

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA 24 MAYO
27 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso



Gerencia
Atención
Integrada

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Resultados de una vía de Alta Resolución en la estadificación inicial de tumores del tracto digestivo

**Esther Domínguez Ferreras¹, Pilar Olivencia Palomar²,
M. Teresa Gómez San Román¹, Mónica Sánchez Alonso²**

1. HGUCR (S. Radiología), Ciudad Real, España

2. HGUCR (S. Digestivo), Ciudad Real, España

Objetivo

- Presentar una vía de alta resolución (VAR) para la realización de las pruebas radiológicas de estadificación inicial en pacientes con diagnóstico endoscópico de neoplasia del tracto digestivo y valorar los resultados obtenidos.



Material y Método I

- Tras reunirse especialistas de Radiodiagnóstico y Digestivo se acordó una VAR en la que siempre que en un estudio endoscópico, independientemente de que la prueba se realice por sospecha oncológica, a través del programa de detección precoz de cáncer de colon (PDP) o por otras causas, se detecte una lesión neoplásica, el endoscopista debe realizar la toma de muestras para A.P., marcar la lesión para cirugía posterior si es factible, hacer la solicitud de las pruebas de imagen necesarias (siempre que no estén ya realizadas) por el procedimiento de alta resolución (AR) y citar al paciente en una consulta específica para informarle del diagnóstico y las opciones de tratamiento una vez obtenidos los resultados.
- Las solicitudes de pruebas de imagen (TC y RM) se remiten a la Secretaría de Radiodiagnóstico, desde donde se citan estos estudios de forma preferente, dando mayor prioridad sólo a los pacientes ingresados.
- En caso de que tras una polipectomía endoscópica se detecte malignización del pólipo con afectación del tallo que requiera completar el estudio con pruebas de imagen, las solicitudes se realizarán por la misma vía (AR) desde la consulta de resultados (al recibir el informe de anatomía patológica).
- Los casos se revisan con los resultados en el Comité de Tumores Digestivos para la toma de decisiones de tratamiento y planificar la remisión a los servicios que lo realizarán. Siempre que sea factible y no retrase la consulta de presentación de resultados del paciente esta revisión se realizará antes de la misma y si no, lo antes posible, asignando una segunda consulta para informar de la propuesta de tratamiento al paciente.
- En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo que representa la VAR planificada.



