

Optimización del diagnóstico

Cáncer de Pulmón en Andalucía

INFORME DE RESULTADOS



Elaborado por:

Dra. Pilar Navarro Pérez

Dra. Maria José Sánchez Pérez

Con el patrocinio de

AstraZeneca 

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	1
Fase 1: Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas.....	2
Fase 2: La gestión del proceso diagnóstico del cáncer de pulmón en Andalucía.	3
Fase 3. Priorización y hoja de ruta	5
RESULTADOS	7
RESULTADOS Fase 1: Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas.....	8
RESULTADOS Fase 2.1 Análisis DAFO	9
Debilidades	9
Fortalezas.....	12
Oportunidades	18
RESULTADOS Fase 2.2: Propuestas Estrategias de Mejora	20
RESULTADOS Fase 3. Priorización y Recomendaciones	24
Recomendaciones de los expertos sobre las estrategias más importantes	27
ANEXO I. Participantes expertos.....	30
ANEXO II. Programas de sesiones con expertos	31
ANEXO III. Plantilla Estrategias de Mejora.....	32
ANEXO IV. Cronograma	32

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Pulmón (CP) constituye un problema de salud pública de gran magnitud, determinada por su elevada incidencia, morbilidad y, en consecuencia, por la carga sanitaria y social que comporta, observándose un comportamiento divergente de las tendencias temporales en hombres y mujeres.

Los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que el CP sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, y permite comprobar que, si bien en España la mortalidad por esta causa está disminuyendo desde hace algunos años en los hombres, tanto la incidencia como la mortalidad siguen su tendencia creciente en las mujeres.

Según las últimas estimaciones de la Red Española de registros de Cáncer (REDECAN), se estima que en el año 2020 se diagnostiquen en España 29.638 casos nuevos de cáncer de pulmón, de los cuales un 26% se diagnosticarán en mujeres. En España, el cáncer de pulmón es el tercer cáncer más frecuente en hombres, tras el cáncer de próstata y de colon-recto, y en mujeres, tras el cáncer de mama y de colon-recto.

El Plan Integral de Oncología de Andalucía (PIOA) considera prioritario continuar avanzando en la mejora del proceso integral de atención del paciente con cáncer de pulmón para garantizar la equidad en el acceso al proceso diagnóstico, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, garantizar el adecuado funcionamiento, la coordinación e integración de los equipos multidisciplinares, así como, revisar el proceso de incorporación de las innovaciones terapéuticas.

Los objetivos del taller sobre “Optimización del diagnóstico cáncer de pulmón en Andalucía” son identificar las mejoras prácticas diagnósticas del cáncer de pulmón y proponer estrategias de mejora de la gestión del proceso diagnóstico del paciente con cáncer de pulmón en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).



METODOLOGÍA

Optimización del diagnóstico cáncer de
pulmón en Andalucía

METODOLOGÍA

La actividad del *Taller Optimización del diagnóstico cáncer de pulmón en Andalucía* se estructuró en tres fases:

1. Fase 1: Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas
 - Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas. *Dr. José Expósito Hernández*
 - Recomendaciones de las Guías Diagnósticas. *Dra. Reyes Bernabé Caro*
 - Evidencias para la mejora de la estadificación. *Dr. José Manuel Trigo*
 - Experiencia de implantación de herramientas para la determinación de biomarcadores para la identificación de subgrupos de tumores con pronóstico diferente. *Dr. Enrique de Álava Casado*
2. Fase 2: La gestión del proceso diagnóstico de cáncer de pulmón en Andalucía.
3. Fase 3: Priorización y hoja de ruta.

Para su realización se contó con una selección de profesionales expertos que puede consultarse en [Anexo I](#).

Todas estas fases se realizaron en formato virtual, síncrono o asíncrono, con abordajes metodológicos diferenciados. A continuación, se detallan los mismos:

Fase 1: Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas

Objetivo

- Compartir la evidencia científica de las principales guías/recomendaciones diagnósticas para el óptimo abordaje del diagnóstico del cáncer de pulmón.

Metodología

1. Realización de una sesión síncrona a través de una sala ZOOM con el conjunto de personas expertas invitadas a participar. Secuencialmente las actividades a realizar serán:
 - a. Presentación por 4 ponentes de referencia sobre un tema específico sobre el abordaje diagnóstico del cáncer de pulmón. El tiempo máximo de exposición será de 15 minutos. Si esta presentación incluye material gráfico será aportada previamente para su proyección simultánea.
 - b. Debate 30 minutos.

Puede consultarse el Programa del Taller en el [Anexo II](#).

Las presentaciones serán grabadas, previa autorización de la persona experta, para su posterior consulta.

Duración: En esta sesión se presentó el proyecto, los participantes expertos y las fases a abordar. Tuvo una duración de 2,15 h.

Producto a obtener

- Recomendaciones sobre las mejores prácticas para el abordaje del diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros sanitarios.

Fecha fase 1

9 de junio de 2020.

Fase 2: La gestión del proceso diagnóstico del cáncer de pulmón en Andalucía.

Objetivos

- Identificar la situación del diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros sanitarios públicos de Andalucía de acuerdo con el modelo propuesto.
- Proponer estrategias de mejora.

Metodología

Fase 2.1 El diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros sanitarios públicos

Se realizó un diagnóstico de situación con las personas expertas a través de un abordaje cualitativo, empleándose una técnica estructurada de ideación, debate y consenso. Esta fase se abordó de forma asíncrona y tuvo una duración de 15 días, desde la fecha de finalización de la sesión de lanzamiento.

2.1.1. Subfase de ideación:

Se habilitó un cuestionario en el espacio virtual “Programa de optimización del diagnóstico del Cáncer de Pulmón en Andalucía” para que las personas participantes de forma individual dieran respuesta a estas preguntas.

Preguntas:

- ¿Qué factores internos en el hospital **dificultan** la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?
- ¿Qué factores internos en el hospital **favorecen** la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?
- ¿Qué elementos externos al hospital afectarían positivamente impulsando la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

- ¿Qué elementos externos al hospital afectarían negativamente ralentizando o impidiendo la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Fechas: 10 al 19 de junio de 2020.

2.1.2. Subfase de debate y consenso:

El equipo consultor de la EASP integró la información recogida y en un **foro específico** del mismo espacio virtual se comunicaron los resultados. Se abrió un debate para recoger las observaciones de los participantes.

Fechas:

- 19-22 junio de 2020: integración por el equipo consultor de las aportaciones realizadas por expertos.
- 22-26 junio de 2020: debate en foro grupal.

Producto a obtener

- Matriz con elementos facilitadores y obstaculizadores, internos y externos al hospital, para la implantación óptima del proceso diagnóstico de cáncer de pulmón.

Fase 2.2 Estrategias de mejora

2.1.1. Subfase de ideación:

A la vista del análisis de situación, cada participante aportó estrategias que, a su juicio, conducirían a mejorar el proceso diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros públicos de Andalucía. Para ello se facilitó una ficha en formato virtual (ver [Anexo III](#)) en la que identificaron:

- Descripción de la propuesta de mejora.
- Responsable principal de su puesta en marcha.

Fechas: 29 junio a 3 julio de 2020.

