



ORIGINAL

La visión de los profesionales sanitarios del proceso diagnóstico de las mujeres con cáncer de ovario en Catalunya: estudio cualitativo



Mercè Marzo-Castillejo^{a,*}, Carmen Vela-Vallespín^b, Juanjo Mascort Roca^c, Carolina Guiriguet Capdevila^d, Núria Codern-Bové^e y Josep M. Borrás^f

^a Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Sud, Institut Català de la Salut (ICS); Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGol), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b CAP Riu Nord i Riu Sud, Institut Català de la Salut (ICS), Santa Coloma de Gramenet, Barcelona; Unitat Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGol), Mataró, Barcelona, España

^c CAP Florida Sud, Institut Català de la Salut (ICS), Hospitalet de Llobregat, Barcelona; Departament de Ciències Clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^d Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP), Institut Català de la Salut (ICS), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^e Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa, Terrassa, Barcelona; Universitat Autònoma Barcelona. ÀreaQ (Evaluation and Qualitative Research), Barcelona, España

^f Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de Barcelona; Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 23 de enero de 2023; aceptado el 14 de marzo de 2023

Disponible en Internet el 10 de abril de 2023

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Cáncer de ovario;
Profesionales sanitarios;
Atención primaria;
Atención prehospitalaria;
Detección precoz;
Oportunidades perdidas

Resumen

Objetivo: Identificar las oportunidades perdidas en el diagnóstico del cáncer de ovario (CO) en el sistema sanitario público de Catalunya mediante el análisis de la visión de los profesionales sobre el relato de las experiencias de las pacientes con CO.

Diseño: Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, con dos grupos focales.

Emplazamiento: Atención primaria, noviembre de 2017.

Participantes: Treinta y cuatro profesionales en base a un muestreo teórico: 21 médicos de familia, 8 profesionales de centros de salud sexual y reproductiva y 5 ginecólogos de hospital.

Métodos: Los participantes debatieron sobre diferentes itinerarios de procesos diagnósticos de mujeres con CO mediante la exposición de tres flujogramas elaborados a partir de los relatos obtenidos en entrevistas a pacientes. Se realizó un análisis de contenido temático.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarzoc@gencat.cat (M. Marzo-Castillejo).

Resultados: Se identificaron tres temas con diversos subtemas: a) falta de sospecha diagnóstica (desconocimiento de los síntomas, obviar la anamnesis y la exploración física, fragmentación de la atención y sesgos y prejuicios); b) dificultades para activar el proceso diagnóstico (acceso limitado a pruebas, accesibilidad desigual a ginecología y falta de seguimiento), y c) ausencia de circuitos rápidos preestablecidos.

Conclusiones: Los resultados ofrecen una visión de las dificultades del diagnóstico precoz del CO en nuestro ámbito. Creemos que su identificación permitirá la elaboración de estrategias para mejorar la precisión diagnóstica y la calidad de la atención en las mujeres con CO en nuestro medio.

© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Qualitative research;
Ovarian cancer;
Healthcare
professionals;
Primary health care;
Prehospital care;
Early detection;
Missing opportunities

Health professionals' perspective about women's experiences during the diagnostic process of ovarian cancer in Catalonia: Qualitative study

Abstract

Objective: To identify missed opportunities in the diagnosis of ovarian cancer (OC) in the public health system of Catalonia, through the analysis of the perceptions of health professionals on the stories's experiences of OC patients.

Design: Qualitative exploratory-descriptive study, with two focus groups.

Setting: Primary Care, November 2017.

Participants: Thirty-four professionals based on theoretical sampling: 21 family doctors, 8 professionals from sexual and reproductive health centres and 5 hospital gynaecologists.

Methods: Participants discussed the different diagnostic pathways for women with OC through the presentation of flowcharts which were developed with three stories and experiences of OC patients.

Results: Three themes with various sub-themes were identified as follow: a) lack of cancer diagnostic suspicion (lack of knowledge of symptoms of OC, anamnesis and physical examination overlooked, fragmentation of patient's care and bias and prejudice); b) difficulties in activating the diagnostic process (limited access to tests, unequal accessibility to gynaecology and lack of follow-up); and c) absence of fast-track referral system.

Conclusions: The results offer insight into the difficulties of early diagnosis of OC in our setting. We believe that their identification will allow the development of strategies to improve diagnostic accuracy and quality of care for women with OC in our setting.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El cáncer de ovario (CO) es el octavo tumor más frecuente en Europa y el cáncer ginecológico con mayor mortalidad, representando el 4,5% de las muertes por cáncer en las mujeres mayores de 65 años¹. En España se estima que en el año 2020 se diagnosticaron 3.500 nuevos casos¹. El 5-10% de los tumores son hereditarios (p.ej., mutaciones BRCA)².

El estadio en el momento del diagnóstico refleja la potencial malignidad, pero también su crecimiento a lo largo del tiempo y, en consecuencia, es una función indirecta del tiempo hasta el diagnóstico³. Dado que actualmente no existen estrategias de cribado del CO eficaces⁴, la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en estadios avanzados.

El proceso diagnóstico del cáncer está influenciado por el modelo sanitario^{5,6}. Los modelos con control de acceso (*gatekeeper*) se han asociado a una mejor calidad de la atención, pero también con intervalos diagnósticos más prolongados⁷. En atención primaria (AP) es difícil sospechar un cáncer durante un único encuentro clínico⁸. En las

mujeres con CO el diagnóstico puede llegar a ser muy complejo, ya que la presentación más habitual es con síntomas abdominopélvicos (digestivos, urinarios) vagos e inespecíficos, muy comunes en otras enfermedades benignas⁹.

En el sistema sanitario público de Catalunya las mujeres pueden acceder directamente a los centros de salud sexual y reproductiva (ASSIR), que están formados por profesionales de enfermería y ginecología. Habitualmente están ubicados en el mismo edificio del centro de AP o bien integrados en los servicios de ginecología de los hospitales comarcales. Se estima, además, que el 35% de la población catalana tiene también un seguro médico privado.

