

# ANÁLISIS DE LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

J.E. CABALLERO ALCÁNTARA, C. MARCHAL ESCALONA, J. GARCÍA PENIT,  
M. PADILLA LEÓN

*Servicio de Urología. Hospital Costal del Sol. Marbella (Málaga).*

Actas Urol Esp. 27 (4): 286-291, 2003

## **RESUMEN**

"ANÁLISIS DE LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA"

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de próstata es una causa importante de mortalidad masculina en nuestro medio.

**OBJETIVOS:** Conocer el tiempo de demora existente en realizar el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de próstata.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Análisis de 30 casos de pacientes tratados mediante prostatectomía radical, cuantificando los diversos tiempos de demora existentes en las distintas fases del proceso.

**RESULTADOS:** Visita en atención primaria-primera visita en especializada: 21,7 días. Primera visita en especializada-realización de biopsia: 22,8 días. Biopsia-información de diagnóstico: 34,3 días. Diagnóstico-visita preanestésica: 28,5 días. Preanestesia-intervención quirúrgica: 25,7 días.

**COMENTARIOS:** Como puntos de importancia en una posible demora diagnóstica-terapéutica, donde podemos actuar como plan de mejora destacamos: la educación poblacional en general y la información al paciente en particular, análisis de las pautas de actuación médica, mejora de la coordinación interniveles, aumento de la flexibilidad en consultas y listas de espera diagnósticas y terapéuticas, corrección de la temporalidad, creación de unidades clínicas multidisciplinarias, y mejora en las políticas sanitarias.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de próstata. Tratamiento. Demora.

## **ABSTRACT**

"TIME OF DELAY ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF THE PROSTATE CANCER"

**INTRODUCTION:** The prostate cancer is an important cause of men's mortality in our society.

**PURPOSE:** To know the time of delay in to realise the surgical treatment of the prostate cancer.

**MATERIALS AND METHODS:** Analysis of 30 cases of patients treated with radical prostatectomy, quantifying the time of delay in all the periods of the process.

**RESULTS:** Appointment in general practitioner-first appointment in urology: 21.7 days. First appointment in urology-biopsy: 22.8. Biopsy-diagnosis: 34.3. Diagnosis-appointment of anesthesiology: 28.5. Anesthesiology-radical prostatectomy: 25.7.

**CONCLUSIONS:** There are actions for to reduce the delay in to perform the diagnosis or treatment, where we can act how an improvement plan: to give poblational education in general and information to the patient in particular, to analyze the rules of medical action, to improve the coordination between level, to improve the flexibility in outpatients appointment and time waiting for diagnosis test and treatment, to correct the temporality, to create clinical units of many specialities and to improve the politics of health.

**KEY WORDS:** Prostate cancer. Treatment. Delay.

En los países industrializados, el cáncer es la segunda causa de mortalidad tras la enfermedad cardiovascular, por lo que el proceso de su diagnóstico y tratamiento son de vital importancia desde el punto de vista clínico y sanitario.

Al analizar la información acerca de la enfermedad neoplásica, nos encontramos con diversas y variadas dificultades:

- Dificultades en cuanto a la consideración de la definición del diagnóstico precoz del cáncer en lo referente al retraso en ser llevado a cabo lo antes posible tras el primer síntoma o en ir más allá mediante campañas de prevención, además de reconocer la dificultad que presentan muchos cánceres ante la vaguedad del inicio de sus síntomas<sup>1-4</sup>.

- La dificultad en la definición del retraso en el diagnóstico del cáncer, o según la epidemiología oncológica del "intervalo síntoma-diagnóstico" en cuanto al tiempo que se tarda en diagnosticar o en el tiempo que tarda en producir síntomas, debido a la idiosincrásica naturaleza de cada caso.

- La dificultad ante la imposibilidad de retrasar deliberadamente un diagnóstico o un tratamiento de cáncer para comparar dos grupos en igualdad de condiciones.