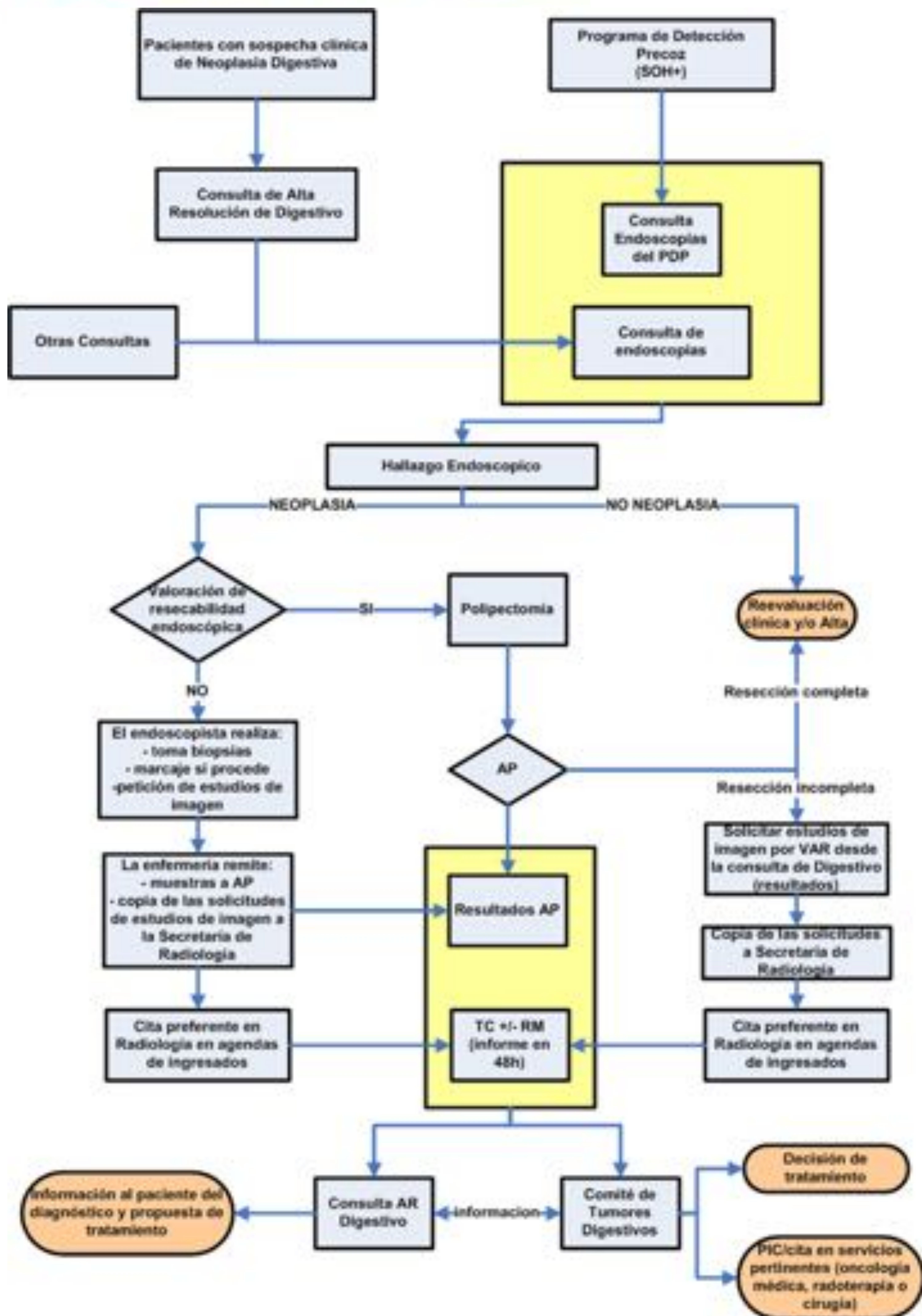


Figura 1: Esquema de la VAR propuesta

Material y Método III

- Para evaluar los resultados se revisaron las neoplasias de tubo digestivo diagnosticadas endoscópicamente desde Junio de 2016 a Septiembre de 2017 (16 meses) y se analizaron los tiempos de demora de pruebas diagnósticas para los pacientes con diagnóstico endoscópico de neoplasia del tracto digestivo en las diferentes vías de solicitud posibles:
 - Vía de alta resolución (VAR) planificada
 - Hospitalización
 - Lista de espera general.



Resultados I

- En el periodo analizado se realizaron 8534 endoscopias, diagnosticándose un total de 215 tumores con un 6% de cáncer esofágico, 17% gástrico y 77% colorrectal (Figura 2).

