Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica

AATRM Núm. 2006/02

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto de Salud Carlos III
AIAETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AATRM Núm. 2006/02

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. – (Informes, estudios e investigación) (Informes de evaluación de tecnologías sanitarias, AATRM; 2006/02)
Bibliografía. – Texto en castellano, resumen en castellano e inglés
ISBN 9788439378877
I. Saura, Rosa María II. España. Ministerio de Sanidad y Consumo III. Cataluña. Departament de Salut IV. Colección: Informes, estudios e investigación V. Colección: Informes de evaluación de tecnologías sanitarias, AATRM; 2006/02
1. Cáncer – Tratamiento – Evaluación
616-006.6

Autoría: Rosa María Saura(1), Victoria Gimeno(1), M. Carmen Blanco(2), Ramón Colomer(3), Pedro Serrano(4), Benigno Acea(5), María Otero(6), Joan M.V. Pons(7), Nieves Calcerrada(8), Teresa Cerdá(9), Ana Clavería(6), Jordi Xercavins(10), Josep Maria Borràs(11), Miguel Macià(12), Eloy Espin(5), Antoni Castells(13), Óscar García (4), Joaquim Bañeres(1)

(1) Institut Universitari Avedis Donabedian, (2) Servicio de Planificación Sanitaria. Galicia, (3) Sociedad Española de Oncología Médica, (4) Unidad Plan de Salud y Evaluación. Canarias, (5) Asociación Española de Cirujanos, (6) Servicio de Calidad y Programas Asistenciales. Galicia, (7) Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). Cataluña, (8) Agencia Laín Entralgo-UETS. Madrid, (9) Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias (AVALIA-T). Galicia, (10) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (11) Plan Director de Oncología. Cataluña, (12) Sociedad Española de Oncología Radioterápica, (13) Sociedad Española de Gastroenterología

Para citar este informe: Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, Colomer R, Serrano P, Acea B, Otero M, Pons JMV, Calcerrada N, Cerdà T, Clavería A, Xercavins J, Borràs JM, Macià M, Espin E, Castells A, García O, Bañeres J. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/02.

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña
Roc Boronat, 81-95 . 08005 Barcelona
www.aatrm.net

NIPO: 354-07-090-6

ISBN: 978-84-393-7887-7

Depósito Legal: B- 57.452-2007

© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

http://publicaciones.administracion.es

Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica

AATRM Núm. 2006/02

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto de Salud Carlos III
AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Autores

Acea Nebril, Benigno
Bañeres Amella, Joaquim
Blanco Ramos, M. Carmen
Borràs Andrés, Josep Mª
Calcerrada Díaz, Nieves
Castells Garangou, Antoni
Cerdá Mota, Teresa
Clavería Fontán, Ana
Colomer Bosch, Ramón
Espin Basany, Eloy
García Aboín, Oscar
Gimeno de la Fuente, Victoria
Macià Garau, Miquel
Otero Santiago, María
Pons Ràfols, Joan
Saura Grifol, Rosa María
Serrano Aguilar, Pedro
Xercavins Montosa, Jordi

Asesores

Albanell Mestres, Joan
Barnadas Molins, Agustí
Barón Duarte, Francisco Javier
Biondo Aglio, Sebastiano
Calvo Martínez, Lourdes
Cerdá Mota, Teresa
Codina Cazador, Antonio
Dolado Correa, Mª Carmen
Dorta Delgado, Francisco Javier
Farrús Lucaya, Blanca
Fuentes Sánchez, Claudio
García Hernández, José Ángel
Giralt López de Sagredo, Jordi
González Patiño, Ezequiel
Gutiérrez Miguélez, Cristina
Hernández Romero, Juan María
Jiménez Medina, Mª Concepción
Llombart Cussac, Antoni
López López, Rafael
Machado Calvo, Manuel
Mosquera Osés, Joaquín
Otón Sánchez, Claudio
Perera Molinero, Antonio
Quintero Carrión, Enrique
Rivero Alemán, Luis
Ruibal Morell, Álvaro
Saigí Grau, Eugeni
Sande Meijide, María
Serrano Peña, Joaquín
Tabernero Caturla, Josep Maria
Vilar Mesa, Mª Concepción
Viñas Salas, Joan

Persona de referencia: Rosa Mª Saura

Fundación Avedis Donabedian (FAD)
Provença 293 pral. E-08037 Barcelona
Tel 34 - 932 076 608/ 934 592 090 Fax 34 - 934 593 864
rmsaura@fadq.org

Índice

Resumen 11

English abstract 13

Justificación 15

Introducción 17

Objetivos 19

Metodología 21

1. Búsqueda de evidencia científica 21
   1.1. Fuentes consultadas 21
   1.2. Selección de guías de práctica clínica (GPC) 22
   1.3. Selección de temas y aspectos relevantes de las guías de práctica clínica 22
2. Consenso de expertos 23
   2.1. Selección de expertos 23
   2.2. Grupos de trabajo 24
      2.2.1. Funciones de los grupos de trabajo 25
3. Primera ronda de consulta o consenso interno 26
   3.1. En la primera reunión del grupo técnico asesor 26
   3.2. En la segunda reunión del grupo técnico asesor 28
4. Segunda ronda de consulta o consenso externo 29

Resultados 31

1. Relación de indicadores 31
2. Aspectos de la atención contemplados 32
3. Dimensiones de calidad abordadas 33
4. Tipo de indicador 33
5. Indicadores cáncer de mama y cáncer colorrectal 34
   5.1. Indicadores de cáncer de mama 34
   5.2. Indicadores de cáncer de colon y recto 51

Discusión 67

Conclusiones 69

Recomendaciones 71

Anexos 73

Bibliografía 79

Índice de tablas y figuras

Figura 1: Sistema de trabajo 26
Tabla 1: Relación de indicadores de cáncer de mama 31
Tabla 2: Relación de indicadores de cáncer de colon y recto 32
Tabla 3: Aspectos de la atención contemplados 32
Tabla 4: Dimensiones de la calidad abordadas 33
Tabla 5: Tipo de indicador 34

Resumen

Antecedentes: En marzo de 2006, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud lanza los objetivos de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ello se justifica por ser el cáncer una de las enfermedades más prevalentes en España, con 96.500 muertes en 2005, que suponen la primera causa de muerte en España. La neoplasia maligna de colon y recto es el tumor más frecuente en España, con una incidencia estimada de 25.600 casos/año en 2000, siendo el segundo en mortalidad tanto en hombres como en mujeres, con una tendencia en aumento. La incidencia del carcinoma de mama en mujeres es de 15.979 casos/año en el mismo año, y representa la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres.

Objetivo: Desarrollar indicadores de proceso y resultado del cáncer de colon y recto y del cáncer de mama.

Tipo de intervención: De consenso.

Metodología: La estrategia se basa en dos pilares fundamentales: a) búsqueda de evidencia científica contrastada y b) consenso de los expertos. Para el primer apartado se ha recurrido a las guías de práctica clínica de instituciones relevantes, nacionales e internacionales, debidamente contrastadas. Para el segundo se ha contado con expertos de sociedades científicas, agencias de evaluación y servicios de salud. El método de trabajo se ha basado en el consenso.

Resultados: 17 indicadores de neoplasia maligna de mama y 15 de carcinoma de colon y recto. El 47% aborda aspectos diagnósticos; el 41% terapéuticos, y el 12% se centra en la medición de intervalos.

Conclusiones: Su aplicación en un sistema de evaluación externo permitirá disponer de unos datos basales y comunes para todos los participantes.

Recomendaciones: Generalización y aplicación de los indicadores y la evaluación al conjunto de Comunidades del Estado.

Palabras clave: Oncología, cáncer de mama, cáncer colorrectal, indicadores de calidad.

English abstract

Background: On March 2006 the Inter-territorial Council of the National Health System launches the aims for the Cancer Strategy of National Health System. The reason why is that cancer is the most prevalent disease in Spain, with 96.500 deaths in 2005, which means the first death cause in Spain. The colon and rectum malignant neoplasia is the most frequent tumour in Spain, with an estimated incidence of 25.600 cases/year in 2000, being the second one in mortality both in men and women, with an increasing tendency. The incidence of the breast carcinoma among women is 15.979 cases/year in the same year, and it represents the first death cause for malignant tumours among women.

Objective: Develop process indicators and outcomes on colon and rectum cancer and breast cancer.

Intervention: On consensus.

Methods: The strategy bases on two fundamental pillars: a) search of contrasted scientific evidence, b) expert consensus. Regarding the first one we dealt with Clinical Practice Guides on relevant institutions, both nationals and international duly contrasted. For the second one we count on experts on Scientific Societies, Evaluation Agencies and Health Services. Work methods are based on the consensus.

Outcomes: 17 indicators of breast malignant neoplasia and 15 of colon and rectum carcinoma. The 47% tackle diagnostic aspects, 41% therapeutic aspects and 12% are based on interval measurements.

Conclusion: Its application on an external assessment system will allow to have at participants' disposal all basal and common data.

Recommendations: Generalization and indicators' application and assessment of the whole State Communities.

Key words: Oncology, breast cancer, colorectal cancer, quality indicators.

Justificación

La calidad, según la definición del Institute of Medicine, es el grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, mejoran la probabilidad de obtener un resultado de salud esperado y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente. La calidad, por tanto, mide hasta qué punto, en la provisión de servicios de salud, se obtiene el resultado deseado, el óptimo, de acuerdo con el estado del conocimiento existente y el contexto propio donde estos servicios se ofrecen.

Desde el trabajo seminal de A. Donabedian, la aproximación analítica a la calidad de los servicios de salud pasa por el análisis de la estructura, el proceso y el resultado. Su fundamento está en el hecho de que una estructura determinada favorece que el proceso se lleve a cabo de una forma concreta y esto, en consecuencia, da un tipo de resultado. Las limitaciones, en el sentido de no alcanzarse el efecto esperado (probabilístico) pueden derivarse, pues, de una estructura deficitaria (no solo en la dimensión física) o un proceso incorrecto, fundamentalmente debido a la sobre, infra o mala utilización de las tecnologías médicas como conocimiento aplicado.

Tanto las distintas agencias de evaluación de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) como otras instituciones nacionales y las instituciones extranjeras más prestigiosas han desarrollado guías oncológicas de práctica clínica para estandarizar los distintos procesos y procedimientos de la práctica asistencial en oncología. El principal objetivo es disminuir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la efectividad, eficiencia, equidad y, en conjunto, la calidad de la atención sanitaria oncológica.

Avanzando un paso más en esta estrategia de mejora de la calidad de la práctica asistencial, se trata ahora de poner en marcha iniciativas de evaluación de la práctica clínica en oncología mediante la utilización de herramientas como son los indicadores elaborados a partir de las guías de práctica clínica.

Este proyecto ha obtenido financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). La AATRM ha delegado en el Instituto Universitario Avedis Donabedian (IUAD) la dirección de este proyecto, para actuar como equipo de investigación y coordinador de las distintas fases del mismo.

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes en España y en la Unión Europea. Aunque la supervivencia del cáncer en nuestro país haya mejorado significativamente en los últimos veinte años, esta patología, con 96.500 muertes en el 2005, constituye la primera causa de muerte en España (un 25% del total).

Para este estudio se han seleccionado dos patologías oncológicas: el carcinoma de mama y la neoplasia maligna de colon y recto, tanto por su relevancia clínica como por su alta tasa de incidencia en nuestra población. El cáncer colorrectal, con una incidencia estimada de 25.600 casos/año en el 2000, es el tumor más frecuente en España, siendo en mortalidad el segundo más importante tanto en hombres como en mujeres, con una tendencia en aumento. El cáncer de mama, con una incidencia estimada elevada en mujeres de 15.979 casos/año en el mismo año, representa la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres, pero, a diferencia del cáncer colorrectal, la mortalidad por esta causa experimenta un descenso desde la década de los 90.