En este retraso de diagnóstico de la enfermedad neoplásica influyen muchos factores: la biología del tumor y su capacidad para generar síntomas, los factores socioculturales, psicológicos, del sistema sanitario y económicos<sup>4</sup>.

De este retraso se puede responsabilizar bien al paciente por su desconocimiento, miedo o costumbres, bien al sistema sanitario por su ineficacia en el funcionamiento o a ambos<sup>4</sup>.

Existen unas informaciones a favor y otras en contra en cuanto al efecto negativo que tiene para la evolución de la enfermedad oncológica, el retraso en su diagnóstico. De tal forma, diversos autores opinan que el retraso de varias semanas o algunos meses en ser diagnosticado un proceso no implica un efecto negativo en la evolución; así opina Menczer sobre las neoplasias ginecológicas<sup>5</sup>, Tartter y Naeve sobre el cáncer de mama<sup>6,7</sup>, Bennett sobre el melanoma<sup>8</sup>, Goodman y Roncoroni sobre el cáncer de colon<sup>9,10</sup>, Guerra en el carcinoma de esófago<sup>11</sup> y Bacci sobre el osteosarcoma<sup>12</sup>. Mientras que otros opinan lo contrario, como Parvez sobre la neoplasia renal<sup>13</sup>, Naeve

sobre el cáncer de mama en los casos en que no existen adenopatías<sup>7</sup> y Moul y Prout sobre el cáncer testicular<sup>14,15</sup>.

El diagnóstico y el tratamiento precoz de todas las enfermedades es positivo en dos vertientes: en primer lugar y más importante para lograr la curación del paciente, y en segundo lugar como indicador del buen funcionamiento de la atención médica.

A este respecto, se han realizado estudios analizando los tiempos de demora existentes desde que se producen los primeros síntomas hasta que se instaura un tratamiento definitivo, en toda clase de procesos, tanto benignos como malignos. Ante la gran diversidad de fases que se pueden encontrar en un análisis de este tipo, se han propuesto diferentes tiempos para poder comparar homogéneamente las observaciones: tiempo desde que se presentan los primeros síntomas hasta la primera consulta con el médico de atención primaria, tiempo desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico de certeza, tiempo desde la primera consulta en cualquier centro hasta que se obtiene el informe de anatomía patológica o el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer hasta que se inicia el tratamiento<sup>3</sup>.

El gran enemigo para el diagnóstico y tratamiento precoz de los procesos es la existencia de las listas de espera.

Éstas parecen ser un mal inacabable cuando el sistema considera a la equidad un valor fundamental, pudiendo llegar a ser un argumento político y un argumento de negociación de recursos.

Las listas de espera son elementos complejos que dependen de muchos factores: asistenciales, geográficos, características del hospital, etc. Y son variadas: de consultas externas, de pruebas diagnósticas, de quirófano, etc.

Al analizar estos temas llegaremos a plantearnos cuestiones difíciles de responder, como cual es el tiempo de demora razonable y/o admisible en cada patología, cuales son los criterios para modificar la distribución de la espera, cuales son los mecanismos a poner en marcha para disminuir estas esperas, etc.<sup>16</sup>.

## OBJETIVOS

Conocer el tiempo de demora global existente en la realización del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de próstata en nuestro medio.

Conocer el tiempo de demora de cada fase de la que se compone este proceso.

Conociendo los resultados, proponer un plan de mejora para disminuir dichos periodos de tiempo.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para desarrollar el trabajo seguimos el siguiente proceso:

Sospechamos la existencia de un problema.

Analizamos los datos que disponemos acerca de ello.

Definimos la existencia de los fallos en el sistema según los resultados.

Proponemos soluciones como plan de mejora.

En una segunda fase volveríamos a analizar los nuevos datos disponibles tras aplicar las soluciones y comprobar si ha existido mejora.

En primer lugar sospechamos la existencia de una elevada duración en el desarrollo y conclusión del proceso cáncer de próstata desde su origen hasta que se instaura tratamiento.