2.1.2. Subfase de debate y consenso:

El equipo consultor de la EASP integró la información recogida y ofreció feed-back al grupo. Asimismo, se solicitó que los participantes priorizaran las estrategias de mejora propuestas desde dos puntos de vista:

- **Importancia de la estrategia:** Impacto para la implantación óptima del proceso diagnóstico de cáncer de pulmón.

- **Factibilidad en la implantación:** Viabilidad de que se lleve a cabo en el corto-medio plazo en los centros sanitarios públicos de Andalucía.

Fechas:

- 6-7 julio de 2020: integración por el equipo consultor de la EASP de las aportaciones realizadas por los expertos.
- 8-9 julio de 2020: priorización por parte de los expertos de las estrategias de mejora aportadas.

Producto a obtener

- Relación de estrategias de mejora priorizadas según importancia y factibilidad.

Fechas previstas fase 2

- 10 junio-9 de julio de 2020.

Fase 3. Priorización y hoja de ruta

Objetivos

- Revisar la priorización de las estrategias de mejora para la optimización del diagnóstico de cáncer de pulmón.
- Proponer una hoja de ruta para la implantación secuencial de las mejoras para la optimización del diagnóstico de cáncer de pulmón.

Metodología

Se celebró una sesión virtual síncrona en una sala ZOOM en la que se presentaron los resultados alcanzados. Se estableció un debate estructurado en el que los expertos manifestaron su opinión sobre la hoja de ruta a proponer para la mejora.

Duración: 1,5 horas

Producto a obtener

- Hoja de ruta de las propuestas de mejora con mayor importancia.

Fecha prevista Fase 3

- 13 de julio de 2020: Debate directo hoja de ruta.
- 14-17 julio de 2020: elaboración informe final equipo consultor de la EASP.

Puede consultarse el cronograma del proyecto en [Anexo IV](#).



RESULTADOS

Optimización del diagnóstico cáncer de
pulmón en Andalucía

RESULTADOS Fase 1: Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas

Las presentaciones de los expertos pueden consultarse a través de los siguientes códigos QR:

Introducción a los escenarios diagnósticos. Evidencias y buenas prácticas. <i>Dr. José Expósito Hernández</i>	
Recomendaciones de las Guías Diagnósticas. <i>Dra. Reyes Bernabé Caro</i>	
Evidencias para la mejora de la estadificación. <i>Dr. José Manuel Trigo</i>	
Experiencia de implantación de herramientas para la determinación de biomarcadores para la identificación de subgrupos de tumores con pronóstico diferente. <i>Dr. Enrique de Álava Casado</i>	

Por otro lado, las personas participantes en el taller y con acceso al Campus Virtual pueden consultar las grabaciones de las presentaciones de la sesión en la siguiente dirección:

<https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/page/view.php?id=176803>

De forma externa al Campus, el acceso a las grabaciones es el siguiente:

<https://bit.ly/3gpTVsJ>

De la misma forma, las presentaciones en formato pdf se encuentran disponibles en el Campus Virtual en la siguiente dirección:

<https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/page/view.php?id=174205>

RESULTADOS Fase 2.1 Análisis DAFO

Los resultados de esta fase presentados a los expertos pueden consultarse en:

<https://view.genial.ly/5f0b3db47593bc0d765ce842>

La fase 2.1 incluía el análisis estratégico mediante una matriz DAFO de la situación del diagnóstico Cáncer de Pulmón en los centros sanitarios públicos de Andalucía. Ésta se realizó a través del campus virtual y tuvo una tasa de respuesta del 79%.

A continuación, se presentan los resultados agrupados en categorías mayores de las respuestas ofrecidas a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué factores internos en el hospital **dificultan** la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?
- ¿Qué factores internos en el hospital **favorecen** la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?
- ¿Qué elementos externos al hospital afectarían **negativamente** ralentizando o impidiendo la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?
- ¿Qué elementos externos al hospital afectarían **positivamente** impulsando la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Debilidades

¿Qué factores internos en el hospital dificultan la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Accesibilidad Diagnóstica-Déficit Recursos Específicos

- *Falta de los métodos diagnósticos necesarios para estadiaje (PET, EBUS).*
- *Falta de EBUS/EUS.*
- *Falta de acceso a técnicas diagnósticas (NGS).*
- *La realización de técnicas invasivas de diagnóstico, como pueden ser la broncoscopia, EBUS o EUS, en ciertas circunstancias, como pueden ser la falta de anestesista (algo frecuente) o la no presencia de patólogo "in situ", pueden generar retrasos en el diagnóstico.*
- *Pese a que contamos con un Comité de tumores torácicos bien establecido, con frecuencia semanal y alta participación, no disponemos de un administrativo o de una enfermera-o gestora de casos, que vehicule los pacientes vistos hasta las distintas pruebas de imagen o hacia el determinado especialista.*

- *Falta de cirugía torácica.*

Accesibilidad Diagnóstica-demoras-déficit en la optimización de los circuitos

Demoras en pruebas diagnósticas

- *Retraso en la disponibilidad de biomarcadores.*
- *Esencialmente demoras en alguna prueba diagnóstica (EBUS y en ciertos momentos PET-TAC) y cierta demora en resultado final de Anatomía Patológica.*
- *La gran incidencia del cáncer de pulmón y, por tanto, la alta sospecha de la presencia del mismo hace que los medios diagnósticos, en muchas circunstancias, sean escasos. Tanto la realización de TAC como de PET-TC, en ciertos momentos de saturación, por falta de personal, avería del equipo y repunte de las peticiones, hace que no podamos cumplir con los plazos recomendables.*
- *Uno de los factores más preocupantes que tenemos en nuestro hospital es el retraso en los diagnósticos anatomopatológicos.*
- *Fundamentalmente las demoras en la realización de PET-TC y resultados anatomopatológicos.*
- *Presión y lista de espera en pruebas diagnósticas y consultas especializadas.*
- *La lista de espera, que hace que algunos pacientes no entren en el circuito “rápido” de diagnóstico del cáncer de pulmón.*

Circuitos no optimizados

- *La falta de circuitos de envío de muestras y datos, suficientemente ágiles y rápidos como para optimizar tanto el tiempo como la calidad de la muestra necesaria para realizar los estudios de los biomarcadores relevantes de carcinoma de pulmón.*
- *Aumento en el tiempo de respuesta de las pruebas diagnósticas radiológicas por confusión o falta de conocimiento de los circuitos establecidos en el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón.*
- *Porcentaje importante de pacientes inician su sospecha diagnóstica desde el servicio de urgencias.*
- *Muchos de estos pacientes no se presentan en Comité de Tumores. Algunos son enviados directamente a cuidados paliativos.*

Apoyo Institucional Insuficiente

- *Falta de estructura de apoyo a los proyectos similares a este, ejecutados previamente, (física, económica, ...).*

Falta de Coordinación Equipos Profesionales

- *Coordinación en el seguimiento de pacientes que ha recibido tratamiento multimodal.*

Falta de Especialización de Equipos Profesionales para el Proceso Cáncer de Pulmón

- *Implicación de especialidades no relacionadas con el cáncer de pulmón en algún proceso diagnóstico por ejemplo anestesia.*
- *La mayoría de las radiografías de tórax que se realizan en nuestro hospital no se informan.*
- *Ausencia de organización por Órganos y Sistemas en los servicios de Radio-diagnóstico.*
- *Conflictos de interés entre distintas categorías profesionales y especialidades, que dificulta la posibilidad de cambio de roles, más orientados a la eficiencia del proceso.*