Es importante destacar que este proyecto está alineado con algunos de los objetivos de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de marzo de 2006. Algunas Comunidades, Cataluña, Galicia y otras, ya han elaborado planes oncológicos o estrategias de atención al cáncer y este proyecto puede complementar los esfuerzos de mejora en la práctica asistencial oncológica. Por otra parte, puede servir de apoyo o de base en el proceso de elaboración de un plan de calidad a nivel oncológico para aquellas comunidades que todavía no lo tienen.

La calidad de la atención sanitaria y en este caso oncológica es algo que, desde siempre, preocupa a los profesionales asistenciales que de una u otra forma han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aunque no siempre utilizando una metodología específica y reconocida.

En este sentido, disponer de herramientas que permitan *medir el nivel de calidad* de la práctica asistencial, como son los indicadores, es un paso fundamental, sobre todo si estos indicadores se basan en la evidencia científica y la opinión de los expertos. Ambos aspectos han sido contemplados ampliamente en este proyecto.

La evaluación (ya sea autoevaluación o evaluación externa) nunca debe ser interpretada como un sistema de control, sino como un sistema que permite el análisis, la obtención de información sobre lo que hacemos y como lo hacemos y, en caso necesario, cuáles son los aspectos a mejorar, cambiar o utilizar adecuadamente.

Este proyecto debe interpretarse como un primer paso en este sentido, ya que se ha limitado el ámbito de evaluación a aspectos fundamentales de la práctica asistencial que permitan asegurar que *lo básico está bien*. Sin duda, y en etapas posteriores, puede ampliarse el número de indicadores e incluso refinar los que se presentan en este documento. Pero supone ya un éxito inicial la participación de varias Comunidades Autónomas en la elaboración de estos primeros indicadores y el compromiso de estas de llevar a cabo la evaluación posterior con ellos.

Es por ello que el número de indicadores es limitado y no contempla la totalidad del proceso asistencial, centrándose en la etapa hospitalaria por limitaciones estratégicas de accesibilidad a la información.

En cualquier caso, la evaluación y el análisis de la práctica asistencial de estas dos patologías supone, sin duda, un avance en la estrategia de mejora de la calidad de la atención oncológica del cáncer de mama y del cáncer de colon, permitiendo obtener datos relevantes sobre la calidad de la práctica asistencial a través del cumplimiento de los indicadores desarrollados específicamente para este proyecto.

Objetivos

El principal objetivo de este proyecto es proporcionar a los profesionales y gestores de salud instrumentos para analizar la adecuación de la práctica asistencial oncológica del cáncer de colon y recto y del cáncer de mama.

Objetivos específicos:

1. Identificar aspectos relevantes de la práctica clínica oncológica, entendidos como criterios básicos de calidad asistencial para la atención del cáncer de colon y recto y del cáncer de mama.
2. Desarrollar indicadores de proceso y de resultado, en un número no superior a 15 para cada patología, que permitan medir los aspectos relevantes, de forma que aporten información válida y fiable sobre el nivel básico de calidad de la asistencia en el área oncológica y fundamentalmente a nivel hospitalario.
3. Seleccionar aquellos indicadores básicos que puedan ser de amplia aplicación y que cuenten con un acceso factible a la información.

Metodología

La estrategia seguida para alcanzar los objetivos del proyecto se basa en dos pilares fundamentales:

a) búsqueda de evidencia científica contrastada y

b) consenso de los expertos

Para ello se planificaron dos etapas secuenciales

1. Búsqueda de evidencia científica

1.1. Fuentes consultadas

En la búsqueda de información se han utilizado distintas fuentes de documentación utilizando la revisión de la literatura científica, así como consultas con instituciones públicas y profesionales expertos en la materia.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado siguiendo una estrategia de investigación en las bases de datos habitualmente utilizadas por la investigación médica para obtener la mejor evidencia científica contrastada de guías de práctica clínica (GPC) y otros materiales actualizados, instrumentos y experiencias de diferentes organizaciones e instituciones internacionales que abordan las dos patologías oncológicas del proyecto, poniendo especial énfasis en la búsqueda de guías españolas.

Para la identificación de guías de práctica clínica se siguieron unos criterios generales, como:

- Guías basadas en la evidencia, que contengan referencias bibliográficas, descripción, fuentes, niveles de evidencia y grados de recomendación.
- Disponibilidad y accesibilidad por Internet.
- Idioma castellano o inglés.
- Organismos oficiales o instituciones de prestigio.

Para ello se han consultado, entre otras: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T), Agència d'Avaluaciò de Tecnología i Recerca Mèdiques (AATRM), Plan Oncológico Comunidad Valenciana (POCV), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Health and Medical Research Council (NHMRC), Institut for Clinical Systems Improvement (ICSI), National Centre for Health Outcomes Development (UK), National Institute for Clinical Excellence (NICE), Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), Agency for Health Research and Quality (AHRQ), National Quality Measures Clearinghouse,

Joint Commission of Accreditation for Healthcare Organizations (JCAHO), Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), American Cancer Association (ACA) y otras organizaciones relevantes para identificar instrumentos y experiencias.

Entre las fuentes de datos consultadas de nuestro país, resultó particularmente útil el documento *Estrategia sobre el Cáncer* del MSC que sirvió como referencia.

1.2. Selección de guías de práctica clínica (GPC)

Tras la obtención de documentos se procedió a realizar una selección de las mejores guías, para lo cual se tuvo en cuenta el instrumento de evaluación de guías de práctica clínica AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation). El instrumento AGREE es un cuestionario de evaluación de guías de práctica clínica que ofrece un marco sistemático para el análisis de los componentes que determinan la calidad de la guía, sin evaluar los contenidos clínicos de las mismas. Evalúa básicamente los siguientes aspectos:

1. Alcance y objetivo de la guía.
2. Participación de los implicados.
3. Rigor en la elaboración.
4. Claridad y presentación.
5. Aplicabilidad.
6. Independencia editorial.
7. Evaluación global.

Tras este proceso y teniendo en cuenta la velocidad de incorporación de nueva evidencia científica, sobre todo en el cáncer de mama, se consideraron útiles 26 guías, 17 de mama y 9 de colon y recto. Véase bibliografía.

Paralelamente y durante el trabajo posterior se consideraron algunos artículos que, por su relevancia, validez y reciente publicación, podían ser de utilidad en el desarrollo del trabajo.

1.3. Selección de temas y aspectos relevantes de las guías de práctica clínica

A través de la revisión sistemática de las GPC seleccionadas se identificaron los principales *tópicos* es decir, áreas principales en el ámbito de manejo y práctica clínica en cada una de las patologías de estudio. Posteriormente, para cada tópico, se identificaron distintos *aspectos relevantes* que formaran parte del mismo, teniendo en cuenta la evidencia científica, la factibilidad de la medida y el impacto clínico.

Con ello se confeccionó el primer documento de trabajo que enumeraba las recomendaciones disponibles en las GPC seleccionadas, para cada uno de los aspectos relevantes en cáncer de mama y en cáncer de colon y recto. Para cada recomendación se expresaba el grado de la recomendación (si estaba referenciado) y la fuente de la cual provenía. Se tuvo en cuenta la variabilidad en la clasificación de la evidencia y las recomendaciones en las fuentes consultadas. Este documento se utilizó como punto de partida para la posterior etapa de consenso, ya que fue el primer documento de trabajo para el grupo de consenso.

2. Consenso de expertos

Desde el primer momento en que se gestó el proyecto, el equipo investigador del Instituto Avedis Donabedian consideró que la elaboración de indicadores no podía ser un simple ejercicio teórico que no tuviera en cuenta la realidad de nuestro entorno asistencial y la opinión tanto de los profesionales como de los responsables de la sanidad. Como se ha dicho anteriormente, la evaluación no tiene más fin que poner de manifiesto, de una forma objetiva, el nivel de práctica asistencial y, a través de sus resultados, identificar áreas de mejora. Pero, aún así, la evaluación no tiene sentido si una vez identificadas las áreas de mejora no se produce una reflexión seria sobre ellas y esta va seguida de hechos, es decir, de acciones enfocadas al cambio que modifiquen y mejoren la práctica asistencial actual.

2.1. Selección de expertos

Por este motivo, no solo se consideró fundamental la participación como expertos de los profesionales asistenciales y los profesionales de las agencias de evaluación, sino también de los representantes de los servicios de salud, cuya posición privilegiada en la gestión de la sanidad les permite actuar como impulsores y facilitadores de las acciones necesarias identificadas a partir del proceso de evaluación. También supone para estos la posibilidad de disponer de datos objetivos para la planificación de servicios, priorizando y coordinando los cambios necesarios. En cualquier caso, el objetivo era asegurar la participación de todas las áreas implicadas, desde la gestión y planificación a la asistencial y científica.

Para ello se establecieron tres niveles de captación de expertos:

1. Servicios de salud.
2. Agencias de evaluación de tecnologías médicas.
3. Profesionales asistenciales.

En cuanto a miembros de los servicios de salud y de la agencias de evaluación, estos se seleccionaron entre los profesionales de las tres Comunidades que se comprometieron a continuar el proyecto en una segunda fase de evaluación con los indicadores generados. Estas Comunidades fueron Canarias, Cataluña y Galicia. A ellos se añadió la Comunidad de Madrid a través de un representante de la Agencia Laín Entralgo, aunque no participasen después en la evaluación.

En el apartado de profesionales se consideró fundamental la participación de las sociedades científicas de carácter nacional de aquellas especialidades directamente relacionadas con cada una de las patologías del proyecto. Su participación aportaría un valor añadido sustancial, ya que supone además de la implicación directa de los profesionales, una mejor aceptación de los indicadores surgidos del proyecto al contar con el refrendo de sus respectivas sociedades.

2.2. Grupos de trabajo

Se crearon dos grupos de trabajo que actuaron de forma consecutiva y con distintos cometidos, como complemento fundamental al equipo investigador.

El primer grupo se identificó como *grupo técnico asesor (GTA),* y estuvo integrado por miembros de los servicios de salud de las comunidades participantes, miembros de las agencias de evaluación de esas mismas Comunidades y representantes de las sociedades científicas (SS.CC.) de nivel nacional más directamente implicadas en la atención del cáncer de mama y colorrectal. Las SS.CC. representadas fueron:

- Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- Sociedad Española de Oncología Radioterapia (SEOR).
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
- Sociedad Española de Gastroenterología (SEG).

El grupo contó con un total 12 integrantes, coordinados y dirigidos por el equipo de profesionales del Instituto Universitario Avedis Donabedian.

En el *segundo grupo* o *grupo asistencial de consulta (GAC)*, que actuó con posterioridad, se contó con la colaboración de una representación más amplia de profesionales del medio asistencial, tanto de servicios quirúrgicos como médicos, servicios de oncología médica y radioterápica, representantes de los comités de mama y de tumores digestivos, del Registro de Tumores, etc., así como una representación de miembros de las sociedades científicas

a nivel local. Este grupo tuvo 31 participantes e incorpó a las SS.CC. que no habían participado en primera ronda:

- Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP).
- Sociedad Española de Diagnóstico por imagen en Mama (SEDIM).

2.2.1. Funciones de los grupos de trabajo:

A) Grupo técnico asesor*:*

1. Identificar y priorizar aspectos relevantes de la asistencia en el cáncer de mama y el cáncer colorrectal.
2. Desarrollar indicadores.
3. Seleccionar de forma consensuada los indicadores a partir de unos criterios preestablecidos.

B. Grupo asistencial de consulta:

1. Revisar el material (indicadores) elaborados por el GTA y valorar su adecuación.
2. Proponer las modificaciones necesarias.
3. Aportar el conocimiento de la realidad asistencial de los centros de atención.

Captación de profesionales

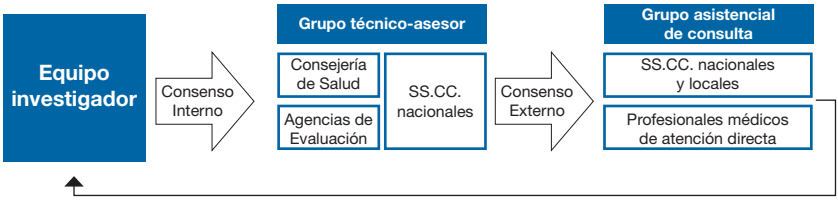
En el caso de las SS.CC., se contactó previamente con los presidentes de cada sociedad para solicitar su participación en el proyecto, después de explicarles el objetivo, alcance y relevancia del mismo. A todos se les remitió una copia de la propuesta técnica. Cada presidente nombró un representante de su sociedad, que en el caso de la Asociación Española de Cirujanos fueron dos, uno para cada patología.

