UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

ABORDAJE DE LA CIRUGÍA MENOR EN CENTROS DE SALUD Y MEDIO HOSPITALARIO. VALORACIÓN DEL COSTO-EFECTIVIDAD DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO.

Mauricio de Grado Molinero

Tesis presentada para aspirar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria, se realiza bajo la dirección del Profesor Dr. D. Manuel Gómez Fleitas

Santander 2013

D. MANUEL GÓMEZ FLEITAS, CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA, COMO DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL:

"Abordaje de la Cirugía Menor en Centros de Salud y medio Hospitalario. Valoración del costo-efectividad de un nuevo modelo organizativo"

CERTIFICA:

Que dicho trabajo ha sido realizado por **D. Mauricio de Grado Molinero** bajo mi dirección, y que reúne los requisitos de originalidad necesarios para poder ser presentado como Tesis Doctoral al objeto de que pueda optar al grado de Doctor por la Universidad de Cantabria.

Manuel Gómez Fleitas

Santander, a 1 de mayo de 2013

Agradecimientos

Al Director de esta Tesis Doctoral, Dr D. Manuel Gómez Fleitas, por haber apostado y confiado en mí, por su incuestionable cualidad de liderazgo y su contagiosa ilusión y entusiasmo por las Ciencias Médicas. Sin su apoyo y dirección, este trabajo no hubiera sido posible.

Al Servicio de Cirugía General del HUMV por la buena acogida que me ha brindado y la cordialidad que he podido sentir al trabajar junto a todos los miembros de su Equipo

A todos mis compañeros, con los cuales he aprendido a moverme por los complejos caminos de la Medicina, en especial a la Dra. Pilar García Velasco, por sus muchos ánimos, asesoramiento y ayuda para completar este trabajo.

A Pedro Muñoz Cacho, Técnico de Salud Pública, por su inestimable ayuda y consejos en el tratamiento estadístico de este trabajo

A los Médicos Residentes que, además de su ayuda prestada, suponen un continuo estímulo para mantener frescos y actualizados los conocimientos de la praxis médica

A todos los que han sido y siguen siendo mis profesores, por lo mucho que he aprendido de ellos.

Dedicatoria

A la Medicina Pública de este país nuestro, para que pronto se reestablezca de las agresiones sufridas por los múltiples recortes y recupere pronto el esplendor del que siembre hizo gala.

A todos los profesionales de la medicina que mantienen el entusiasmo y la ilusión a lo largo de todos los años de ejercicio de esta apasionante profesión.

“… se hace camino al andar ”

(A. Machado)

INDICE DE GRÁFICOS, TABLAS Y ESQUEMAS

GRÁFICOS

Salas de Cirugía Menor 54

Técnicas aplicadas 61

Utilización de la Electrocirugía 73

Envíos s Anatomía Patológica 92

Volantes remitidos al HUMV 107

Tiempos de espera 114

Quiste Epidérmico. 125

Quiste epidérmico. Diagnostico correcto de los casos fallidos 126

Encuesta de satisfacción 179

TABLAS

Datos demográficos generales 42

Características demográficas de las zonas 42

Consulta de Cirugía Menor de Alta Resolución 44

Características de los principales anestésicos utilizados en Cirugía Menor 60

Técnicas empleadas 61

Criocirugía 70

Utilización de la Electrocirugía 72

Lesiones subcutáneas más frecuentes 79

Envíos Anatomía Patológica 92

Encuesta telefónica sobre satisfacción de los usuarios de cirugía menor 96

Tarifa de servicios 99

Tablas de valoración....101
Según Técnica....101
Según Localización....101
Según Diagnóstico previo. 102
Volantes recibidos en el HUMV....108
Concordancia diagnóstica....116
Lesiones Generales....118
Resultados de Anatomía Patológica....121
Quiste Epidérmico....122
Diagnósticos fallidos de quiste epidérmico....124
Triquilema....126
Diagnósticos previos de los casos fallidos....126
Lipomas....127
Diagnósticos previos fallidos. Lipomas....128
Nevus Melanocítico....129
Nevus Azul....131
Fibromas....132
Pólipo Fibroepitelial....133
Dermatofibroma....134
Hemangioma....135
Ganglión....136
Hidrosadenitis....137
Molluscum contagiosum....138
Neurofibroma....139
Pilomatricoma....140
Schwnoma....141
Sinus Pilonidal....142
Queratosis seborreica....143

Patología infecciosa/inflamatoria 144
Quiste mucoide 145
Otras patologías 146
Verruga vulgar/ Condiloma 147
Lesiones Malignas 148
Diagnósticos previos de las lesiones malignas 149
Otros tiempos de espera de lesiones malignas 150
Carcinoma Basocelular 151
Carcinoma Epidermoide 152
Queratosis Actínica 156
Otras lesiones Malignas 157
Lesiones benignas de baja frecuencia 163
Angioleiomioma 163
Angiomixoma 163
Angioqueratoma 164
Elastosis solar/ Léntigo solar 164
Espiradenoma ecrino 165
Leiomioma 165
Poroma ecrino 166
Tumor Gnómico 166
Cirugía de la uña 168
Suturas/Plastias 169
Cirugía del lóbulo de la oreja 169
Afeitado/Curetaje 170
Circuncisión 170
Amputación 171
Complicaciones y secuelas aparecidas 172
Secuelas 174

Intervenciones no realizadas 175
Comorbilidad de los pacientes 176
Docencia y formación 177
Resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios 178
Imputación por intervenciones 182
Imputación por procedimientos 182
Complicaciones y secuelas 209

ESQUEMAS

Cirugía Menor en AP: Modelo Canario 20
Circuito general de los pacientes en los Centros de Salud 46
Circuito general de los pacientes en el centro Hospitalario 49
Circuito postquirúrgico desde los Centros de Salud 93
Circuito postquirúrgico en el HUMV 94
Circuito seguido por los volantes remitidos desde los Centre de Salud 109
Promedio de tiempos de espera 112
Circuito normal y de Alta Resolución 113
Distintos Puntos del procedimiento en donde se efectúan distintos diagnósticos 117
Tiempos de espera de las lesiones malignas (CE y CB) 150
Intervención realizada en Centro de Salud 182
Intervención realizada en Centro Hospitalario. Circuito de Alta Resolución 183
Modelo propuesto (Cantabria: Gerencia AP-HUMV) 199

INDICE GENERAL

I. Introducción 1

I.1 Historia 3

I.2 Situación general del panorama actual 8

I.3 Situación en el territorio de las Autonomías 10

I.4 Proyección de futuro 21

I.5 Satisfacción de los pacientes 26

I.6 Eficiencia 27

II. Justificación y objetivos 33

II.1 Justificación 35

II.2 Objetivos específicos 36

II.3 Objetivos generales 36

III. Pacientes, Material y Métodos 39

III.1 Organización y Pacientes 41

III.1.1 Sistema Organizativo 41

III.1.2 Pacientes diana y origen de los mismos 45

III.1.2.1 Centros de Salud 45

III.1.2.2 Hospitales 47

III.1.3 Instalaciones utilizadas 50

III.1.3.1 Personal necesario 50
III.1.3.2 Espacio. Salas para Cirugía Menor. 51
III.1.3.3 Instrumental quirúrgico empleado 55
III.1.3.3.1 Listado de instrumental 55
III.1.3.3.2 Limpieza y esterilización del material 56
III.1.4 Preparación del paciente 57
III.1.4.1 Aspectos generales 57
III.1.4.2 Anestesia 58
III.2 Técnicas utilizadas 60
III.2.1 Afeitado/Curetaje 62
III.2.2 Amputación 63
III.2.3 Circuncisión, Postectomía. Cirugía del frenillo 64
III.2.4 Cirugía de la uña 65
III.2.5 Criocirugía 69
III.2.6 Electrocirugía 71
III.2.7 Escisión lesión superficial. 74
III.2.8 Extirpación con Punch 76
III.2.9 Extirpación de lesión subcutánea 77
III.2.10 Extracción de cuerpos extraños 79
III.2.11 Punción/Drenaje 81
III.2.12 Suturas/Plastias 82
III.2.13 Algunas técnicas reparadoras empleadas 86
III.2.14 Toma de muestra 89
III.3 Circuito postquirúrgico. Envío a Anatomía Patológica 90
III.4 Satisfacción del paciente 95

III.5 Cálculo de la Eficiencia 96
III.6 Cálculo de la complejidad de las intervenciones. 100
III.7 Tratamiento informático y estadístico 103

IV. Resultados 105
IV.1 Resultados estructurales 107
IV.2 Lista de Espera 109
IV.3 Resultados Clinicopatológicos 115
IV.3.1 Concordancia diagnóstica 115
IV.3.2 Lesiones aparecidas 118
IV.3.3 Resultados por técnicas 167
IV.3.4 Complicaciones y secuelas aparecidas 172
IV.4 Intervenciones no realizadas 175
IV.5 Comorbilidad de los pacientes 176
IV.6 Docencia y formación realizadas 177
IV.7 Resultado de la encuesta de satisfacción a los usuarios 178
IV.8 Resultado sobre los costos de los tratamientos 180

V. Discusión 185
V.1 Modelo asistencial 187
V.2 Docencia 200
V.3 Envíos a Anatomía Patológica 203

V.4 Eficiencia.....205

V.5 Epidemiología. Utilización del Servicio 208

V.6 Satisfacción de los pacientes.....208

V.7 Complicaciones y Secuelas. 209

VI. Conclusiones. 213

VII. Bibliografía. 219

VIII Anexos 239

ABREVIATURAS UTILIZADAS

Abreviatura	Término
AP	Asistencia Pública Domiciliaria
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CA	Cirugía Ambulatoria
CAR	Consulta de Alta Resolución
CMA	Cirugía mayor ambulatoria.
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
COM	Colegio Oficial de Médicos
CS	Centro de Salud
EAP	Equipo de Atención Primaria
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
GRD	Grupos Relacionados por el diagnóstico
HUMV	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
IQAp.	Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias programadas
MAP	Médico de Atención Primaria
MIR	Médicos Internos Residentes
MF	Médico de Familia
OTA	Office of Technology Assessment, (EE UU).
SERAM	Sociedad
SNS	Sistema Nacional de Salud

TOS	Tiempo de ocupación de sala
TM	Tiempo medio empleado
UA	Unidad de actividad
UCMA	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
URV	Unidad relativa de valor
WONCA	World Organization of Family Doctors (nombre corto de la *World Organization of National Colleges, Academies* (WONCA) *and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

I.
INTRODUCCIÓN

I.1. HISTORIA

En España el concepto moderno de Medicina de Familia (M F) basado en el trabajo del Médico General (MG), se ha introducido con más rapidez que en otros países europeos y aunque con sus lógicas dificultades, pronto se ha afianzado como doctrina y disciplina, constituyendo uno de los grandes pilares de la atención y asistencia sanitaria.

En 1974 fue cuando los miembros del New Leeuwenhorst Group definieron al entonces Médico General en los siguientes términos:

"El Médico de Familia-Médico General es un Licenciado en Medicina que da cuidado personal, primario y continuado a los individuos, familias y comunidades, independientemente de la edad, sexo o la enfermedad de que se trate. Atenderá a sus pacientes en la Consulta, en sus hogares y a veces en clínicas y hospitales incluyendo e integrando en sus consideraciones sobre salud y enfermedad, factores físicos, psíquicos y sociales. …"

Posteriormente, en 1988, fue uno de sus miembros de la citada Academia Europea, el Prof. Guttoorm Bentsen, el que encabezó un comité de expertos de la WONCA[a] donde se señala el papel del Médico de Familia / Médico General como:

[a] La **World Organization of Family Doctors** es el nombre corto de la *World Organization of National Colleges, Academies* (**WONCA**) *and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Es la organización internacional que reúne las universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general / medicina de familia.

“ El médico de Familia/ Médico General es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales o servicios si es necesario”

Posteriormente en el año 2005 se afirma que *“Medicina General / Medicina de Familia es una disciplina académica y científica, con sus propios contenidos educativos y de investigación, con base en la evidencia y en la actividad clínica, siendo una especialidad clínica orientada a la atención primaria.*[1]

En España, históricamente nos detendremos en primer lugar en la *Real Cédula de 1804* [2]*, a* través de esta normativa, se confieren titulaciones de *cirujano romancista* y la de *sangrador* [3]*.* El citado *sangrador era el* heredero de otros profesionales de centurias anteriores , como la de barbero o dentista.

Posteriormente, una *Real Orden de 19 de junio de 1815* declaró a los practicantes de los hospitales militares *Segundos ayudantes honorarios de cirugía,* pero va a ser el *Reglamento de 16 de junio de 1827,* firmado por Fernando VII, el que va a profundizar nuevamente en las condiciones de ingreso y examen de los llamados entonces *cirujanos sangradores.*

En 1836, ante las demandas de los *cirujanos sangradores* para que le cambien la denominación de su título, se determinó la estamentación de los cirujanos en cuatro categorías.

Más tarde, la *Real Orden de 29 de junio de 1846* dicta normas para el ejercicio de la llamada *cirugía ministrante.* Para aspirar a este título se exige haber servido dos o más años en el destino de practicante de cirugía, en hospitales que al menos tuvieran cien camas.

En 1985, la Asociación de Practicantes de España en la Revista "El Practicante" reivindica la titulación universal de *Cirujano-practicante,* que incluya también la asistencia a las parturientas[4] incluyendo en la reivindicación la separación absoluta del oficio de barbero y denunciando reiteradamente el que los barberos hagan funciones de practicantes.

En las últimas décadas del siglo XIX se publicaron diversos manuales para la formación de los practicantes, como por ejemplo el *Compendio de Cirugía Menor (1866)* de Nicolás Ferrer Julve, el *Manual para el uso de practicantes* (1866) de José Calvo o el *Vademécum del practicante* (1871) de Juan Marsillach

La en el siglo XX [5], fue la Orden Ministerial del 27 de enero de 1931 la que aprobó el escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. En desarrollo de esta Ley, , se aprueba el Decreto de 29 de septiembre de 1934 que a la par que convierte a este Cuerpo de Médicos Titulares en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y es en el Reglamento de Bases de 1953 en el que se fijan las funciones del Cuerpo, y cita que dentro de estas está la de prestar asistencia médico y quirúrgica a numerosos grupos sociales como a familias de la beneficencia, transeúntes, a personas protegidas por la Seguridad Social, (Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre) entre otros.