Formación Profesionales

- *Interés desigual en los distintos servicios del hospital en profundizar en el diagnóstico de cáncer de pulmón. Desconocimiento de las expectativas de tratamiento.*
- *Comisiones de tumores orientadas a la asistencia y poco a aspectos de investigación, docencia y/u organización de la asistencia.*
- *Escasa cultura de trabajo orientada a right care (tratamiento correcto), dejar de hacer, metodología de optimización de procesos (LEAN HEALTHCARE).*

Liderazgo Profesional

- *Falta de liderazgo entre los profesionales de algunas unidades y equipos directivos.*

Otros aspectos organizativos

- *La falta de un comité multidisciplinar clínico-molecular con un sistema suficientemente ágil para compartir información y tomar decisiones.*
- *Separación física de las diferentes especialidades implicadas.*

Protocolos: disponibilidad-actualización

- *Falta de cronograma donde esté establecido en que momento del año se revisa la nueva evidencia publicada.*
- *Ausencia de protocolos, guías o itinerarios metodológicamente validados.*
- *Falta de protocolos diagnósticos específicos para Cáncer de Pulmón.*

Sobrecarga asistencial

- *La gran presión asistencial, con agendas citadas desde primera hora hasta las 15 horas, que impiden una dedicación más óptima a los casos presentados en el comité de tumores torácicos.*

- *Falta de tiempo programado para revisar las nuevas recomendaciones publicadas en el día a día. El comité solo se dedica a valorar pacientes,*

Fortalezas

¿Qué factores internos en el hospital favorecen la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Accesibilidad Diagnóstica

Cartera servicios

- *Rapidez y disponibilidad de los procedimientos diagnósticos: neumología, radiodiagnóstico, medicina nuclear.*
- *Existencia de todas las pruebas diagnósticas en el centro.*
- *Hospital único en toda el área provincial que realiza en tratamiento completo, lo que proporciona mayor homogeneidad.*
- *Adecuada definición de una cartera de servicios.*

Disponibilidad recursos específicos

- *Desde los servicios de diagnóstico por imagen contamos ya con unos huecos reservados, tanto en la TC como en la PET-TC, para aquellos pacientes que desde neumología nos derivan con alta sospecha de cáncer de pulmón y que se les va a realizar la técnica diagnóstica invasiva para el estudio anatomopatológico. La intención es tener las pruebas de imagen antes de la realización de la broncoscopia, EBUS o EUS, puesto que se ha demostrado que éstas son más eficaces si están guiadas por una técnica de imagen.*

Accesibilidad Tratamiento

- *Poca demora en la valoración para definir e iniciar el tratamiento.*

Colaboración Profesionales

- *El buen ambiente entre las distintas especialidades.*

Compromiso Profesional

- *La motivación de los profesionales, a veces voluntarista, que intenta asegurar el mejor cuidado posible para los pacientes con esta patología.*
- *Deseo de mejora de los profesionales.*

- *El principal factor valedor de esta implantación son los profesionales. El interés que muestra cada uno de ellos en que “su paciente” cumpla con los plazos establecidos, es la principal “arma” que tenemos contra la enfermedad.*

Profesionales –cualificación y disponibilidad

- *Disponibilidad de profesionales con alta cualificación técnica, siendo referentes en muchas disciplinas.*
- *Captación/fidelización de personal cualificado.*
- *Equipos fijos de cada especialidad dedicados a cáncer de pulmón.*

Evaluación resultados

- *Evaluación de los proyectos puestos en marcha para determinar su grado de eficiencia. Conocimiento de los datos estadísticos entre todos los profesionales y propuestas periódicas de mejora detectando los puntos débiles, para así poder actuar sobre ellos.*

Formación Profesionales

- *Sesiones formativas de residentes.*

Innovación Tecnológica

- *La tecnología diagnóstica disponible en los centros de tercer nivel constituida por equipos modernos (adquiridos y en fase de instalación) con alta definición y baja dosis de radiación.*
- *Dotación tecnológica de alto nivel.*

Modelo Organizativo

Consulta rápida-circuitos asistenciales

- *Consulta rápida de cáncer de pulmón.*
- *Existencia de consulta rápida de Neumología de Cáncer de Pulmón.*
- *La reciente creación de un circuito rápido de consulta y pruebas diagnósticas para el cáncer de pulmón.*
- *Establecimiento de circuitos rápidos (no más de una semana) en la derivación de pacientes con sospecha clínica.*
- *Valoración de implantación de programas de diagnóstico precoz del cáncer de pulmón, según recomendaciones de las guías clínicas.*

Comité tumores

- *Funcionamiento del comité de tumores.*

- *La existencia de un comité multidisciplinar.*
- *Comité de tumores muy asentado y de gran interés.*
- *La existencia de comités multidisciplinarios de tumores torácicos que permitan dar la mejor respuesta tanto diagnóstica como terapéutica.*
- *Muy asentada cultura de trabajo en comisión de tumores.*
- *Funcionamiento de comité multidisciplinar.*
- *Comité multidisciplinar.*
- *Excelente funcionamiento del subcomité de tumores torácicos y la coordinación entre los diferentes servicios.*

Gestión Clínica

- *Larga trayectoria en gestión clínica.*

Relaciones Servicios Clínicos

- *La inter-relación de los diferentes servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad con comunicación estrecha, a veces por llamadas telefónicas o mensajería individual.*
- *La coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios para realizar un diagnóstico rápido, desde una accesibilidad ambulatoria sin necesidad de ingresos hospitalarios para procedimientos diagnósticos mínimamente invasivos.*
- *Ausencia de conflictividad profesional con los equipos directivos, que dificulte la implantación de nuevas estrategias organizativas.*

Participación Paciente

- *Los propios pacientes, de manera individual o sus asociaciones, que apoyan, motivan a los profesionales y a su proceso diagnóstico.*

Sistemas de Información

- *El programa informático de proceso de peticiones que permite una discriminación entre pacientes preferentes, así como el establecer sistemas de “alerta” ante hallazgos no esperados en estudios radiológicos rutinarios.*
- *Programas de archivo de imágenes (PACs) que permiten consultar el histórico de imágenes y la interconsulta radiológica de cualquier estudio realizado en la provincia o incluso en la Comunidad Autónoma.*

Amenazas

¿Qué elementos externos al hospital afectarían negativamente ralentizando o impidiendo la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Dificultad al Acceso a Pruebas Diagnósticas desde AP

A pruebas radiológicas informadas

- *En Atención Primaria se hacen muchas radiografías de tórax que no son informadas por radiólogos, por lo que muchas lesiones pueden pasar desapercibidas.*
- *Acceso a pruebas radiológicas informadas por parte de la atención primaria.*
- *Dificultades en la accesibilidad a interconsultas de radiología simple por parte de los médicos de familia a servicios de radiodiagnóstico hospitalarios.*
- *El tiempo de demora desde Atención Primaria para derivar a los pacientes a atención especializada médica y diagnóstica.*

A pruebas especializadas

- *La poca accesibilidad a técnicas radiológicas, como tomografía computarizada desde los primeros niveles de atención médica.*