Los profesionales que participaron en el segundo grupo se obtuvieron a partir de las propuestas de los integrantes del primero, que identificaron a los profesionales de distintas especialidades más relevantes en estos campos en cada una de las dos patologías y en las tres Comunidades y propusieron cerca de 40 profesionales.

Sistema de trabajo

Se utilizó el proceso de consenso como sistemática de trabajo, estableciendo dos niveles de consulta. El primer nivel o consenso interno se estableció entre las propuestas del equipo del Instituto Universitario Avedis Donabedian (IUAD) y el recién creado *grupo técnico asesor*; el segundo nivel o consenso externo, entre las propuestas resultantes del primer consenso y el *grupo asistencial de consulta*, el documento volvió finalmente al primer nivel para el acuerdo final.

Figura 1. Sistema de trabajo



3. Primera ronda de consulta o consenso interno

Se realizaron dos reuniones o sesiones de trabajo presenciales con el grupo de trabajo (GTA), realizadas en la sede del Instituto Universitario Avedis Donabedian, que ejercía la dirección y coordinación del proyecto. Cada miembro del grupo recibió con anterioridad a cada reunión los documentos de trabajo necesarios para preparar la discusión y los acuerdos de la reunión presencial.

3.1. En la primera reunión del grupo de trabajo

Se partió de un documento de trabajo previo elaborado por el equipo del IUAD, que enumeraba para cada uno de los aspectos relevantes de las dos patologías, las recomendaciones de las GPC usadas como referencia. A partir de este documento se seleccionaron de forma consensuada aquellos aspectos relevantes de la práctica asistencial que en el cáncer de mama y el cáncer colorrectal podían considerarse criterios básicos de calidad. Para cada criterio se definieron los elementos de medida que permitieran desarrollar indicadores para la evaluación de la práctica clínica. Los criterios que se valoraron en esta selección fueron:

- Aspecto de la práctica clínica hospitalaria que en el contexto actual era susceptible de mejora.
- Aspecto fundamentado en la evidencia.
- Factibilidad de la medida.
- Alineación con los objetivos del documento de Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, que forma parte del Plan de Calidad para el SNS.

El resultado fue una relación de 24 y 21 aspectos relevantes seleccionados respectivamente para cáncer de mama y de colon y recto, junto a otros 5 comunes para ambas patologías, con una coherencia argumental entre los temas de ambas. De ahí surgieron 59 elementos de medida que generaron otros tantos indicadores.

El IUAD desarrolló y elaboró los 59 indicadores siguiendo una metodología que contempla la definición de diversos apartados para cada indicador, extremando en cada uno de ellos la especificación del enunciado a fin de conseguir la máxima fiabilidad en el resultado de la medida y minimizar el sesgo debido al observador.

Los apartados son:

- **Justificación:** motivo por el cual se considera válido el indicador.
- **Dimensión:** ámbito de la calidad que se evalúa, por ejemplo, efectividad, eficiencia, seguridad, etc.
- **Fórmula:** expresión matemática usada para cuantificar el indicador.
- **Explicación de términos:** aclaración de cualquier término que pueda ser ambiguo o susceptible de distintas interpretaciones en los términos de la fórmula.
- **Población:** describe el grupo específico objeto de la medida del indicador.
- **Tipo de indicador:** aspecto evaluado en el indicador, que puede ser estructura, proceso o resultado. Entendemos por estructura la medición de aspectos relacionados con los recursos tecnológicos, humanos u organizativos necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos. Los indicadores de proceso evalúan la manera en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y evidencia científica. Finalmente, los indicadores de resultado expresan las consecuencias del proceso asistencial, en términos de complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, etc.
- **Fuente de información:** origen o ubicación de la información o datos necesarios para cuantificar el indicador.
- **Estándar:** nivel deseable de cumplimiento del indicador.
- **Comentarios:** aclaraciones o información complementaria útil para el evaluador, ya sea externo o como autoevaluación.

En total se elaboraron 59 indicadores (4 comunes a las dos patologías, 28 para el cáncer de mama y 27 para el cáncer colorrectal), que se remitieron al grupo para su valoración y posterior discusión en el segundo encuentro.

En cuanto al establecimiento del estándar, es necesario recordar que se trata de indicadores elaborados para ser utilizados en un estudio de evaluación basado en criterios de buena práctica asistencial, es decir, en aspectos que, a través de las GPC o la opinión mayoritaria de los expertos, son básicos de la práctica asistencial y que cualquier centro que atienda esta patología debería cumplir. Por esta razón son habitualmente estándares con

un elevado nivel de exigencia, ya que evalúan aspectos básicos. Aún así, el documento siempre se refiere a los estándares como *orientativos*, ya que no se pretende un uso punitivo de los mismos, sino que sean entendidos como un punto de referencia y un acuerdo de mínimos cuyo fin es identificar el camino de la mejora.

También por esta razón, en los indicadores que miden intervalos de días entre dos actuaciones, se optó por definir previamente un intervalo correcto y aceptable de días para cada situación y cuantificar con el indicador el porcentaje de casos que cumplen este criterio (número de días establecido como correcto). Se prefirió esta opción frente a la mediana de días, ya que aporta información más clara y fácilmente interpretable desde el punto de vista de calidad asistencial.

3.2. En la segunda reunión del grupo de trabajo

Se procedió a la selección y priorización de estos 59 indicadores, a fin de elegir un número no superior a 15 en cada patología. También, aquí, se acordaron unos criterios de selección para llevar a cabo el proceso de consenso, que se realizó primero a nivel individual y después en grupo.

Los criterios fundamentales fueron:

- **Importancia y relevancia:** el indicador debía reflejar aspectos del proceso que fuesen relevantes para el objetivo del estudio y a la vez relevantes en el contexto actual de la práctica asistencial. Los indicadores clínicos deberían enfocarse hacia aspectos del proceso altamente frecuentes y con relevancia clínica *(high burden)*.
- **Potencial de uso y sensibilidad a la valoración:** el centro que presta la atención debía ser capaz de poder actuar con respecto a los resultados de ese indicador si este revelara la existencia de un problema y poder poner en marcha estrategias de mejora.

Además, y a nivel práctico u operativo, los indicadores seleccionados debían:

- Surgir de las recomendaciones de alguna de las guías de práctica clínica de instituciones reconocidas.
- Ser accesibles en las fuentes de información hospitalarias habituales (historia clínica, informes de servicios, etc.).
- Cubrir, en lo posible, la vertiente preventiva, diagnóstica, terapéutica y de seguimiento.
- Disponer de fundamento científico sobre su relevancia en el diagnóstico, el pronóstico y la selección terapéutica óptima.
- Tener una utilidad práctica en la mejora de la calidad asistencial.

A partir de la aplicación de estos criterios, y tras un proceso de discusión y consenso, se obtuvo la primera relación o selección de indicadores: 15 para cáncer colorrectal y 17 para cáncer de mama, con la introducción de diversas modificaciones a su redacción original.

Tras la reunión, se introdujeron las modificaciones acordadas y se ratificó el acuerdo por revisión individual de cada uno de los miembros del grupo, con cuyo resultado se paso al segundo nivel de consulta con el GAC.

4. Segunda ronda de consulta o consenso externo

En esta segunda ronda de consulta y consenso, se contó con la colaboración de una representación más amplia de profesionales del medio asistencial, tanto de servicios quirúrgicos como de servicios de oncología médica y radioterápica, representantes de los comités de mama y de tumores digestivos, del Registro de Tumores, etc., así como una representación de miembros de las sociedades científicas a nivel local.

Esta consulta, a diferencia de la anterior, se realizó a través del correo electrónico, previo contacto personal para exponer el objetivo del proyecto y el trabajo a realizar, solicitando la discreción propia de un proyecto aún en desarrollo. En todos los casos se comprobó una buena receptividad y empeño en la colaboración.

Participaron un total de 33 profesionales, que en algunos casos y en función de su especialidad valoraron solo una de las dos patologías. A todos los integrantes de este grupo se les pidió que realizaran una valoración de cada indicador, pudiendo aceptarlo en su totalidad, rechazarlo o proponer modificaciones, por medio de una hoja de trabajo preparada específicamente para esta tarea. Finalmente se obtuvieron 22 respuestas (67%).

Una vez recogidas, ordenadas y procesadas todas las propuestas, estas se incorporaron a cada indicador y el nuevo documento se remitió de nuevo al grupo de trabajo (GTA), para que valorara las aportaciones y la conveniencia o no de su incorporación al documento definitivo.

Resultados

El concurso y participación de tan amplia representación profesional tanto a nivel asistencial como científico y de gestión dio lugar a la elaboración y selección final de 32 indicadores, pensados para la evaluación del proceso asistencial. Son pues, instrumentos de medida diseñados para la evaluación de los aspectos básicos del manejo de estas dos patologías.

1. Relación de indicadores

A continuación se expone la relación de todos los indicadores acompañados de sus estándares, así como la distribución de cada set de indicadores en función de distintos aspectos relacionados con la función de evaluación de la práctica asistencial. Con ello se persigue una mayor riqueza en el tipo de información obtenida que vaya más allá de la obtención de unos resultados cuantitativos y, en definitiva, para que sean útiles para la gestión clínica o para la planificación.

Tabla 1: Relación de indicadores de cáncer de mama

CÁNCER DE MAMA		
Indicador	**Nombre del indicador**	**Estándar orientativo**
1	Protocolo asistencial multidisciplinar	100%
2	Evaluación por el comité de mama	100%
3	Realización de estudio histológico	100%
4	Tiempo de espera para el diagnóstico histopatológico	90%
5	Tiempo de espera para el diagnóstico definitivo (inmunohistoquímico)	90%
6	Historia clínica documentada	90%
7	Informe del estudio radiológico inicial	100%
8	Contenido del informe de anatomía patológica	100%
9	Cirugía conservadora (tratamiento conservador)	50-80%
10	Reintervenciones en cirugía conservadora de mama	No disponible
11	Biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC)	100%
12	Linfadenectomía	100%
13	Tratamiento sistémico hormonal	100%
14	Consulta con fisoterapia/rehabilitación (linfedema)	100%
15	Intervalo diagnóstico terapéutico	90%
16	Intervalo entre tratamiento quirúrgico y tratamiento adyuvante	90%
17	Intervalo entre tratamiento sistémico neoadyuvante y tratamiento quirúrgico	90%

Tabla 2: Relación de indicadores de cáncer de colon y recto		
CÁNCER DE COLON Y RECTO		
Indicador	**Nombre del indicador**	**Estándar orientativo**
1	Protocolo asistencial multidisciplinar	100%
2	Evaluación por el comité de cáncer colorrectal	100%
3	Estudio completo del colon (diagnóstico por imagen)	100%
4	Determinación de CEA basal (pretratamiento)	100%
5	Realización de estudio de extensión	100%
6	Contenido del informe de anatomía patológica	100%
7	Historia clínica documentada	90%
8	Conservación del esfínter en cáncer de recto	75%
9	Infección de la herida quirúrgica	< 10%
10	Fallo de sutura	< 5% colon < 12% recto
11	Radioterapia neoadyuvante en cáncer de recto	90%
12	Radioterapia adyuvante en cáncer de recto	90%
13	Tratamiento sistémico. Quimioterapia adyuvante en cáncer de colon	80%
14	Pacientes atendidos en consulta de estomaterapia	100%
15	Intervalo diagnóstico histopatológico-tratamiento	90%

2. Aspectos de la atención contemplados

Aunque idealmente es deseable abarcar todos los aspectos y tiempos del proceso asistencial, estos indicadores se han centrado en la etapa de atención hospitalaria por ser, aún en estos momentos, la más relevante en cuanto a su duración, y también que es el nivel en el que confluye el mayor número de pacientes. Desde este punto de vista, los indicadores contemplan fundamentalmente los aspectos de:

Tabla 3: Aspectos de la atención contemplados		
Ámbito de atención	**Cáncer de mama**	**Cáncer de colon y recto**
Diagnóstico	8	7
Tratamiento	6	7
Intervalos de atención	3	1
Total	**17**	**15**

3. Dimensiones de calidad abordadas

Desde el punto de vista de las llamadas *dimensiones de calidad,* cuando la evaluación persigue el conocimiento de la situación basal de un proceso, en este caso el oncológico, es importante que el set de indicadores contemple el mayor número posible de dimensiones, que definan el espectro completo de la calidad asistencial del proceso. No siempre es posible, con un número reducido de indicadores, incorporar todas las dimensiones, pero en este caso los indicadores contemplan las principales, a excepción de la efectividad.