Posteriormente, fue en 1978 cuando se legisló primero con el Real Decreto 2015 y después con su desarrollo en el R. D. 3303 /1978 en el que se regula la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica y (BOE 2 Feb 1978) en el que se definió al Médico de Familia como *"…la figura fundamental del sistema sanitario, que tiene la misión de realizar una atención médica integrada y completa a miembros de la comunidad, además de prevenir la enfermedad y realizar la educación sanitaria."*

Ha sido desde entonces y coincidiendo tanto con al desarrollo de la Atención Primaria (AP), en el año 1984, como también con la regulación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, cuando se han buscado nuevas fórmulas en distintos escenarios como respuesta al enorme incremento de costes sanitarios y a la búsqueda de alternativas más eficientes para satisfacer el continuo aumento de la demanda de asistencia por parte de la población general.

Debido a la gran versatilidad y potencialidad del Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, una de estas fórmulas o alternativas utilizadas ha sido el fomento y realización de una parte de la Cirugía Ambulatoria, (CA) actividad mayoritariamente realizada antes de la aparición de la Especialidad de Medicina de Familia por los llamados Médicos Generales[6], Titulares, o Médicos de Atención Pública Domiciliaria (APD's), sobre todo en zonas rurales y aisladas, cuando la Atención Especializada o bien no gozaba de la suficiente accesibilidad que hoy disfrutamos, o estaba todavía en proceso de moldeación, recordemos por ejemplo que la Dermatología, nació a principios del siglo XIX pero en España no existía como tal hasta finalizar el primer tercio del siglo XX. Concretamente fueron Enrique

Álvarez Sainz de Aja y Vicente Gimeno los dos dermatólogos pioneros en establecer las bases de la Cirugía Dermatológica[7] en nuestro país.

Recordemos que hasta la aparición de los Médicos de Familia, los Médicos Generales.[8] eran los encargados de realizar con los conocimientos adquiridos en las facultadas y su propia experiencia, los primeros auxilios en los accidentes, pequeñas intervenciones curativas o reparadoras, atención al parto, y tratamiento de fracturas sencillas[9] y todo ello en la mayoría de las veces con muy pocos recursos y unos medios escasos.

Según explicara el Dr. Rafael Matesanz, en el año 1.999, siendo Director General de Atención Primaria y Especializada, el claro aumento de la actividad de la cirugía menor desde su implantación en los equipos de atención primaria permitió aliviar la presión de los hospitales del INSALUD, pudiéndose centrar éstos en actividades más complejas y especificas, dejando los procesos quirúrgicos sencillos y de corta duración para realizarse en el ámbito de la Atención Primaria[10].

La competencia y práctica de la Cirugía Menor (CM) enriquece y complementa la actividad del Médico de Atención Primaria (MAP)[11], acercando la asistencia a los pacientes, con una mayor accesibilidad al mismo tiempo que aumenta la satisfacción tanto de estos como de los facultativos.[12]

La Cirugía Ambulatoria (CA) se define como *"La atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo*

que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta en pocas horas después del procedimiento " (Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993)

Ante esta definición amplia de la CA, cave el apartado de la llamada *Cirugía Menor (MG)*, entendida esta como *aquellos procedimientos sencillos y de corta duración, que no precisan de anestesia general y tienen bajo riesgo quirúrgico y escasas complicaciones. Son estos los procedimientos que actualmente están siendo asumidos en gran parte por los Médicos de Familia produciendo importantes efectos beneficiosos en toda la comunidad sanitaria por su rápida ejecución, su gran accesibilidad, su seguridad y su gran eficiencia.*

I.2. SITUACIÓN GENERAL DEL PANORAMA ACTUAL

En estos momentos, existen múltiples argumentos a favor de la realización de la CM en Atención Primaria, uno de ellos es descargar las consultas quirúrgicas hospitalarias de patologías banales que permitan dedicar más tiempo a patologías de mayor complejidad, en diversa publicaciones se ha observado que la CM en AP disminuye las listas de espera de las consultas de Cirugía General y Dermatología[13] ,[14].

Si bien es cierto que en diversos países, como el Reino Unido, estas prácticas son habituales desde la entrada en vigor, en 1990 del New Contract for General Practicioners[15], o de forma tradicional en EE UU y Canadá, en nuestro país ha sido una práctica inusual en los Centros de Salud (CS) hasta el año 1999, como muestra

la encuesta de ámbito nacional en 30 unidades docentes de medicina familiar y comunitaria en la que solo la mitad realizaba algún tipo de CM, que incluía básicamente tratamientos de heridas y drenajes de abscesos, pero solo en un 4-14% hacía CM programada. [16]

Fue en 1995 cuando en España aparece expresamente la CM incluida como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de la Atención Primaria[17] y posteriormente a esta publicación fue cuando el Ministerio impulsó a partir del año 1997 la actividad de CM en la AP en base a los beneficios que aporta (según la Subdirección General de AP) ya que acerca los recursos a la población y aumenta el nivel resolutivo de la AP contribuyendo a disminuir las listas de espera en el nivel especializado, favoreciendo el desarrollo profesional de los médicos de Atención Primaria. En nuestro país, como ya hemos dicho, la CM se encuentra expresamente incluida como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Atención Primaría desde 1995.

Desde el punto de vista legal, la situación actual es la siguiente:

– El título de Licenciado en Medicina y Cirugía legitima oficialmente al médico general para la práctica de la CM.

– El programa MIR en Medicina de Familia y Comunitaria, incluye explícitamente el entrenamiento en CM entre sus contenidos[18].

– La Orden del Ministerio de la Gobernación de 26 de noviembre de 1945 (Estatutos de Practicantes, Matronas y Enfermeras), habilita a los Practicantes "para realizar, con las indicaciones o vigilancia médica, para el ejercicio de la CM", no habiendo

sido derogadas estas funciones por las modificaciones posteriores de la titulación (ATS, DUE).

I.3. SITUACIÓN EN EL TERRITORIO POR AUTONOMÍAS:

Con el paso del tiempo la actividad quirúrgica de pequeñas intervenciones, se ha ido incrementando paulatinamente, practicándose por todo el Territorio del antiguo INSALUD, en 1997 5.217 intervenciones de CM en 118 Centros de AP, en 1998 fueron aproximadamente 15.000 intervenciones, participando 339 Equipo de Atención Primaria (EAP) y en 1999 fue cuando se incluyó la CM en la Cartera de Servicios, llegándose a practicar aproximadamente 50.000 intervenciones, ofertadas por 634 EAP.[19]

Más tarde, respuesta a esto desde las Comunidades Autónomas es y ha sido muy distinta. Muchas son las que tienen editadas distintas guías de abordaje de la CM o han realizado distintas actividades, sobre todo formativas, relacionadas con la promoción y fomento de la práctica de la CM en los CS.

Destacan entre ellas la Comunidad Valenciana, Cataluña, Castilla y León, Andalucía, Aragón, Galicia y Canarias

En la Comunidad Autónoma de la Rioja[20], se han practicado desde el año 2000 cursos prácticos de CM. Y en los últimos 10-15 años, numerosos Centros de Salud han sido remodelados, arreglados o ampliados y siempre se ha incluido después de su arreglo en la cartera de servicios, la actividad de la Cirugía Menor.

En la Comunidad Foral de Navarra[21], existen planes de implantación de la Cirugía Menor desde 2002 con el acondicionamiento de Centros de Salud que disponen de salas apropiadas para la realización de Cirugía Menor con un modelo tradicional.

En la Comunidad de Extremadura[22], tienen un protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria hecho en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. En el, la Cirugía Menor está incluida en la cartera de servicios, y es allí a donde los Centros de Salud derivan a los pacientes con patología propia de resolverse con Cirugía Menor. Mantienen una buena Coordinación con los Centros de Salud[23] pero son Cirujanos Generales quienes efectúan las intervenciones.

En la Comunidad de Castilla-León[24], tienen elaborado una guía completa de cirugía Menor con sus correspondientes protocolos. El algoritmo con el circuito de asistencia es sencillo: los pacientes son derivados al Servicio de Cirugía Menor de Atención Primaria allí donde los haya. Será evaluado nuevamente y si se determina que la indicación quirúrgica se puede realizar en el Centro de Salud, se procederá a la intervención. En caso contrario será remitido a Atención Hospitalaria.

En la Comunidad Andaluza[25], para la práctica de la Cirugía Menor exigen unos criterios mínimos de oferta consistentes en la existencia en el Centro en donde se realice el protocolo de Cirugía Menor, incluyendo procesos patológicos (tipo de lesión a tratar teniendo en cuenta tipo de paciente y localización), técnicas, procedimientos y plan de seguimiento, análisis anatomopatológico en los casos necesarios.

Se estima que un 1,5 % de la población general es susceptible de este Servicio anualmente.[26].

El País Vasco [27]publica anualmente sus datos desde el año 2000, con ligeras variaciones, desde 32.557 intervenciones en el primer año, hasta 47.253 en el 2007 y 42.128 en el año 2009

En la actualidad[28] en el área de Bilbao, la CM se lleva a cavo mayoritariamente en Centro de Salud con una sala adaptada para tal fin, realizada diariamente y de forma rotativa por varios Médicos de Familia que realizan las intervención un día cada uno, durante el cual su trabajo habitual en el Centro de Salud, es realizado por un sustituto.

En el Principado de Asturias[29], en el *Decreto 53/2006, de 8 de junio, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios*, se define como " Cirugía Menor Ambulatoria: unidad asistencial donde, bajo la responsabilidad de un médico, se realiza procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios en pacientes que no requieren ingreso".

En la comunidad de Aragón [30], En el Sector Sanitario de Calatayud, desde 1997 y empezando en el Centro de Salud de Daroca, se incorpora a la Cartera de Servicio la realización de la Cirugía Menor, para lo que se imparten Cursos de Cirugía Menor en Atención Primaria. Fue en 2005, y después de la formación

correspondiente y dotación de material necesario a los centros, cuando se finalizó la implementación definitiva en todo el sector. (10 Centros de Salud en total) con un Médico de Familia en cada Centro como persona de referencia.

Se dispone de un protocolo de CM en el que entre otras cosas, se advierte de la necesidad de tener un registro informático independiente de todos los pacientes intervenidos, la descripción del circuito de Anatomía Patológica a seguir, la descripción de las distintas lesiones subsidiarias de tratamiento quirúrgico y las técnicas recomendadas.

En el documento se distinguen dos protocolos, uno específico para el desarrollo en los Centro de Salud de Atención Primaria y otro para el desarrollo de la actividad en el servicio de Dermatología en medio hospitalario.

Las técnicas incluidas para la realización en los Centro de Salud son: fulguración, biopsia incisional o excisional, biopsia por rebanado más electrodesecación superficial, infiltración intralesional de corticoides y extracción ungueal. Las patologías incluidas en el protocolo, se limitan a las siguientes: Verrugas vulgares, fibromas blandos, queratomas seborreicos, queratosis actínicos incipientes de menos de 6 meses de evolución, nevus sin signos de alarma, distrofias ungueales y cicatrices hipertróficas o queloides. La formación previa se realiza mediante curso teórico práctico en los propios Centros de Salud con dos formatos complementarios, uno de 80 horas y otro de 16 horas.

En la Comunidad Valenciana tienen publicado "*Cirugía Menor. Guía de actuación clínica en Atención Primaria*" González Cano J. et al.[31]

Se hace una amplia descripción de los materiales e instalaciones necesarias para la práctica de la CM en los Centros de Salud, así como las lesiones susceptibles de ser tratadas.

Describe también los posibles modelos organizativos de Cirugía Menor en un equipo de Atención Primaria (Modelo colectivo, modelo autónomo y modelo de líderes quirúrgicos, según si son todos los médicos del Centro de Salud los que se ocupan de la Cirugía Menor, o solo uno o algunos los que aplican técnicas de CM cuando son necesarias.

Posteriormente la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, ha editado un *Manual Práctico de Cirugía Menor*[32] con una amplia descripción de todos los procesos relacionados con la práctica de la Cirugía Menor, afirmando que la estimación del análisis costo-efectivo en la realización de la Cirugía Menor reduce ente un tercio y la mitad del gasto sanitario imputable a las mismas intervenciones efectuadas en servicios especializados. Se afirma que no se conocen datos oficiales de la implantación de la actividad de Cirugía Menor en la comunidad, estando esta con un desarrollo muy heterogéneo dependiendo de cada departamento, siendo muy pocos los que disponen de un programa específico. Algunos Centros de Salud sí que han implementado un programa de Cirugía Menor, adaptado a sus necesidades.

La falta de implantación de programas de Cirugía Menor, lo achacan a tres razones fundamentales.:

1.- Inadecuación de medios, material o espacio físico para llevar a cabo esta actividad.

2.- Falta de vías normalizadas de acceso a Anatomía Patológica y apoyo diagnostico y técnico suficiente por parte de algunas especialidades implicadas (cirugía, dermatología[136], etc.

3.- En ocasiones, debido al poco interés de los profesionales en asumir la CM, por razones como la elevada demanda asistencial, falta de reconocimiento institucional, falta de organización de la actividad, falta de formación continuada, etc.).

En la Generalitat de Catalunya [33] Tienen desde el año 2002 publicado "Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de la exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas, fuera del área quirúrgica." distinguen varios tipos de actividad quirúrgica ambulatoria.

-Cirugía mayor ambulatoria (CMA)

-Cirugía menor ambulatoria (Cma)

-Cirugía menor de consultorio (*office-based*)

-Exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas intervencionistas, fuera del área quirúrgica

La diferencia entre la Cirugía Menor Ambulatoria y la cirugía menor de consultorio es que en ambos casos pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, pero los que se realizan en las consultas externas de un hospital pueden admitir pacientes con un ASA[66] superior o médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

La guía termina en sus anexos con los criterios de Davis[67] para la clasificación de las intervenciones, Test de Aldrete para la clasificación de los pacientes en estado crítico y la clasificación de los criterios ASA para la aplicación de la anestesia.