En Catalunya, una auditoría de 513 mujeres diagnosticadas de CO muestra que la mediana del intervalo diagnóstico en el grupo de mujeres con síntomas se sitúa en 110,5 días¹⁰, superior a los 48 días del *Cancer Benchmarking Partnership* (ICBP-M4), estudio realizado en países con modelos sanitarios similares al nuestro pero con circuitos de diagnóstico rápido para el CO¹¹. Además, las entrevistas a 24 mujeres con CO informaron que los retrasos diagnósticos tienen su

origen tanto en las mujeres (desconocimiento de los síntomas, tendencia a la normalización, reticencia a buscar atención por las exigencias del trabajo y la familia) como en los profesionales y en el sistema sanitario¹².

Aumentar la precisión diagnóstica y reducir el intervalo diagnóstico constituyen una prioridad en todos los ámbitos sanitarios¹³, a la vez que contribuyen a mejorar la calidad de la atención, las experiencias de las mujeres y su bienestar psicológico¹⁴. El objetivo del estudio es identificar oportunidades perdidas durante el proceso diagnóstico del CO en el sistema sanitario público de Cataluña mediante el análisis de la visión de los profesionales sanitarios de los relatos de las pacientes.

Métodos

Este estudio se llevó a cabo en la AP del sistema público de Catalunya durante el año 2017. Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo con enfoque fenomenológico. La información se obtuvo mediante dos grupos focales compuesto por profesionales, a los cuales se les invitó a compartir su punto de vista acerca de diversos relatos de mujeres sobre su experiencia durante el proceso diagnóstico del CO, expuestos a través de flujogramas (figs. 1-3).

Se seleccionaron 34 profesionales del sistema sanitario público potencialmente implicados en el proceso diagnóstico de las mujeres con CO. Los participantes se reclutaron a partir de una selección acorde a una estrategia de muestreo teórico en base al campo profesional: médicos de familia (MF), matronas, ginecólogos y gineoncólogos; al lugar de trabajo: centro AP, ASSIR y hospital, y a la demarcación geográfica (tabla 1). Se contactó a través de e-mail y/o teléfono.

La dinámica de las sesiones se presenta en la tabla 2. El equipo investigador seleccionó tres relatos de un total de 24 entrevistas individuales a mujeres con CO realizadas en un estudio preliminar¹², en los cuales el proceso diagnóstico no fue óptimo. Los grupos focales fueron conducidos por un miembro del equipo experta en investigación cualitativa. Las preguntas abiertas sobre los flujogramas presentados permitieron explorar las interpretaciones y percepciones de los participantes, construir la narrativa discursiva del grupo al cual pertenecían e identificar los principales ejes explicativos de sus intervenciones¹⁵. Los participantes también expusieron sus propias experiencias clínicas en relación con el tema estudiado.

Los audios grabados fueron transcritos de forma literal. El corpus textual fue analizado por tres investigadoras mediante análisis de contenido temático¹⁶, con el apoyo del programa Atlas.ti 8. En las sesiones de trabajo los investigadores debatieron y consensuaron el proceso y el análisis de los datos y elaboraron una lista de los temas y subtemas identificados.

El estudio cumple los criterios de presentación de informes de investigación cualitativa (COREQ)¹⁷.

Resultados y discusión

La información analizada se agrupó en tres temas, con diferentes subtemas.

Falta de sospecha clínica

Desconocimiento de los síntomas asociados al CO

Para los MF la principal dificultad diagnóstica radica en no pensar en el CO, debido a su baja incidencia y al hecho de que los síntomas de presentación a menudo son inespecíficos y motivos habituales de consulta (figs. 1 y 2).

[Los MF] no estamos muy familiarizados con los posibles síntomas que nos hacen sospechar un CO y esto es algo en lo que tenemos que trabajar... (MF11)

Los profesionales reconocieron que haber tenido una experiencia similar a las expuestas, marcaba una clara diferencia en cuanto a sospecha y su manejo.

Si tienes la desgracia de que te ha pasado una vez, a la siguiente lo mandas al ginecólogo, el CA125, la ecografía y lo que sea. (MF6)

Algunos profesionales afirmaron que, en determinadas ocasiones, sobre todo cuando se trata de pacientes con una fuerte vinculación, esta situación podría generar un sentimiento de malestar y frustración en el profesional.

Anamnesis y examen físico insuficiente

Algunos profesionales relacionaron la falta de sospecha con la dependencia excesiva de pruebas complementarias en detrimento de una anamnesis y una exploración física cuidadosas. Un profesional explicó el caso de una mujer con una masa abdominal palpable que había acudido repetidamente a diferentes consultas sin que nadie le hubiera realizado una exploración física ni preguntado por sus antecedentes familiares.

En AP la anamnesis y la exploración son importantes, y es cierto que a veces se va rápido y no se hace la exploración. (MF7)

Aunque algunos médicos argumentaban falta de tiempo en las consultas, también señalaron que la edad avanzada, la obesidad u otras comorbilidades son circunstancias que dificultan la interpretación de los hallazgos físicos y obligan a solicitar pruebas de imagen previas a cualquier orientación diagnóstica.