Es frecuente que los indicadores interesen a más de una dimensión de calidad, como se observa en el despliegue de los mismos; por ello en la siguiente clasificación se ha tomado como referencia solo una de ellas, la considerada principal o más determinante en el fundamento del indicador.

Tabla 4: Dimensiones de calidad abordadas

Dimensión de calidad	Cáncer de mama	Cáncer de colon y recto
Adecuación	3	1
Efectividad (diagnóstica o terapéutica)	8	8
Riesgo	2	2
Atención centrada en el paciente (satisfacción)	2	2
Continuidad asistencial	2	2
Total	**17**	**15**

4. Tipo de indicador

Finalmente, y no solo como ejercicio teórico, es interesante conocer el enfoque de evaluación que aporta cada uno de los indicadores y el conjunto de ellos, ya que puede orientar las medidas correctoras en caso de ser necesarias. Los indicadores de estructura evalúan el nivel más elemental, ya que identifican la disponibilidad de recursos (tecnológicos, humanos u organizativos) necesarios para prestar la atención. Estos indicadores son siempre escasos en número en un set de indicadores, pero necesarios cuando estas estructuras se consideran básicas y cuentan con evidencia que las apoya, como la disponibilidad de un protocolo o un estomatoterapeuta. Los indicadores de proceso y resultado son necesarios y complementarios por separado, ya que no siempre un buen proceso conduce a un buen resultado o viceversa.

La distribución en nuestro caso es:

Tabla 5: Tipo de indicador		
Enfoque de la evaluación	**Cáncer de mama**	**Cáncer de colon y recto**
Estructura	3	1
Proceso	10	10
Resultado	4	4
Total	**17**	**15**

5. Indicadores cáncer de mama y cáncer colorrectal

Finalmente, se presentan los indicadores correspondientes a cáncer de mama y cáncer colorrectal con la totalidad de sus contenidos.

5.1. Indicadores de cáncer de mama

INDICADOR Nº 1: Protocolo asistencial multidisciplinar en cáncer de mama

Nombre del indicador	**PROTOCOLO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR**
Justificación	La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la mejor evidencia científica existente. Los protocolos de cada centro surgen del consenso de sus profesionales apoyados en las sociedades científicas y las agencias de evaluación de tecnologías. Los protocolos deben ser actualizados periódicamente y adecuarse a las características y circuitos de cada centro. Su objetivo es homogeneizar la asistencia prestada en el centro y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones
Dimensión	Adecuación
Fórmula	$\frac{\text{Nº de centros que disponen de protocolo escrito de cáncer de mama}}{\text{Nº de centros evaluados en la Comunidad}} \times 100$
Explicación de términos	• Protocolo: documento que debe contemplar como mínimo la valoración diagnóstica, terapéutica que incluya el apoyo psicológico y rehabilitación, así como el seguimiento y los circuitos asistenciales utilizados. El protocolo debe expresar la fecha de aprobación y su período de vigencia. En general se recomienda un período de 3 años • Debe quedar constancia de su elaboración conjunta o por consenso por parte de las principales disciplinas participantes: cirugía/ginecología, radiología, oncología médica, oncología radioterápica y anatomía patológica como mínimo
Población	Todos los centros evaluados de la Comunidad
Tipo	Estructura
Fuentes de datos	Registro de protocolos del centro o servicios

Continua

Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el estándar cuando se disponga del protocolo (en formato papel o electrónico), con las características de contenido y actualización que se describen en la explicación de términos y cuya ultima revisión o actualización no supere los 3 años en el momento de la revisión. • Aunque el hospital no disponga de servicio de oncológica médica y/o radioterapia, o psicología o rehabilitación, no es óbice para que estos apartados sean incluidos en el protocolo, aunque no consten como disciplinas en el consenso.

INDICADOR Nº 2: Pacientes valoradas por el comité de mama

Nombre del indicador	**EVALUACIÓN POR EL COMITÉ DE MAMA**
Justificación	Todo hospital que realice tratamiento de cáncer de mama debe disponer de un comité de mama para la valoración previa a cualquier proceso terapéutico y en el que participen todos los profesionales que intervienen en el proceso diagnóstico y terapéutico Todas las pacientes deberían ser valoradas por este comité y su recomendación será vinculante, ya que está demostrado que se obtienen mejores resultados y facilita un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología. Debe quedar constancia de esta valoración en la HC y/o en el libro de actas
Dimensión	Continuidad asistencial, adecuación, efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama que han sido evaluadas por el comité de mama _____ x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Comité de mama: grupo multidisciplinar integrado por cirujano y/o ginecólogo, patólogo, radiólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta y medicina nuclear, que se reúne periódicamente y dispone de un protocolo asistencial o guía de práctica clínica propios o de una institución de referencia. Las reuniones se verificarán a través de las actas del comité o la constancia expresa en la HC de cada paciente • En hospitales de menor tamaño, el comité de tumores puede ser una alternativa, siempre que cumpla los requisitos de integrantes y protocolo. En centros que no dispongan de todas las especialidades, se acepta la figura del consultor • Paciente evaluada: constancia en la HC o actas del comité de la valoración de la paciente y los acuerdos tomados
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Actas del comité o documentación clínica de la paciente
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• La labor del comité consiste en: a) valorar a la paciente con diagnóstico de cáncer de mama, b) decidir la pauta de tratamiento inicial, la cirugía y el tipo de cirugía o tratamiento neoadyuvante (el comité no decide las pruebas a realizar porque deben estar protocolizadas), solicitar pruebas adicionales no incluidas en el protocolo inicial cuando se precise de forma individualizada; c) según los resultados del primer tratamiento, segunda revisión por el comité para determinar la pauta de tratamientos ulteriores y los plazos; y d) nueva valoración ante cambios de situación clínica una vez concluidos todos los tratamientos iniciales

INDICADOR Nº 3: Estudio histológico

Nombre del indicador	**REALIZACIÓN DE ESTUDIO HISTOLÓGICO**
Justificación	La realización de biopsia percutánea incisional (BPI) proporciona material suficiente para la realización de técnicas inmunohistoquímicas para evaluar el estado de los receptores hormonales, la valoración de proteínas tumor-supresoras o con valor predictivo de respuesta como Her 2. Con ello se evita la necesidad de cirugía abierta para el diagnóstico de patología benigna y permite el diagnóstico de malignidad haciendo posible una adecuada programación del tratamiento
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama y realización de BIP ———————————————— x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Biopsia percutanea incisional: la realizada a través de biopsia con aguja gruesa (BAG) o biopsia asistida por vacío (BAV). Hay varios métodos de BAV, como Mamotomo, Minimaly Invasive Breast Biopsy y Vacuflash. • Debe quedar constancia en la documentación revisada (HC documental o informatizada) del informe histopatológico, con cualquiera de esta pruebas. (queda excluida la punción aspiración con aguja fina (PAAF)
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) • Quedan excluidas las microcalcificaciones, nódulos no palpables o no visibles por ecografía y cáncer avanzado
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica • Informes de anatomía patológica • Curso clínico
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Si consta la petición pero no se localiza el informe (en la HC o en el servicio de anatomía patológica), se considerará que no cumple el criterio

INDICADOR Nº 4: Demora en la realización del diagnóstico histopatológico

Nombre del indicador	**TIEMPO DE ESPERA PARA EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO**
Justificación	Los resultados del estudio histopatológico son fundamentales para el diagnóstico definitivo de malignidad y permiten orientar el tratamiento. Por tanto, la demora en el diagnóstico puede contribuir a empeorar el pronóstico y aumentar la morbididad y la mortalidad
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes cuyo intervalo entre petición de diagnóstico histológico y la firma del informe es igual o inferior a 7 días naturales ———————————————— x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Diagnóstico histológico = el obtenido a partir de la realización de BAG o biopsia incisional para confirmación diagnóstica • Intervalo: nº días naturales transcurridos entre la fecha que consta en la petición y fecha que consta en el informe histopatológico (Si hay más de 1 informe histopatológico se refiere al primero de ellos)
Población	Todas las pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) • Criterio de exclusión: pacientes sometidas a biopsia radioquirúrgica (arpón)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica • Informes de anatomía patológica • Servicio AP • Curso clínico
Estándar orientativo	90%
Comentarios	• Si consta la petición pero no se localiza el informe (en la HC o en el servicio de anatomía patológica), se considerará que no cumple el criterio • Las pacientes sometidas a CMA no están incluidas en la selección muestral, por la dificultad de acceso a los listados codificados de esta actividad

INDICADOR Nº 5: Demora en el diagnóstico inmunohistológico

Nombre del indicador	**TIEMPO DE ESPERA PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (INMUNOHISTOQUÍMICO)**
Justificación	La valoración inmunohistoquímica se considera de elección, habiendo sido relegadas las técnicas bioquímicas. Por tanto, la demora en la obtención de resultados puede contribuir a empeorar el pronóstico y aumentar la morbididad y la mortalidad
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes cuyo intervalo entre petición de pruebas de inmunohistoquímica y la firma del informe es igual o inferior a 14 días naturales _____ x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Pruebas de inmunohistoquímica: constancia documentada en la HC (documental o informatizada) del informe de AP con los siguientes: - Receptores de estradiol y progesterona - Proteínas HER-2 - Índice o grado de proliferación (Ki-67) • Intervalo: nº días naturales transcurridos desde la fecha que consta en la petición y la fecha que consta en el informe de inmunohistoquímica
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica • Informes de anatomía patológica • Servicio AP • Curso clínico
Estándar Orientativo	90%
Comentarios	• Si consta la petición pero no se localiza el informe (en la HC o en el servicio de anatomía patológica), se considerará que no cumple el criterio • El informe de anatomía patológica puede hacerse sobre la BAG o sobre la pieza quirúrgica

INDICADOR Nº 6: Documentación clínica

Nombre del indicador	**HISTORIA CLÍNICA DOCUMENTADA**
Justificación	La información recogida en la historia clínica (HC) es un reflejo de la calidad de la asistencia, ya que es el registro de la actividad generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los varios profesionales, además de constituir un documento médico-legal de capital importancia
Dimensión	Continuidad asistencial
Fórmula	Nº de pacientes diagnósticadas de neoplasia maligna de mama con información completa en su HC ———————————————— x 100 Nº de pacientes diagnósticadas de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	Información completa: constancia documentada en la HC (documental o informatizada) de los siguientes aspectos: • Antecedentes familiares oncológicos y personales de enfermedades benignas de mama y cáncer de mama previos • Factores de riesgo (personales, familiares, hereditarios) • Características clínicas del tumor (tamaño, tiempo evolución, localización, infiltración, multicentricidad, presencia de adenopatías) • Estadificación pre y postoperatoria • Estudio inmunohistológico (receptores, proteínas y K-67)
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	90%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el indicador si constan en la documentación TODOS los parámetros que se refieren en la explicación de términos • El evaluador realizará un *check-list* de la constancia o no de cada uno de los apartados que constan en explicación de términos