El Servicio Andaluz de Salud [34], publica en la "Oferta de Servicios de Atención Primaria" del año 2007 las Normas Técnicas Mínimas, encontramos la definición de CM como "Atención sanitaria de lesiones o patologías que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realizan en tejidos superficiales. Generalmente, precisan anestesia local y tienen escaso riesgo y complicaciones postquirúrgicas. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia. Excluye Suturas y Lavado de heridas e incluye los procesos (diagnósticos morfológicos) y procedimientos codificados con la CIE–9- MC siguientes: Abscesos (incluye forúnculos y panadizos), Uñas encarnadas, Verrugas, Lipomas, Desbridamiento de herida, Cuerpo extraño de piel y subcutáneo, Patologías que requieren Infiltración, Fibroma, Papiloma (verruga plantar), Quiste epidérmico, Nevus y Ooros procesos, Queratosis actínica/Queratosis seborreica, Hiperqueratosis, Cuerno cutáneo, Molusco contagioso, Angioma puntiforme o punto rubí.

Se estima que un 1,5 % de la población general es susceptible de este Servicio anualmente.

Termina enumerando los múltiples Indicadores para el seguimiento y evaluación de la actividad.

Otro documento de especial relevancia editado en la Comunidad Andaluza, es el *Manual de Instrucciones Listado de Verificación. Seguridad Cirugía Menor en Atención Primaria*[35]*,* en el que aparece el listado de verificación sobre seguridad enmarcado en el reto Mundial "La Cirugía Segura Salva Vidas" de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS.

Además, la Comunidad Andaluza ha editado una guía dirigida al personal de enfermería[36], Diferencia dos niveles distintos, uno de Cirugía Menor básica y otro de Avanzada, para los que pide distinto tipo de acreditación profesional para su ejercicio (referido al personal de enfermería) además de tipos de lesiones, instalaciones etc.

Relacionado también con la práctica de Enfermería, el Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz ha publicado una "*Guía Básica para el Manejo y Tratamiento de las heridas"* en la que describe protocolizadamente el tratamiento de las heridas tanto traumáticas como las producidas por diversas vasculopatías, enfermedades crónicas o por presión[37].

En Galicia tiene publicado un "*Curso de Cirugía Menor"* Grupo de Cirugía Menor de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria [38]. Presenta una publicación con motivo de la realización de un curso en la que varios apartados, describe todo el procedimiento de Cirugía Menor. Introducción, Principios básicos, Infraestructura, Aspectos medico legales Anestesia, Procedimientos básicos en cirugía menor. Hace una descripción de las lesiones dermatológicas más frecuentes, procedimientos quirúrgicos, aproximación diagnóstica a lesiones dermatológicas más comunes, procedimientos quirúrgicos, cuidados postoperatorios y complicaciones postquirúrgicas

Finalmente la Comunidad Canaria[39] tiene desde 2009 el "Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria" Editado por el Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud.

En la presentación menciona el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que, en su anexo I apartado e), la función para la AP de "administración de tratamientos parenterales, curas y CM", lo cual capacita y obliga en cierto sentido al Servicio Canario de la Salud a implantar la actividad de CM entre las prestaciones que se ofrecen a la población.

Se definirán dos niveles de atención que son los siguientes:

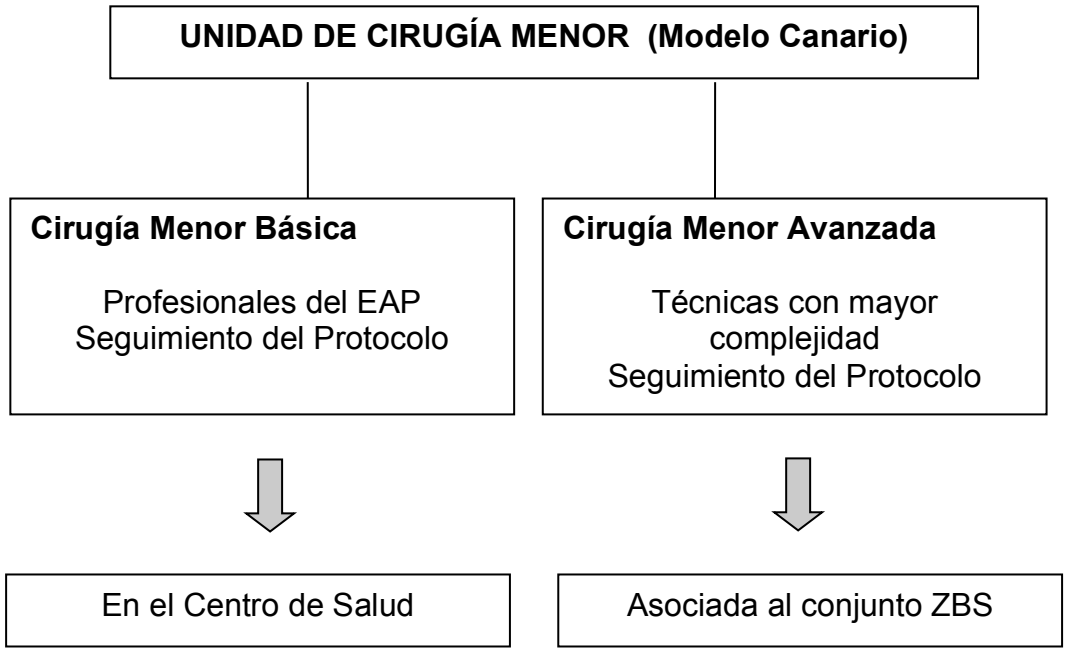
A) Cirugía Menor Básica

1 En este nivel los profesionales del EAP podrán realizar los procedimientos sencillos, definidos en su protocolo (fundamentalmente lesiones superficiales, empleando técnicas como electrocoagulación, curetaje, sutura simple etc.) El número de centros de salud que contará con este servicio vendrá establecido de acuerdo con los criterios de accesibilidad y densidad de la población del área de salud.

B. Cirugía Menor Avanzada

Se realizarán técnicas de mayor complejidad en unidades que además tendrán carácter docente e investigador y actuarán de referencia para un conjunto de ZBS. Estas unidades de CM avanzada estarán ubicadas en CS determinados que serán designados siguiendo criterios de accesibilidad y por la capacidad de su infraestructura para permitir su instalación.

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA (Modelo Canario)		
	Cirugía Menor Básica	**Cirugía Menor Avanzada**
Profesionales	Individual. *"Líderes quirúrgicos"*	Equipo: Cirujano/ Mde F + Enfermera+ Auxiliar de clínica
	Continuidad	Dedicación exclusiva
Formación	Curso. Taller con elementos teóricos/ prácticos sobre las actividades a desarrollar	Formación teórico/práctica a facultativos no cirujanos: acreditación.
Coordinación	Con la Unidad de Cirugía Menor Avanzada de referencia	Con los Servicios de cirugía General y Dermatología



En el protocolo también se describen los requisitos que los profesionales deben de reunir, así como la preparación que necesitan, facilitando los cursos de formación necesarios para la realización de las intervenciones.

Finalmente el Protocolo se completa con una amplia descripción de los procedimientos en Cirugía Menor.

I.4. PROYECCIÓN DE FUTURO

Por otra parte y reconociendo a todos efectos a la Medicina de Familia como una especialidad pujante, aun queda por asimilar el oxímoron aparecido al considerar como especialidad una generalidad, situando de facto a los facultativos generalistas junto a los especialistas en un escenario con la consabida falta de integración y de comunicación entre ambos grupos que se repite de forma histórica y general en prácticamente toda nuestra geografía, a pesar de los intentos de acercamiento realizados por distintas Gerencias tanto hospitalarias como de Atención Primaria[40].

Llama poderosamente la atención que la naciente Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) española, cuando publica datos y valoraciones sobre el estado actual y el futuro de la CMA (en sus aspectos no sólo organizativos, sino también asistenciales), no haga mención a la imbricación de la AP en el engranaje de la asistencia prequirúrgica y posquirúrgica[41] . En un estudio descriptivo de la situación de la CMA en los hospitales de Madrid (poco desarrollados en esta actividad), al preguntar a los gestores de los hospitales, éstos no tienen una opinión favorable sobre la participación de los médicos de AP en la fase preoperatoria y manifiestan una opinión neutra respecto a su participación en las fases de seguimiento y de coordinación de estos procesos[42] Por el contrario resulta curioso comprobar que, en hospitales con más tiempo de experiencia y de gestión de la CMA, ven con mayor

naturalidad la colaboración bidireccional de estas unidades de Cirugía Ambulatoria con la AP [43]

Debido a la gran aceptación de la práctica de la CM tanto por la población en general como por los propios profesionales, países como los E.E. U.U. y Reino Unido ofrecen contratos con remuneración específica cuando los Médicos de Familia realizan estas intervenciones. Fue en el Reino Unido, en 1990, con la publicación del Contrato de condiciones de trabajo para los Facultativos de Medicina General, cuando la CM tuvo en ese país una difusión importante, y sobre lo que se han realizado numerosos trabajos.

Lowy et al, [44] en un trabajo sobre dos años de ejercicio (90 y 91) explica que siendo la remuneración por proceso de 20£ hubo un aumento importante de las intervenciones realizadas por el MF (de 600 a 847) mientras que las derivaciones al Hospital de referencia apenas variaron (de 385 a 388), encontrando un aumento de demanda por parte de los pacientes al uso de la CM en sus Centros de Salud, servicio que no hubieran utilizado en caso de tener que acudir al Hospital. También hace una serie de implicaciones prácticas importantes:

* Los tiempos de espera son más cortos y de menor costo para el SNS cuando se realiza una CM en la Atención Primaria en lugar de en el hospital.

* Elemento de pagos de servicios generales para los profesionales que realizan CM es introducido en el contrato de 1990 para promover un cambio de la atención hospitalaria.

* El costo es suficiente para atraer a los profesionales de Medicina General para realizar una cantidad considerable de procesos de Cirugía Menor.

* Este estudio encontró que la Cirugía Menor en la Medicina General no es un sustituto para tratamientos en el hospital en determinados casos (dependiendo del tipo de lesiones).
* Los criterios utilizados por los médicos generales no han cambiado en función de la levedad o complicación de las lesiones por la remuneración obtenida.

Es importante destacar que en este estudio se refuta la sugerencia de que el pago por la práctica de Cirugía Menor, se limite a proporcionar a los médicos generales *"una licencia para imprimir dinero."*[45] Y esto se ve al comparar los diagnósticos y técnicas empleadas en los dos periodos del estudio.

A pesar de que el costo de las escisiones es casi la misma que el costo de Criocirugía y esta resulta más sencilla[46], no hay importantes cambio de diagnóstico ni en las técnicas, lo que sugiere que los médicos generales no cambiasen los criterios empleados para la indicación quirúrgica, aun teniendo un 41% de aumento de los casos intervenidos en un año respecto del otro.

En otro estudio relacionado, realizado por Pockney et al[47], en 2004, del Hospital General de Southampton, describe en una revisión preliminar que no había ninguna sustitución de los procedimientos más baratos por los tratamientos más caros. Y solo los datos pormenorizados de pago de seis de los Médicos de Familia que practicaban CM para el período 1993-2000 muestran un 11 por ciento de aumento en la actividad, en gran parte explicada por el aumento de casos de cauterización.

Mas tarde, en 2010, Edin Lakasing [48] plantea la presión e influencia que tiene el pago de la CM a los profesionales sobre la praxis médica utilizada estando obligados los facultativos a rellenar una solicitud de aprobación a los pacientes antes de su intervención.

Un estudio hecho por van Dijk et al[49] en los Países Bajos analiza la posible disminución de derivaciones hechas a los hospitales con la implantación en los Centros de Salud de la CM, puesto que se desconoce hasta qué punto los médicos generales (MG) que realizan más intervenciones generan menos derivaciones al hospital. En sus conclusiones afirma que los efectos de la Cirugía Menor varían entre los diagnósticos, siendo una buena solución solamente en relación con algún tipo de lesión (quistes epidérmicos). El trabajo termina sugiriendo que una investigación futura es necesaria para explorar la relación coste-efectividad de la Cirugía Menor en detalle

En España, Guereña et al[50], en un estudio realizado en Valladolid, en 1997, sobre 370 intervenciones, concluye diciendo que la realización de la CM en los Centros de Salud, se considera factible y efectiva y que con los datos obtenidos en dicho trabajo, muestran un grado de concordancia satisfactorio entre el diagnóstico prequirúrgico y el anatomopatológico.

También Serra, M. et al[51], en un estudio sobre un área de influencia de 73.000 habitantes realizan en un periodo de 5 años intervenciones de CM a 1.520 pacientes, con un total e 3.217 procedimientos quirúrgicos afirman en sus conclusiones que Cirugía Menor en Atención Primaria es factible y tiene una buena concordancia clínico-patológicos produciendo complicaciones mínimas. Algunas

lesiones malignas tienen un diagnóstico aproximado basado exclusivamente en criterios clínicos. La media fue de 46 años de edad y 52% eran hombres frente a 48% mujeres. La concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico fue de 81%. Hubo complicaciones solo en el 5% de los casos.

Tarraga López, P. J et al, en un trabajo realizado sobre un área de influencia de 3.817 pacientes en una ZBS, realizaron 711 intervenciones a pacientes subsidiarios de cirugía menor y concluye la publicación afirmando que la Cirugía Menor en AP tiene mejor relación de costes, es satisfactoria para los pacientes y con menor tiempo de espera que si se realiza en otros niveles asistenciales. Y que con un planteamiento adecuado se pueden evitar molestias y viajes innecesarios a los usuarios. Esto justifica su introducción en la consulta habitual del médico de Familia, asumiendo su correcta formación. Las principales patologías fueron: quistes epidérmicos (22%), nevus (20%) y fibromas (18%). Las lesiones se encontraban principalmente en la parte posterior (24%), las extremidades superiores (14%) y cabeza (11%). Las técnicas más actuales utilizadas fueron: la incisión (36%), el legrado (33%) y la escisión fusiforme (28%). Menos del 1% tenían lesiones malignas, 50% de los cuales no fueron diagnosticados clínicamente. El tiempo medio de espera fue de 30 días.