Asimetrías Cartera de Servicios en los Centros Sanitarios

- *La falta de liderazgo político-técnico de los servicios de salud nacionales o autonómicos, a la hora de definir e implementar una cartera de servicios homogénea y funcional en relación con el carcinoma de pulmón.*

Caracterización Epidemiológica y Resultados en Áreas de Salud

- *Falta de información del número de pacientes con cáncer de pulmón del área y resultados en salud.*

Prioridades Asistenciales

- *Recursos orientados a dar respuesta a otras patologías. Actualmente COVID-19.*
- *La falta de apoyo institucional en la implantación.*
- *Competencia con otras patologías.*

Variabilidad en la Práctica Profesional entre Hospitales

- *Diferencias en el estudio de los pacientes según el hospital en que se realicen.*
- *Anatomía patológica de comarcales, estudios incompletos y dificultad para acceder a la muestra.*

- *Pacientes derivados desde hospitales comarcales.*

Colaboración entre Niveles Asistenciales

- *Coordinación con Atención Primaria para seguimiento durante y después del tratamiento.*
- *Coordinación anecdótica entre AP-AH.*
- *Múltiples puertas de entrada con diferentes grados de implicación / relación con el hospital: Centros de salud muy numerosos y no con todos mantenemos la misma relación asistencial. Falta de protocolos, sesiones o formación entre los centros de Atención Primaria y Especializada.*
- *Circuito de derivación rápida al Hospital.*
- *Los mecanismos de derivación de pacientes desde la AP hasta la atención especializada, en este caso Neumología, muchas veces son lentos y se retrasan en demasía.*

Cualificación AP

- *Desconocimiento de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas desde atención primaria (los médicos en formación no rotan por oncología).*
- *Sería necesaria mayor formación y mejorar los acuerdos de derivación.*
- *Impresión de escaso empeño en diagnóstico temprano por MAP: pacientes con síntomas clave no bien valorados.*
- *La dificultad en Atención Primaria para la sospecha clínica y derivación temprana a estudio especializado.*
- *La situación de la Atención Primaria (AP) podría ser la determinante en esta posible ralentización. La saturación de la misma hace que el proceso tarde más de la cuenta. Los médicos de atención primaria deben tener siempre presente esta patología cuando ven a pacientes con síntomas guías.*
- *Educación a los profesionales de atención primaria sobre síntomas de sospecha.*

Financiación

- *Falta de presupuesto para comprar mejoras en técnicas invasivas, por ejemplo, EBUS.*
- *Incertidumbre sobre la temporalidad de los proyectos.*

Formación Ciudadanía

- *También sería clave la información a la población, además del consejo anti tabáquico, de la necesidad de acudir al médico con determinados síntomas como la hemoptisis, disfonía, dolor costal, disnea, ...*

Formación Profesionales Sanitarios

- *La falta de personal adecuadamente formado para llevar a cabo o interpretar las determinaciones diagnósticas de biomarcadores de carcinoma de pulmón (esto afecta tanto a los estudios universitarios de grado y postgrado, como a los programas de residencia MIR).*

Influencia de Grupos de Presión

- *Influencia de grupos de presión en la toma de decisiones (industria farmacéutica o asociaciones de pacientes).*
- *Presión social que condiciona nuevas medidas organizativas orientadas a la eficiencia.*

Perfil Demográfico e Impacto Asistencial

- *Envejecimiento poblacional, alta incidencia de cáncer, largos supervivientes, que condicionan una alta demanda asistencial y condicionan una actividad profesional orientada exclusivamente a la asistencia.*

Oportunidades

¿Qué elementos externos al hospital afectarían positivamente impulsando la implantación de las recomendaciones para optimizar el diagnóstico de cáncer de pulmón?

Cobertura Universal

- *Toda la población bajo Atención Primaria.*

Apoyo institucional

- *Nueva estrategia corporativa, con un apoyo explícito claro.*
- *Posibilidad de plantear nuevas fórmulas organizativas de microgestión y mesogestión.*
- *La adecuada definición de procedimientos de trabajo por parte de las autoridades autonómicas (Procesos Asistenciales Integrados).*

Cribado

- *La puesta en marcha de un programa de cribado de cáncer de pulmón en población de riesgo.*

Colaboración entre Niveles Asistenciales

- *Espacio compartido de AP-AH.*
- *Participación de especialistas de hospitales comarcales y Atención Primaria en el comité multidisciplinar.*
- *Coordinación a nivel gerencial entre los distritos sanitarios y sus hospitales de referencia.*
- *Apertura del comité a participación de especialistas de hospitales comarcales.*

Cualificación AP

- *Preparación de equipos de AP.*
- *La concienciación de la Atención Primaria sobre el problema del cáncer de pulmón está perfectamente implantada.*

Formación

- *Cursos de formación.*

Concienciación Social

- *Divulgación en redes sociales.*
- *Alta sensibilización social e importancia cuantitativa y cualitativa del proceso cáncer de pulmón.*

Participación Paciente

- *Demanda de los pacientes.*
- *Buena reputación en su entorno, que permite incorporar a la ciudadanía al proyecto.*

Impulso a través de las Sociedades Científicas

- *Las sociedades científicas, que, con sus consensos multidisciplinarios, ayudan a armonizar y revisar los procedimientos de trabajo.*

Avances Científicos

- *Mayor conocimiento de la enfermedad, en este caso cáncer de pulmón.*

Avances en las Tecnologías de la Información y Comunicaciones

- *Disponibilidad de nuevos desarrollos en el ámbito TICs.*
- *Programas de archivo de imágenes (PACs) con procedimientos para interconsultas de radiografías a los servicios de Radiodiagnóstico.*
- *Existe ya un sistema de almacenamiento de imágenes (PACs-RIS) común para toda Andalucía y accesible desde todos los puestos de trabajo. Esto permitirá que las placas de tórax puedan ser vistas por los radiólogos en aquellos casos en que los médicos de AP lo soliciten. Igualmente, todas las pruebas de imagen realizadas en otras áreas sanitarias son accesibles por parte de los profesionales que van a tratar al paciente, impidiendo realización de nuevas.*

RESULTADOS Fase 2.2: Propuestas Estrategias de Mejora

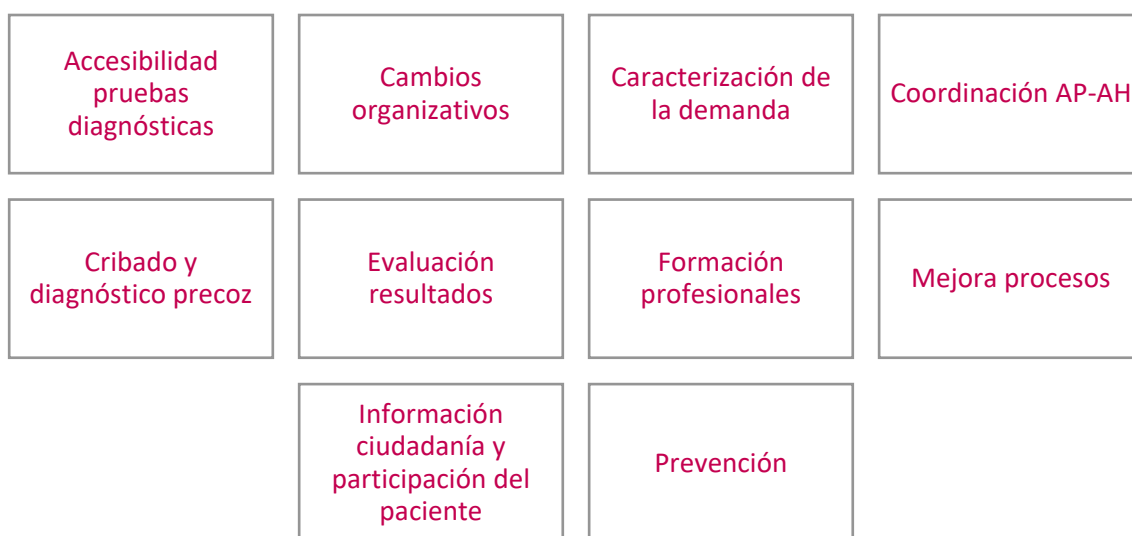
Los resultados de esta fase presentados a los expertos pueden consultarse en:

<https://view.genial.ly/5f0b3db47593bc0d765ce842>

Un total de 10 expertos (71%) respondieron a la pregunta:

- ¿Qué medidas prácticas hay que tomar para mejorar el diagnóstico y los resultados en salud de los pacientes con Cáncer de Pulmón?

Se plantearon un total de 43 acciones que se han agrupado en diferentes categorías. En la siguiente tabla se muestran las dimensiones principales



A continuación, se relacionan la totalidad de estrategias propuestas.

Accesibilidad pruebas diagnósticas

- Número 1.** Plazos claros y estandarizados para la realización de las pruebas diagnósticas.
- Número 2.** Diagnóstico molecular (biomarcadores): panel adecuado, con resultados en tiempo adecuado, ágiles y metodología fiable.
- Número 3.** Diagnóstico por imagen (TAC) y metabólico (PET) disponible a tiempo.
- Número 4.** Completar disponibilidad de herramientas de diagnóstico en todos los centros. PET-TAC / EBUS /EU, patólogo in situ/ A patológica.
- Número 5.** Demoras internas: A Patológica, diagnóstico TAC-PET TAC y Cirugía torácica, sobre todo.
- Número 6.** Acondicionar el número de demanda de las distintas pruebas diagnósticas a la oferta existente en cada hospital o región.
- Número 7.** Mejorar el acceso a técnicas diagnósticas, a biomarcadores y al proceso de respuesta ante un posible caso.
- Número 8.** Centralización de las pruebas de estudio molecular en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón.

- Número 9.** Accesibilidad por parte de atención primaria a las pruebas de TAC de tórax en pacientes con sospecha de neoplasia de pulmón.
- Número 10.** Crear unos huecos específicos para estos pacientes en las agendas del TAC y del PET-TC para tener ambas pruebas hechas antes de las maniobras invasivas de diagnóstico histopatológico.
- Número 11.** Agendas en la Unidad de Técnicas diagnósticas de Neumología coordinadas con las del TAC, PET y anestesia, para tener huecos inmediatamente después de las técnicas de imagen.

Cambios organizativos

- Número 12.** Presencia de un/a enfermero/a gestora de casos que coordine las citas con los distintos especialistas, de los pacientes que entren en el circuito de diagnóstico del cáncer de pulmón.
- Número 13.** Crear la figura de personal de apoyo a la asistencia (*health care assistant*) en cáncer mediante un plan formativo.
- Número 14.** Enfermera gestora de casos para coordinación de casos difíciles, coordinar pacientes que necesitarían de varias comisiones de tumores...
- Número 15.** Nombrar un comité de seguimiento y cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Número 16.** Incorporar dentro del contrato programa de los hospitales ítems relacionados con el proceso diagnóstico de cáncer de pulmón.
- Número 17.** Aprovechar la experiencia de teleconsulta, para profundizar en la creación de una aplicación que permita un espacio colaborativo continuo virtual primaria - hospital – primaria.
- Número 18.** Crear un circuito rápido de derivación de pacientes sospechosos desde la atención primaria hasta la atención hospitalaria. Acuerdos de derivación.
- Número 19.** Establecer vías rápidas de diagnóstico dependientes de neumología en todos los hospitales.

Caracterización de la demanda

- Número 20.** Necesidad de la realización de estudios epidemiológicos sobre cáncer de pulmón para, entre otros aspectos, estimar el número de pacientes.
- Número 21.** Poner en valor la importancia del cáncer de pulmón a nivel sanitario en Andalucía tanto en incidencia como en mortalidad y en consumo de recursos.
- Número 22.** Feedback fiable del registro de los nuevos casos de cáncer de pulmón en Andalucía.

Coordinación AP-AH

- Número 23.** Establecer un plan de colaboración primaria - hospital, que defina el modelo de relación desde la sospecha al seguimiento de los pacientes.
- Número 24.** Coordinación atención primaria con hospital en el diagnóstico (síntomas precoces / Rx tórax), tratamiento y seguimiento.
- Número 25.** Gestión/coordinación con Atención Primaria para sospecha precoz.

Cribado y diagnóstico precoz

- Número 26.** Crear un grupo de trabajo para la implantación del Cribado de Cáncer de Pulmón en Andalucía.
- Número 27.** Necesidad de establecer un “cribado” en población diana.
- Número 28.** Elaborar e implementar alguna estrategia de diagnóstico Precoz / diagnóstico temprano en CP.
- Número 29.** Establecer las necesidades tanto humanas como materiales para la puesta en marcha de un verdadero diagnóstico precoz en cuanto a pruebas de imagen. Incluso incorporando avances tecnológicos como interpretación mediante inteligencia artificial de estudios radiológicos.

Evaluación resultados

- Número 30.** Conocimiento de los resultados en salud que tenemos tras nuestro diagnóstico y tratamiento del carcinoma broncogénico.
- Número 31.** Tener disponible un registro de resultados en salud de pacientes con Cáncer de pulmón.

Formación profesionales

- Número 32.** Formación continuada para médicos de Atención Primaria en la ayuda al diagnóstico del Cáncer de Pulmón (radiología simple, teleconsulta con especialista, canales de derivación rápida ante la sospecha, etc.).
- Número 33.** Formación de los nuevos profesionales en el conocimiento del proceso cáncer de pulmón, su implantación en los diversos niveles asistenciales, así como la sistemática de derivación y seguimiento.
- Número 34.** Formación en todos los niveles asistenciales, desde el período de residencia. Conocimiento del problema de salud cáncer de pulmón y de sus posibilidades diagnósticas, terapéuticas y resultados.

Mejora procesos

- Número 35.** Establecer una estrategia de *right care*, para evitar todos aquellos actos médicos que no aportan valor en términos de resultados en salud y/o calidad asistencial
- Número 36.** Normativa clara de funcionamiento de comités multidisciplinario incluyendo. PROTOCOLO CONSENSUADO de manejo del C P, así como evaluación del propio CMD (exhaustividad, cumplimiento de acuerdos...)
- Número 37.** Realizar una estrategia de *LEAN HEALTHCARE* de optimización del proceso cáncer de pulmón
- Número 38.** Definición clara e inequívoca del circuito del proceso “Cáncer de Pulmón” para evitar múltiples puertas de entrada y su posible dispersión.
- Número 39.** Guías de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneas, actualizadas y adecuadas a la práctica diaria, con implicación directa en la asistencia, formación e investigación.