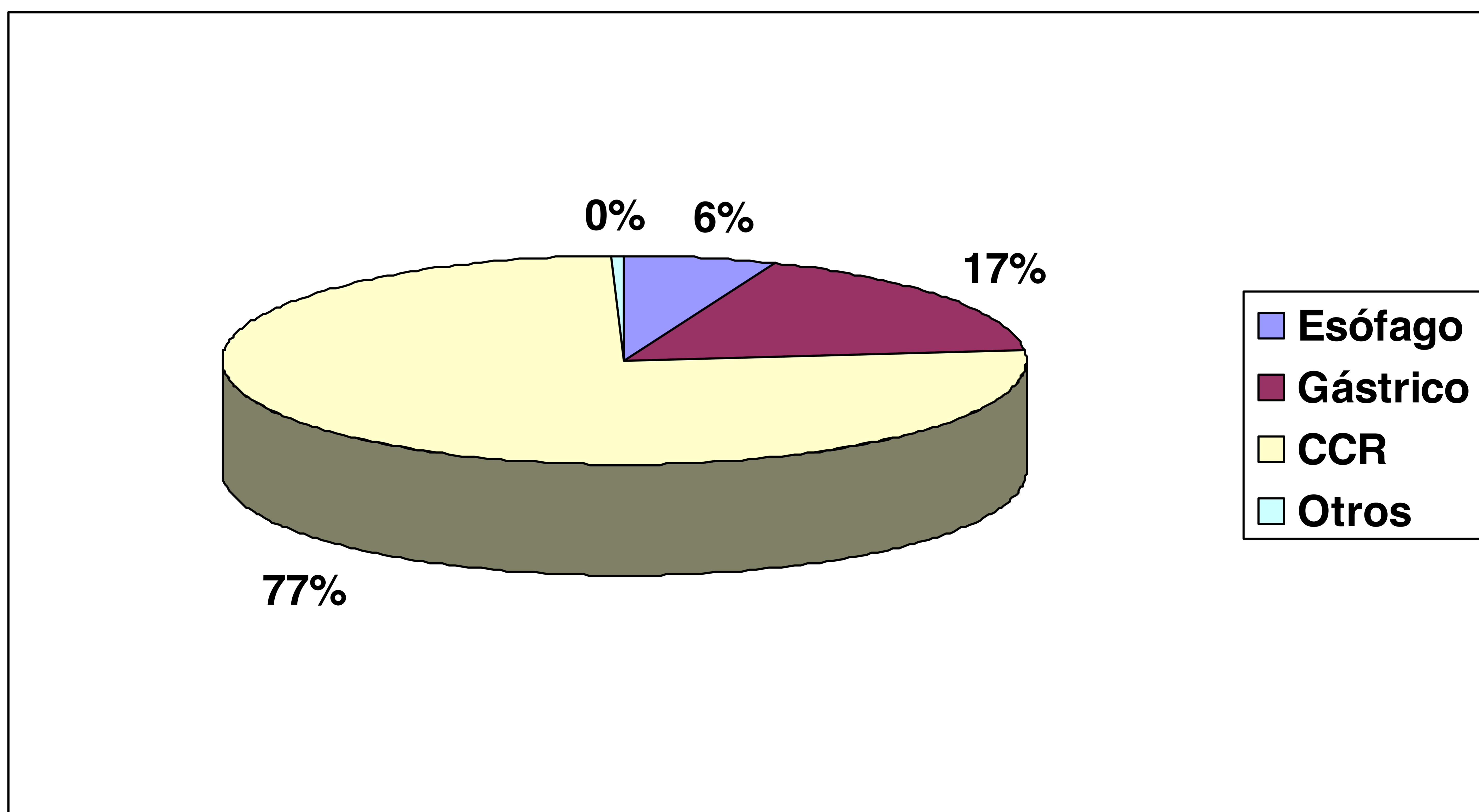


Figura 2: distribución de tumores por localización

Resultados II

- Los pacientes eran mayoritariamente varones (66%) con una edad media de 69,41 años y de ellos un 17% fueron tratados mediante polipectomía o mucosectomía endoscópica sin realizarse estudio de extensión del tumor (confirmando resección completa en el estudio histológico).
- El resto (176 pacientes) fueron estudiados mediante pruebas de imagen para completar el estudio de extensión, realizándose TC en todos los casos y RM pélvica en la estadificación de los cánceres de recto.



Resultados III

- Entre los pacientes incluidos en la VAR para estudios de imagen (52% del total; ver figura 3) se obtuvieron demoras medias en la realización estudios radiológicos de 6,67 días naturales en TC (mediana de 6 días) y 9,34 en RM (mediana de 7 días), con demoras máximas de 15 y 16 días respectivamente, sufriendose las mayores demoras en periodos vacacionales (verano y Navidad).
- El resto de estudios correspondió a pacientes ingresados (42%) que sufrieron demoras medias en la realización estudios radiológicos de 2.43 días naturales en TC (mediana de 2 días) y 3.3 en RM (mediana de 2 días) o procedentes de consultas ordinarias de otros servicios (6%) con mayores retrasos al estar incluidos en la lista de espera general sin sospecha oncológica.