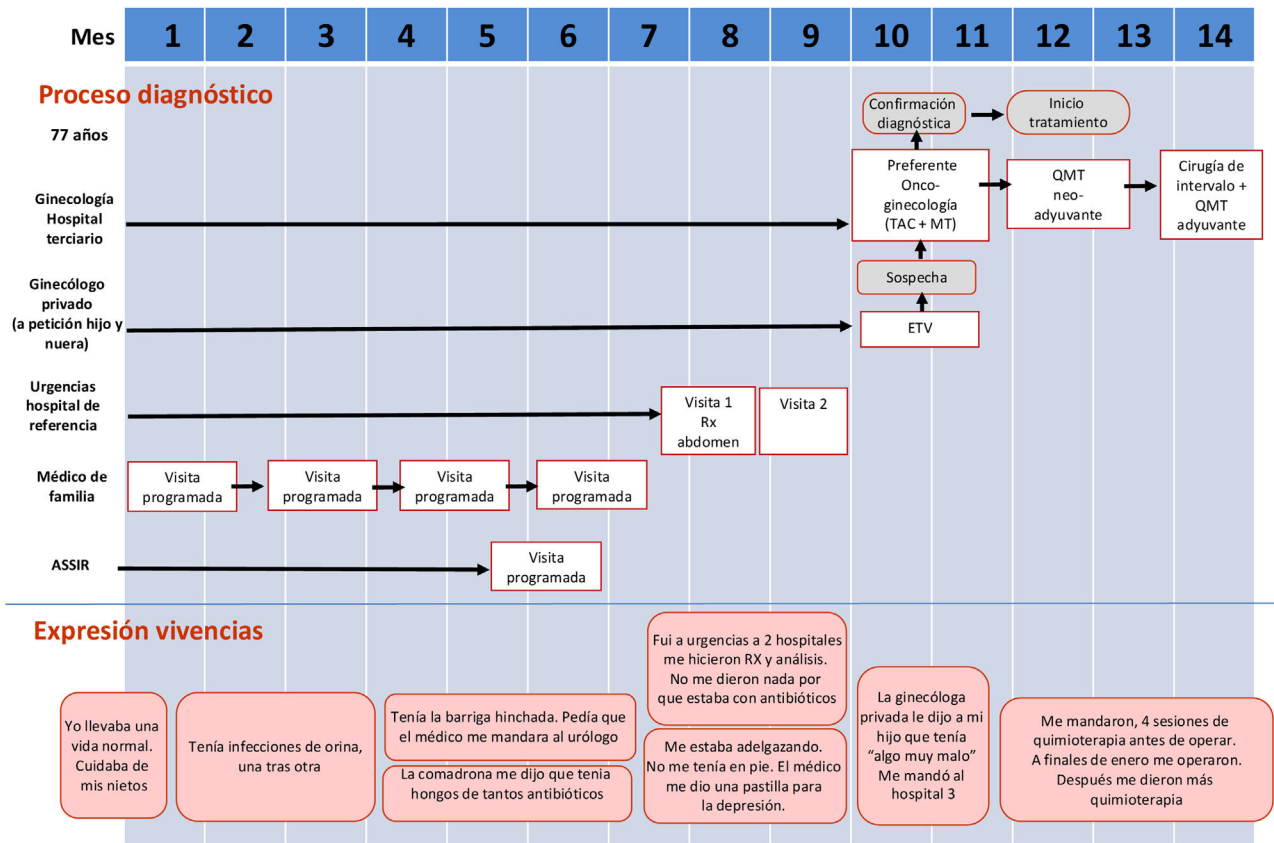
Si no se hace una mínima prueba complementaria como la ecografía, es imposible avanzar en el diagnóstico porque no es fácil examinar a las mujeres por su edad, por su obesidad y porque ¡ni siquiera se toca el útero! (GIN2)

La presencia de antecedentes familiares de cáncer (mama u ovario) es criterio suficiente para guiar las investigaciones posteriores.

Cuando hay antecedentes familiares de enfermedad ovárica, derivamos al ginecólogo, para que le hagan la exploración y ecografía. (MAT1)

Sin embargo, los profesionales de AP reconocieron que esta información no siempre constaba en la historia clínica.

En las historias clínicas, los apartados de los antecedentes familiares están probablemente vacíos. Probablemente completamos muchos antecedentes cardiovasculares, pero no neoplásicos. (MF15)



Rx: Radiografía; TAC: Tomografía axial computarizada; MT: marcadores tumorales; ETV: Ecografía Transvaginal; QMT: quimioterapia; ASSIR: Atención Salud Sexual y Reproductiva

Figura 1 Mujer con intervalo diagnóstico largo debido a la dificultad para generar la sospecha clínica por parte de los profesionales (flujograma A).

Tabla 1 Características de la muestra de participantes en los grupos focales

Campo profesional	Medicina de familia	ASSIR	Ginecología hospital	Total
Grupo focal 1	11	4	2	17
Grupo focal 2	10	4	3	17
Total	21	8	5	34

La muestra incluyó 24 mujeres y 10 hombres, con una mediana de edad de 50 años (rango 30-64 años) y una mediana de 20 años de profesión (rango 0-40 años). Del ASSIR participaron 4 ginecólogos y 4 matronas, y de ginecología hospital, 3 oncoginecólogos y 2 ginecólogos-obstetras residentes.

Nuestros resultados coinciden con diversos estudios sobre los factores que pueden dificultar la sospecha clínica: la falta de conocimientos, una anamnesis y exploración física insuficiente⁸, no disponer de tiempo para atender varios problemas de salud en una misma consulta^{18,19}, especialmente en personas mayores y con múltiples enfermedades²⁰.

Atención fragmentada

Los MF afirmaban que la atención fragmentada dificulta la valoración global del paciente y retarda la sospecha clínica. La fragmentación es debida, en parte, a los cambios adaptativos a la demanda creciente: implicación de enfermería en la atención inmediata, participación de residentes, profesionales específicos para la atención domiciliaria, atención en

los centros de urgencias de AP (CUAP), incluida y la atención no presencial.

La atención es mucho más fragmentada de lo que pensamos... ha pedido hora para su equipo de AP y la han visto cuatro personas diferentes. (MF21)

Existen estudios que han demostrado el beneficio de la continuidad de la asistencia en términos de reducción del intervalo diagnóstico para algunos cánceres, aunque de forma discreta²¹. Los MF valoraban positivamente la longitudinalidad como favorecedora de la sospecha clínica, ya que el conocimiento interpersonal previo puede alertar al médico sobre cambios físicos o de conducta, por ejemplo, cuando una mujer no frecuentadora comienza a acudir reiteradamente a urgencias.

