



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-302 - APLICACIÓN DE UN CIRCUITO ONCOLÓGICO: REDUCIR TIEMPOS Y MEJORAR RESULTADOS

Maqueda González, Rocío; García Septiem, Javier; Cerdán Santacruz, Carlos; Correa Bonito, Alba; Blanco Terés, Lara; Rodríguez Sánchez, Ana; Bermejo Marcos, Elena; Martín Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El modelo de circuito oncológico, entendido como una secuencia de procedimientos y consultas cumpliendo unos tiempos específicos automatizados, fue propuesto en nuestro centro en septiembre de 2019 y fue puesto en marcha definitivamente al final de dicho periodo. La sistematización de los circuitos permitiría acortar los tiempos de espera y una optimización en el manejo de los pacientes para completar su tratamiento en un tiempo óptimo.

**Métodos:** Se compararon 3 periodos de septiembre a febrero de 2018-19 (P1), 2019-20 (P2) y 2020-21 (P3) para evitar estacionalidad y la suspensión de procedimiento debido a la pandemia de marzo a mayo 2020. Se recogieron: motivo del diagnóstico, fecha de colonoscopia, tomografía computarizada (TC), primer diagnóstico, comité multidisciplinar, consulta de cirugía, oncología, anestesia y cirugía. La diferencia en días se analizó mediante las pruebas t-Student o ANOVA y U-Mann Whitney o Kruskal-Wallis para las variables con una distribución normal y no normal respectivamente analizada mediante el test estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados se expresaron en media  $\pm$  desviación estándar (DE) o mediana (rango intercuartílico (RI)).

**Resultados:** Se analizaron un total de 111 pacientes. La mediana (RI) de edad fue de 73,5 (14) años P1, 71, (24,3) P2 y 69,4 (23) P3,  $p = 0,37$ . La causa principal del diagnóstico fue *screening* en P1 (45,5%) y P2 (34,1%), en el P3 fue sintomatología (37,5%) y *screening* 16,7%,  $p = 0,065$ . La mediana en días entre la colonoscopia y el TC fue: P1 19 (32); P2 13,5 (14,8); P3 6 (71),  $p \leq 0,001$ . Se objetivaron diferencias entre P1 vs. P3,  $p \leq 0,001$  y P2 vs. P3,  $p = 0,03$  y supone una diferencia de medianas de 13 y 7,5 días respectivamente. La mediana en días entre el primer diagnóstico y la consulta de cirugía fue: P1 34 (25); P2 28,5 (18,25); P3 25 (75),  $p = 0,035$ . En la comparación por parejas sin ajuste P1 vs. P2,  $p = 0,049$  y P1 vs. P3,  $p = 0,035$ , tras ajuste  $p = 0,148$  y  $p = 0,106$  respectivamente siendo una diferencia de medianas de 5,5 días y 9 días. La mediana en días entre el primer diagnóstico y la intervención fue: P1 72,5 (30); P2 48,5 (18,5); P3 35,5 (20,25),  $p \leq 0,001$ . Se objetivaron diferencias entre P1 vs. P2,  $p = 0,001$  y P1 vs. P3,  $p \leq 0,001$  suponiendo una diferencia de 24 y 37 días respectivamente.

**Conclusiones:** Primeramente, la diferencia entre motivos de diagnóstico probablemente se deba a la disminución de los cribados por la pandemia por SARS-CoV-2. Respecto a la aplicación de un

circuito oncológico, se demuestra una disminución clínicamente significativa en los tiempos entre procedimientos hasta la intervención cumpliendo con los estándares reconocidos hoy en día. Se ha demostrado que realizar la intervención en este periodo mejora la supervivencia de los pacientes a largo plazo. Un estudio de seguimiento a largo plazo es necesario para demostrar estas diferencias tras la aplicación del circuito oncológico.