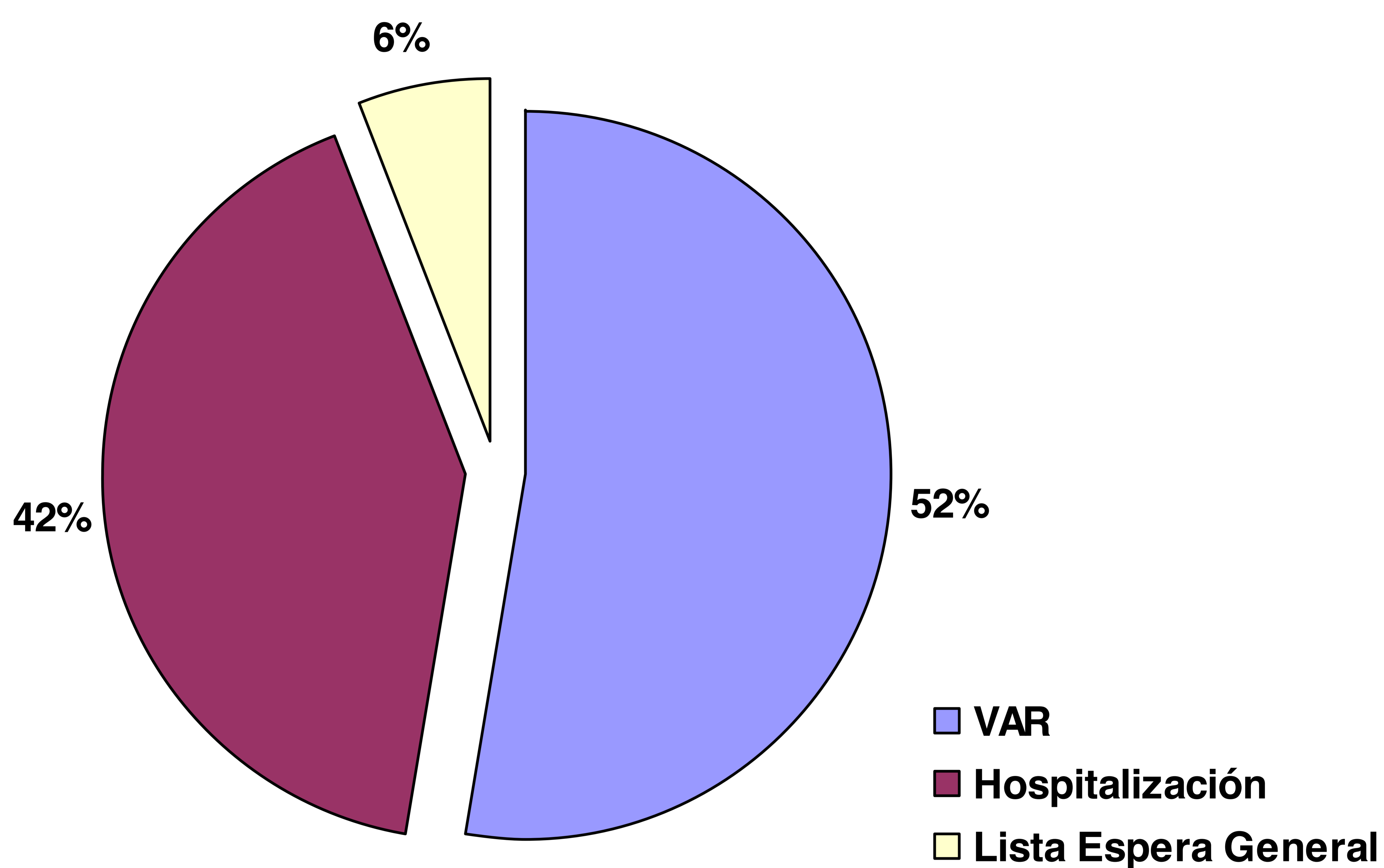


Figura 3: Distribución de la procedencia de solicitud de los estudios

Resultados IV

- En las figuras 4 y 5 se pueden ver gráficos comparativos entre los retrasos de la VAR, los retrasos de los pacientes ingresados y los procedentes de la lista de espera general (LEG).