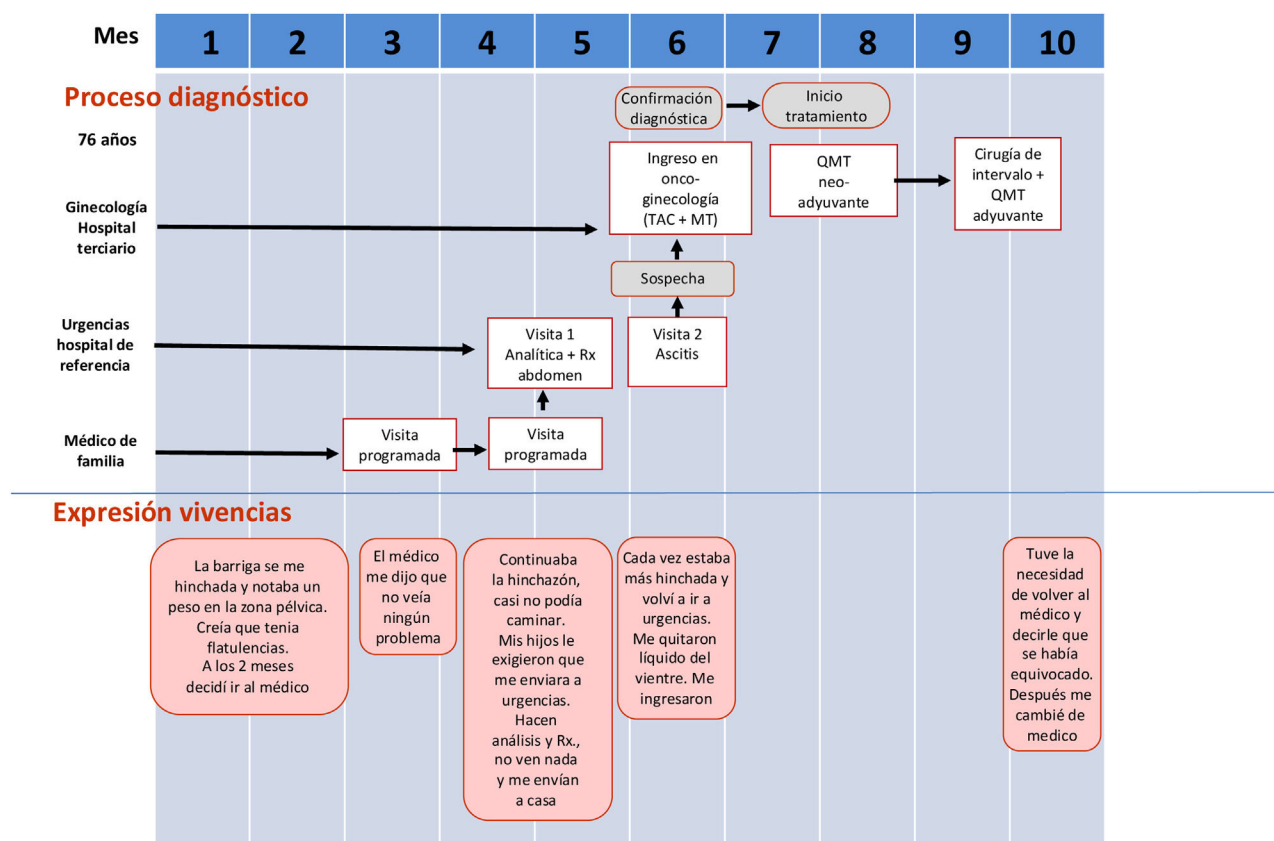
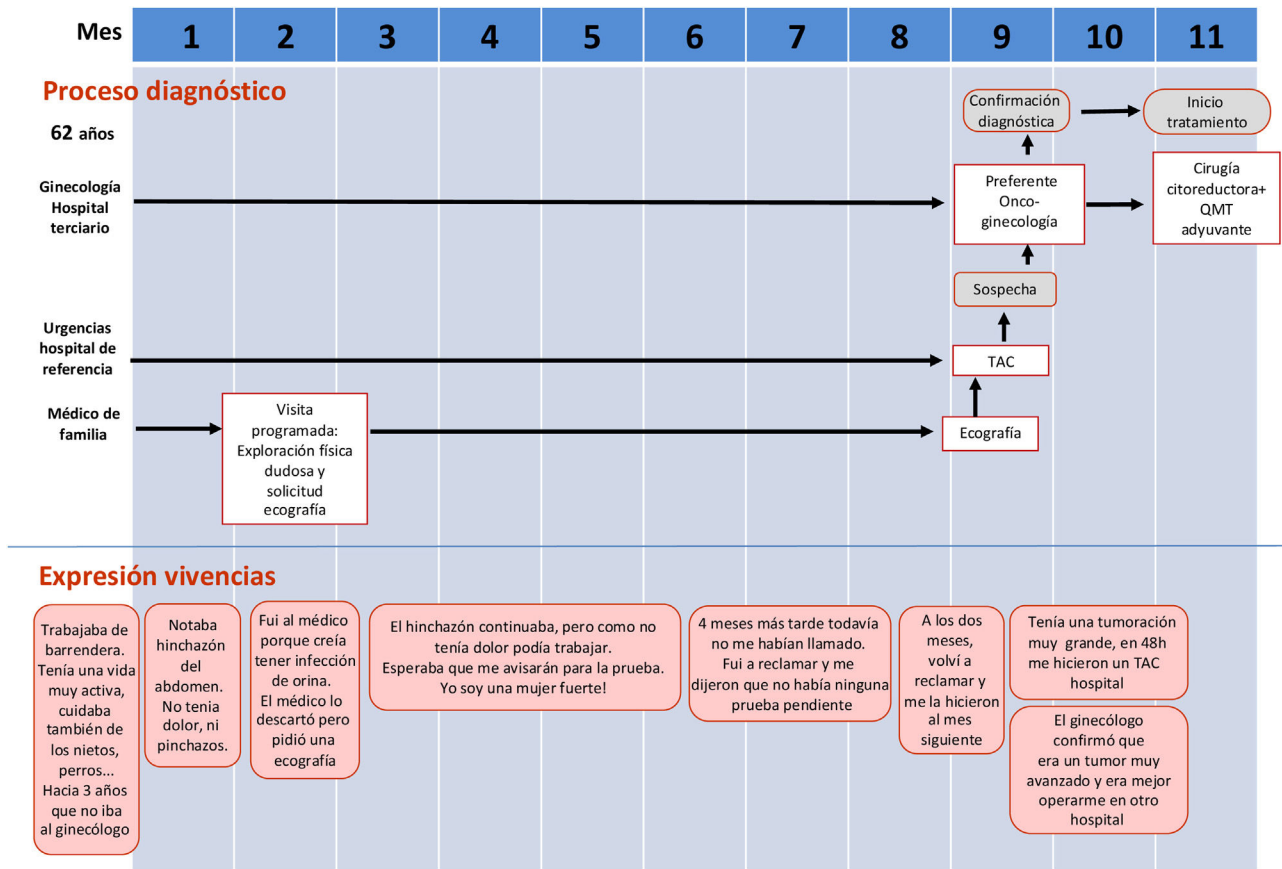