Cerdán Carbonero et al[52], en un trabajo publicado en el Área 7 de Madrid en coordinación con el Hospital San Carlos, describe la creación de una CAR (Consulta de Alta Resolución) en Atención Primaria desde donde los enfermos son remitidos directamente a una UCMA (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria) con ello

consiguen una mejora de la relación entre AE y AP, y en la calidad de la atención al paciente al disminuir el circuito asistencial.

I.5. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

López Santiago et al, afirma en un trabajo[53] que la mayoría de los pacientes encuestados consideraba que transcurrió poco tiempo desde que fue por primera vez al médico hasta que se le resolvió el problema, que fue bien informado por su médico de la intervención, y que fue bien atendido. El 92% elegiría de nuevo el Centro de Salud para resolver un problema de características similares. Estos datos nos muestran la confianza, satisfacción y seguridad en la actuación del médico de familia al realizar CM. Podemos pues afirmar que la implantación de las técnicas de Cirugía Menor en nuestro país ha tenido una acogida favorable.

Estopa Dueso[54] publica en un trabajo realizado en León, la satisfacción del paciente de Cirugía Menor entre el 80y 92% en referencia a tiempos de espera, explicaciones recibidas, Limpieza y equipamiento de la sala e instalaciones, atención general recibida y fidelización a los profesionales y centro sanitario (afirmación mayoritaria sobre la intención de elegir nuevamente el Centro de Salud para resolver su problema.

En otro trabajo realizado por Louise et al[55] señala que el 70% valoró el tiempo de espera como corto, y fue de menos de 2 meses en un 70%. Para el 75% las explicaciones recibidas fueron suficientes. El 90% consideró la sala de intervenciones limpia, y el 95% consideró como buena la atención recibida. Del 73,7% al 89% volvería a intervenirse, Para el 80% con intervención previa hospitalaria, la intervención fue igual o mejor en el centro. Al 73,6% le satisfizo el

resultado estético. El problema se solucionó entre el 63 y 85%. Termina diciendo que en la actualidad *"no existe un cuestionario común para evaluar la satisfacción"*

Por tanto, son numerosos los estudios que nos avalan a favor de una mayor accesibilidad y satisfacción tanto por parte de los pacientes como de los profesionales

I.6. EFICIENCIA

La valoración económica de la actividad sanitaria junto a los costos de las infraestructuras y otros elementos empleados en medicina, sigue representando una tarea difícil de resolver y llena de controversias.

La eficacia, entendida como la probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones ideales de uso. La efectividad como la probabilidad de beneficio de esa misma tecnología en condiciones de uso normales. Y la eficiencia**,** definida en términos de la relación entre coste y producto o resultados y siempre asumiendo que una mayor eficiencia proporciona una mayor Calidad, según la propuestas de White refrendadas posteriormente por la OTA estadounidense (Office of Technology Assessment)[56].

En los últimos años, los razonamientos económicos se han ido incorporando al campo de la salud [57], debido a que sus premisas son enteramente aplicables a lo que hoy ocurre en los sistemas sanitarios de nuestro entorno [58]

Edin Lakasing[48] , en un trabajo publicado en 2010 ya justifica que en tiempos de crisis esta más que justificado el aumento de presupuesto para la práctica de las pequeñas intervenciones

En otro trabajo publicado por la Universidad de Sheffield [46], se compara la rentabilidad de los médicos generales de Atención Primaria con respecto a otros profesionales de dermatología y cirugía general, realizando el trabajo en los Centros de Salud, los primeros, y en el hospital en ambos grupos de especialistas. Llega a la conclusión que la realización por los médicos generales, resulta un 26.37% más barato.

En otro trabajo, realizado por Brown en el año 1979[59], afirma que un solo médico General realizando un promedio de cuatro intervenciones de Cirugía Menor a la semana, supone un ahorro de más de 15.000 libras esterlinas al año.

En un trabajo publicado en nuestro país, por Tárraga Lopez et al,[60] con 711 pacientes intervenidos con Cirugía Menor, se compara el coste de las intervenciones realizadas en los Centros de Salud con los costes que las compañías de seguros privadas por esas mismas intervenciones hubieran percibido, llegando a la conclusión que resulta un 30% mas económico realizarlo en los Centro de Salud

En otro trabajo[61] realizado en un Área de Salud de Albacete, su análisis utilizando las tarifas vigentes facilitadas por el Colegio Oficial de Médicos (COM) concluye afirmando que se consigue un ahorro del 112-259% dependiendo si la Cirugía Menor se realiza en Centro de Salud o en Centros Especializados privados.

En el mismo artículo, se reconoce la gran dificultad de deducir los costes de los procesos que se han realizado en el estudio ya que los procesos contables son complejos y diferentes a los de Atención Primaria.

Más trabajos realizados por similares autores [16] han confirmado que con la realización de Cirugía Menor en Centros de Salud, se puede conseguir una ahorro de un 49% respecto a los costes en centros especializados concertados con el sistema sanitario

Vaquero Martínez[152] et al. en un estudio hecho en Almería, llega a la conclusión entre otras cosas, que la práctica de la Cirugía Menor hecha en el Centro de Salud durante todo el año resulta tener un coste 10.7 veces inferior a lo que una mutua de seguros hubiese cobrado, y 17.15 veces inferior al gasto imputado por las mismas intervenciones en un hospital.

En España, ha sido la SERAM la sociedad científica que desde 1998 publicó la primera edición del catálogo de actividades clasificados por Unidad Relativa de Valor (URV), posteriormente y adaptándose a las necesidades del momento, su catálogo fue reeditándose en los años 2000, 2004, y finalmente en julio del 2009 su cuarta edición por el momento [62]. En dicho documento, se calcula la *unidad relativa de valor* en función de varios factores como son el *tiempo de ocupación de sala* (TOS), *el tiempo médico empleado* (TM) y la *unidad de actividad* (UA). Cuantifica la URV = 1 (unidad relativa de valor) el valor de una exploración radiológica de Tórax, en PA y L para lo que se emplea 8 minutos de ocupación de una sala y 5 minutos

de tiempo del facultativo para su interpretación e informe. El catálogo de exploraciones cuantificado por esta Sociedad es utilizado como referente para el cálculo en URV de otras actuaciones médicas, ya sean terapéuticas o exploraciones diagnósticas

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) es un sistema de clasificación de pacientes ampliamente difundido en los hospitales españoles de igual forma que en otros países de nuestro entorno.[63] Los GRD sirven para conocer la casuística hospitalaria y son de gran utilidad en la gestión y en la financiación de los hospitales.

A pesar de la importancia de esta herramienta normalizadora y de su implantación en España desde hace más de dos décadas, los usuarios no siempre conocen cómo funciona el sistema y, con frecuencia, tienen dificultad para identificar qué tipo de pacientes se clasifican en cada GRD. Este problema le resta utilidad al sistema de clasificación de pacientes y hace que los usuarios, especialmente los clínicos, no se sientan identificados con esta herramienta[64].

Los GRD es un sistema de clasificación de pacientes que agrupa a los pacientes hospitalarios en clases homogéneas en cuanto al consumo de recursos. En realidad, se trata de un programa informático que alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital es capaz de clasificarlos en grupos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos.

La primera aplicación a gran escala de los GRD fue a finales de los años setenta en el Estado de Nueva Jersey, cuando El Departamento de Sanidad de ese mismo estado utilizó los GRD como base para un sistema de pago prospectivo en el cual se reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica para cada GRD y por cada paciente tratado[65].

Actualmente en nuestro país, los precios públicos que se imputan a la asistencia sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, están regulados por los distintos Servicios de Salud dependientes de las Comunidades Autónomas constituyendo el marco regulador a tener en cuenta para la determinación de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados en los centros y establecimientos dependientes de los distintos Servicios de Salud a usuarios admitidos como pacientes privados, así como de los facilitados a pacientes beneficiarios de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud cuando su importe haya de ser reclamado a un tercero obligado a su pago.

De tal manera que desde que fueran aprobadas las primeras Ordenes de precios hasta la actualidad, se han desarrollado y perfeccionado técnicas de control de costes que ponen de manifiesto la necesidad de una modificación en la estructura de los precios públicos que permita de una forma mas certera y precisa ajustar los precios públicos al coste efectivo de los servicios prestados.

A raíz de la decisión del Consejo Interterritorial de Sanidad del 14 de Diciembre de 1987, la determinación de los precios públicos se basa en la utilización de los sistemas de información de contabilidad analítica y de explotación del CMBD

(Conjunto Mínimo Básico de Datos) resultando el establecimiento de los precios públicos por proceso, e identificando a cada proceso hospitalario mediante su GDR (Grupos de Diagnóstico Relacionados).

La facturación de los procesos mediante GDR, y de las técnicas de diagnóstico por imagen mediante URV, representan en este momento la tendencia de la mayoría de las Comunidades Autónomas.

II.
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

II.1. JUSTIFICACIÓN

Dadas las cambiantes y continuas necesidades que la población general demanda sobre la atención sanitaria y ante la aparición de una nueva estrategia de atención implantada por nosotros en el medio hospitalario, nos parece oportuno estudiar su repercusión general en la asistencia, inventariando, catalogando y midiendo la actividad realizada, los resultados, la repercusión sobre las listas de espera, la satisfacción de los pacientes y el ejercicio de la docencia de la Cirugía Menor tanto con los Médicos Residentes de la Especialidad como con los facultativos ya en ejercicio para contribuir a su formación continuada.

Las publicaciones existentes en la actualidad no han realizado un estudio comparativos sobre la actuación de los Médicos de Familia en Centros de Salud y Medio Hospitalario, ni tampoco hacen referencia al trabajo que estos pueden realizar en un proceso de integración con este medio conservando su vinculación con los Centros de Salud.

En concreto nuestros objetivos pueden sistematizarse de la siguiente manera:

II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Demostrar que la realización de la Cirugía Menor por parte de los Médicos de Atención Primaria, tanto en medio hospitalario como en los Centros de Salud, representa una practica segura para los pacientes,

2. Medir y comparar los costos económicos imputados a la realización de esta práctica en un nuevo modelo organizativo, propuesto por nosotros dentro del Hospital, comparándolos con los costos de los modelos vigentes hasta el momento.

3. Medir el grado de satisfacción por parte de los pacientes y la repercusión sobre los tiempos de espera quirúrgicos obtenidos

II.3. OBJETIVOS GENERALES

Hacer un estudio del impacto de la realización de la Cirugía Menor desde la Atención Primaria, hecho de forma individualizada o formando equipos de trabajo por parte de los Médicos de Familia, trabajando en los Centros de Salud, en lugares preparados para tal fin, o cuando esto no es posible, utilizando las instalaciones hospitalarias habilitadas, en donde se puede contar con más infraestructura y apoyo técnico, consiguiendo una mayor satisfacción en los pacientes y un abaratamiento de costos en la realización de las intervenciones, hechas con la seguridad y calidad asistencial que en estos momentos se requiere.

Se estudiará el grado de preparación de las instalaciones del lugar en el que se realizan las intervenciones, dotación, material mínimo necesario para obtener un óptimo resultado (instrumental quirúrgico, material desechable…etc.) así como los distintos circuitos de derivación y procedencia de los pacientes.

El grado de seguridad de las intervenciones medido por el número de complicaciones y secuelas aparecidas durante o después de las mismas, además de los procedimientos empleados con las biopsias obtenidas, su envío al Servicio de Anatomía Patológica, y la constatación y refrendo consiguiente al recibir el diagnóstico anatomopatológico correspondiente con el previo a la intervención..

Se compararán los distintos lugares de realización de la Cirugía Menor, en centros de Salud o en Hospital, midiendo tanto el costo por servicio como el número de complicaciones y secuelas aparecidos y el grado de satisfacción del paciente en ambos sitios.

Se estudiará que esta praxis es segura, efectiva y eficiente, de gran interés para los profesionales, vertebrando a la Atención Primaria como pilar próximo a la Atención Especializada, y a los Centros de Salud con el Hospital de referencia, como un *totum continuum*, en beneficio de la asistencia, satisfacción[53] y accesibilidad del paciente y de la comunicación y colaboración interdisciplinares dentro de la Medicina.

III.
PACIENTES
MATERIAL Y METODOS

III.1. ORGANIZACIÓN Y PACIENTES

III.1.1. Procedencia de los Pacientes. Sistema organizativo:

El trabajo desarrollado se ha realizado en tres escenarios distintos

-En el **Centro de Salud de Espinosa de los Monteros**. (Años 1999-2004)

Realización individual, con ayuda de personal de enfermería exclusivamente.

-En el **Centro de Salud de "Bajo Pas"**-**Renedo de Piélagos**. (Años 2008-2011)

Realizado individualmente, con ayuda de personal de enfermería del Centro y personal en formación, Médicos Residentes y Médicos de Familia.

-En el **Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) (**Años 2010-2011)

Realizado en un principio de forma individual y posteriormente de forma colectiva, con un grupo de profesionales compuesto por Médicos de Familia, con ejercicio activo en Atención Primaria y formados para tal fin, junto con personal en formación (Médicos Residentes y Médicos de Familia realizando formación quirúrgica) y personal auxiliar del Hospital (Enfermería y Auxiliar Clínico)

	C.S. Espinosa	S.C. Bajo Pas	HUMV (1)	HUMV (2)
Nº pacientes	760	632	1305	799
Nº Intervenciones	760	610	1211	699
Edad media paciente	52.7	48.6	47	47
Rango edad del paciente	1---95	2---97	14---89	14---93
Sexo: Hombre/Mujer	52/48	49/51	52/48	51/46
Nº Personal Enfermería	27	20	10	8
Nº Aux. clínicos	--	--	7	2
Docencia	No	Si	Si	Si
Nº Personal en formación	--	14	26	20

HUMV: Hospital Universitario Marques de Valdecilla **(1) (2)**: Primera y segunda fase.; **C.S Espinosa**: Centro de Salud de Espinosa de los Monteros (Burgos); **C.S. Bajo Pas** : Centro de Salud de bajo Pas , Renedo de Piélagos (Cantabria)

Estos tres orígenes de los pacientes tenían las características demográficas generales que aparecen en la siguiente tabla (en los respectivos momentos en los que se realizó el trabajo)

Características Demográficas de las zonas geográficas

	Espinosa	Renedo	Área HUMV
Población Total (Área de influencia)	3860	15.471	311.815
Población>14 años	3553	12.996	270.975
Población >14 (%)	92%	84%	87%
Total Mujeres	1.841	6.527	142.575
Mujeres %	47	50	53
Total Hombres	2019	6.469	128.400
Hombres %	53	50	47

También es necesario destacar como características particulares.