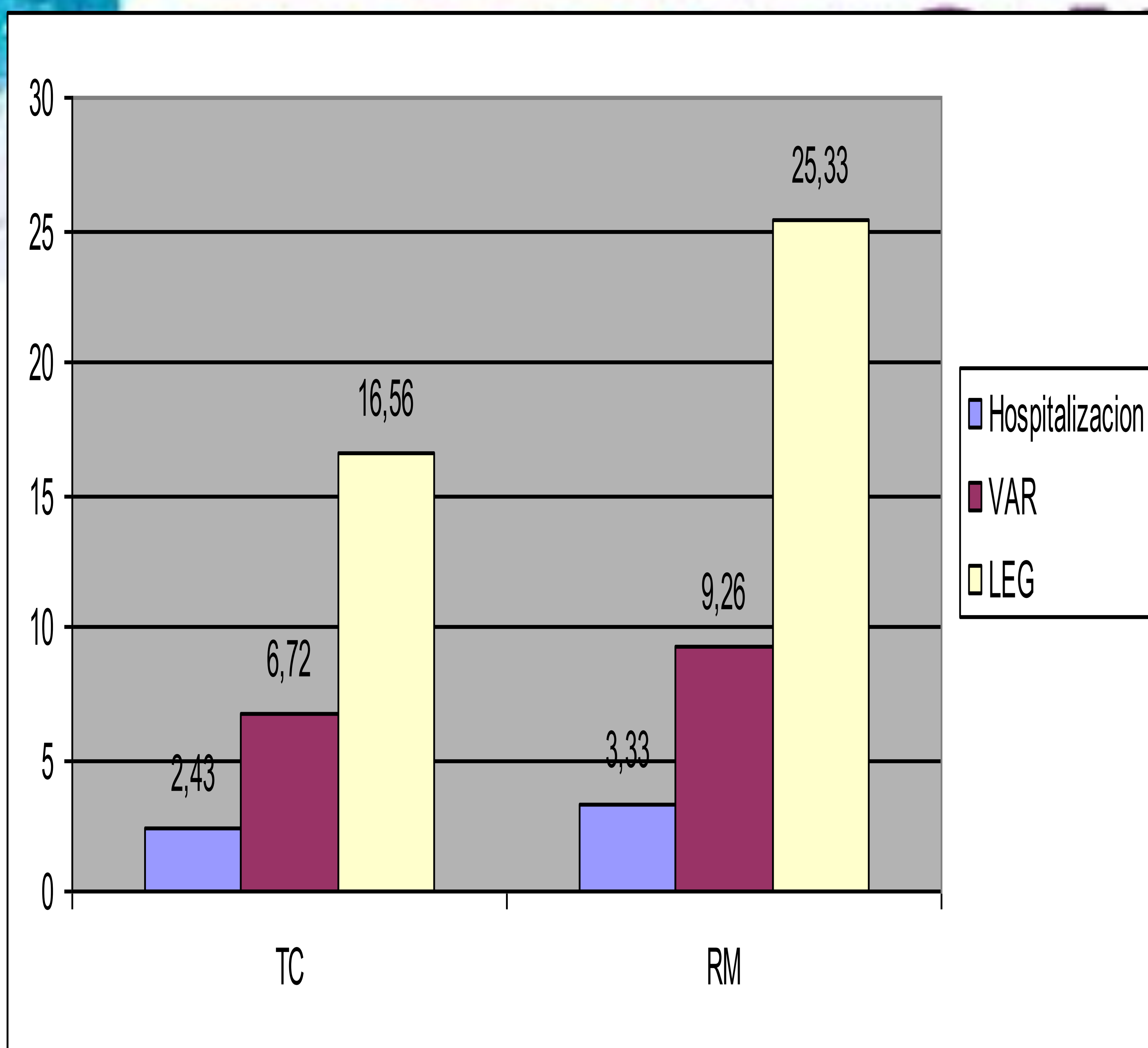


Figura 4: Demora promedio en días en la realización de estudios de TC y RM para cada una de las vías de acceso