En segundo lugar analizamos los datos de que disponemos. Para ello, analizamos 30 casos de pacientes diagnosticados y tratados mediante prostatectomía radical con intención curativa por presentar adenocarcinoma de próstata con criterios para su realización.

En este análisis cuantificamos los siguientes tiempos de demora:

- Demora 1: tiempo desde que se produce la derivación en atención primaria hasta la visita en consulta externa de urología como primera visita.
- Demora 2: tiempo que se tarda en realizar la biopsia prostática desde que se solicita en la consulta externa de urología.
- Demora 3: tiempo desde que se realiza la primera visita en consulta externa de urología hasta que se informa del diagnóstico anatómopatológico al paciente en la consulta externa de urología.
- Demora 4: tiempo que transcurre desde que se conoce el diagnóstico en la consulta externa hasta que el paciente es visto en la consulta de preanestesia como valoración previa a cirugía radical con intento curativo.
- Demora 5: tiempo que pasa desde que el paciente es visto en la consulta de preanestesia hasta que es tratado mediante prostatectomía radical.

De cada tiempo contabilizamos el rango y la mediana, y al final, de forma sumatoria hallamos la demora global que tiene el paciente para recibir tratamiento.

Tras esto, detectamos posibles fallos en el sistema que permite desarrollar el proceso cáncer de próstata.

Por último, basándonos en los hallazgos, hacemos un plan de mejora para intentar subsanar los fallos y reducir las demoras que se suponen elevadas.

## RESULTADOS

La mediana de los tiempos empleados en cada periodo analizado, y sus rangos son los siguientes:

- Demora 1: derivación desde primaria a primera visita hospitalaria: 21,7 días (6-76).
- Demora 2: primera visita hospitalaria a realización de biopsia: 22,8 días (7-59).
- Demora 3: primera visita hospitalaria a información de diagnóstico: 57,1 días (20-127). (34,3 días entre realización de biopsia e información de diagnóstico).
- Demora 4: diagnóstico a visita preanestésica: 28,5 días (12-77).
- Demora 5: preanestesia a intervención quirúrgica: 25,7 días (8-34).

La suma global de todas las demoras anteriores es de 133 días, teniendo en cuenta que la demora en realizar la biopsia de próstata se incluye en la demora existente entre la primera visita hospitalaria y la información del diagnóstico (Figura 1).

## COMENTARIOS

El retraso en realizar un diagnóstico es la causa más frecuente de litigación en los procesos judiciales por enfermedades malignas, por la ansiedad producida en el paciente y por los posibles efectos clínicos<sup>6</sup>. Por eso, la forma más eficaz de estar protegido ante tal posibilidad es que nuestra documentación esté en perfecto orden y se hayan realizado los test diagnósticos y tratamientos adecuados<sup>17</sup>.

La cantidad de tiempo contabilizada como retraso es muy variable según las distintas publicaciones. Así tenemos para el cáncer de mama desde 1 mes<sup>18</sup> a 3 meses<sup>3,6</sup>, para el cáncer de ovario de 13