INDICADOR Nº 7: Informe radiológico

Nombre del indicador	**INFORME DEL ESTUDIO RADIOLÓGICO INICIAL**
Justificación	La valoración radiológica es preceptiva en los casos de sospecha de cáncer de mama y su objetivo es contribuir al diagnóstico. La mamografía puede no ser suficiente, y requerir de otras técnicas complementarias de imagen. En cualquier caso, el *estudio inicial* debe hacer una valoración integral del grado de sospecha radiológica, mediante el uso de sistemas consensuados de nomenclatura, así como establecer una propuesta de actuación
Dimensión	Efectividad, continuidad asistencial
Fórmula	Nº de pacientes con neoplasia maligna de mama e información completa en su estudio diagnóstico por imagen ———————————————— x 100 Nº de pacientes con estudio por neoplasia maligna de mama y realización de diagnóstico por imagen
Explicación de términos	• Diagnóstico por imagen: mamografía, ecografía, neumooncografía, neumoquistografía, galactografía, resonancia magnética mamaria, tomografía por emisión de positrones (PET) • Información completa: constancia documentada en la HC (documental o informatizada) de los informes radiológicos con los siguientes aspectos: - Tipo de lesión (nódulo, calcificaciones, etc.) - Tamaño de la lesión - Localización de la lesión - Uso de categoría diagnóstica (sistema BIRADS para las mamografías) (1) - Si no es lesión única: debe constar multricentricidad/multifocalidad
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) • Criterio de inclusión: mamografías realizadas en otros servicios de referencia o programas de cribado
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informes de radiodiagnóstico • Comentarios del comité de mama (actas o HC)
Estándar orientativo	100%
Comentarios	(1) La constatación de la categoría diagnóstica tiene por objeto determinar la actitud ante cada lesión según el grado de sospecha. Sea cual sea la nomenclatura utilizada, esta debe hacer constar de forma clara el significado de cada categoría diagnóstica y las recomendaciones a seguir. En el caso de mamografía, se recomienda la utilización del Breast Imaging Reporting And Data System (BIRADS), que, aunque en su creación solo se contemplaba en la lectura de mamografías de cribado, resulta tan aplicable al estudio de las mujeres sintomáticas como a las asintomáticas que se someten a mamografía de cribado. • Cuando se ha realizado más de 1 prueba de imagen, puede existir un informe unificado e integrado o un informe para cada procedimiento. En este caso, se examinarán todos los informes • Solo se considerará cumplido el indicador si constan en el informe radiológico *TODOS los parámetros* referidos en la explicación de términos y *uso de BIRADS* para mamografías.

Indicador nº 8: INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nombre del indicador	**CONTENIDO DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
Justificación	El tratamiento apropiado del cáncer de mama depende de una información clara, estandarizada y comprensiva de la patología del tumor primario, los tejidos circundantes y los ganglios linfáticos regionales
Dimensión	Efectividad, continuidad asistencial
Fórmula	Nº de informes de anatomía patológica en cáncer de mama invasivo que incluye los elementos requeridos internacionalmente ———————————————— x 100 Nº de informes de anatomía patológica en cáncer de mama invasivo
Explicación de términos	Elementos requeridos: constancia documentada en el informe anatomo-patológico de la pieza quirúrgica (documental o informatizada) de los siguientes aspectos: • Descripción macroscópica • Tamaño del tumor • Tipo histológico • Grado histológico (*) • Presencia o ausencia de multifocalidad • Presencia o ausencia de afectación de márgenes quirúrgicos y distancia • Estadificación pT y pN • Presencia o ausencia de invasión vascular/linfática • Si existe metástasis en ganglios linfáticos, especificar si hay extensión extracapsular. • Ganglios: número, afectación y/o ganglio centinela (si procede) (*) Si no se informa del grado histológico, el informe deberá incluir también receptores hormonales (Re y Rp), K-67 y proteínas HER-2
Población	Todos los informes de pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) y que han sido intervenidas con exéresis del tumor
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informe/s de anatomía patológica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el indicador si constan en la documentación TODOS los parámetros que se refieren en la explicación de términos • El evaluador realizará un *check-list* de la constancia o no de cada uno de los apartados de explicación de términos

INDICADOR Nº 9: Cirugía conservadora

Nombre del indicador	**CIRUGÍA CONSERVADORA (TRATAMIENTO CONSERVADOR)**
Justificación	El tratamiento conservador de mama (cirugía limitada o conservadora más radioterapia) ha mostrado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de mama actuales de pequeño tamaño o aquellos de mayor tamaño en que la QT (neoadyuvante) permite reducir su dimensión
Dimensión	Atención centrada en el paciente (satisfacción)
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora}}{\text{Nº de pacientes diagnósticadas de neoplasia maligna de mama}} \times 100$
Explicación de términos	• Cirugía limitada o conservadora: primera cirugía terapéutica con exéresis completa de la lesión mamaria sospechosa, ya sea con segmentectomía, cuadrantectomía o tumorectomía. Siempre referido a la primera cirugía
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) e intervenidas quirúrgicamente en el hospital revisado • Criterio de exclusión: pacientes no tributarias de tratamiento quirúrgico o que lo rechacen
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Hoja quirúrgica • Curso clínico
Estándar orientativo	50-80%
Comentarios	• Tratamiento conservador: tratamiento que consta de forma *indisoluble* de cirugía limitada o conservadora seguida de radioterapia

INDICADOR Nº 10: Reintervenciones

Nombre del indicador	**REINTERVENCIONES EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA**
Justificación	La aparición de márgenes afectados en el estudio patológico diferido de una cirugía conservadora conlleva, en la mayoría de los casos, la realización de una reintervención quirúrgica (retumorectomía o mastectomía) para conseguir el control local del proceso. Los grupos especializados en patología mamaria deben aminorar la incidencia de segundas intervenciones con el fin de asegurar el control del proceso en un solo acto quirúrgico y evitar así una segunda cirugía, contribuyendo de esta forma a la prevención de riesgos, mejorando la eficiencia del proceso y disminuyendo las demoras para el inicio de los tratamientos adyuvantes Este indicador incide en la correcta indicación de la conservación mamaria y la disponibilidad de estudio intraoperatorio, fundamental para la confirmación histológica de márgenes quirúrgicos intraoperatorios
Dimensión	Riesgo
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que han sido sometidas (1 o más veces) a reintervención tras cirugía conservadora}}{\text{Nº de pacientes con cirugía conservadora inicial}} \times 100$
Explicación de términos	• Reintervención: segunda cirugía de ampliación, en un plazo igual o inferior a 3 meses después de la cirugía conservadora • No se consideran reintervenciones las intervenciones tras ganglio centinela
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) e intervenidas con cirugía conservadora inicial
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Hoja quirúrgica • Curso clínico
Estándar orientativo	No disponible
Comentarios	• El indicador puede tener problemas de especificidad, ya que se incluirán, además de los casos de afectación de márgenes, aquellos casos en los que el estudio definitivo recomienda la reescisión o mastectomía por otros factores de riesgo

INDICADOR Nº 11: Ganglio centinela

Nombre del indicador	**BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)**
Justificación	La BSGC se admite hoy en día como una técnica estándar en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama (cuando está indicada), ya que evita linfadenectomías innecesarias y disminuye la morbilidad. Requiere de la actuación coordinada de un equipo multidisciplinar (cirujano/ginecólogo, anatomopatólogo y especialista en medicina nuclear). Tiene un elevado VPN
Dimensión	Adecuación, atención centrada en el paciente
Fórmula	$\frac{\text{Nº de centros con uso de técnica validada de BSGC}}{\text{Nº de centros evaluados}} \times 100$
Explicación de términos	• BSGC: localización intraquirúrgica del ganglio centinela, usando técnicas isotópicas y/o colorimétricas • Técnica validada: cuando el centro puede acreditar que los cirujanos/ginecólogos que intervienen el cáncer de mama tienen la técnica validada. En un mismo centro puede haber cirujanos/ginecólogos que han completado la validación y otros que están en curso y, por tanto, hacen vaciamiento axilar y BSGC. En este caso se considerará que el centro usa una técnica validada
Población	Todos los centros evaluados en la Comunidad
Tipo	Estructura
Fuentes de datos	Documento específico donde se acredita la validación: • Dirección del centro • Servicios quirúrgicos y medicina nuclear • Servicio de anatomía patológica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• El evaluador identificará aquellos centros que están en curso de validación de la técnica en el momento de la evaluación y en estos casos verificará documentalmente el número de cirujanos que la tienen validada y los que están en curso

INDICADOR Nº 12: Linfadenectomía

Nombre del indicador	**LINFADENECTOMÍA**
Justificación	El estado de los ganglios linfáticos locorregionales es el indicador pronóstico independiente más importante. No existe acuerdo sobre el número mínimo de ganglios que debe obtenerse con la linfadenectomía, pero en principio se debería disponer de 10 o más ganglios linfáticos axilares
Dimensión	Riesgo, efectividad
Fórmula	Nº de linfadenectomías con obtención de 10 o más ganglios ———————————————— x 100 Nº de pacientes intervenidas de neoplasia maligna de mama con realización de linfadenectomía
Explicación de términos	
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) con intervención quirúrgica y exéresis de ganglios axilares
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informe AP • Hoja quirúrgica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• El evaluador registrará el número de *ganglios axilares* aislados en cada caso • Aunque tras neoadyuvancia se asumen con frecuencia vaciamientos con menos de 10 ganglios, deberían ser esperables también 10 en estos casos

INDICADOR Nº 13: Tratamiento sistémico hormonal

Nombre del indicador	**TRATAMIENTO SISTÉMICO HORMONAL**
Justificación	El tratamiento sistémico hormonal esta recomendado en las pacientes con tumores con receptores hormonales positivos, independientemente de la edad, con posterioridad a la quimioterapia en los casos en que esta sea necesaria. Hay estudios aleatorizados que sugieren mejor supervivencia si reciben tratamiento hormonal que quimioterapia. Dependiendo de las características tumorales, se ofrecerá QT seguida de hormonoterapia
Dimensión	Efectividad y adecuación
Fórmula	Nº de pacientes con receptores hormonales positivos y tratamiento hormonal ———————————————— x 100 Nº de pacientes con receptores hormonales positivos
Explicación de términos	• Determinación de receptores hormonales: inmunohistoquímica o bioquímica • Tratamiento hormonal: existencia de prescripción documentada de cualquiera de los siguientes fármacos: - Tamoxifen - Letrozole (Femara®) - Anatrazole (Arimidex®) - Exemestano (Aromasil®) - Acetato de goserelina (Zoladex®)
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) y receptores hormonales positivos
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Curso clínico • Informe de AP • Documentación de oncología (CCEE)
Estándar orientativo	100%
Comentarios	

INDICADOR Nº 14: Consulta con fisioterapia (linfedema)

Nombre del indicador	**CONSULTA CON REHABILITACIÓN (LINFEDEMA)**
Justificación	El tratamiento del cáncer de mama (linfadenectomía) es una de las principales causas de linfedema. Su incidencia es difícil de evaluar y se han descrito cifras muy diversas en un rango desde 2,4% a 56%. Es fundamental instaurar un tratamiento precoz tan pronto como se haga el diagnóstico a fin de reducir el tamaño y restablecer el aspecto y funcionalidad de la extremidad. Además es fundamental para evitar la aparición de complicaciones como la infecciosa
Dimensión	Adecuación
Fórmula	$\frac{\text{Disponibilidad de un programa de rehabilitación}}{\text{Nº de centros evaluados}} \times 100$
Explicación de términos	• Programa de rehabilitación: existencia de una estructura propia del centro o concertada, que dispone de programas específicos o protocolos de fisioterapia para pacientes con neoplasia maligna de mama para el tratamiento de linfedema u otros
Población	Todas los centros evaluados de la Comunidad
Tipo	Estructura
Fuentes de datos	Dirección del centro (cartera de servicios) Servicio o consulta de rehabilitación
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• El evaluador verificará el número de pacientes (no sesiones) que han sido atendidas en la consulta durante 2006