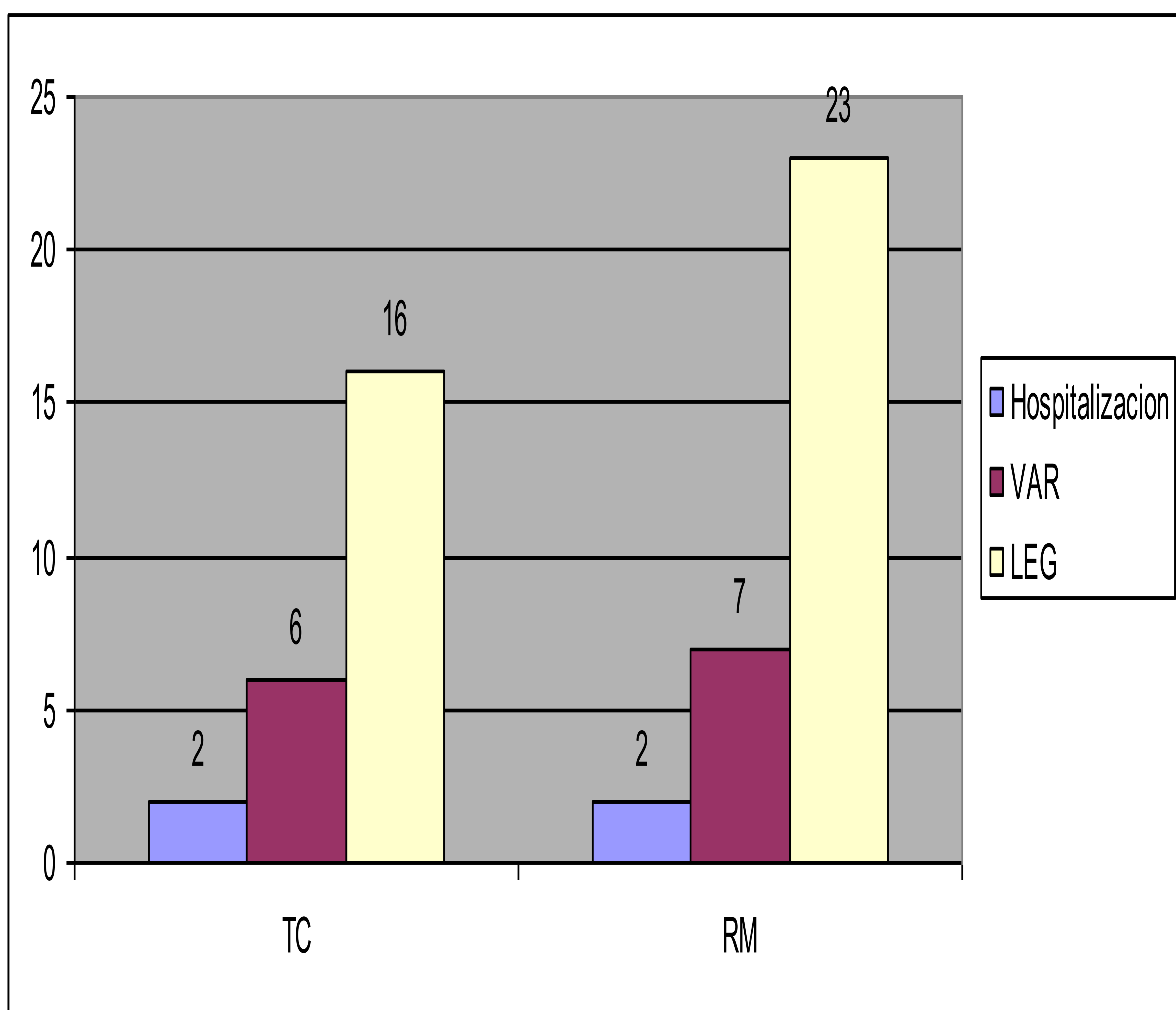


Figura 5: Mediana de demora en días en la realización de estudios de TC y RM para cada una de las vías de acceso

Resultados V

- Entre los pacientes no incluidos en la VAR, los estudios de imagen precedieron al estudio endoscópico hasta en un 62% de los casos (figura 6) con retrasos medios entre la petición del estudio de imagen y la endoscopia de 9,65 días naturales (mediana de 6 días) y retrasos medios entre la realización del estudio de imagen y la endoscopia de 7.84 días naturales (mediana de 5 días) para los pacientes en los que las pruebas de imagen se realizaron primero