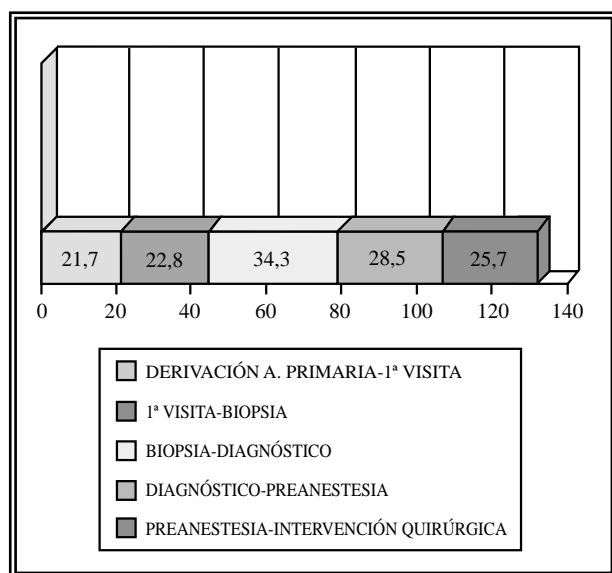


FIGURA 1

a 3 meses<sup>2</sup>, para el cáncer de labio de 4<sup>19</sup> a 18 meses<sup>3</sup>, para el cáncer de colon de 4<sup>20</sup> a 11 meses<sup>9</sup>, para el cáncer de pulmón de 2<sup>21</sup> a 3 meses<sup>22</sup>, para el cáncer bucofaríngeo de 3 meses<sup>23</sup>, para el melanoma de 6<sup>24</sup> a 11 meses<sup>25</sup>, para el de testículo 5 meses<sup>14</sup>, para el cáncer de estómago de 5 meses<sup>26</sup>, para el cáncer de vejiga 4 meses<sup>3</sup>, para el cáncer de riñón de 3 meses<sup>1</sup>, para el cáncer de próstata de 4 meses<sup>3</sup>.

Pero si tenemos en cuenta la tardanza que se produce desde la aparición del primer síntoma hasta la realización del tratamiento definitivo se puede superar el año en el cáncer de próstata, los cuatro meses en el cáncer renal y los ocho meses en el cáncer vesical<sup>3,4</sup> ya que con frecuencia el paciente no da importancia a sus síntomas y retrasa la realización de la primera visita con su médico.

Se puede actuar en distintos campos para disminuir estos periodos de dilación en todo el proceso diagnóstico-terapéutico de cualquier enfermedad. En el terreno poblacional, en el terreno médico, en el terreno político, etc.:

1. Es importante la educación poblacional en materia sanitaria para evitar los retrasos indebidos de los pacientes generalmente por considerar que su problema no tiene importancia<sup>4,14,23-25,27-30</sup> que puede suponer el 25% de los casos de retraso, sobre todo incidiendo más en estratos sociales que por sus características son más desfavorables y su nivel de conocimiento inferior<sup>4,31</sup>.

2. Es importante valorar las pautas de actuación médica y de coordinación interniveles desde el punto de vista de nuestro quehacer diario como médicos, ya que éstas pueden llegar a ser las responsables de obtener peores resultados terapéuticos e incluso ser las causantes del 45% de los casos de retraso<sup>4,11,18,24,25,27,28,32-35</sup>.

3. Es importante realizar un análisis de las políticas sanitarias desde el punto de vista de los responsables en ese campo para que no se produzcan desigualdades de funcionamiento entre distintos sistemas como el público y el privado que lleven a retrasos en diagnóstico y en tratamiento en uno de ellos<sup>16,18,31</sup>. Para que se mejoren los sistemas de diagnóstico en situación presintomática<sup>34</sup> y los programas de screening<sup>34</sup>. Para que mejore la eficiencia en el funcionamiento sanitario<sup>26,30,36-39</sup>, en el manejo de las listas de espera de procesos diagnósticos y terapéuticos<sup>16,40-42</sup> y en la coordinación interniveles<sup>3,43-47</sup>.

Como intento de reducir estos tiempos de demora, podemos establecer un plan de mejora consistente en los siguientes puntos:

1. Desarrollo y/o mantenimiento de programas de coordinación con la asistencia primaria consistentes en establecimiento de protocolos conjuntos de diagnóstico, tratamiento y derivación de la patología en cuestión, junto con sesiones interactivas de docencia de teoría, casos clínicos y simulación de tacto rectal.

2. Flexibilidad en la visita de consultas externas hospitalarias de urología en cuanto a citación de forma preferente de patología que supuestamente pueda ser neoplásica, tanto en primera visita como en revisión.

3. Flexibilidad en la lista de espera quirúrgica tanto para la realización de biopsias como para la intervención en sí, de manera que los procesos de carácter neoplásico sean realizados de forma preferente.