Figura 2 Mujer con un intervalo diagnóstico largo debido a la dificultad para generar la sospecha clínica por parte de los profesionales (flujograma B).

Tabla 2 Descripciones sesiones de los grupos focales

Lugar de reunión	Sede central IDIAP Jordi Gol, Barcelona
Fechas	Sesión 1, día 16 noviembre, en horario de mañana Sesión 2, día 23 de noviembre, en horario de tarde
Duración	2 horas y 30 minutos
Equipo conductor	Moderadora (NCB) Observadora 4 miembros del equipo de investigación.
Esquema sesión	Un miembro de la asociación de afectadas por cáncer de ovario (ASACO) Presentación objetivos del estudio Solicitud permiso grabación Firma consentimiento informado Presentación sucesiva de los flujogramas Discusión de preguntas abiertas realizadas por el moderador Discusión y propuestas de las posibles intervenciones de mejora
Relatos del proceso diagnóstico (flujogramas)	Mujer con intervalo diagnóstico largo debido a la dificultad para generar la sospecha clínica por parte de los profesionales (flujogramas A y B) Mujer con intervalo diagnóstico largo a causa de la falta de seguimiento del proceso diagnóstico (flujograma C)
Flujograma analizador	Representación gráfica de un proceso que permite visualizar el itinerario diagnóstico que realiza la mujer y sus interacciones con el sistema sanitario
Preguntas abiertas	¿Es creíble este caso? ¿Has tenido alguna experiencia similar? ¿Qué puntos fuertes y débiles del proceso diagnóstico destacarías?



TAC: Tomografía axial computarizada; QMT: quimioterapia

Figura 3 Mujer con intervalo diagnóstico largo a causa de la falta de seguimiento del proceso diagnóstico (flujograma C).

Si es la quinta vez que viene, algo tiene, si va a urgencias tres veces por lo mismo, no la dejes marchar, algo tiene. (MF22)

Sin embargo, igual que otros estudios²²⁻²⁴, algunos médicos consideraron que a veces el conocimiento previo del paciente puede conducir a un diagnóstico erróneo.

Los que trabajamos en primaria y llevamos tiempo, conocemos a los pacientes. Esto a veces es bueno y a veces es malo, por que ponemos la etiqueta, escuchas, escuchas, pero no estamos yendo al fondo. (MF7)

Sesgos y prejuicios

Algunos médicos admitieron que, lamentablemente en ocasiones, los profesionales no creen ni escuchan al paciente y se aferran a diagnósticos preconcebidos (figs. 1 y 2), no siendo capaces de modificar su impresión inicial o de plantearse otros diagnósticos diferenciales, pese a la persistencia de los síntomas.

El efecto etiqueta es muy contraproducente... en el momento que se cataloga como ITU y se sigue por ahí. (GIN 4)

Es conocido que la práctica clínica puede verse influida por sesgos como el de anclaje (confianza excesiva en un único síntoma) o el de confirmación (reticencia a cambiar la impresión inicial)^{8,25}. Así mismo, los prejuicios sobre diver-

sas poblaciones y comunidades (discriminación por lugar de procedencia, género, edad o discapacidad), aun de forma no consciente, pueden afectar al proceso diagnóstico¹³.

Dificultades para activar el proceso diagnóstico

Accesibilidad limitada a pruebas desde AP

Los profesionales explicaron que para la activación de circuitos preferentes era necesario, como mínimo, una exploración pélvica o una prueba de imagen sospechosa. Los MF admitían que el uso creciente de pruebas de imagen, sea por presiones de tiempo o por la práctica de una medicina defensiva, tiene como consecuencia inmediata la saturación de los servicios y la aparición de listas de espera con potenciales consecuencias negativas para las mujeres que verdaderamente necesitan descartar un CO.

Todos pedimos ecografías, radiografías, resonancias. ¡Pedimos veinte pruebas cuando en realidad deberíamos hacer diez! Así que el lugar para el que realmente lo necesita está ocupado. (GIN8)

Una ecografía abdominal solicitada por vía ordinaria puede demorarse de 2 a 3 meses. Además, no tiene suficiente sensibilidad, siendo generalmente necesaria la ecografía transvaginal, cuya solicitud es competencia exclusiva de los ginecólogos.