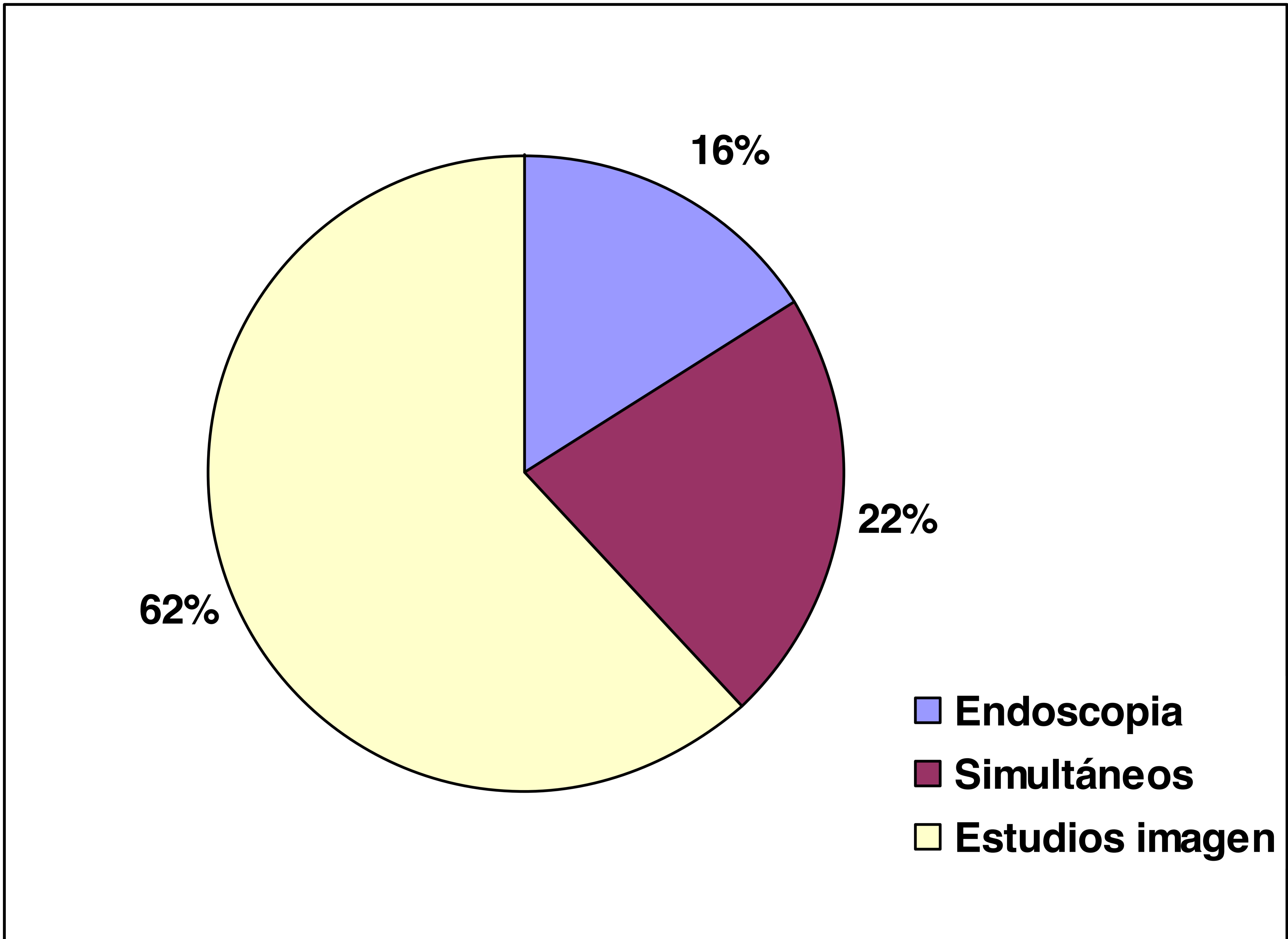


Figura 6: En los pacientes no incluidos en la VAR, la endoscopia y la solicitud de pruebas de imagen fueron simultáneas en un 22% de los casos. En el 62% de los casos la realización de estudios de imagen precedió a la endoscopia y en el 16% restante la endoscopia fue anterior a los estudios de imagen.