4. Corrección de la temporalidad en la actividad hospitalaria en cuanto a que en determinadas épocas del año se dilaten las actuaciones diagnósticas o terapéuticas, estableciendo si es necesario actividad complementaria con el personal existente en esos momentos.

5. Suministrar al paciente la información y educación necesarias para que colabore en el desarrollo de su proceso de manera que acuda a

todas sus citas, y si no puede que avise previamente, que realice adecuadamente la preparación de las técnicas a realizar, que siga las instrucciones dadas, etc., con lo que el sistema ganará eficacia.

6. Creación de unidades clínicas diagnósticas-terapéuticas, en las que los profesionales involucrados en ellas mantengan una comunicación, coordinación, consenso y objetivos comunes aunque dependan de distintos servicios, como pueden ser en este caso médico de familia, radiólogo, anatomopatólogo, anestesiólogo, urólogo y personal de enfermería.

Algunos de estos puntos ya se realizan habitualmente por parte de los distintos servicios de urología, como es nuestro caso. Lo importante es mantener los ya puestos en marcha con intento de mejorarlos, e instaurar los que aún no han funcionado.

Después de establecer un plan de mejora como el propuesto, se han de evaluar los cambios para comprobar si ha existido mejora, evaluar los problemas y/o errores y así sucesivamente.

