



G-044 - EVALUACIÓN DE UN CIRCUITO DIAGNÓSTICO DE "SOSPECHA ONCOLÓGICA" DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

V. Mittelbrunn Alquézar, R. Blanes Hernández, S. Gómez de la Tassa, J. Todolí Parra y M. Gómez Gómez

Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen

Objetivos: Evaluar los resultados de un circuito rápido de atención al paciente con sospecha oncológica en el Departamento de Salud Valencia- La Fe.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes remitidos desde Atención Primaria (AP) a través del circuito rápido "sospecha oncológica", desde octubre de 2017 hasta junio de 2018. En este circuito Medicina Interna (MI) valora las solicitudes enviadas desde AP, que cumplen algún criterio de inclusión y las remite de forma preferente al servicio correspondiente, actuando así de intermediario. Se analizaron variables demográficas, tiempos entre la solicitud y la atención especializada, motivo de remisión según los criterios de inclusión en el circuito, servicio de destino y diagnóstico final.

Resultados: Se analizaron un total de 156 pacientes incluidos en el circuito preferente de "sospecha oncológica". La edad media fue de 62,76 años, siendo el 50,6% (79) hombres y el 49,4% (77) mujeres. Gastroenterología y Urología fueron los receptores del mayor número de pacientes (33 y 23, respectivamente) seguidos de MI (22), Dermatología (18) y Unidad de mama (18). Entre los restantes, 13 fueron derivados a Ginecología, 12 a Neumología, 9 a Otorrinolaringología y 8 a otros servicios. Del total de remitidos, el 96% (149) fueron aceptados, mientras que el 4% (7) fueron excluidos del circuito por rechazo del paciente a completar el estudio o error de inclusión del paciente en este. El 15% (22 pacientes) están actualmente pendientes de pruebas diagnósticas. Se diagnosticaron procesos tumorales en el 37% de los pacientes remitidos (56) de entre los cuales, el 24% (36) fueron malignos y el otro 13% (20) benignos. En el 59% (93 pacientes) el diagnóstico final no tuvo relación con procesos tumorales. Entre las especialidades con mayor índice diagnóstico de patología maligna se encuentran: Neumología con un 67% (8), Urología 45% (10) y Otorrinolaringología 44% (4). Por el contrario, las de menor índice diagnóstico fueron Medicina Interna 5% (1), Unidad de mama 6% (1), Ginecología 8% (1), Dermatología 11% (2). Los motivos de remisión que más frecuentemente se correspondieron con un diagnóstico final de malignidad fueron hematuria, elevación de PSA y nódulo pulmonar. En contraposición, los de menor porcentaje de neoplasia fueron síndrome constitucional y nódulo mamario. Los pacientes remitidos a MI por AP fueron derivados a la especialidad correspondiente en un plazo de 24h. En cuanto al tiempo medio de espera hasta la valoración especializada fue de 12 días, siendo los tiempos más prolongados los de Ginecología (33) y Dermatología (28,7) y los más cortos los de Unidad de Mama (4,1 días), MI (4,8) y Oncología (4).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran que Neumología, Urología y Otorrinolaringología fueron los servicios con mayor porcentaje de diagnósticos de malignidad. Sin embargo, estos resultados podrían estar influenciados por el diseño de un check-list con criterios de inclusión más restrictivos y, probablemente, más específicos para estos servicios. Por ello, se observa una importante variabilidad en cuanto al índice de malignidad correspondiente a los diferentes motivos de remisión. Por otra parte, los servicios en los que se objetivó un bajo índice diagnóstico de malignidad fueron Dermatología, MI, Ginecología y Unidad de mama. Estos resultados podrían deberse a: baja prevalencia de la patología maligna, como sería el caso de Dermatología; laxitud de los criterios de inclusión en el circuito, como sería el caso de MI y Ginecología; o al aumento de la concienciación de la población y los propios facultativos, aumentando el número de pacientes remitidas a la Unidad de mama por hallazgo de nódulo mamario. La gran variabilidad en los tiempos de espera de los diferentes servicios depende en gran medida del volumen de pacientes remitidos, lo cual depende a su vez de los criterios de inclusión y de la gestión por cada servicio.