Entonces, pides una ecografía abdominal y luego tardan dos o tres meses... Pides cita con el ginecólogo y te dan cita para dentro de cuatro meses. No hay nada urgente... ¡pero así es!. (MF14)

Los profesionales explicaban que la existencia de demora para pruebas podía, en algún caso, persuadir al clínico de solicitar determinadas investigaciones y recomendaban a sus pacientes utilizar la vía de urgencias como atajo.

Esta mañana me llama la mujer y me dice que le han dado cita para una ecografía dentro de tres meses, ¡una ecografía preferente! ... Esto me hace decirle que vaya a urgencias. (MF21)

También, en alguna ocasión, los propios MF reconocieron haber sugerido a las pacientes realizar las pruebas diagnósticas en el entorno privado para reducir la demora.

Cuando los síntomas son inespecíficos, dada la dificultad de acceso a las pruebas de imagen, nuestros clínicos plantearon, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, la necesidad de determinar sistemáticamente el Ca125, tal y como recomiendan las guías de práctica clínica para el diagnóstico del CO en AP²⁶, e incorporar ecógrafos portátiles en las consultas de AP y en los CUAP, como en otros países con modelos similares al nuestro²⁷. La buena predisposición por parte de algunos médicos de familia a asumir nuevas competencias en ecografía contrastaba con el realismo de los que manifestaban estar sobrepasados por la carga asistencial de las consultas y consideraban que la solución al problema debería incluir cambios organizativos.

Accesibilidad desigual a las consultas de ginecología

Cuando los ASSIR están ubicados en el mismo edificio que el centro de AP suele existir una buena colaboración entre profesionales y es posible realizar una valoración inmediata de mujeres con hallazgos patológicos. Sin embargo, cuando no existe interrelación es menos factible realizar exploraciones inmediatas, e incluso en algunos centros las urgencias ginecológicas son derivadas sistemáticamente al hospital de referencia.

Hay una gran diferencia entre los centros. No es lo mismo los centros donde hay un ginecólogo en la consulta de al lado... que en los centros donde el ginecólogo está en otro edificio. (GIN3)

Algunos profesionales del ASSIR afirmaban que reservan diariamente visitas para la atención inmediata; no obstante, los MF tenían la percepción de que no era una práctica común en todos los ASSIR y que una visita ordinaria podía demorarse varios meses. Uno de los participantes también informó que en un hospital de tercer nivel existía la opción de acceder a una consulta de atención inmediata para mujeres con sospecha de patología oncológica ginecológica de forma preferente, previa derivación por parte de los MF o ASSIR del área de referencia.

Falta de seguimiento del proceso diagnóstico

En el caso de una paciente con síntomas abdominales inespecíficos, su MF solicitó una ecografía cuya petición se acabó «perdiendo» (fig. 3). Los clínicos consideraron que era una situación creíble, aunque afortunadamente poco habitual,

atribuible a una mala comunicación o a un error administrativo. Algunos médicos destacaron la pasividad de la paciente, no obstante, consideraron que los síntomas debían ser leves y que ella priorizó el trabajo y/o la familia a su propio bienestar. Los profesionales concluyeron que cuando se solicitan pruebas diagnósticas es necesario ser muy asertivos para asegurar la adherencia a las mismas.

Intento advertir a las pacientes que, si voy a pedir una ecografía, es porque tienes algo, así que no la pido por si acaso, para que vean la importancia de las pruebas... (MF22)

Efectivamente, la falta de adherencia a las pruebas recomendadas^{28,29}, o no acudir a las visitas de seguimiento previstas como estrategia de conducta expectante y/o cuando presentan síntomas persistentes, agravados o nuevos^{28,29} pueden ser también oportunidades perdidas de diagnóstico.

Los MF referían que existe excesiva confianza en que los pacientes volverán a reconsultar si los síntomas persisten, pero no siempre es así. Coinciden en lo observado por otros autores^{22,30} en la importancia de adoptar medidas, dar consejos y saber transmitir la confianza suficiente que invite al paciente a reconsultar en caso de síntomas nuevos, recurrentes, persistentes o que empeoren. Establecer una red de seguridad es una estrategia primordial para el manejo de la incertidumbre diagnóstica^{30,31} y particularmente importante en el seguimiento del proceso diagnóstico del CO en AP. Algunos profesionales insistían en que, en situaciones de fuerte presión asistencial, esta práctica no es asumible y creían necesario fomentar la autorresponsabilidad de los pacientes y evitar actitudes paternalistas.

Por último, también se ha descrito como posible causa de retraso diagnóstico la falta de seguimiento de resultados anormales, sea por omisión de la alerta médica o por la ambigüedad sobre el profesional «responsable»³², tal como comentó un MF sobre un caso particular en el que no se notificó un resultado de una prueba anormal.

... el paciente no vino a la consulta, estuvo 6 meses con una Rx de tórax informada pero que nadie se había mirado porque no había ninguna alerta. (MF 21)

Ausencia de circuitos rápidos preestablecidos

Cuando es preciso confirmar el diagnóstico, la mayoría de los profesionales, tanto del entorno público como del privado, utilizan sus contactos para conseguir atención rápida en el hospital de referencia de la especialidad (fig. 1). La valoración de este hecho fue controvertida. Los ginecólogos lo consideraban un punto fuerte, pero la mayoría de los MF consideraron que para el sistema sanitario era una debilidad, puesto que dependía de la voluntariedad y la capacidad de acceso a las redes profesionales.

Todo se sale de los circuitos establecidos y depende de la voluntad de los profesionales, pero la respuesta siempre es buena. (MF4)

Incluso se comentó un caso particular en el que la paciente autogestionó su itinerario. Los MF lamentaron que obtener la mejor atención posible dependiera del nivel

socioeconómico y de las habilidades personales para navegar por un complejo y cambiante sistema sanitario.