## REFERENCIAS

- PANTALONE D, BONTA M, ALLOCA A, NINCHERI M, BORRI A.: Effects of a diagnosis delay in the treatment and survival in patients with pancreatic neoplasms. *Chirurgia* 1999; **12 (4)**: 291-294.
- WIKBORN C, PETTERSSON F, MOBERG P.: Delay in diagnosis of epithelial ovarian cancer. *International journal of Gynecology and Obstetrics* 1996; **52 (3)**: 263-267.
- BERNAL M, GÓMEZ F, GÓMEZ G.: Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. *Atención Primaria* 2001; **27 (2)**: 79-85.
- ARES A, ESCOLAR A, SÁINZ B.: Retraso en el diagnóstico de tumores malignos (mama, laringe y vejiga). *Revista Clínica Española* 1995; **195 (12)**: 825-829.
- MENCZER J.: Diagnosis and treatment delay in gynecological malignancies. Does it affect outcome?. *International journal of Gynecological Cancer* 2000; **10 (2)**: 89-94.
- TARTER P, PACE D, FROST M, BERNSTEIN J.: Delay in diagnosis of breast cancer. *Annals of Surgery* 1999; **229 (1)**: 91-96.
- NEAVE L, MASON B, KAY R.: Does delay in diagnosis of breast cancer affect survival?. *Breast Cancer Research and Treatment* 1990; **15 (2)**: 103-108.
- BENNETT D, WASSON D, MACARTHUR J, MCMILLEN M.: The effect of misdiagnosis and delay in diagnosis on clinical outcome in melanomas of the foot. *Journal of the American College of Surgeons* 1994; **179 (3)**: 279-284.
- GOODMAN D, IRVIN T.: Delay in the diagnosis and prognosis of carcinoma of the right colon. *British Journal of Surgery* 1993; **80 (10)**: 1327-1329.
- RONCORONI L, PIETRA N, VIOLI V, SARLI L, CHOUA O, PERACCHIA A.: Delay in the diagnosis and outcome of colorectal cancer: a prospective study. *European Journal of surgical oncology* 1999; **25 (2)**: 1773-178.
- GUERRA A, BORDA F, VALERDI J, FORTUN M, VIDAN J, URIBARRENA R, FRAUCA A.: Carcinoma epidermoide esofágico: relación de la demora diagnóstica con el estadiaje tumoral y el pronóstico. *Gastroenterología y Hepatología* 1990; **13 (6)**: 294-297.
- BACCI G, FERRARI S, LONGHI A, MELLANO D, GIACOMINI S, FORNI C.: Delay in diagnosis of high-grade osteosarcoma of the extremities. Has it any effect on the stage of disease?. *Tumori* 2000; **86 (3)**: 204-206.
- PARVEZ T.: Renal cell carcinoma: physician related delay in diagnosis. *Journal of the College of Physician and Surgeons Pakistan* 2000; **10 (3)**: 116-119.
- MOUL J, PAULSON D, DODGE R, WALTHER P.: Delay in diagnosis and survival in testicular cancer: impact of effective therapy and changes during 18 years. *Journal of Urol* 1990; **143 (3)**: 520-523.
- PROUT G, GRIFFIN P.: Testicular tumors: delay in diagnosis and influence on survival. *American Family Physician* 1984; **29 (5)**: 205-209.
- BARBA R, BOHIGAS L, DELGADO R, GORRITXO J, GIL A, HUMET C, MOREU F, SERRA M, SUÑOL R, VILANOVA F.: Las listas de espera. *Rev Calidad Asistencial* 1996; **11**: 100-101.
- ANDREWS B, BATES T.: Delay in the diagnosis of breast cancer: medico-legal implications. *Breast* 2000; **9 (4)**: 223-237.
- BEDELL M, WOOD M, LEZOTTE D, SEDLACEK S, ORLEANS M.: Delay in diagnosis and treatment of breast cancer: implications for education. *Journal of Cancer Education* 1995; **10 (4)**: 223-228.
- GORSKY M, DAYAN D.: Referral delay in diagnosis and surgical intervention in acute appendicitis. *Revista de Gastroenterología de México* 1995; **60 (1)**: 17-21.
- KEMPPAINEN M, RAIHA I, RAJALA T, SOURANDER L.: Delay in diagnosis of colorectal cancer in elderly patients. *Age and ageing* 1993; **22 (4)**: 260-264.
- PEREIRA J, IKARI F, MINAMOTO H, CASSIOLOI J.: Delay factors in the diagnosis of lung cancer: a public health problem. *Revista Paulista de Medicina* 1991; **109 (3)**: 109-112.
- SILVA P, PEREIRA J, IKARI F, MINAMOTO H.: Lung cancer and the delay in the diagnosis: analysis of 300 cases. *Revista de Associação Médica Brasileira* 1992; **38 (3)**: 145-149.
- JOVANOVIC A, KOSTENSE P, SCHULTEN E, SNOW G, VAN DER WAALL I.: Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma; a report from The Netherlands. *European Journal of Cancer. Part B, oral Oncology* 1992; **28B (1)**: 37-38.
- STEIN M, ROBINSON E.: Delay in the diagnosis of malignant melanoma. *Harehuah* 1989; **117 (7-8)**: 183-186.
- JOHANSSON C, EKENMAN I, TORNKVIST H, ERIKSSON E.: Stress fractures of the femoral neck in athletes. The consequence of the delay in the diagnosis. *American Journal of Sports Medicine* 1990; **18 (5)**: 524-528.