Información ciudadanía y participación del paciente

Número 40. Divulgación de lo que es el cáncer de pulmón, de su clínica, del proceso asistencial, del papel de cada profesional.

Número 41. Participación de pacientes y asociaciones de pacientes en todo el proceso asistencial y formación de pacientes.

Prevención

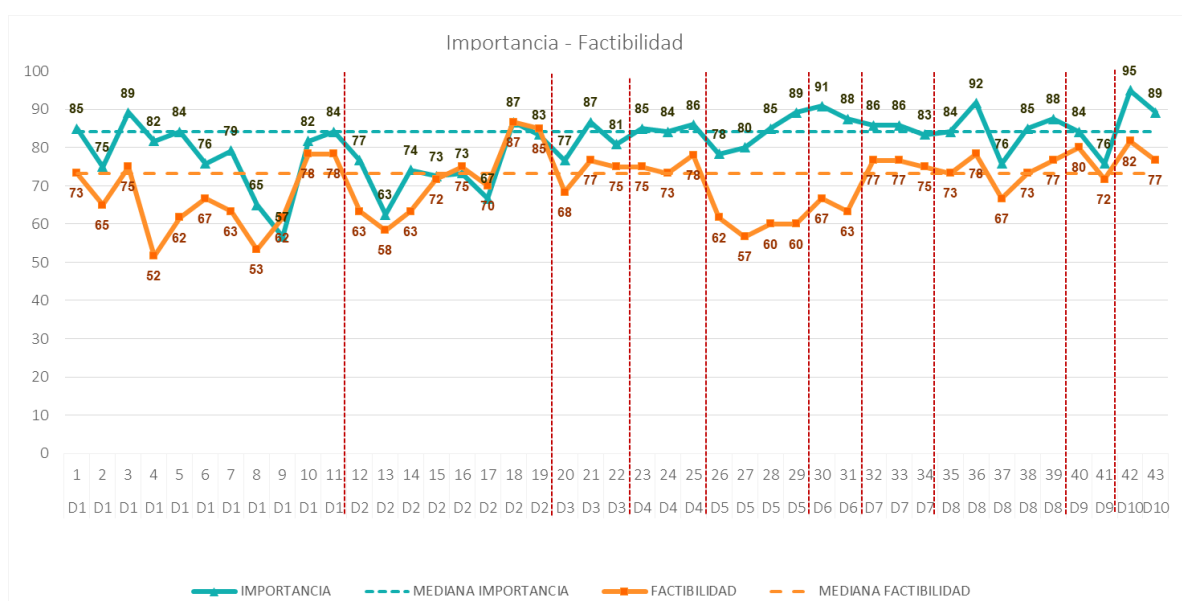
Número 42. Favorecer las campañas antitabaco con la participación de responsables de distintas especialidades.

Número 43. Información y formación a la población ante síntomas sospechoso que deben consultar a su médico (medios de comunicación, programas de divulgación y promoción de la salud, redes sociales, tv...).

RESULTADOS Fase 3. Priorización y Recomendaciones

Los resultados de la priorización según importancia y factibilidad de las propuestas de estrategias para mejorar el diagnóstico de Cáncer de Pulmón se muestran en el Gráfico 1. (Tasa de respuesta 86%). El valor de la mediana de la importancia otorgada a las propuestas se sitúa en 84, frente al valor de la mediana de factibilidad que se sitúa en 73 puntos.

Gráfico 1 Resultados de la priorización según importancia y factibilidad de la propuesta de estrategias para mejorar el diagnóstico de Cáncer de Pulmón.



Destacamos que, de las seis estrategias consideradas más importantes, 4 de ellas se incluyen también con una factibilidad alta (números 3, 36, 42, 43) frente a dos (números 29 y 30) que presentan un distanciamiento con respecto a la factibilidad. Estas dos últimas, son medidas cuya ejecución existe un gran escepticismo en su abordaje por parte de los expertos, tal y como se manifestó en la sesión de cierre del taller. Las dos medidas son las siguientes:

Número 29. Establecer las necesidades tanto humanas como materiales para la puesta en marcha de un verdadero diagnóstico precoz en cuanto a pruebas de imagen. Incluso incorporando avances tecnológicos como interpretación mediante inteligencia artificial de estudios radiológicos.

Número 30. Conocimiento de los resultados en salud que tenemos tras nuestro diagnóstico y tratamiento del carcinoma broncogénico.

Si consideramos la distribución de las propuestas atendiendo al valor de la mediana de ambas dimensiones, importancia y factibilidad, las agrupamos en los 4 cuadrantes que se muestran en el gráfico 2. Desde el punto de vista de la **toma de decisiones y el papel activo de los expertos** consideramos con carácter preferente las situadas en el cuadrante superior derecho. Se trata de

diecisiete propuestas con un valor de importancia y factibilidad igual o por encima de la mediana en ambas dimensiones. Estas propuestas están relacionadas con la accesibilidad pruebas diagnósticas, cambios organizativos, caracterización de la demanda, coordinación AP-AH, formación de profesionales, mejora de procesos, información ciudadanía y estrategias de prevención. Según esta consideración, este conjunto de acciones cabría esperar que fuesen priorizadas para su puesta en marcha:

Accesibilidad pruebas diagnósticas

Número 1. Plazos claros y estandarizados para la realización de las pruebas diagnósticas.

Número 3. Diagnóstico por imagen (TAC) y metabólico (PET) disponible a tiempo.

Número 11. Agendas en la Unidad de Técnicas diagnósticas de Neumología coordinadas con las del TAC, PET y anestesia, para tener huecos inmediatamente después de las técnicas de imagen.

Cambios organizativos

Número 18. Crear un circuito rápido de derivación de pacientes sospechosos desde la atención primaria hasta la atención hospitalaria. Acuerdos de derivación.

Caracterización de la demanda

Número 21. Poner en valor la importancia del cáncer de pulmón a nivel sanitario en Andalucía tanto en incidencia como en mortalidad y en consumo de recursos.

Coordinación AP-AH

Número 23. Establecer un plan de colaboración primaria - hospital, que defina el modelo de relación desde la sospecha al seguimiento de los pacientes.

Número 24. Coordinación atención primaria con hospital en el diagnóstico (síntomas precoces / Rx tórax), tratamiento y seguimiento.

Número 25. Gestión coordinación con Atención Primaria para sospecha precoz.

Formación profesionales

Número 32. Formación continuada para médicos de Atención Primaria en la ayuda al diagnóstico del Cáncer de Pulmón (radiología simple, teleconsulta con especialista, canales de derivación rápida ante la sospecha, etc.).

Número 33. Formación de los nuevos profesionales en el conocimiento del proceso cáncer de pulmón, su implantación en los diversos niveles asistenciales, así como la sistemática de derivación y seguimiento.

Mejora de procesos

Número 35. Establecer una estrategia de *right care*, para evitar todos aquellos actos médicos que no aportan valor en términos de resultados en salud y/o calidad asistencial

Número 36. Normativa clara de funcionamiento de comités multidisciplinario incluyendo. PROTOCOLO CONSENSUADO de manejo del C P, así como evaluación del propio CMD (exhaustividad, cumplimiento de acuerdos...)