... la gente que se mueve más, que es más culta, con más acceso a recursos... les va mejor... Nosotros, en nuestro trabajo, debemos hacer un esfuerzo suplementario con las personas con determinantes [de la salud, sociales] más negativos. (MF6)

Los profesionales de AP valoraban muy positivamente los circuitos de diagnóstico rápido de cáncer, pero, a diferencia de otros países^{26,33}, no existe un circuito específico para el CO. Tampoco existen clínicas de diagnóstico rápido del cáncer multidisciplinares para pacientes con síntomas inespecíficos pero preocupantes, como en el Reino Unido³⁴.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Este es el primer estudio en nuestro ámbito donde los profesionales de AP y los ginecólogos del sistema sanitario público catalán analizan y reflexionan conjuntamente sobre las experiencias de las mujeres con CO.

El debate basado en los relatos verbalizados y retrospectivos de las pacientes podría considerarse una limitación. Sin embargo, la triangulación de técnicas (entrevistas individuales y grupos focales) y de fuentes de información (pacientes y profesionales), junto con los comentarios sobre las propias experiencias de los profesionales a lo largo de su práctica clínica, creemos que aumenta la validez de los resultados. La composición de ambos grupos focales fue superior a los estándares recomendados, y con mayor representación de MF. No obstante, conseguimos que los grupos tuvieran suficiente capacidad de interacción para favorecer el debate y que fueran suficientemente heterogéneos para enriquecer el discurso. No podemos descartar que la percepción de unos profesionales hacia otros pueda haber afectado sus contribuciones, inhibiendo la participación o condicionando la respuesta.

Nuestros resultados, aunque no son generalizables, pueden servir como base teórica para analizar un fenómeno similar en otros contextos. Los resultados ofrecen una visión de las dificultades del diagnóstico precoz del CO en nuestro ámbito. Creemos que su identificación tiene implicación en nuestra práctica clínica. Entre las estrategias para mejorar la precisión diagnóstica y la calidad de la atención en las mujeres con CO en nuestro medio sugerimos mejorar la accesibilidad a pruebas diagnósticas y consultas de ginecología, especialmente en mujeres menopáusicas con sintomatología; disponer de tiempo suficiente para atender a las pacientes poco frecuentadoras o con múltiples comorbilidades y realizar una anamnesis y exploración física adecuada; sistematización del registro de antecedentes personales y familiares de cáncer en la historia clínica electrónica, facilitar herramientas de apoyo a la decisión para minimizar los sesgos cognitivos y prejuicios, garantizar sistemas de seguimiento en estrategias de «conducta expectante» e implementar controles de alarma eficaces ante resultados anormales de las pruebas. Facilitar flujos preferenciales entre niveles asistenciales, ya sean circuitos de diagnóstico rápido específicos del CO o circuitos para síntomas inespecíficos e inexplicables pero preocupantes.

Lo conocido sobre el tema

- El diagnóstico del CO es complejo, ya que la presentación más habitual es con síntomas abdominopélvicos (digestivos, urinarios) vagos e inespecíficos.
- En atención primaria es difícil sospechar un cáncer durante un único encuentro clínico.
- Aumentar la precisión diagnóstica del cáncer de ovario (CO) y reducir el intervalo diagnóstico contribuyen a mejorar la calidad de la atención, las experiencias de las mujeres y su bienestar psicológico.

Qué aporta este estudio

- Identificación de las dificultades para el diagnóstico precoz de las mujeres con CO en nuestro ámbito: falta de sospecha diagnóstica, dificultades para activar el proceso diagnóstico y ausencia de circuitos rápidos preestablecidos.
- Es fundamental una mayor sensibilización sobre el CO y capacitación básica en ecografía ginecológica en AP.
- Es importante establecer flujos preferenciales entre niveles asistenciales (circuitos de diagnóstico rápido del CO o circuitos preferentes para síntomas inespecíficos e inexplicables).

Consideraciones éticas

El estudio se ha realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki y ha recibido la aprobación ética del Comité de Ética de la Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina, número P17/088.

Los autores cuentan con el consentimiento informado de las pacientes con cáncer de ovario. La confidencialidad de los participantes está garantizada en virtud de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (03/2018, de 5 de diciembre) y de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, de Protección de Datos (GDPR) y la legislación nacional pertinente.

Los profesionales que participaron en los grupos focales firmaron un consentimiento informado previamente al inicio de la sesión.

Financiación

El proyecto recibió una beca de investigación competitiva de la Generalitat de Catalunya, concedida en la convocatoria 2016 en el marco de la Acción Estratégica de Salud 2016-2020, dentro del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS). La convocatoria estaba orientada a la planificación y coordinación, y definía las líneas generales de investigación e innovación en el Departamento de Salud, en línea con las prioridades del Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 (referencia SLT002/16/00200).

Carmen Vela-Vallespín recibió una beca del Instituto Catalán de la Salud para la capacitación en investigación y realización del doctorado en Atención Primaria 2017, convocada por la IDIAP Jordi Gol con relación al proyecto «Evaluación del proceso asistencial en mujeres con sospecha de cáncer de ovario en la atención primaria catalana».

Conflictos de intereses

Los autores del estudio declaramos no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a las mujeres que relataron sus experiencias sobre el proceso diagnóstico y a los a los profesionales que participaron en los grupos focales y aportaron su punto de vista. Agradecemos la valiosa contribución de Àngels Cardona Cardona en la realización de las entrevistas y en el desarrollo de los grupos focales. Hacemos una mención especial a los profesionales que colaboraron en el diseño del estudio y ayudaron en el reclutamiento de pacientes y profesionales participantes: Luisa Aliste Sánchez, Paula Manchón y Joan Lluís Prades Pérez, Núria Gimferrer Artigas, Asunción Pérez-Benavente, José Luis Sánchez-Iglesias, Aureli Torne Badé, Blanca Gil Ibañez, Eva Sarda Barea, Lorena Baglietto Basilico. Nuestro más sincero agradecimiento a Charo Roda Jiménez miembro de la Asociación de afectados por cáncer de ovario (ASACO).