En Espinosa de los Monteros: Se realizó el trabajo no solamente con la zona asignada al Centros sino con un número importante de visitantes que acudían eventualmente en periodos vacacionales.

La existencia de dos residencias de Ancianos (con 85 plazas en total), y una gran accesibilidad de los residentes a este Servicio, hacía que la demanda presentara características propias de las personas mayores (queratosis seborreica, gran número de patología podológica, entre la que se encuentra patologías de las uñas, helomas plantares, úlceras plantares, etc.)

No había servicio de Pediatría en el Centro, por lo que esta asistencia, era asumida por los Médicos de Familia.

En el Centro de Salud Bajo Pas de Renedo de Piélagos, los pacientes provenían del cupo asignado y de los cupos de los restantes Médicos de Familia y Pediatras del centro que así lo encontraran oportuno.

En el Hospital Universitario Marques de Valdecilla (HUMV) los pacientes provenían en principio de una gran lista de espera acumulada y filtrada en una importante parte por criterios clínicos, (manchas pigmentadas, lesiones ulceradas, etc.) la población menor de 16 años era atendida mayoritariamente en el Servicio de Cirugía Infantil

En los Centros de Salud, el trabajo se ha realizado a demanda de de los pacientes, procedentes del cupo asignado y /o remitidos por otros compañeros del mismo Centro de Salud o colindantes.

En el tercer caso, en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla (HUMV) el trabajo se realizo durante el primer año (2010) a petición del Hospital, por acúmulo

de lista de espera para las intervenciones de Cirugía Menor. Posteriormente y una vez retirada la lista de espera, se organizó el trabajo a demanda de las necesidades, acudiendo de forma regular y periódica los médicos de Atención Primaria al centro hospitalario (en principio una semana al mes) con lo que se preveía poder satisfacer la demanda aparecida, sin prejuicio de aumentar la actividad en caso necesario (posteriormente se amplio a dos semanas al mes).

A tal fin se creó una ***Consulta de Cirugía Menor de Alta Resolución*** a la que se remitían los pacientes desde los Centros de Salud una vez valorados y diagnosticados por su Médico correspondiente y avisados convenientemente que en el mismo día de la cita, serían intervenidos dándolos el correspondiente informe de la intervención y ordenes de tratamiento oportunas, de tal forma que el tratamiento y seguimiento posterior, salvo excepciones puntuales correspondientes a lesiones malignas o procesos complejos, se realizará en el Centro de Salud del paciente.

Consulta de Cirugía Menor de Alta Resolución	
Características	Los pacientes son remitidos directamente desde el Centro de Salud por el Médico de Familia
	Acuden perfectamente diagnosticados y con presumible indicación quirúrgica
	Son intervenidos el mismo día en el que acuden al hospital
	El seguimiento se realiza posteriormente en el Centro de Salud, así como el resultado de Anatomía Patológica

Toda la actividad realizada, quedaba registrada en una base de datos informática de *Microsoft Access*, diseñado exclusivamente para tal fin.

Posteriormente los datos son tratados informáticamente mediante *Microsoft Excel y Epi-Info -6*

III.1. 2. Pacientes diana y origen de los mismos

III.1.2.1. Centros de Salud

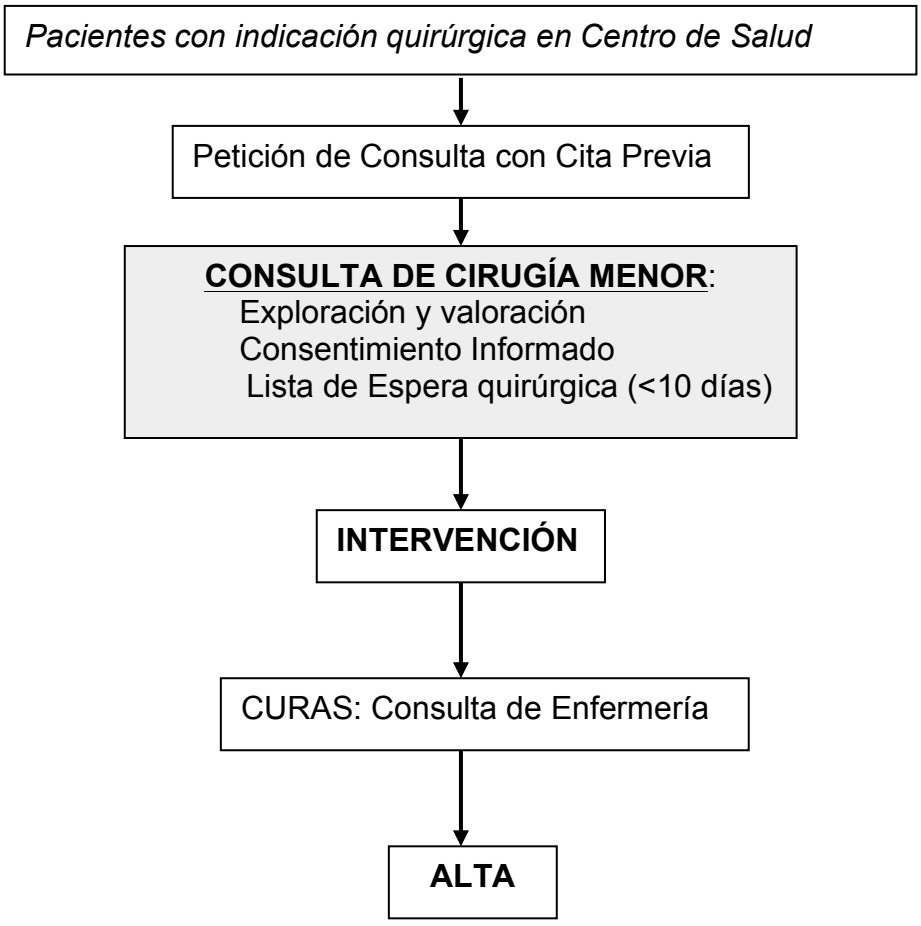
El campo de trabajo el Médico de Familia es el Centro de Salud y este supone la primera puerta de entrada al SNS para los ciudadanos. Es el lugar en el que se les atiende por primera vez y desde donde su problema de salud es solucionado o encauzado hacia otros servicios. Gran pare de los casos de este trabajo son descubiertos en la consulta de Atención Primaria, de forma directa o remitido por otros compañeros del mismo o de distinto Centro de Salud.

Tras una exploración, con o sin dermatoscopia si ésta esta indicada, al paciente se le asigna un diagnóstico de presunción de la lesión correspondiente y si es susceptible de tratamiento quirúrgico, se la hará la correspondiente Ficha de Cirugía Menor, en la que consta los antecedentes personales, las enfermedades actuales, los tratamientos que esté realizando, con especial mención a de antiagregantes y anticoagulantes, antecedentes alérgicos de interés, antecedentes quirúrgicos y cicatriciales anteriores (queloides, etc.). Después de lo cual se le valorará la conveniencia y posibilidad para la intervención quirúrgica, utilizando la Clasificación de Criterios ASA[66], de la American Society of Anesthesiology y los Criterios de Davis [67] de las intervenciones.

En el mismo acto de la primera consulta, el paciente es convenientemente informado de la técnica quirúrgica y sus posibles alternativas así como de las posibles complicaciones y secuelas que pudieran aparecer. A continuación se le

invita a firmar el correspondiente Consentimiento Informado y el paciente entrará en Lista de Espera quirúrgica, que en los Centros de Salud a no ser por argumentación del paciente y de forma pactada, no pasa de los 10 días, y normalmente menos de 7 días.

CIRCUITO GENERAL DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE SALUD



Normalmente la actividad de CM en los Centros de Salud, se realiza de forma programada lo cual se tiene dispuesto en las agendas correspondientes, coincidiendo en tiempo y espacio con el personal de enfermería correspondiente. También viene siendo habitual la realización a demanda y de forma inmediata cuando la lesión lo requiere bien por su clínica, el caso de lesiones dolorosas, drenaje de abscesos, etc., o bien por su escasa complejidad, como pueden ser las pequeñas lesiones tratadas con electrocirugía.

Las intervenciones en el Centro de Salud de Espinosa de los Monteros se hacían de forma programada durante la mañana de los martes, en una consulta del Centro preparada para tal fin.

En el centro de Salud de Bajo Pas, en Renedo de Piélagos, se realizan de forma programada, en un principio dos veces por semana, martes y jueves, realizando dos/tres intervenciones al día. Posteriormente y tras la mejor preparación de la consulta destinada a Cirugía, se realiza una vez a la semana durante media mañana, (generalmente los miércoles) interviniendo una media de 8-9 pacientes día.

III.1. 2. 2. Origen de los pacientes en el Hospital

Otro origen distinto de pacientes, es el obtenido con la práctica de Cirugía Menor en un Hospital. Allí la mayor parte han sido remitidos desde los Centros de Salud que por distintas causas no realizan Cirugía Menor.

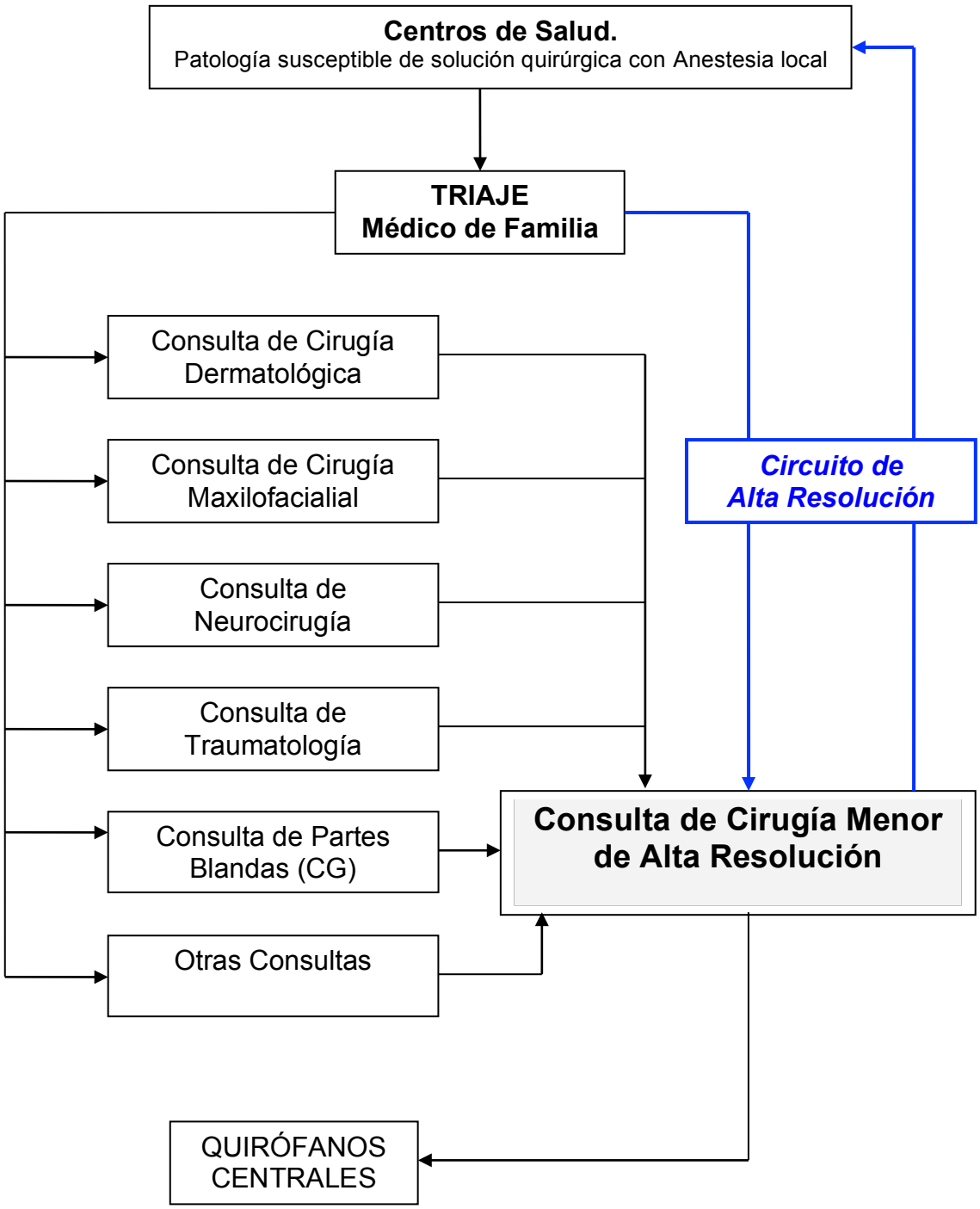
Actualmente todos los volantes remitidos al Hospital con demanda posible de tratamientos quirúrgicos menores, son revisados por un Médico de Familia siguiendo el protocolo **(Anexo I)** enviándoles a consulta de Partes Blandas cuando el diagnóstico esta poco claro o mal definida su sintomatología, a Cirugía Dermatológica cuando las lesiones son superficiales o a la Consulta de Cirugía Menor de Alta Resolución cuando están perfectamente diagnosticadas y la indicación quirúrgica está clara.

Otros pacientes han sido vistos en Consulta de Partes Blandas, para lo que han permanecido en lista de espera, y tras de ser valorados y diagnosticados ya por segunda vez, y si así se estima, son puestos de nuevo en lista de espera para su intervención.

Una buena parte nada desdeñable, es remitida por otros Servicios del Hospital, como Dermatología, Neurocirugía, Traumatología, Medicina Interna, en ocasiones para tratamiento curativos exéresis de la lesión) o toma de muestra para obtención de biopsia diagnóstica.