INDICADOR Nº 15: Intervalo diagnóstico terapéutico

Nombre del indicador	**INTERVALO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO**
Justificación	El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento es un indicador de control asistencial muy importante, ya que en los casos en que transcurren más de 30 días hay repercusión e impacto psicológico en la mujer. Debe ser objetivo prioritario de la unidades de mama el disminuir este intervalo por debajo de las 4 semanas, tal como se recoge en todas las guías clínicas
Dimensión	Efectividad, riesgo
Fórmula	Nº de pacientes cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 4 semanas o 28 días naturales ———————————————— x 100 Nº de pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Confirmación diagnóstica: fecha del informe de anatomía patológica (PAAF, BAG o biopsia incisional) que confirma la existencia de carcinoma invasivo. Quedan excluidos los informes de anatomía patológica del diagnóstico intraoperatorio y biopsia escisional • Primer tratamiento: primera actuación terapéutica, ya sea con *cirugía* (día de la Intervención), *tratamiento sistémico* (quimioterapia, hormonoterapia, terapia molecular) o *radioterapia* (día del inicio de la primera sesión) • Intervalo: días naturales trascurridos desde la fecha del informe de confirmación a la fecha del tratamiento inicial (cirugía, tratamiento sistémico o RT neoadyuvantes)
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) • Criterio de exclusión: altas voluntarias o abandonos
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informes AP • Informe quirúrgico o • Informe de oncología radioterápica o • Informe de oncología médica
Estándar Orientativo	90%
Comentarios	

INDICADOR Nº 16: Intervalo entre primer tratamiento y tratamiento secuencial

Nombre del indicador	**INTERVALO ENTRE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y TRATAMIENTO ADYUVANTE**
Justificación	El inicio del tratamiento adyuvante en los plazos que establecen los protocolos y guías de práctica clínicas es muy importante desde el punto de vista de calidad asistencial. Se considera adecuado este plazo de 6 semanas, por la necesidad de recuperación de la paciente y, asimismo, la valoración por el comité de mama y la visita del oncólogo y/o radioterapeuta
Dimensión	Efectividad, riesgo
Fórmula	Nº de pacientes cuyo intervalo entre cirugía y primer tratamiento adyuvante es igual o inferior a 6 semanas o 42 días naturales _____ x 100 Nº de pacientes intervenidas quirúrgicamente por neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Cirugía: referido al último episodio quirúrgico, ya sea cirugía conservadora o cirugía convencional (mastectomía) • Tratamiento adyuvante: realización tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, terapia molecular) y/o radioterapia • Intervalo: días naturales trascurridos desde la fecha de la cirugía y la fecha de inicio del tratamiento adyuvante (QT y/o RT)
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174)
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informe quirúrgico • Informe de oncología radioterápica • Informe de oncología médica
Estándar orientativo	90%
Comentarios	

INDICADOR Nº 17: Quimioterapia neoadyuvante y tratamiento quirúrgico

Nombre del indicador	**INTERVALO ENTRE TRATAMIENTO SISTÉMICO NEOADYUVANTE Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**
Justificación	Este intervalo viene predeterminado en la mayoría de protocolos de quimioterapia neoadyuvante en 4 semanas como máximo, coincidiendo con el momento de recuperación quimioterápica y máxima reducción tumoral (en los casos en los que se ha producido). El plazo de 6 semanas da margen suficiente para aquellos casos en los que deba aplazarse la cirugía
Dimensión	Efectividad, riesgo
Fórmula	Nº de pacientes cuyo intervalo entre tratamiento sistémico neoadyuvante o prequirúrgico y cirugía es igual o inferior a 6 semanas o 42 días naturales ———————————————— x 100 Nº de pacientes que han recibido tratamiento sistémico neoadyuvante por neoplasia maligna de mama
Explicación de términos	• Tratamiento sistémico neoadyuvante o prequirúrgico: administración de quimioterapia, hormonoterapia terapia molecular previa a cualquier otro abordaje local • Intervalo: días naturales transcurridos entre la fecha de la última sesión de tratamiento sistémico neoadyuvante y la cirugía
Población	Todas la pacientes dadas de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (Código ICD-9 = 174) que han realizado tratamiento sistémico neoadyuvante
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Informe de oncología médica • Informe quirúrgico
Estándar orientativo	90%
Comentarios	

5.2. Indicadores de cáncer de colon y recto

INDICADOR Nº 1: Protocolo asistencial multidisciplinar en cáncer de colon y recto

Nombre del indicador	**PROTOCOLO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR**
Justificación	La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la mejor evidencia científica existente. Los protocolos de cada centro surgen del consenso de sus profesionales apoyados en las sociedades científicas y las agencias de evaluación de tecnologías. Los protocolos deben ser actualizados periódicamente y adecuarse a las características y circuitos de cada centro. Su objetivo es homogeneizar la asistencia prestada en el centro y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones
Dimensión	Adecuación
Fórmula	$\frac{\text{Nº de centros que disponen de protocolo de cáncer de colon y recto}}{\text{Nº de centros evaluados en la Comunidad}} \times 100$
Explicación de términos	• Protocolo: documento que debe contemplar como mínimo la valoración diagnóstica y terapéutica que incluya el apoyo psicológico y el seguimiento, así como los circuitos asistenciales utilizados. El protocolo debe expresar su período de vigencia. En general, se recomienda un período de 3 años • Debe quedar constancia de su elaboración conjunta o por consenso por parte de las principales disciplinas participantes en el manejo del cáncer colorrectal (cirugía, digestivo, oncología médica, oncología radioterápica y anatomía patológica como mínimo)
Población	Todos los centros evaluados de la Comunidad
Tipo	Estructura
Fuentes de datos	Registro de protocolos del centro
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el estándar cuando se disponga del protocolo, escrito o en formato electrónico, y con las características de contenido y actualización que se describen en la explicación de términos. La última revisión o actualización del protocolo no debe superar los 3 años

INDICADOR Nº 2: Evaluación por el comité de cáncer colorrectal

Nombre del indicador	**EVALUACIÓN POR EL COMITÉ DE CÁNCER COLORRECTAL**
Justificación	Todo hospital que realice tratamiento de cáncer de colon y recto debe disponer de un comité de cáncer colorrectal que aporte una decisión terapéutica previa al tratamiento y en el que participen todos los profesionales que intervienen en el proceso diagnóstico y terapéutico La labor de este comité consiste en: a) presentar al paciente cuando ingresa en el hospital; b) decidir pruebas a realizar; y c) según los resultados, marcar la pauta de tratamiento y los plazos Todos los pacientes deberían ser valorados por este comité, ya que supone y facilita un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología. Debe quedar constancia en la HC de esta valoración
Dimensión	Continuidad asistencial, adecuación, efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto que han sido evaluados por el comité de cáncer colorrectal}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto}} \times 100$
Explicación de términos	• Comité de cáncer colorrectal o comité de cáncer digestivo: grupo multidisciplinar integrado por especialistas de las principales disciplinas participantes en el manejo del cáncer de colon y recto (cirugía, digestivo, oncología médica, oncología radioterápica, radiología y anatomía patológica), que se reúne periódicamente y dispone de un protocolo asistencial o guía de práctica clínica propios o de una institución de referencia. Las reuniones se verificarán a través de las actas del comité o la constancia expresa en la HC de cada paciente • En hospitales de menor tamaño, el comité de tumores puede ser una alternativa, siempre que cumpla los requisitos de integrantes y protocolo • Paciente evaluado: constancia en la HC o actas del comité de la valoración del paciente y los acuerdos tomados
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	

INDICADOR Nº 3: Diagnóstico por imagen: estudio completo del colon

Nombre del indicador	**ESTUDIO COMPLETO DEL COLON (VISUALIZACIÓN COMPLETA DEL COLON EN FASE PREQUIRÚRGICA)**
Justificación	El estudio completo de colon permite la identificación de lesiones metacrónicas en estadios iniciales susceptibles de tratamiento (5% de los casos), que no siempre se detectan en la cirugía
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto con estudio completo del colon ———————————————— x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto
Explicación de términos	• Estudio completo del colon: implica la visualización completa del colon (o por lo menos de todo el colon que no se va a resecar) en la fase prequirúrgica. El estudio puede realizarse por colonoscopia, enema opaco de doble contraste o colonoscopia virtual
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Curso clínico
Estándar orientativo	100%
Comentarios	

INDICADOR Nº 4: Marcadores tumorales. determinación de CEA basal

Nombre del indicador	**DETERMINACIÓN DE CEA BASAL (PRETRATAMIENTO)**
Justificación	La determinación de CEA antes del tratamiento es útil como valor pronóstico (no diagnóstico), a través del seguimiento posquirúrgico
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con determinación de CEA basal ———————————————— x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal
Explicación de términos	• CEA basal: es la determinación del antígeno carcinoma embrionario antes del tratamiento, ya sea el quirúrgico o la RT o la QT neoadyuvantes
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• La cirugía prácticada de urgencia no es un criterio de exclusión para este indicador

INDICADOR Nº 5: Diagnóstico de extensión

Nombre del indicador	**REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE EXTENSIÓN**
Justificación	En cirugía electiva por cáncer colorrectal es muy importante poder disponer en el preoperatorio de pruebas de diagnóstico por imagen del tórax y del hígado para descartar la presencia de metástasis pulmonares y hepáticas, respectivamente
Dimensión	Efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal y realización de diagnóstico de extensión}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal}} \times 100$
Explicación de términos	• Diagnóstico de extensión: constancia de realización de radiografía o TAC de tórax y TAC abdominal o ecografía abdominal • En cáncer de recto, además de lo anterior, constancia de realización de ecografía endorrectal y/o resonancia magnética pélvica (RM)
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154).
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Si no constaran todas las pruebas, se considerará como no cumplido el estándar

INDICADOR Nº 6: Contenido del informe de anatomía patológica

Nombre del indicador	**CONTENIDO DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**
Justificación	El tratamiento apropiado del cáncer colorrectal requiere este tipo de información, de forma clara y estandarizada, tal y como recomienda el protocolo del Colegio Americano de Patólogos (CAP)
Dimensión	Efectividad, continuidad asistencial
Fórmula	Nº de informes de anatomía patológica en cáncer colorrectal que incluye los elementos requeridos internacionalmente ———————————————— x 100 Nº de informes de anatomía patológica en cáncer colorrectal
Explicación de términos	• Elementos requeridos: constancia documentada en la HC (documental o informatizada) de los siguientes elementos en el informe de la pieza quirúrgica: - Descripción macroscópica, localización anatómica del tumor - Tamaño del tumor - Tipo histológico - Grado histológico - Extensión de la invasión - Estadiaje TNM - Márgenes quirúrgicos: presencia o ausencia de afectación de los márgenes proximal, distal y radial - Infiltración linfática/venosa: presencia o ausencia - Ganglios: número y afectación - Valoración de escisión mesorrectal (integridad del mesorrecto)
Población	Todos los informes de anatomía patológica de pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154) intervenidos quirúrgicamente con exéresis del tumor
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Servicio de anatomía patológica Documentación clínica: • Informe de anatomía patológica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el indicador si constan en la documentación TODOS los parámetros que se refieren en la explicación de términos

INDICADOR Nº 7: Documentación clínica

Nombre del indicador	**HISTORIA CLÍNICA DOCUMENTADA**
Justificación	La información recogida en la historia clínica (HC) es un reflejo de la calidad de la asistencia, ya que es el registro de la actividad generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los varios profesionales, además de constituir un documento médico-legal de capital importancia
Dimensión	Continuidad asistencial
Fórmula	Nº de pacientes diagnósticados de cáncer de colon y recto con información completa en su HC / Nº de pacientes diagnósticados de cáncer de colon y recto x 100
Explicación de términos	Información completa: constancia documentada en la HC de los siguientes aspectos: • Antecedentes familiares y personales de cáncer de colon y recto o adenomas en dos generaciones (padres y abuelos) • Factores de riesgo (personales, familiares, hereditarios) • Características clínicas del tumor y localización • Estadificación postoperatoria (si hay intervención quirúrgica) • Niveles del antígeno carcinoembrionario (CEA) basal (pretratamiento) y postoperatorio • Estudio de extensión • Informes de las pruebas diagnósticas realizadas (colonoscopia, ecografía, TAC, radiografía de tórax, etc.)
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	90%
Comentarios	• Solo se considerará cumplido el indicador si constan en la documentación TODOS los parámetros detallados en la explicación de términos • Se realizará un *check-list* de cada uno de los diferentes apartados de la información