Bibliografía

- Dyba T, Randi G, Bray F, Martos C, Giusti F, Nicholson N, et al. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. *Eur J Cancer*. 2021;157:308–47.
- La Vecchia C. Ovarian cancer: epidemiology and risk factors. *Eur J Cancer Prev*. 2017;26:55–62.
- Zhou Y, Abel GA, Hamilton W, Pritchard-Jones K, Gross CP, Walter FM, et al. Diagnosis of cancer as an emergency: A critical review of current evidence. *Nat Rev Clin Oncol*. 2017;14:45–56.
- Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Singh N, Ryan A, Karpinen C, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): A randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;397:2182–93.
- Andersen RS, Vedsted P, Olesen F, Bro F, Søndergaard J. Does the organizational structure of health care systems influence care-seeking decisions? A qualitative analysis of Danish cancer patients' reflections on care-seeking. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29:144–9.
- Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: Improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer*. 2012;106:1262–7.
- Scott SE, Walter FM, Webster A, Sutton S, Emery J. The model of pathways to treatment: Conceptualization and integration with existing theory. *Br J Health Psychol*. 2013;18:45–65.
- Lyratzopoulos G, Vedsted P, Singh H. Understanding missed opportunities for more timely diagnosis of cancer in symptomatic patients after presentation. *B J Cancer*. 2015;112 Suppl 1:S84–91.
- Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, et al. Development of an ovarian cancer symptom index: Possibilities for early detection. *Cancer*. 2007;109:221–7.
- Vela-Vallespín C, Manchon-Walsh P, Aliste L, Borrás JM, Marzocastillejo M. Prehospital care for ovarian cancer in Catalonia: Could we do better in primary care? Retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2022;12:e060499.
- Tørring ML, Falborg AZ, Jensen H, Neal RD, Weller D, Reguilon I, et al., ICBP Working Group. Advanced-stage cancer and time to diagnosis: An International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP) cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28:e13100.
- Vela-Vallespín C, Medina-Perucha L, Jacques-Aviñó C, Codern-Bové N, Harris M, Borrás JM, et al. Women's experiences along the ovarian cancer diagnostic pathway in Catalonia: A qualitative study. *Health Expect*. 2023;26:476–87.
- Singh H, Connor DM, Dhaliwal G. Five strategies for clinicians to advance diagnostic excellence. *BMJ*. 2022;376:e068044.
- Arden-Close E, Gidron Y, Moss-Morris R. Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: A systematic review. *Psychooncology*. 2008;17:1061–72.
- Berenguer A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57.
- McCartney M. One problem. *BMJ*. 2014;348:g3584.
- Harris M, Vedsted P, Esteva M, Murchie P, Aubin-Auger I, Azuri J, et al. Identifying important health system factors that influence primary care practitioners' referrals for cancer suspicion: A European cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8:e022904.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43.
- Ridd MJ, Ferreira DL, Montgomery AA, Salisbury C, Hamilton W. Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: Electronic medical records study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2015;65:e305–11.
- Johansen ML, Holtedahl KA, Rudebeck CE. How does the thought of cancer arise in a general practice consultation? Interviews with GPs. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30:135–40.
- Siminoff LA, Rogers HL, Thomson MD, Dumenci L, Harris-Haywood S. Doctor, what's wrong with me? Factors that delay the diagnosis of colorectal cancer. *Patient Educ Couns*. 2011;84:352–8.
- Hansen R, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. General practitioner characteristics and delay in cancer diagnosis: A population-based cohort study. *BMC Fam Pract*. 2011;26:100.
- Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: A systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16:138.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ovarian cancer: detection in primary care. 2019 [consultado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/ovarian-cancer#path=view%3A/pathways/ovarian-cancer/ovarian-cancer-detection-in-primary-care.xml&content=view-node%3Anodes-testing-for-ovarian-cancer>.
- Ladegaard Baun ML, Dueholm M, Heje HN, Hamilton W, Petersen LK, Vedsted P. Direct access from general practice to

- transvaginal ultrasound for early detection of ovarian cancer: A feasibility study. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39:230–9.
28. Jensen H, Nissen A, Vedsted P. Quality deviations in cancer diagnosis: Prevalence and time to diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract*. 2014;64:e92–8.
 29. Singh H, Giardina TD, Petersen LA, Smith MW, Paul LW, Dismukes K, et al. Exploring situational awareness in diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:30–8.
 30. Mendonca SC, Abel G, Saunders C, Wardle J, Lyratzopoulos G. Pre-referral general practitioner consultations and subsequent experience of cancer care: Evidence from the English Cancer Patient Experience Survey. *Eur J Cancer Care*. 2016;25:478–90.
 31. Virgilsen LF, Pedersen AF, Vedsted P, Petersen GS, Jensen H. Alignment between the patient's cancer worry and the GP's cancer suspicion and the association with the interval between first symptom presentation and referral: A cross-sectional study in Denmark. *BMC Fam Pract*. 2021;22:129.
 32. Singh H, Thomas EJ, Mani S, Sittig D, Arora H, Espadas D, et al. Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting: Are electronic medical records achieving their potential? *Arch Intern Med*. 2009;169:1578–86.
 33. Baun ML, Jensen H, Falborg AZ, Heje HN, Petersen LK, Vedsted P. Ovarian cancer suspicion, urgent referral and time to diagnosis in Danish general practice: A population-based study. *Fam Pract*. 2019;36:751–7.
 34. Cancer Research UK: key messages from the evaluation of Multidisciplinary Diagnostic Centres (MDC): A new approach to the diagnosis of cancer. 2019 [consultado 16 Ene 2020]. Disponible en: https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/ace_mdc_report_may_2019_1.1.pdf.