Todos los pacientes antes de ser operados reúnen las características de idoneidad para la intervención ASA I y II[66] y Tipo I y II de Davis[67], en raras ocasiones y de forma excepcional ASAIII y Tipo III de Davis, nunca mayores)

CIRCUITO GENERAL DE LOS PACIENTES EN EL CENTRO HOSPITALARIO



III.1. 3. Instalaciones utilizadas.

III.1.3.1 Personal necesario

En los Centros de Salud el personal habitual para este tipo de intervenciones consta de un mínimo de dos personas, Médico y Enfermería. Habitualmente asiste una tercera, o incluso cuarta persona, en formación que suele ser Médico Residente o Titular, personal de enfermería o en ocasiones estudiantes y que pueden actuar como ayudantes o circulantes de la intervención.

Cuando la intervención es sencilla, electrocoagulación de pequeños fibromas, Molluscum, verrugas, etc. con gran frecuencia lo realiza únicamente el médico.

Las labores de Auxiliar Clínico, (limpieza y preparación del material, camilla, etc.) son asumidas por los componentes del equipo, habida cuenta de que en los Centros de Salud no existe tal categoría laboral.

En el Hospital, el equipo básico esta formado por Médico. Enfermera y Auxiliar Clínico, además del personal en formación. La gran diferencia es la grana cobertura que los recursos hospitalarios ejercen sobre la actividad. La Cirugía Menor es realizada como se verá en una consulta especial en el área de Consultas Externas, rodeada de otras múltiples salas en la que distintos cirujanos pasan simultáneamente otras consultas y en un momento determinado pueden acudir para ayudar a solucionar cualquier complicación que pueda aparecer. Así mismo existe

un equipo de Cuidados Intensivos perfectamente preparado para acudir en cualquier momento si ello fuera necesario.

III.1.3.2 Espacio. Salas para Cirugía Menor.

Una sala utilizada de quirófano para CM puede ser cuadrada o rectangular, de una superficie entre 15-20m^2, (16m^2 recomienda la Comunidad Catalana[66]) las salas más grandes pueden ser ineficaces. Ha de estar bien ventilada y a una temperatura adecuada. Forzosamente ha de tener una buena fuente de luz artificial. Debe ser limpiada correctamente al finalizar la sesión quirúrgica, sobre todo tras la cirugía contaminante (abscesos, etc.)[67]. Es recomendable disponer de lavabo con grifo monomando y jabón con aplicador automático.

Lo ideal es tener una sala solo para la cirugía pero en los Centros de Salud, frecuentemente se realiza en la misma sala de consulta habitual, dotada para tal fin.

El equipamiento imprescindible de la sala consta al menos de una mesa de exploración articulada, móvil y elevable, una mesa para el instrumental y una lámpara aparente.

En algunos Centros de Salud, existe una sala habilitada solo para tal fin, pero esto en la actualidad, y dado el aumento de la demanda en consultas normales, ocurre en pocos centros.

La existencia de un aparato electrocoagulador/bisturí y autoclave para esterilizar el instrumental, resulta altamente valioso.

Una percha y una silla detrás de un biombo, servirá en un rincón de la sala de mínimo vestidor necesario para los pacientes .

El trabajo aquí expuesto, se ha realizado en dos Centros de Salud y en Centro Hospitalario.

El primer Centro de Salud, (Años 1999-2004; 760 intervenciones) es en **Espinosa de los Monteros (Burgos),** en una sala con utilidad de consultorio de 17,5m^2, en la que había mesa articulada y levadiza, luz fría con lupa de aumento y buena iluminación en el techo, mesa auxiliar para instrumental, lavabo con grifo monomando y armario para instrumental y útiles quirúrgicos además de esterilizador y embasador sellador de instrumental. La sala daba directamente a la sala de espera y no había en su proximidad consulta de enfermería.

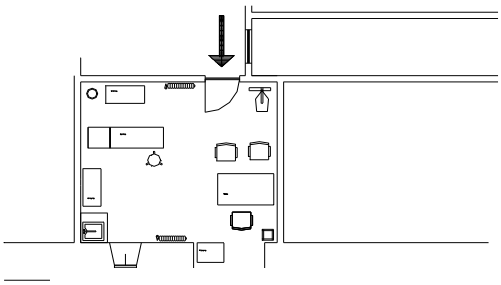
El segundo Centro de Salud (años 2007-2011; 675 intervenciones) es el de **"Bajo Pas", (Renedo de Piélagos, Cantabria)** las intervenciones se han realizado en una sala de 16,3m^2, contigua y comunicada con otra sala de las mismas dimensiones. Ambas salas tienen utilidad de consulta de Medicina de Familia y Enfermería respectivamente. Dan a la sala de espera (amplio pasillo) y una se utiliza para la intervención, con camilla articulada y levadiza, potente lámpara quirúrgica orientable, mesa para instrumental. Lavabo con grifo aparente, esterilizador (Matachana) y armarios para utillaje quirúrgico

El Centro Hospitalario utilizado como centro de referencia para este trabajo, ha sido **el HUM Valdecilla (Santander),** y se ha realizado en una sala utilizada solo para tal fin, de 21m^2, comunicada con otra de 20m^2, utilizada como antequirófano, lugar en donde se realiza la exploración prequirúrgica, física y donde se repasan aspectos importantes de la anamnesis, (alergias, antecedentes de interés, tratamiento actual incluyendo anticoagulantes y antiagregantes, etc.). La sala de intervenciones se encuentra dotada de mesa de quirófano, lámpara quirúrgica, mesa auxiliar, armarios, lavabo con grifos adecuados, etc.

Todos los sitios utilizados para la práctica quirúrgica, se encuentran dotados de material, aparataje y medicación suficiente para la asistencia a posibles eventos de parada cardiopulmonar que pudiesen ocurrir, con monitor/desfibrilador, laringoscopio, tubos de Guedel y endotraqueales, Ambú, sueros, y medicación de urgencia (adrenalina, atropina, diazepam)

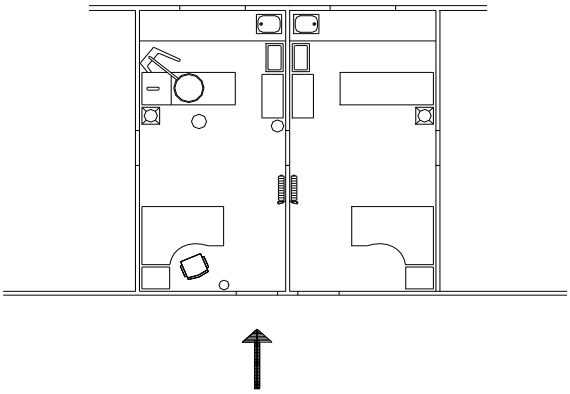
Consulta C.de S. de Espinosa de los Monteros

1



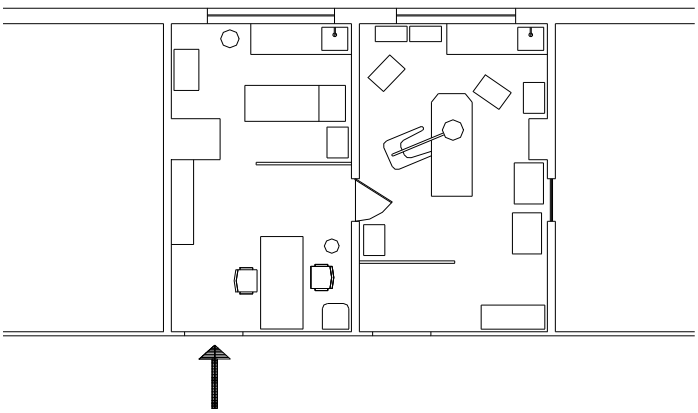
Consulta C.de S. Renedo de Piélagos

2



Consulta Nº6 Cirugia General Ambulatoria. V. Sur

3



Salas

1- Espinosa. 385x456 =**17,55m2** (sala única)
2- Renedo 580x282 (x2) =**16,35m2** (x2= 32,71m2)
3- Valdecilla: 355x600 + 340x600 =**21,30m2** (+ 20,40m2 =41,70m2)

III.1.3.3. Instrumental Quirúrgico empleado

Para la realización de la Cirugía Menor, es imprescindible tener conocimiento sobre el instrumental quirúrgico, su manejo, limpieza y conservación. La calidad, el estado y el tipo de instrumental pueden afectar al resultado de una técnica quirúrgica y su elección debe basarse en criterios científicos y no en apreciaciones subjetivas [32]

III.1.3.3.1. Listado de instrumental: [68] [69]

Cirugía de la uña

Despegador de Feer

Erina

Tenazas para corte de uña (varios tamaños y modelos)

Pinza de disección

Porta Mayo-Hegar

Bisturí Nº 15

Cirugía de extración subcutánea

Bisturí Nº15

Pinza Adson/ Pinza disección (con/sin dientes)

Pinza de Allis

Pinza de Babcock

Porta de Mayo-Hegar

Separador de Weitlaner

Separador de Alm

Retractor de garras (2)

Mosquito (con y sin dientes)

Pinza hemostática de Crile /Pean

Cirugía de lesión superficial

Bisturí Nº15

Pinza Adson/ Pinza disección (con/sin dientes)

Porta de Mayo-Hegar

Mosquito

Pinza hemostática de Crile /Pean

Separador de Alm

Otro instrumental

Tijeras romas (tipo Mayo/Stille)

Tijeras de Metzenbaun

Pinzas de Feilchenfeld (cuerpos extraños)

Separador de Weitlaner

III.1.3.3.2. Limpieza y esterilización del material

En los Centros de Salud, esta labor es realizada por el personal médico y de enfermería y se realiza inmediatamente después de las intervenciones[70]. El material una vez utilizado, se procede al lavado y cepillado con agua y jabón, utilizando cepillos de nylon y de alambre, según convenga. Posteriormente son dejado durante un tiempo no inferior a una hora en un baño con producto desinfectante del tipo de Glutaraldehido fenolato (Instrunet Esporicida®) o solución de clorexidina (Hibitane®).

Una vez desinfectado el material y secado con papel celulosa, se comprobará su buen estado y serán empaquetados de forma individual o en kits convencionales de cuatro/cinco elementos (pinza Addson o disección, porta, mosquito y Cryle con o si mango de bisturí) Una vez en los sobres transparentes, serán introducidos en el autoclave (Matachana ®) durante un programa de 20-30 minutos.

Una vez esterilizado, se pondrá la fecha en el sobre (periodo de duración 3-6 meses, después del cual hay que volver a esterilizar.

En el Hospital es realizado por el personal Auxiliar de clínica y Técnico en esterilización siguiendo el correspondiente protocolo hospitalario.

III.1.4.Preparación del Paciente.

III.1.4.1 Aspectos generales

El abordaje del paciente que va a ser sometido a una intervención de CM ha de ser desde el primer momento lo más accesible y tranquilizador posible intentando crear un ambiente cordial y cercano. Normalmente son pacientes que acuden con cierto grado de ansiedad, sobre todo si es la primera vez que van a ser sometidos a una intervención por pequeña que sea. Se les informara detalladamente de los pormenores de la intervención, de sus posibles complicaciones y de las alternativas que hubiere, se le explicará los cuidados generales postoperatorios que tendrá que tener, la posible baja laboral (normalmente en intervenciones de patologías subcutáneas, de mediano o gran tamaño con puntos internos, si no es así no suele

ser necesario). Los cuidados especializados se los facilitarán en su Centro de Salud, con el informe que recibirán al terminar la intervención. Se le facilitará el documento para firmar el correspondiente Consentimiento Informado, si así lo cree el paciente. Se le preguntará por sus antecedentes patológicos, tratamiento actual, sobre todo anticoagulante o antiagregante, y episodios alérgicos medicamentosos si los hubiere. Después se le dará cita para el día de la intervención si es que esta no se realiza en el primer acto.

El día de la intervención, previamente se le habrá explicado la necesidad de practicar cuidadosamente la higiene personal diaria y del recortado/afeitado del vello si lo hubiere, se procederá a la desinfección de la zona de intervención, mediante solución antiséptica, como clorexidina, Povidona yodada, etc. (se lavará primero con agua y jabón en caso de tratarse un una intervención de los pies, uña incarnata, etc.)

III.1.4.2. Anestesia**.**

Una vez preparado y desinfectado el paciente, se procederá a anestesiar la zona de la intervención. La correcta realización de esta maniobra, nos facilitará en gran medida el resultado de la intervención, recordemos que uno de los factores fundamentales para la satisfacción del paciente y superar sus expectativas quirúrgicas ente la CM reside en el uso experto y liberal de los anestésicos locales[71]. Muchas veces representa la primera maniobra agresiva que inflingimos al paciente y debemos hacerlo con el máximo cuidado. Recordemos que los anestésicos locales representan la medicación más utilizada en una consulta de CM.

El tipo de anestesia puede ser local (tópica o infiltrada) o locoregional, siendo la local por infiltración la más usada en CM.

Aunque son raras las reacciones adversas, siempre hay que indagar sobre posibles alergias a los anestésicos[72], antes de proceder a la infiltración.

Los anestésicos disponibles en este momento son de dos tipos, esteres o amidas. Los más utilizados son del grupo de las Amidas, aunque en los casos raros de la existencia de antecedentes alérgicos, se recomienda el cambio de grupo. La articaína pertenece al grupo de las amidas pero químicamente difiere bastante por lo que se puede utilizar como alternativa.

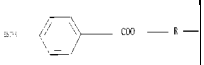
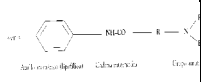
La aplicación de la anestesia local tiene dos técnicas, una la angular, utilizada sobre todo en lesiones superficiales, que se aplica en forma de abanico con un pinchazo en cada uno los dos extremos del imaginario huso escisional, o la infiltración perilesional, imbricada, utilizada sobre todo para lesiones subcutáneas, quistes o lipomas.

Siempre que no esté contraindicado, se aplicará con vasoconstrictor (adrenalina) por las múltiples ventajas que aporta (disminuye el sangrado, aumenta el tiempo de prevalencia, etc.) No lo aplicaremos fundamentalmente ante cardiópatas, hipertensos, ni en partes acras como dedos, orejas además de genitales por la gran vasoconstricción que puede producir y el riesgo consabido de necrosis.