Conclusiones I

- Se han publicado varios trabajos, alguno reciente [1], que comparan el tiempo de demora diagnóstica con el estadio al diagnóstico y/o la supervivencia de los pacientes con resultados contradictorios y múltiples estudios que sugieren que cuanto mayor es el retraso diagnóstico mejores son los resultados para el paciente (waiting time paradox) lo que múltiples autores explican a través de la existencia de factores de confusión asociados, e incluso se ha publicado que retrasos de hasta 1 año desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico y retrasos de hasta 120 días hasta el comienzo del tratamiento no aumentan el riesgo de fallecimiento por cáncer colorrectal [2].
- No obstante, una vez establecido un diagnóstico de sospecha mediante endoscopia, el estadiaje determina la actitud terapéutica y la evaluación mediante pruebas de imagen puede alterar el manejo del paciente [3] por lo que es necesario que éstas estén disponibles con el menor retraso posible.
- El retraso en la realización ambulatoria de los estudios de imagen genera ingresos hospitalarios porque los clínicos se esfuerzan en acelerar los estudios y, además, puede causar que el paciente perciba retraso en la atención y/o el diagnóstico lo que, a su vez, puede ser causa de estrés tanto para el paciente como para su familia [4] aunque, salvo error diagnóstico (típicamente previo a la sospecha endoscópica) no genera reclamaciones de compensación [5].



Conclusiones II

- Mediante la implantación de esta vía de alta resolución se ha logrado que los tiempos de demora en la realización de los estudios de imagen sean bajos, con medianas de 6-7 días naturales. Dado que la VAR prevé que la solicitud y la toma de muestras histológicas se realicen simultáneamente, los resultados de ambos servicios centrales se proporcionan con una diferencia temporal mínima y por lo tanto la demora resulta clínicamente aceptable.
- Durante los periodos vacacionales, al disminuir la plantilla efectiva disminuye el número total de estudios realizados en la institución. El número de estudios a pacientes ingresados suele permanecer estable, reduciéndose el número de estudios ambulatorios y en consecuencia retrasando su realización, lo que justifica que estos sean los periodos en los que se acumulan mayores demoras para los pacientes incluidos en la VAR.
- La mayoría de los pacientes no incluidos en la VAR fueron atendidos por el circuito de Hospitalización, lo que justifica que las pruebas de imagen se realizaran en muchos casos antes de la endoscopia, ya que son estudios que se utilizan frecuentemente como evaluación inicial en pacientes con síntomas poco específicos (sd. constitucional, estudio de anemia,...etc.).



Conclusiones III

- Con esta vía de alta resolución se limita el retraso en la estadificación tumoral a la vez que se busca la mayor sencillez posible para el paciente, que puede ser atendido ambulatoriamente, disminuyendo el impacto negativo en su vida y manteniendo la calidad de la atención.



Referencias

1. Alfonso Leiva, Magdalena Esteva, Joan Llobera, Francesc Macià, Salvador Pita-Fernández, Luis González-Luján, María A Sánchez-Calavera, María Ramos, Time to diagnosis and stage of symptomatic colorectal cancer determined by three different sources of information: A population based retrospective study, *Cancer Epidemiology*. 2017.47:48-55
2. Pruitt SL, Harzke AJ, Davidson NO, Schootman M. Do diagnostic and treatment delays for colorectal cancer increase risk of death? *Cancer causes & control : CCC*. 2013;24(5):961-977. doi:10.1007/s10552-013-0172-6.
3. Van Cutsem E, Verheul HMW, Flamen P, et al. Imaging in Colorectal Cancer: Progress and Challenges for the Clinicians. Mok SC, ed. *Cancers*. 2016;8(9):81. doi:10.3390/cancers8090081.
4. Miles A., McClements P. L., Steele R. J. C., Redeker C., Sevdalis N., and Wardle J. Perceived diagnostic delay and cancer-related distress: a cross-sectional study of patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology*.2017; 26: 29–36. doi: 10.1002/pon.4093.
5. Hafström L, Johansson H, Ahlberg J. Does diagnostic delay of colorectal cancer result in malpractice claims? A retrospective analysis of the Swedish board of malpractice from 1995–2008. *Patient Safety in Surgery*. 2012;6:13. doi:10.1186/1754-9493-6-13.