26. MIKULIN T, HARDCASTLE J.: Gastric cancer: delay in diagnosis and its causes. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology* 1987; **23 (11)**: 1683-1690.
27. NEAVE L, MASON B, KAY R.: Does delay in diagnosis of breast cancer affect survival?. *Breast Cancer Research and Treatment* 1990; **15 (2)**: 103-108.
28. RAMPEN F, RUMKE P, HART A.: Patients and doctor delay in the diagnosis and treatment of cutaneous melanoma. *European Journal of Surgical Oncology* 1989; **15 (2)**: 143-148.
29. HANSEN H, MORSEL-CRALSEN L, BULOW S.: Patients perception of symptoms in colorectal cancer. A cause of delay in diagnosis and treatment. *Ugeskrift for Laeger* 1997; **159 (3)**: 1941-1944.
30. CAPLAN L, HELZLSOUER K, SHAPIRO S, WESLEY M, EDWARDS B.: Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Preventive Medicine* 1996; **25 (2)**: 218-224.
31. RICHARDSON J, LANGHOLZ B, BERNSTEIN L, BURCIAGA C, DANLEY K, ROSS R.: Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *British Journal of Cancer* 1992; **65 (6)**: 922-926.
32. MILLAR CRAIG M, JOY A, ADAMOWICZ M, FURBER R, THOMAS B.: Reduction in treatment delay by paramedic ECG diagnosis of myocardial infarction with direct CCU admission. *Heart* 1997; **78 (5)**: 456-461.
33. BEYERS N, GIE R, SCHAAF H, ZYL S, NEL E, TALENT J, DONALD P.: Delay in the diagnosis, notification and initiation of treatment and compliance in children with tuberculosis. *Tubercle and lung disease* 1994 aug; **75 (4)**: 260-265.
34. ZILLING T, WALTHER B, AHREN B.: Delay in diagnosis of gastric cancer: a prospective study evaluating doctors - a patient delay and its influence on five year survival. *Anticancer research* 1990 mar-apr; **10 (2<sup>a</sup>)**: 411-416.
35. GODDARD A, KINGSTON J, HUNGERFORD J.: Delay in diagnosis of retinoblastoma: risk factors and treatment outcome. *British Journal of Ophthalmology* 1999 dec; **83 (12)**: 1320-1323.
36. PÉREZ A, LARRAGA R, HERRERO I, MARÍN J, PÉREZ J.: Incidence and delay in the diagnosis of active pulmonary tuberculosis in the elderly. *Revista Clínica Española* 1987; **180 (8)**: 462.
37. KJERULF A, TVEDE M, ALDERSHVILE J, HOIBY N.: Bacterial endocarditis at a tertiary hospital- how do we improve diagnosis and delay of treatment?. A retrospective study of 140 patients. *Cardiology* 1998; **89 (2)**: 79-86.
38. Comisión de recursos del hospital Arnau de Vilanova. Estudio del tiempo de espera en consultas externas. XII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
39. RABADÁN A, RUIZ C, DE LA CRUZ V.: Los protocolos como herramienta de la mejora de la calidad asistencial. XIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
40. LORENZO S, LÓPEZ M, VIÑAS B, BERMEJO M, MORÓN J.: Corrección de los factores determinantes de la lista de espera quirúrgica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
41. ESTRADA J, ÁLVAREZ C, RODRÍGUEZ M, ÁLVAREZ N, FONSECA R, GALARRAGA M.: Detección de posibilidades de mejora mediante el diagrama de flujos en el grupo de gestión de la lista de espera quirúrgica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
42. SÁNCHEZ R, ARCELALAY A, HERNÁNDEZ L, BACIGALUPE M, FERNÁNDEZ G, LÓPEZ G.: ¿Algún día dejaremos de hablar de la lista de espera quirúrgica como de un problema a resolver?. XII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
43. GARCÍA L, GERVAS J, OTERO A, PÉREZ M.: La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1994; **68**: 267-278.
44. RODRÍGUEZ R, PEREIRO I, SANFELIX J.: Valoración de la cumplimentación de la hoja de interconsulta entre los niveles de atención primaria y asistencia especializada. *Revista de Calidad Asistencial* 1995; **10 (3)**: 105-110.
45. VIDAL J, ARBONA A, CASADO E, GARCÍA L, IBÁÑEZ M, VALERO F.: Análisis de la calidad de las derivaciones de primaria a especializada. Estudio Adpes. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
46. LLOVET J, ALMAHANO P, PANIAGUA A, ROMERO C, RUIZ D, VIAPLANA A.: Grupos de mejora multidisciplinarios: área de admisión. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
47. PILAS T, POSE C, MARTÍNEZ M, MARTÍN A, PILAS M.: Sistema de información sanitaria hospital-atención primaria para coordinación entre niveles asistenciales, cuatro años en marcha. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

---

Dr. J.E. Caballero Alcántara  
Servicio de Urología. Hospital Costa del Sol  
Ctra. Nac. 340 - 29600 Marbella (Málaga)

(Trabajo recibido el 1 octubre de 2002)