Número 38. Definición clara e inequívoca del circuito del proceso “Cáncer de Pulmón” para evitar múltiples puertas de entrada y su posible dispersión.

Número 39. Guías de diagnóstico, tratamiento y seguimiento homogéneas, actualizadas y adecuadas a la práctica diaria, con implicación directa en la asistencia, formación e investigación.

Información ciudadanía y participación del paciente

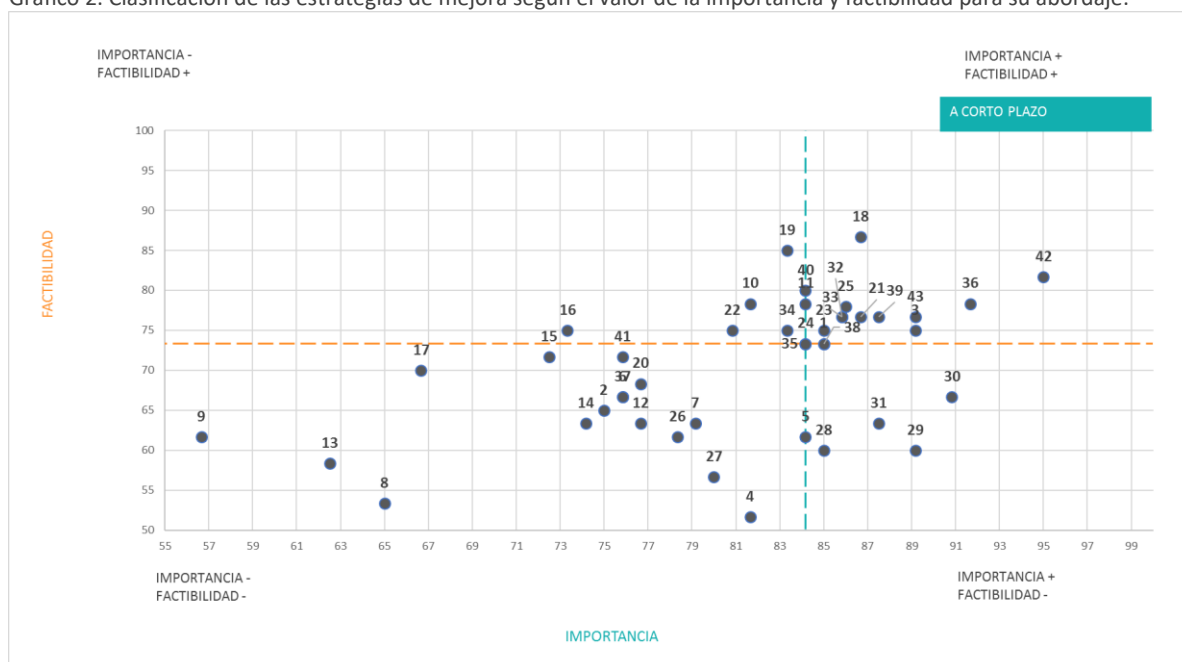
Número 40. Divulgación de lo que es el cáncer de pulmón, de su clínica, del proceso asistencial, del papel de cada profesional.

Prevención

Número 42. Favorecer las campañas antitabaco con la participación de responsables de distintas especialidades.

Número 43. Información y formación a la población ante síntomas sospechoso que deben consultar a su médico (medios de comunicación, programas de divulgación y promoción de la salud, redes sociales, tv...).

Gráfico 2. Clasificación de las estrategias de mejora según el valor de la importancia y factibilidad para su abordaje.



Recomendaciones de los expertos sobre las estrategias más importantes

A la vista de los resultados obtenidos en la priorización, se solicitó a los expertos en la última sesión de trabajo, que efectuaran recomendaciones para la puesta en marcha de las acciones más importantes y con mayor factibilidad. Los resultados de esa discusión se trasladan en el presente documento como recomendaciones finales para la optimización del diagnóstico del Cáncer de Pulmón en los centros sanitarios de Andalucía.

Las recomendaciones que se establecen tienen por objetivo realizar una actuación diagnóstica coordinada, desde la sospecha diagnóstica hasta la finalización de diagnóstico de imagen, histológico y molecular. Los servicios implicados tendrían que disponer de recursos para ello: tiempo en agendas, recursos para la realización e informe de pruebas y nueva disponibilidad en agenda para ver resultados y evaluar.

En lo referente a las recomendaciones específicas relacionadas con las mejoras del proceso diagnóstico (que es lo que puede aportar este grupo de expertos), es esencial la coordinación en todas las etapas del proceso, la coordinación tiene que ser global y, probablemente el Comité, tendría que tener más importancia en ello.

Para su logro se proponen diferentes acciones más específicas:

Sobre las pruebas diagnósticas

- Se incide en que el principal problema son las demoras con las pruebas diagnósticas de anatomía patológica, PET-TAC, anestesia... Problema más acentuado en los hospitales que no disponen de alguno de los medios diagnósticos en su cartera de servicios. En este sentido, por ejemplo, se apunta, que es esencial revisar la dotación de PET-TAC, ya que en algunos hospitales puede tardar hasta 45 días. Su abordaje escapa a las medidas organizativas o funcionales que se pueden adoptar desde los centros sanitarios. En Andalucía en la actualidad existen 5 equipos. La Sociedad de Medicina Nuclear en 2014 recomendaba un equipo PET/TAC por cada 500.000 habitantes¹. Desde el 2014 las indicaciones de la PET han ido aumentando y en estos momentos esa ratio está en proceso de revisión.
- Existen dos pruebas EBUS y PET –TAC que son los “cuellos de botella” del proceso diagnóstico y es necesario intervenir sobre ellas.
 - Sería ideal hacer el PET-TAC con contraste, informado por ambos especialistas, con lo que reduciríamos el número de TACs.
 - Mejora de los tiempos por parte de Anestesiología.
- Equidad en los centros sanitarios:

¹ Soriano Castrejón AM, Prats Rivera E, Alonso Fartoc JC, Vallejo Casas A y miembros del comité ejecutivo de la SEMNIM. Medicina nuclear en España: alta tecnología 2013. Rev Esp Med Nucl Imagen Mol. 2014;33(6):378–381.

- La accesibilidad y los tiempos deberían ser iguales para todos los centros sanitarios, tanto si tienen la prueba disponible en la cartera de servicios del centro, como si no la tienen. Actualmente, cuando la prueba no está disponible en el centro el tiempo es superior.

Sobre el control de los tiempos diagnósticos

- Se destaca la importancia de realizar un control de los tiempos. Los plazos diagnósticos están regulados en Andalucía mediante decreto de garantías, pero no se cumplen. Para su logro se discuten diferentes acciones como:
 - Incluir el cumplimiento de plazos en el plan de objetivos anuales.
 - Definir tiempos por pruebas.
 - Identificar las pruebas en las que se produce una demora superior.
- Analizar las exploraciones no necesarias o fuera de protocolo en el probable caso de que no haya suficiente capacidad.