Otros tipos de anestésicos utilizados, los tópicos, se reducen a la aplicación de cremas o aerosoles de forma tópica, muy utilizado en pequeñas intervenciones en pediatría o por su gran absorción en manipulaciones odontológicas o mucosas genitales

La crioanestesia, (Cloretilo®, Aerofrizer®, etc.) produce disminución de la sensibilidad pasajera y esta indicada sobre todo en el drenaje de abscesos y desbridamento de heridas.

Características de los principales anestésicos utilizados en CM

Grupo	***Nombre***	***®***	***Toxicidad***	***Potencia***	***Uso***	***Particularidades***	
Esteres	Procaína		1	1	General		Utilización en mucosas 
	Tetracaina	Lubricante urológico	10	12	Tópico		
	Clorprocaína						
	Benzocaína						
	Cocaína						
Amidas	**Bupivacaína**	Svedocaina Inibsacain (0,5)	8	12	general	Con pH >6,5 precipita	Reacciones alérgicas muy inferiores. Pueden utilizarse en pacientes alérgicos al grupo de los ésteres. Tienden a producir vasoconstricción 
	Lidocaína	Xilonibsa Emla Xilocaina	2	2	Tópico		
	Mepivacaina	Scandinibsa	2	2	general	Con pH >6,5 precipita	
	Prilocaina	Citanest Octapresin	2	2	Dental		
	Ropivacaina	Naropin	2				
Otros	Articaína	Ultracaín Meganest			General Dental		Amina del grupo de los tiofenos

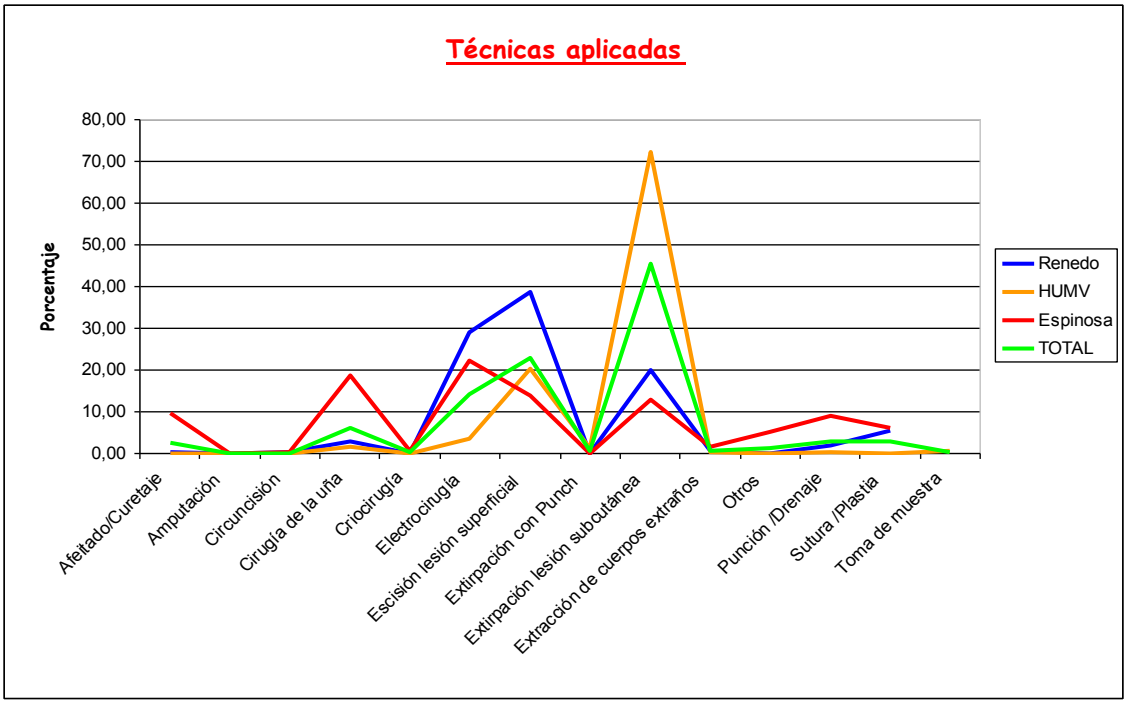
III.2. TECNICAS UTILIZADAS

A lo largo de los tres periodos efectuados, se han realizado prácticamente todas las técnicas sencillas que abarca la Cirugía Menor, en las siguiente tablas y diagramas se puede observar la evolución de las mismas, y como a lo largo del

tiempo han ido aumentando tanto en valor absoluto como en porcentaje las técnicas de mayor complejidad, como la extirpación de lesión subcutánea, en detrimento de las más sencillas como la electrocoagulación, sutura simple, afeitado, o curetaje.

Se describe a continuación los pormenores de su realización.

Técnicas Empleadas	TOTAL	
	Total	%
Afeitado/Curetaje	76	2,54
Amputación	4	0,07
Circuncisión	6	0,20
Cirugía de la uña	185	6,17
Criocirugía	6	0,20
Electrocirugía	424	14,15
Escisión lesión superficial	682	22,76
Extirpación con Punch	19	0,63
Extirpación lesión subcutánea	1360	45,39
Extracción de cuerpos extraños	22	0,73
Otros (complejos)	35	1,23
Punción /Drenaje	84	2,80
Sutura /Plastia	85	2,84
Toma de muestra	9	0,30
TOTAL	**2996**	**100**



III. 2.1 Afeitado/Curetaje

Se trata de una técnica de escisión tangencial, efectuada con un bisturí o con una cureta.

Indicaciones

Se trata de unas técnicas rápidas y sencillas indicadas en las lesiones sobreelevadas o excrecentes de pequeño tamaño como: hiperqueratosis/ helomas, queratosis seborreicas, acrocordones, molluscum contagiosum y verrugas filiformes, en el caso del afeitado y enucleación de verrugas, millium, queratosis seborreica, granuloma por cuerpo extraño, etc., para la técnica de Curetaje.

Técnica

Estabilizar la piel con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante y en dirección perpendicular a las líneas de tensión cutánea.

Realizar corte perpendicular a la base de la lesión y paralelo a la piel (afeitado), eliminando sólo las capas superficiales de la piel.

En el Curetaje, si se realiza raspado, se tomará la cureta como un lápiz y se efectuarán movimientos tangenciales firmes, rápidos y hacia abajo. Si lo que se quiere es una enucleación de la lesión, se procederá realizando movimientos de palanca para conseguir el despegue de la lesión[73]

La hemostasia se conseguirá mediante presión o con bisturí eléctrico por coagulación. En raras ocasiones hace falta punto de sutura.

III.2.2 Amputación

Técnica casi siempre compleja además de irreversible, realizada mayoritariamente *in extremis*, debido a circunstancias especiales para la que hace falta además del dominio de la técnica, un consentimiento por parte del paciente o familiar especial. Su práctica debe estar reservada para el hospital, pero cuando la negativa del paciente, su aislamiento u otras circunstancias lo requiere, nos vemos en la necesidad de ponerlo en práctica en los Centros de Salud, o incluso en condiciones extremas en el domicilio del paciente.

Las amputaciones digitales por insuficiencia vascular periférica, la necrosis, la momificación seca, procesos ulcerantes destructivos e irreversibles, aplastamientos distales, o las grandes deformidades invalidantes de pequeños dedos son indicaciones para proceder a la amputación.

La forma más sencilla para realizarla en Atención Primaria es la sección a nivel articular, habiendo dejado piel suficiente para proceder a la reconstrucción del muñón correspondiente.

III.2.3. Circuncisión, Postectomía, Frenectomía

Se trata de una técnica urológica más complicada que consiste en seccionar el prepucio alrededor del glande, con una dirección en bisel para conseguir una apertura mayor ovalada del prepucio y evitar la aparición de parafimosis.

Esta indicado entre otros en los casos de fimosis, episodios resueltos de parafimosis, molestias en practicas sexuales, balanopostitis, postitis y postosis lesiones estas últimas frecuentes en edades adultas. [74]

Una vez preparado convenientemente y desinfectado el paciente, y tras anestesia local (¡sin adrenalina!) en base del pene se practica una primera incisión dorsal con tijera de Metzembaum. hasta el lugar que consideremos sea suficiente como para agrandar el anillo prepucial sin que produzca molestias. Se dará un primer punto llegado a este sitio, para seguir cortando de forma tangencial hacia ambos lados, procediendo a dar un punto en cada cuadrante lateral para terminar de recortar circunferencialmente a la altura del frenillo en donde se secciona este y se dará el cuarto *punto cardinal* alrededor de la circunferencia prepucial. Posteriormente y una vez hecha la hemostasia, se darán dos/tres puntos en cada cuadrante, aproximando piel y mucosa. Finalmente se vendará con gasas estériles dando al paciente las instrucciones convenientes sobre limpieza e higiene. Se practicará la primera revisión a las 24/48 horas, retirada de puntos en 7/10 días y en tres /cuatro semanas será revisado para ver resultado.

La cirugía sobe el frenillo se aplicará dando un punto en cada extremo del frenillo (arteria del frenillo) y seccionando este de forma transversal,. Si es preciso se dará uno/dos puntos más para evitar hemorragias posteriores.

También, otra técnica es la electrocoagulación del frenillo, con lo que no suele ser necesaria la sutura. Seguimiento y curas similar a la Postectomía.

III.2.4. Cirugía de la uña

La patología de la uña es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria (AP) y son muchas las técnicas quirúrgicas que se aplican dependiendo de la presentación de cada caso y de la preparación del profesional. [75] [76] [77]. El lugar más frecuente de presentación son los pulgares de los pies

Técnicas aplicadas:

III.2.4.1. Avulsión o extirpación total ungueal.

Utilizada sobre todo en casos de *Uña incarnata (Onicocriptosis)*, Onicomicosis extensa sin repuestas al tratamiento médico y en deformaciones ungueales (onicogrifosis, uña en tenaza[78], etc.)

En primer lugar se debe proceder a la limpieza y desinfección cuidadosa de la zona (pie). Se aplicará una anestesia troncular digital sin vasoconstricción, en ambos laterales del dedo aplicando un torniquete con una banda elástica que no debe

superar los 15 minutos. Si se trata de un dedo de la mano, se puede conseguir con un guante estéril en la mano afectada y previo orificio distal del dedo problema, enroscando el guante sobre el dedo hasta la base, consiguiendo por presión la hemostasia deseada.

A continuación y una vez conseguida la anestesia se procederá a la separación de la uña de su lecho con un separador de Free o con una pinza de mosquito curvada y cerrada. Una vez separada la uña del lecho se la sujetará lateralmente desde el borde distal a la zona proximal con un porta de Mayo-Hegar, cerrándolo hasta el segundo punto. Estando asida de esta forma la uña, se separará de su raíz traccionando distal y lateralmente, procediendo de la misma manera asiéndola desde el otro lateral ungueal consiguiendo su extracción completa[79].

Se revisará la base ungueal para estar en la seguridad de su completa extracción y se enviará la mitad al laboratorio de Microbiología para estudio de Dermatophytos y la otra mitad, junto con el granuloma y restos de la matriz si los hubiere , al laboratorio de Anatomía Patológica.

El lecho ungueal se cubre con un apósito vaselinado y vendaje compresivo, recomendándole al paciente que no camine y que mantenga la pierna elevada durante las primeras 24 horas.

Si no existen complicaciones, a las dos semanas el paciente estará en condiciones de realizar la mayor parte de sus quehaceres habituales.

III.2.4.2. Extracción parcial de la uña con matriceptomía química o eléctrica.

Técnica indicada en *Uña incarnata* recidivante o con gran tejido de granulación. Consiste, según la técnica de Winograd[80], en al exéresis lateral de la uña con destrucción de una porción de la matriz ungueal para evitar la recidiva del proceso, esta técnica se asocia con una tasa de recurrencia muy baja y una mayor tasa de satisfacción del paciente[81].

Después de la limpieza, desinfección y preparación del campo quirúrgico y aplicación de la anestesia como en el caso anterior, se cortará la uña longitudinalmente, desde el borde distal hasta la base de la misma mediante un alicate cortaúñas, para liberar de esta forma aproximadamente el tercio lateral de la uña que una vez seccionada se conseguirá mediante tracción con un porta de Mayo apreendido en el fragmento.

A continuación se liberará mediante corte con bisturí la zona de la cutícula que se encuentra sobre la matriz del fragmento extirpado y comprobar visualmente que no queda restos de la base del fragmento. Una vez liberada la cutícula y la matriz expuesta, se procederá a su destrucción, o bien químicamente o bien mediante con electrocoagulación.

Para la destrucción química[82] se emplea Fenol al 89%, depositando una/dos gotas sobre la matriz con una torunda como aplicador y mantenerlo de 5 a 10 minutos para garantizar la ablación de la matriz[83].

El Fenol a dicha concentración resulta extremadamente cáustico por lo que se debe manipular con extremo cuidado[84]. Se puede neutralizar con alcohol etílico, que se utilizara para terminar el proceso de cauterización o en caso de producirse cualquier azar en su manipulación.

La utilización del bisturí eléctrico es una técnica mucho más sencilla pero no siempre esta disponible en la dotación instrumental de los Centros de Salud.

Si existe gran tejido de granulación, este se debe extirpar en forma de cuña a lo largo del borde ungueal y suturar la hendidura producida a la uña con seda del Nº1.

III.2.4.3. Otras técnicas en la cirugía de la uña

El torneado y fresado mediante motor podológico y el corte de la uña más o menos especializado, son técnicas más propias del campo de la podología que en algunas ocasiones se aplican en Cirugía Menor.

Fundamentalmente se trata de conseguir una disminución del grosor ungueal, frecuentemente aumentado en personas de edad avanzada, para que aumente la elasticidad y plasticidad ungueal, de tal forma que no sea la uña la que con su rigidez modele al dedo sino al contrario, y se adapte a la forma del lecho y pulpejo digital que se ve sometido a continuos cambios por agentes externos (calzado inapropiado, procesos artrósicos de las falanges del pie, dedo en martillo, etc.)

Colocando distintas fresas y conos abrasivos, se regruesará la superficie ungueal, aplicándolo con sumo cuidado para no aumentar la temperatura por la abrasión y producir la indeseable quemadura. De esta forma se conseguirá el grosor ungueal deseado.

