismo?
  - Formación en Bioética, aplicada al final de la vida.

#### **B.6. Atención a usuarios:**

- Desconocimiento, en muchos casos, del circuito asistencial
- Simplificar los trámites de gestión de citas
- Coordinar las citas de las pruebas diagnósticas para, en la medida de lo posible, unificarlas en el mínimo número de días y para que estén realizados –y con resultados– aquellos estudios necesarios para la realización de las pruebas invasivas (por ejemplo: estudio de coagulación y TAC torácica previos al día de la broncofibroscopia)
- Información, a veces insuficiente, al paciente (normalmente, a requerimiento de la familia). Además, frecuente descoordinación entre los distintos profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento, con criterios no siempre coincidentes, lo que puede generar una sensación de desconcierto y desatención.
- Desconocimiento de la existencia y función del ESCP

#### **D. ESTRATEGIAS ELABORADAS PARA LA IMPLANTACIÓN LOCAL:(Difusión de información, Coordinación interniveles, Evaluación, Desarrollo de grupos de mejora)**

- Difusión de la información
  - Población general
    - Elaboración de un díptico, para entrega en centros sanitarios, con:
      - Síntomas y signos de alarma en población de riesgo
      - Circuito asistencial, en caso de presentación
  - Profesionales sanitarios
    - Revisión del protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Cáncer de Pulmón (elaborado en HURS)
    - Proceso Asistencial Cáncer de Pulmón
    - Cursos de interpretación de RX convencional de tórax
- Coordinación interniveles
  - Establecimiento de un circuito de reuniones periódicas con Asistencia Primaria (grupos de Centros de Salud próximos)
  - Curso anual de formación sobre temas relacionados con el Proceso
- Desarrollo de grupos de mejora
  - Asignación de los profesionales encargados de la implantación en los Centros de Salud
  - Contactos periódicos entre los mismos y los responsables del grupo de implantación a nivel hospitalario, para detectar e intentar resolver problemas.

(1) Análisis desde un punto de vista operativo, de la atención sanitaria actual respecto al “modelo” que plantea el proceso. En este análisis deben tenerse en cuenta la distribución y ordenación de recursos, organización de servicios, coordinación interniveles, formación de profesionales, etc., que condicionan la atención sanitaria actual y debe permitir establecer recomendaciones a la Comisión mixta (Apartado “C” de la ficha) para adaptar la estructura y recursos existentes a las necesidades que plantea el proceso.