Huecos en agendas de pruebas diagnósticas para Ca Pulmón

- Se propone que en las agendas citación de Radiología, se dejen huecos destinados a consulta cáncer de pulmón, dando prioridad sobre todo a las peticiones que provengan de dicha consulta.
- Según la estimación de pacientes nuevos que llegan a neumología, dejar huecos en las agendas de TAC y PET para estos pacientes y a su vez, con la agenda de bronoscopias y EBUS.

Caracterizar la demanda y volumen de pacientes

- Es necesario establecer qué número de pacientes tienen que acceder mediante este circuito. Esto permitirá prever de forma aproximada de los pacientes con sospecha de cáncer de pulmón para que se agilicen los plazos más allá del decreto vigente en pruebas diagnósticas.
- A partir de la medida de la demanda en un determinado periodo (por ejemplo, semanal o mensual) acordar el número de exploraciones necesarias.
- Retroalimentación constante y activa para analizar cada año la demanda y la oferta de cada prueba.

Mejorar la capacidad de intervención de AP

- Teleconsulta AP-AH: La teleconsulta mejorará los tiempos de entrada en el circuito Cáncer Pulmón.
- La puerta de urgencias no debe ser el lugar de inicio del estudio de Cáncer de Pulmón.
- Tanto residentes o como los propios médicos de AP deben conocer el proceso de consulta telemática con la posibilidad de consulta de pruebas de imagen por medio del PACs. Se señala que un gran número de centros de salud, lo desconocen.

Formación

- Formación de los profesionales de AP.
- El plan de formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria no contempla la rotación por Oncología. Es necesario revisarlo dada la incidencia y prevalencia de estos procesos. Se señala que, aunque difícil, desde la Comunidad Autónoma se puede iniciar su abordaje.
- Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria si rotan por Neumología, pero no todos asisten a los comités de tumores, al menos en mi centro. Se debería buscar la fórmula para que la asistencia se recogiera en su plan de formación.
- Los comités de tumores deben plantear un plan de formación anual.
- Sesiones multidisciplinarias con AP para tratar el proceso cáncer de pulmón.

Mejora del proceso asistencial

- Se plantea la necesidad de actualizar el PAI cáncer de pulmón y continuar con la estrategia de implantación de los Planes Oncológicos locales.
- Centralizar la puerta de entrada del circuito cáncer de pulmón en consulta Neumología y homogeneizar proceso.

Estrategias de prevención

- Es necesario retomar la sensibilización de la población frente al consumo de tabaco.
- Se señala que las campañas de prevención no están destinadas a la población joven y son un grupo que especialmente preocupa a los expertos. Se considera prioritario, por tanto, establecer campañas específicas para jóvenes.
- Asimismo, se destaca la necesidad de integrar y hacer partícipes de las estrategias de prevención a las asociaciones de pacientes.
- También debe ser un objetivo de los subcomités.
- Trabajar de forma colaborativa con otras estrategias o planes integrales como el Plan de Tabaquismo.

Medición de resultados en salud.

Los expertos coinciden que esta es una de las asignaturas pendientes. Se comprobó, en su momento, que a mayor adherencia al PAI de cáncer de pulmón, mayor supervivencia de los pacientes. Por ello, se plantea la necesidad de establecer un plan de evaluación externo con herramientas adecuadas. Es necesario establecer un plan eficaz para la medición de los resultados en salud. Hacer estudios *ad hoc* con real world data. Los estudios a nivel europeo se plantean de forma prospectiva, pero hacen falta recursos para homogeneizar, registrar, medir y evaluar.

En definitiva, se propone crear una estrategia de evaluación de resultados en salud, invirtiendo en tecnologías de la información en salud.

ANEXO I. Participantes expertos

1. *Dr. Isidoro Barneto Aranda*. Presidente de Foro Andaluz para el Estudio de Tumores Torácicos. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
2. *Dra. Reyes Bernabé Caro*. Jefa de Sección de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
3. *Dra. María Jesús Campos Aguilera*. Jefa de Servicio de Prevención. Dirección General de Salud Pública y Ordenación farmacéutica. Consejería de Salud y Familias. Sevilla.
4. *Dr. Enrique de Álava Casado*. Director Unidad intercentros de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío y Área Sanitaria de Osuna. Sevilla.
5. *Dr. José Expósito Hernández*. Coordinador del Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Pulmón. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
6. *Dr. Genaro López Milena*. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
7. *Dr. Carlos Miguez Sánchez*. Jefe de Sección de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
8. *Dra. Ana Laura Ortega Granados*. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Jaén. Jaén.
9. *Dr. Joan Carles March Cerdá*. Codirector de la Escuela de Pacientes. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
10. *Dra. María Pavón Masa*. FEA Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
11. *Dr. Florencio Quero Valenzuela*. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
12. *Dr. Antonio Rodríguez Fernández*. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
13. *Dr. Manuel Ruiz Borrego*. Presidente de la Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM). Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
14. *Dr. Jose Manuel Trigo Pérez*. Servicio de Oncología Médica y Unidad de Fases I. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
15. *Dr. David Vicente Baz*. Coordinador del Plan Integral de Oncología de Andalucía. Jefe de Sección de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

ANEXO II. Programas de sesiones con expertos

Programa de la sesión 9 de junio de 2020	
Programa de la sesión 13 de julio de 2020	

ANEXO III. Plantilla Estrategias de Mejora

OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CÁNCER DE PULMÓN EN ANDALUCÍA

Fase 2.2 Estrategias de mejora

Nombre:

A la vista del análisis de situación, que os hemos enviado al foro (link de acceso <https://www.easp.es/virtual/docencia/mod/forum/view.php?id=173360>), os solicitamos hasta **un máximo de 5 estrategias** que, a vuestro juicio, conducirían a mejorar el proceso diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros públicos de Andalucía. Para ello nos gustaría que respondierais a la siguiente cuestión:

¿Qué medidas prácticas hay que tomar para mejorar el diagnóstico y los resultados en salud de los pacientes con Cáncer de Pulmón?

Medida 1:

Responsable principal de su puesta en marcha:

Medida 2:

Responsable principal de su puesta en marcha:

Medida 3:

Responsable principal de su puesta en marcha:

Medida 4:

Responsable principal de su puesta en marcha:

Medida 5:

Responsable principal de su puesta en marcha:

ANEXO IV. Cronograma

La fecha prevista de inicio de esta actividad sería el 8 de junio de 2020, y se prolongará hasta finales de Julio de 2020.

	09-jun	10-jun	16-jun	17-jun	19-jun	22-jun	26-jun	29-jun	03-jul	06-jul	07-jul	08-jul	09-jul	13-jul	15-jul	17-jul
Fase 1 (a)																
Introducción taller																
Presentación evidencias																
Debate																
Presentación metodología fase 2																
Fase 2 (b)																
Fase 2.1.El diagnóstico de cáncer de pulmón en los centros sanitarios públicos																
2.1.1. Ideación																
2.1.2. Subfase de debate y consenso																
Integración aportaciones																
Foro grupal																
Fase 2.2 Estrategias de mejora																
2.2.1. Ideación																
2.2.2. Debate y consenso																
Integración aportaciones																
Priorización por expertos																
Fase 3																
Debate directo hoja de ruta (a)																
Informe final (b)																

(a) Videoconferencia directo

(b) Trabajo offline

Ver Línea del Tiempo en el siguiente enlace

<https://view.genial.ly/5eb4007a6780410d57810f9f>