INDICADOR Nº 8: Tratamiento quirúrgico. Conservación del esfínter en cáncer de recto

Nombre del indicador	**CONSERVACIÓN DEL ESFÍNTER EN CÁNCER DE RECTO**
Justificación	La preservación de esfínteres en la cirugía rectal, atendiendo al tamaño y al margen distal del tumor, se asocia a una mejor calidad de vida
Dimensión	Atención centrada en el paciente (satisfacción)
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior con preservación de esfínter después de cirugía ———————————————— x 100 Nº de pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior sometidos a cirugía
Explicación de términos	• Cáncer de recto de tercio medio e inferior: tumor situado a menos de 12 cm del esfínter • Preservación del esfínter: puede aparecer en la HC referida como *sin amputación anoperineal*
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de *neoplasia maligna de recto* (CIE-9:154) que han sido intervenidos quirúrgicamente
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Hoja quirúrgica
Estándar orientativo	75%
Comentarios	• Es recomendable que la altura del tumor sea medida por rectoscopia rígida en las conservaciones del esfínter

INDICADOR Nº 9: Tratamiento quirúrgico. Infección de la herida quirúrgica

Nombre del indicador	**INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**
Justificación	La tasa de infección de la herida quirúrgica en la cirugía del cáncer colorrectal es alta y lleva asociada una importante morbilidad y mortalidad quirúrgicas
Dimensión	Efectividad, riesgo
Fórmula	Nº de infecciones de la herida quirúrgica en pacientes con cáncer colorrectal intervenidos de forma electiva ———————————————— x 100 Nº total de intervenciones electivas en pacientes con cáncer colorrectal
Explicación de términos	• Cirugía electiva: cirugía programada. Incluye cirugía abierta y laparoscópica • Infección de la herida quirúrgica: criterios CDC
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154) que han sido intervenidos quirúrgicamente de forma electiva • Criterio de exclusión: pacientes que han sido intervenidos de urgencia
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Servicio de medicina preventiva Documentación clínica: • Hoja quirúrgica • Curso clínico médico y de enfermería
Estándar orientativo	< 10%
Comentarios	• Durante el período de estudio (2006) un paciente puede ser intervenido de forma programada más de una vez (por ejemplo, realización de un 2º tiempo quirúrgico). Si la segunda intervención se ha producido durante el período de estudio, se tendrá en cuenta en numerador y denominador

INDICADOR Nº 10: Tratamiento quirúrgico. Fallo de sutura en cáncer de colon y recto

Nombre del indicador	**FALLO DE SUTURA**
Justificación	El fallo de suturas es una de las principales complicaciones en la cirugía del cáncer colorrectal y lleva asociada una importante morbilidad y mortalidad quirúrgica
Dimensión	Efectividad, riesgo
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer colorrectal intervenidos de forma electiva y con fallo de sutura ———————————————— x 100 Nº total de pacientes con cáncer colorrectal intervenidos de forma electiva
Explicación de términos	Incluye la primera cirugía electiva y las cirugías posteriores de reconstrucción
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154) que han sido intervenidos quirúrgicamente de forma electiva • Criterio de exclusión: pacientes que han sido intervenidos de urgencia
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Documentación clínica: • Hoja quirúrgica • Curso clínico médico y de enfermería
Estándar orientativo	< 5% para cáncer de colon < 12% para cáncer de recto
Comentarios	

INDICADOR Nº 11: Radioterapia neoadyuvante en cáncer de recto

Nombre del indicador	**RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO**
Justificación	En el cáncer de recto (estadios II y III), la radioterapia preoperatoria (sola o combinada con quimioterapia) permite la preservación del esfínter en una proporción clínicamente relevante de pacientes con tumores de tercio inferior La radioterapia preoperatoria disminuye el riesgo de recurrencia local en cáncer de recto en más de la mitad de los casos y puede mejorar las tasas de supervivencia a los cinco años
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer de recto avanzado de tercio medio e inferior (estadio II o III del TNM preoperatorio) que reciben RT neoadyuvante _____ x 100 Nº de pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior con estadio II o III sometidos a cirugía
Explicación de términos	• Cáncer de recto avanzado: estadios II y III del TNM preoperatorio • RT neoadyuvante: administración de RT previa a cualquier otro abordaje local *(antes de la cirugía)*
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de *neoplasia maligna de recto* (CIE-9:154) de tercio medio e inferior y con TNM estadio II o III que han sido intervenidos quirúrgicamente
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	90%
Comentarios	

INDICADOR Nº 12: Radioterapia adyuvante en cáncer de recto

Nombre del indicador	**RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO**
Justificación	Existe suficiente evidencia científica que recomienda este tratamiento combinado con la quimioterapia en el cáncer de recto avanzado (estadios II y III) después de la cirugía
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer de recto avanzado de tercio medio e inferior (estadio II o III del TNM postoperatorio) sin RT preoperatorio que reciben RT adyuvante ———————————————— x 100 Nº de pacientes con cáncer de recto avanzado de tercio medio e inferior en estadio II o III del TNM postoperatorio, sin RT preoperatoria y sometidos a cirugía
Explicación de términos	• Cáncer de recto avanzado: estadios II y III del TNM postoperatorio • RT adyuvante: administración de RT *después de la cirugía*
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de *neoplasía maligna de recto* (CIE-9:154) de tercio medio e inferior y con TNM estadio II o III que no han recibido RT preoperatorio y que han sido intervenidos quirúrgicamente. • Criterio de exclusión: pacientes que han recibido RT preoperatoria
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	90%
Comentarios	

INDICADOR Nº 13: Tratamiento sistémico. Quimioterapia adyuvante en cáncer de colon

Nombre del indicador	**TRATAMIENTO SISTÉMICO QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE COLON**
Justificación	Existe evidencia de ensayos clínicos (ECCA) que muestran que la quimioterapia adyuvante durante 6 meses en pacientes con cáncer de colon con ganglios afectados reduce la mortalidad
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer de colon estadio III que reciben QT adyuvante después de la cirugía ———————————————— x 100 Nº de pacientes con cáncer de colon estadio III sometidos a cirugía
Explicación de términos	• Estadio III: cualquier T_{1-4}, N_1 o N_2 con M_0 • QT adyuvante: administración de QT después de cualquier otro abordaje local como, por ejemplo, la cirugía
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de *neoplasia maligna de colon* (CIE-9:153) y con estadio III que han sido intervenidos quirúrgicamente
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	80%
Comentarios	

INDICADOR Nº 14: Pacientes atendidos en consulta de estomaterapia

Nombre del indicador	**PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA**
Justificación	Los pacientes con cáncer colorrectal que requieren una ostomía generalmente tienen más problemas que los no ostomizados. El apoyo y consejo de un especialista en estomaterapia se ha reconocido como de gran valor para el paciente
Dimensión	Satisfacción, adecuación, continuidad asistencial
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer colorrectal ostomizados y atendidos en una consulta de estomaterapia ———————————————— x 100 Nº de pacientes diagnósticados con cáncer colorrectal ostomizados
Explicación de términos	• Pacientes ostomizados: paciente portador de una ostomía. Puede tratarse de una ostomía temporal o definitiva • Consulta de estomaterapia: constancia en la HC de consulta especializada atendida por un enfermero estomaterapeuta dedicado al cuidado y atención del paciente ostomizado • Si el centro no dispusiera de este servicio, debería estar documentadA la derivación de estos pacientes a otro centro que sÍ lo tenga
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154) que son portadores de estoma (ostomizados)
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Documentación clínica
Estándar orientativo	100%
Comentarios	

INDICADOR Nº 15: Intervalo diagnóstico terapéutico

Nombre del indicador	**INTERVALO DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO-TRATAMIENTO**
Justificación	Se reconoce la importancia de acortar el tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento en los pacientes con cáncer colorrectal
Dimensión	Efectividad
Fórmula	Nº de pacientes con cáncer colorrectal cuyo intervalo entre diagnóstico histopatológico y tratamiento es igual o inferior a 30 días naturales ———————————————— x 100 Nº total de pacientes diagnósticados con cáncer colorrectal que han recibido tratamiento
Explicación de términos	• Días diagnóstico histopatológico-tratamiento: días naturales trascurridos desde la fecha del informe de AP de confirmación y la fecha del tratamiento inicial (puede ser cirugía o RT/QT neoadyuvante)
Población	Todos los pacientes del centro dados de alta en 2006 con diagnóstico principal de neoplasia maligna de colon o neoplasia maligna de recto (CIE-9:153 y 154)
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	• Documentación clínica (hoja quirúrgica) • Informes AP
Estándar orientativo	90%
Comentarios	

Discusión

El panel o set de indicadores que se presenta en este documento muestra algunas limitaciones que es necesario considerar. Las más destacables son:

No incorporan *temas emergentes,* como la cirugía reconstructora inmediata en mama o la cirugía laparoscópica en colon, que supondrían una información inestimable del grado de adaptación a las nuevas tecnologías en nuestro país. Pero la necesidad de hacer la evaluación retrospectiva y partiendo de casos incidentes con un período suficiente para la evaluación de intervalos hace difícil su incorporación. También, y en opinión del equipo redactor, el número limitado y reducido de indicadores exigía priorizar aspectos quizás más básicos.

No permiten la evaluación del *proceso completo,* desde el cribaje a los resultados de supervivencia. En el caso de colon, por ser todavía el cribaje inexistente o en fase piloto en la mayoría de Comunidades, pero también por la dificultad de acceder a la continuidad de la información del proceso.

La fiabilidad de los resultados está condicionada a la *fiabililidad de las fuentes de datos.* Muchos de estos indicadores tienen como fuente de información la historia clínica, con el hándicap habitual de los registros clínicos, ya sea por infrarregistro o ausencia o, con más frecuencia, ordenación incorrecta de los mismos.

No puede considerarse una *versión definitiva,* y al igual que cambia la evidencia científica y las GPC incorporan nuevos aspectos y modifican los ya existentes, los indicadores deberían adaptarse a esos cambios, a partir de una revisión y adaptación periódica.

Conclusiones

Los *indicadores de calidad*, miden aspectos concretos y específicos de la atención, facilitando de esta manera el conocimiento del nivel de calidad de la asistencia. Los indicadores diseñados permiten aproximarnos a una información válida, fiable y objetiva.

El método seguido para su selección y elaboración, basado en el consenso de los profesionales y con el concurso de las SS.CC. favorece la aceptación de los mismos y, por ende, su implantación como sistema de evaluación, puesto que están elaborados por los mismos profesionales que los utilizarán o manejarán sus resultados

Contar con un estándar, aunque sea orientativo, permite disponer de un punto de referencia y comparar los resultados propios, ya sean de centro o de Comunidad, con el nivel de calidad consensuado (estándar).

Cuando existan diferencias importantes (estadísticamente significativas) entre el resultado obtenido en la medición del indicador y el estándar, puede tomarse como *una señal de alarma* que permite identificar áreas de mejora y, por lo tanto, poder adecuar las medidas correctoras a los déficits detectados. Del mismo modo, el indicador identifica áreas de excelencia.

En la medida en que el mismo set de indicadores sea utilizado por las diferentes CC.AA. en los centros que atienden estas patologías podrá obtenerse un mapa ilustrativo que aporte una primera evidencia basal sobre la situación del abordaje de estas dos patologías en nuestro país.

Para aquellos hospitales que no dispongan de información regular a partir de los programas de calidad, comisiones de tumores o registro de tumores, puede ser una excelente oportunidad para iniciar un programa propio centrado en las necesidades o mejoras identificadas, incorporándose como objetivos del programa o servicio.

Recomendaciones

Tal y como se ha señalado, el uso de los indicadores es una herramienta para la mejora de la calidad, pero nunca deben ser considerados una finalidad en sí mismos. Es decir, disponer de información válida y fiable es imprescindible, pero también lo es actuar en función de los resultados. De lo contrario, la medida se convierte en una rutina y no tiene ninguna utilidad en la gestión clínica del servicio.

Disponer de información sobre el nivel de calidad permite aplicar las mejoras en los puntos débiles más necesarios y seleccionar las acciones más efectivas.

En el ámbito particular de centro estos indicadores tienen la misma utilidad que en el ámbito comunitario, discrepando en los niveles de actuación.

Las Comunidades participantes en la elaboración y redacción de estos indicadores han asumido también el compromiso de aplicarlos en un proceso de evaluación de todos sus centros, disponiendo de información basal, pero tanto estas Comunidades como otras que puedan realizar la evaluación deben tener en cuenta que la mejor aportación es mantener un seguimiento periódico de estos indicadores que mantendrá la información actualizada y dará idea de las mejoras obtenidas.

Anexos

Anexo A: Relación de participantes en el grupo técnico asesor

Participantes en el grupo técnico asesor	
PROFESIONAL	**FILIACIÓN**
Acea Febril, Benigno	Asociación Española de Cirujanos
Bañeres Amella, Joaquim	Institut Universitari Avedis Donabedian
Blanco Ramos, M. Carmen	Servicio de Planificación Sanitaria. Galicia
Borràs Andrés, Josep Mª	Plan Director de Oncología. Catalunya
Calcerrada Díaz, Nieves	Agencia Laín Entralgo-UETS. Madrid
Castells Garangou, Antoni	Sociedad Española de Gastroenterología
Cerdá Mota, Teresa	Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias (AVALIA-T). Galicia
Clavería Fontán, Ana	Servicio de Calidad y Programas, División de Asistencia Sanitaria. Galicia
Colomer Bosch, Ramón	Sociedad Española de Oncológica Médica
Espin Basany, Eloy	Asociación Española de Cirujanos
García Aboín, Oscar	Unidad de Plan de Salud y Evaluación. Canarias
Gimeno de la Fuente, Victoria	Institut Universitari Avedis Donabedian
Macià Garau, Miquel	Sociedad Española de Oncología Radioterápica
Otero Santiago, María	Servicio de Calidad y Programas Asistenciales. Galicia
Pons Ráfols, Joan	Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). Catalunya
Saura Grifol, Rosa María	Institut Universitari Avedis Donabedian
Serrano Aguilar, Pedro	Unidad Plan de Salud y Evaluación. Canarias
Xercavins Montosa, Jordi	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Anexo B: Relación de participantes en GCA

Participantes en el grupo asistencial de consulta		
PROFESIONALES	**CENTRO**	**ÁREA DE EXPERIENCIA**
Albanell Mestres, Joan	Hospital del Mar. Barcelona	Oncología médica
Barnadas Molins, Agustí	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona	Oncología médica
Barón Duarte, Francisco Javier	Servicio de Procesos Asistenciales. Servizo Galego de Saúde	Oncología médica
Biondo Aglio, Sebastiano	Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat	Cirugía general
Calvo Martínez, Lourdes	Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña	Oncología médica
Codina Cazador, Antonio	Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona	Cirugía general
Dolado Correa, Mª Carmen	Hospital Universitario de Canarias. Tenerife	Comisión de tumores Registro de tumores
Dorta Delgado, Francisco Javier	Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife	Oncología médica
Farrús Lucaya, Blanca	Hospital Clínic i Provincial Barcelona	Oncología radioterápica
Fuentes Sánchez, Claudio	Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife	Comité de cáncer de mama
García Hernández, José Ángel	Complejo Hospitalario Materno Insular. Las Palmas de Gran Canaria	Ginecología y obstetricia
García Mata, Jesús	Complexo Hospitalario de Ourense	Oncología médica
González Patiño, Ezequiel	Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela	Oncología radioterápica
Gutiérrez Miguelez, Cristina	Institut Català d'Oncologia de l'Hospitalet	Oncología radioterápica
Hardisson Hernaez, David	Hospital Universitario la Paz. Madrid	Anatomía patológica
Hernández Romero, Juan María	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria	Cirugía general
Jiménez Medina, Mª Concepción	Complejo Hospitalario Materno Insular. Las Palmas de Gran Canaria	Comité de cáncer de mama
Llombart Cuzac, Antoni	Hospital Universitari Arnau de Vilanova Lleida	Oncología médica
López López, Rafael	Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela	Oncología médica
Machado Calvo, Manuel	Hospital Universitario de Canarias. Tenerife	Comité de cáncer de mama
Mosquera Osés, Joaquín	Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña	Diagnóstico por imagen
Mussulén, Eva	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona	Anatomía patológica
Otón Sánchez, Claudio	Hospital Universitario de Canarias. Tenerife	Oncología radioterápica

PROFESIONALES	CENTRO	ÁREA DE EXPERIENCIA
Perera Molinero, Antonio	Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife	Anatomía patológica
Quintero Carrión, Enrique	Hospital Universitario de Canarias. Tenerife	Patología digestiva
Rivero Alemán, Luis	Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín	Comité de cáncer de mama
Ruibal Morell, Álvaro	Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela	Medicina nuclear
Saigí Grau, Eugeni	Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell	Oncología médica
Sande Meijide, María	Complexo Hospitalario de Ourense	Medicina preventiva
Serrano Peña, Joaquín	Centro de Salud de Cambre. A Coruña	Medicina de familia
Tabernero Caturla, Josep Maria	Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona	Cirugía general
Vilar Mesa, Mª Concepción	Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife	Comisión de tumores. Registro de tumores
Viñas Salas, Joan	Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida	Cirugía general

López Rueda, J.A.	Presidente de la Sociedad Española de Diagnóstico por imagen en Mama. (SEDIM)
Ariza Fernández, Aurelio	Presidente de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP)

Abreviaciones

IUAD: Instituto Universitario-UAB, Avedis Donabedian
SS.CC.: Sociedades científicas
GPC: guías de práctica clínica
AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
GTA: Grupo técnico asesor
GAC: Grupo asistencial de consulta

Bibliografía

Guías de práctica clínica sobre cáncer de mama consultadas

1. Health outcome indicators: breast cancer. Report of a working group to the Department of Health. Oxford (United Kingdom): National Centre for Health Outcomes Development; 1999. Disponible en: http://nchod.uhce.ox.ac.uk/breastcancer.pdf
2. Guidelines for the care and treatment of breast cancer. Canada: Canadian Medical Association & Health Canada. CMA & Heath Canada; 1998-2003. Disponible en: http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/158/3/DC1#physicians
3. Clinical practice guidelines for the management of early breast cancer. Australia: National Health and Medical Research Council. Commonwealth of Australia; 2001. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp74.pdf
4. Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer. Australia: National Health and Medical Research Council. Commonwealth of Australia; 2001. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp76.pdf
5. Guidelines for surgical management of breast cancer. Australia: Royal Australian College Surgeons. Commonwealth of Australia; 1997. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0082/Surgical_Management_Breast_Cancer.pdf
6. Clinical practice guidelines for the management and support of younger women with breast cancer. Australia: National Health and Medical Research Council. Commonwealth of Australia; 2003. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp101.pdf
7. Avaluació continuada do programa galego de detección precoz de cancro de mama. Indicadores e obxetivos. Programa Galego de Detección Precoz de Cancro de Mama (PGDPCM). SERGAS; 2002.
8. Guidance on cancer services. Improving outcomes in breast cancer. Manual update. United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence (NICE). NHS England - Wales; 2002. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/Improving_outcomes_breastcancer_manual.pdf
9. Breast irradiation in women with early stage invasive breast cancer following breast conserving surgery. Ontario (Canada): Cancer Care Ontario, Practice Guideline Initiative, Program in Evidence Based Care.

Government of Ontario; 2002-2006. Disponible en: http://www.cancercare.on.ca/pdf/full1_2.pdf

10. Surgical management early breast cancer. Ontario (Canada): Cancer Care Ontario, Practice Guideline Initiative, Program in Evidence Based Care. Government of Ontario; 2002-2006. Disponible en: http://www.cma.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/l2/cjs/vol-48/issue-3/pdf/pg185.pdf
11. Baseline staging test in primary breast cancer. Ontario (Canada): Cancer Care Ontario, Practice Guideline Initiative, Program in Evidence Based Care. Government of Ontario; 2002-2006. Disponible en: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc1-14f.pdf
12. Management of ductal carcinoma in situ. Ontario (Canada): Cancer Care Ontario, Practice Guideline Initiative, Program in Evidence Based Care. Government of Ontario; 2002-2006. Disponible en: http://www.cancercare.on.ca/pdf/pebc1-10f.pdf
13. OncoGuia de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; Noviembre 2003. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/pdf/og0304ca.pdf
14. American Cancer Society Guidelines for breast cancer screening: Update 2003. CA Cancer J Clin. 2003;53;141-169.
15. Measuring the quality of breast cancer care in women. Rockville, MD (US): Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ); 2004. Evidence Report Núm. 105. Disponible en: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brcancer/brcancare.pdf
16. Guía de recomendaciones clínicas. Cáncer de mama. Principado de Asturias: Programas Clave Atención Interdisciplinar (PCAI). Consejería de Salud; 2005.
17. OncoGuia de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; Noviembre 2003. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/pdf/og0304ca.pdf
18. Oncoguía de cáncer de mama. Comunidad Valenciana: Plan Oncológico Comunidad Valenciana (POCV). Consejería de Salud; 2005. Disponible en: http://www.sapatologia.org/centinela/ONCOGUIAvalenciana.pdf
19. 84-Management of breast cancer in woman. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). NHS; 2005. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign84.pdf
20. Healthcare Guideline. Diagnosis of breast disease. Bloomington, MN (US): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005.

Disponible en: http://www.icsi.org/breast_disease_diagnosis/diagnosis_of_breast_disease_2.html
21. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th Edition. European Breast Cancer Network (EBCN). Health & Consumer Protection - Directorate General; 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf
22. Guías Clínicas en Atención Primaria. Cáncer de mama [en línea]. En: Fisterra.com - Atención Primaria en la Red; 2003.
Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/mama.pdf

Guías de práctica clínica sobre cáncer de colon y recto consultadas

23. Improving outcomes in colorectal cancer. United Kingdom: National Institute of Clinical Excellence (NICE); 2004. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/CSGCCfullguidance.pdf
24. Surveillance and management of groups at increased risk of colorectal cancer. New Zealand: New Zealand Guidelines Group; 2004. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0048/040624_FINAL_Full_for_Web_ Colorectal_Guideline1.pdf
25. Guidelines for the prevention. Early detection and management of colorectal cancer. Australia: National Health and Medical Research Council; 1999. Disponible en:
http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/withdrawn/cp62.pdf
26. Management of Colorectal Cancer. A national clinical guideline. Edinburgh (United Kingdom): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2003. SIGN-Guideline No. 67. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign67.pdf
27. OncoGuia de còlon i recte. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; Noviembre 2003. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/og0303ca.pdf
28. Recommended colorectal cancer surveillance guidelines by the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol. 1999;17(4):1312.
29. 2000 Update of American Society of Clinical Oncology Colorectal Cancer Surveillance Guidelines. J Clin Oncol. 2000;18(20):3586-8.
30. Guidelines for the early detection of cancer. American Cancer Society, 2003. CA Cancer J Clin. 2003;53:27-43.
31. Clinical Practice Guidelines for the Prevention. Early Detection and Management of Colorectal Cancer. Australia: National Health and Me-

dical Research Council. Australian Government; 2005. Disponible en: http://www.cancer.org.au/content.cfm?randid=408243

32. Guía de recomendaciones clínicas. Cáncer colorectal. Principado de Asturias: Programas Clave Atención Interdisciplinar (PCAI). Consejería de Salud; 2006.
33. Plan de Saúde 2006/2010. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria. Dirección Xeral de Aseguramento e Planificación Sanitaria. Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia; 2006. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=20032&uri=/Docs/PlanSaude/PlanSaude_2006_2010.pdf&seccion=0
34. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf
35. La Situación del Cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/situacionCancer.pdf
36. Determining the Potencial to Improve Quality of Care. 5th Edition. ACHS Clinical Indicator Results for Australia and New Zealand 1998-2003. Australia: The Australian Council on Healthcare Standards; 2004.
37. Health Quality Indicators Project Initial Indicators Report. OECD; 2006. Disponible en: http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf

9 788439 378877

P.V.P.: 6 euros

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.es