III.2.5. Criocirugía

Consiste en la destrucción de lesiones cutáneas mediante la aplicación de frío local a temperaturas por debajo de los 0º. La destrucción irreversible de las células ocurre entre los -10º y -20º Centígrados, las sometidas hasta -5º suelen recuperarse, por lo que el objetivo de esta técnica es alcanzar una temperatura por debajo de -20º teniendo en cuenta que la profundidad que se consigue congelar oscila entre los 2,00 y 3,5mm[85]. Representa una técnica segura rápida y de fácil aplicación. Se tolera bien sin anestesia local, no requiere puntos de sutura y las infecciones y cicatriz resultante son insignificantes.

En los últimos treinta años se han producido grandes adelantos en la comprensión de las bases biológicas de la criocirugía. Zacarian[86] y Torre[87] son los principales impulsores de estos avances y de la puesta en marcha de los métodos actuales.

La técnica más utilizada es la aplicación de Nitrógeno Líquido, que llega a alcanzar una temperatura de -196º. Requiere almacenamiento especial en contenedor metálico para el almacenamiento y un aplicador y una manipulación

delicada. La inversión inicial y su mantenimiento cuando no hay un nímimo de consumo, limita la utilización en Centros de Salud.

Sin embargo la técnica aplicada en este estudio ha sido la utilización de Dimetil éter y Propano, en nuestro país comercializado con el nombre de Histofreezer, gas presurizado en un envase que se aplica con una torunda, es de fácil manejo y consigue una temperatura de -50ªC. Es menos eficaz que el nitrógeno líquido, pero resulta suficiente para lesiones superficiales. El tiempo de congelación es importante y se debe mantener el aplicador hasta que la piel aparezca de color blanquecino, lo que se consigue en unos 20-30 segundos para lesiones superficiales y 40-60 segundos para lesiones más gruesas.

CRIOCIRUGÍA	
Tipo de lesión	**Tiempo de congelación**
Molusco contagioso	**20-30 segundos***
Léntigo solar	
Fibromas péndulos	
Verruga vulgar plana	
Verrugas vulgares gruesas	**40-60 segundos***
Verrugas plantares	
Condilomas acuminados	
Queratosis seborreica	
**El tiempo de congelación se considera desde que la lesión está blanquecina hasta que vuelve a tomar un color rojizo.*	

Se debe congelar la lesión y un halo perilesional de unos 3mm. En ocasiones se necesita más de una sesión, separadas una de otra de 2-3 semanas.

Esta técnica esta contraindicada en áreas con problemas de insuficiencia vascular (venosa o arterial) Hay que tener cuidado en zonas en las que previamente han sido tratadas con corticoides tópicos durante tiempo prolongado y teniendo en

cuenta que pueden producir despigmentación, no se debe utilizar en pacientes de raza negra por lo que se debe pensar en técnicas alternativas.

III.2.6. Electrocirugía

La Electrocirugía se considera una herramienta cómoda y eficiente para el tratamiento quirúrgico de lesiones benignas dérmicas que son susceptibles de dicho procedimiento, así como en la electrocoagulación de vasos sangrantes superficiales, tan frecuentes en muchos procedimientos de Cirugía Menor. En algunos casos publicados, llega a alcanzar entre el 35-40% de todas las técnicas quirúrgicas empleadas.[88]

Los bisturíes eléctricos transforman la energía eléctrica de la red en calor, por la resistencia de los tejidos al paso de la corriente. Según la longitud de onda de la corriente se consiguen diferentes aplicaciones:

Electrodesecación: Destrucción de lesiones superficiales.

Electrocoagulación: Hemostasia de tejidos sangrantes.

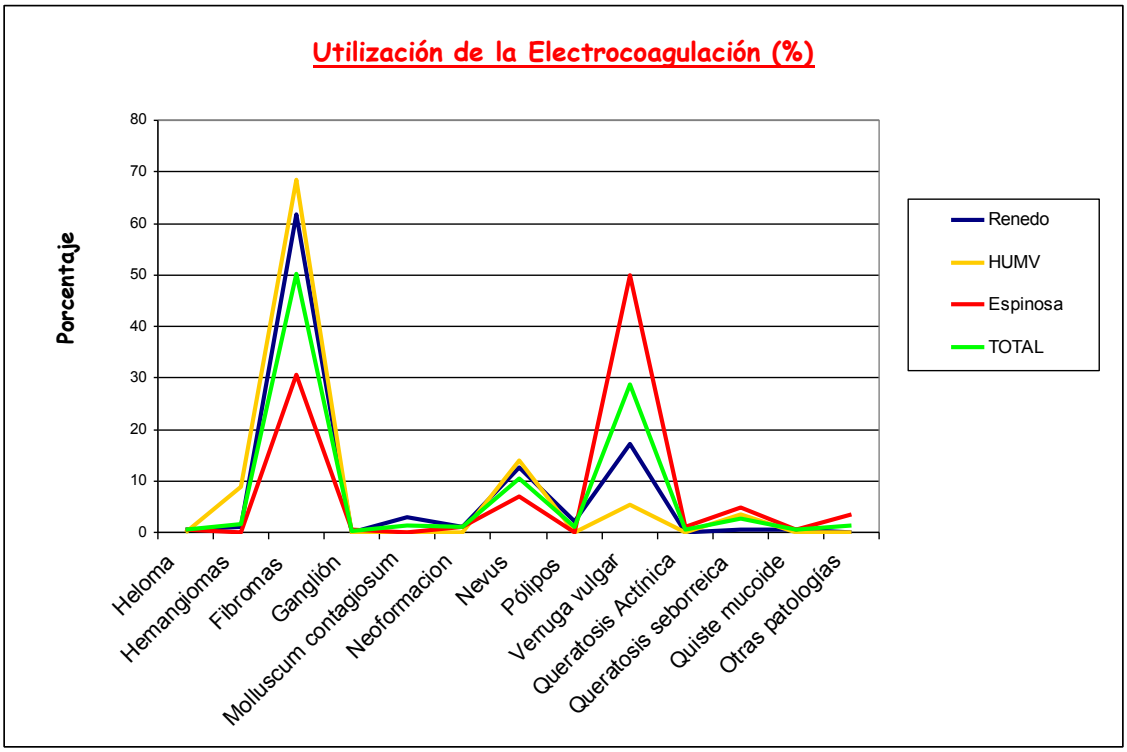
Electrosección: Corte de lesiones sobreelevadas o pediculadas en la superficie cutánea.

Para la cirugía cutánea hemos empleado aparatos monopolares que disponen de un electrodo terapéutico (mango con distintas puntas intercambiables) y de un electrodo de dispersión (placa) que, colocada en alguna zona distante del cuerpo del paciente, cierra el circuito. Todos los modelos tienen un selector de frecuencia que

modifica la onda para producir las distintas modalidades de terapia y un selector de intensidad de corriente para regular el efecto producido.

Las indicaciones pueden ser todas aquellas lesiones cutáneas benignas en las que esté indicada su sección, exéresis, destrucción o corte[89].

Utilización de la electrocirugía	**Renedo**		**HUMV**		**Espinosa**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Fibromas	122	61,62	39	68,42	52	30,59	213	50,12
Ganglión			0		1	0,59	1	0,24
Heloma	1	0,51	0		1	0,59	2	0,47
Hemangiomas	2	1,01	5	8,77			7	1,65
Molluscum contagiosum	6	3,03	0				6	1,41
Neoformación	2	1,01	0		2	1,18	4	0,94
Nevus	25	12,63	8	14,04	12	7,06	45	10,59
Pólipos	4	2,02	0				4	0,94
Otras patologías			0		6	3,53	6	1,41
Queratosis Actínica			0		2	1,18	2	0,47
Queratosis seborreica	1	0,51	2	3,51	8	4,71	11	2,59
Quiste mucoide	1	0,51	0		1	0,59	2	0,47
Verruga vulgar	34	17,17	3	5,26	85	50,00	122	28,71
TOTAL	198	28 %	57	3,6 %	170	22 %	425	14 %



Técnica

El paciente ha de estar tumbado, sin contacto con tierra (Partes metálicas de la camilla) y sin objetos metálicos (pendientes, collares, anillos..)

Se colocará, en caso de electrodo monopolar, placa de electrodo neutro en perfecto contacto con la piel, en zona de presión, Una vez así preparado, se pondrá a baja potencia para lesiones pequeñas o para las colocadas próximas a estructuras vasculares, u órganos sensoriales. Se aumentará la potencia para lesiones de mayor tamaño

Contraindicaciones.

Nunca utilizarlo como método de tratamiento en lesiones con sospecha de malignidad o en lesiones pigmentadas sin un diagnóstico previo de certeza.[90]

No se debe utilizar si el paciente es portador de marcapasos externo a demanda o en presencia de alteraciones del ritmo cardiaco de cualquier tipo.

No suponen contraindicaciones las dentaduras no removibles metálicas (puentes fijos, implantes…), las prótesis metálicas (clavos, tornillos), y los Dispositivos intrauterinos [91].

III.2.7. Escisión lesión superficial

La Escisión fusiforme (elíptica) es una de las intervenciones quirúrgicas más comúnmente practicadas para eliminar lesiones cutáneas.[92] [93]

La escisión fusiforme reduce el número de visitas a las consultas, proporciona un rápido diagnóstico y un ahorro considerable para el paciente,[94] permitiendo en múltiples ocasiones realizar el diagnóstico y tratamiento en una sola vez.[95]

En la realización más ideal, la técnica clásica requiere un ratio mínimo de longitud/ anchura de 3:1, que tiene como resultado un ángulo inferior a 30º en ambos extremos de la escisión[96]. Cuando la incisión está correctamente diseñada, se puede cerrar con mayor comodidad y rapidez aunque no es raro la formación de cantidades excesivas de tejido en los extremos, conocidas como *"orejas de perro".* Lo corregiremos con pequeñas escisiones triangulares, practicadas en los extremos, orientadas de forma perpendicular u oblicua al eje mayor de la escisión y la eliminación del exceso de tejido subcutáneo.[97]

El manejo de los tejidos ha de ser cuidadoso, para favorecer la pronta y exitosa cicatrización. Los daños producidos en los bordes favorecen la necrosis, fibrosis y la aparición de cicatrices hipertróficas y antiestéticas. [98]

Es conveniente dibujar sobre la piel las líneas de incisión con un rotulador antes de la intervención, que siempre han de seguir las líneas de mínima tensión cutáneas, o líneas de Langer[99], que suelen situarse perpendiculares a la dirección de tiro de los músculos que se encuentran debajo, aunque esto experimenta variación con la edad de los pacientes.[100]

Una vez perfectamente limpiado, desinfectado y secado el lugar le la lesión, y convenientemente anestesiado mediante infiltración local o regional se procederá a practicar la incisión mediante bisturí. La primera incisión del escalpelo debe hacerlo en toda su profundidad, para evitar bordes irregulares y mejorar el resultado estético final.

La escisión se realiza a continuación, dependiendo de la impresión diagnóstica de la lesión, de forma superficial o en bloque, en forma de cuña hasta plano subcutáneo. El socavamiento de los bordes de la escisión ha de realizarse en la unión dermohipodérmica para disminuir la tensión y facilitar el cierre de la herida, realizándolo con escalpelo o con tijera roma.

Después de controlar la hemostasia mediante pinzado, electrocoagulación o sutura hemostática con material reabsorbible, el cierre de la herida generalmente se realiza en dos planos

Teniendo en cuenta que a las dos semanas de la intervención, la cicatriz tiene una resistencia tan solo del 7% de la piel normal[101], y hasta los tres meses no alcanzará su máximo que representará el 80-90%, es necesario utilizar sutura subcutánea dermohipodérmica con material reabsorbible. La correcta sutura hipodérmica nos permitirá retirar antes los puntos epidérmicos, consiguiendo mejor resultado estético.

La sutura no reabsorbible se coloca desde la base de la herida hasta la dermis. El nudo se "entierra" en la base de la misma. Posteriormente se suturará la epidermis con puntos simples, puntos continuos o en caso de sospechas gran tensión y epidermis muy delgada, con puntos colchoneros.

En ocasiones se cierra con sutura intradérmica continua con monofilamento o con material reabsorbible que no se retrae (tipo "espina de pescado"), consiguiendo un resultado estético mejor.

III.2.8. Extirpación con Punch

Técnica que, por medio de un sacabocados (instrumento que consta de mango y un extremo de corte circular de 2 a 8 mm de diámetro), permite conseguir una muestra de la piel que profundiza hasta la hipodermis. Se utiliza para biopsiar una lesión como método diagnóstico, o cuando la lesión es pequeña como método resolutivo.

En el primer caso, salvo otra indicación, se debe tomar la muestra del borde de la lesión, obteniendo en parte piel sana, lo que facilita el diagnóstico anatomopatológico.

Para aplicar la técnica, tras la desinfección y la anestesia de la zona hasta la dermis profunda, el punch se aplica de forma perpendicular con movimientos rotatorios hasta alcanzar el tejido subcutáneo. En los casos que queramos obtener la escisión de forma elíptica, debemos tensar la piel con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, en dirección perpendicular a las líneas de tensión de la piel, para que el diámetro de mayor de la elipse obtenida corresponda con estas, de tal manera que tras seccionar el tejido de la biopsia en sacabocados y extraerlo por su base y liberar la tensión, el defecto en el lugar de la biopsia adopte una forma oval paralela a las líneas de Langer[102].

Tras la hemostasia, si se cree conveniente, se sutura y siempre se envía la pieza a Anatomía Patológica

III.2.9. Extirpación lesión subcutánea

La palpación de nódulos subcutáneos, de hasta 10cm, móviles, generalmente no dolorosos o con dolor exquisito a la presión (pilomatricoma) o con dolor de aparición intermitente y periódica (angiolipomas) a veces con secreción muy

maloliente y aspecto graso (quiste epidérmico) y de crecimiento lento (en ocasiones años) es motivo frecuente de consulta de Atención Primaria y de derivación para su tratamiento en Cirugía Menor.

Se han empleado fundamentalmente dos técnica para la exéresis de lesiones subcutáneas, una con escisión fusiforme superficial para posteriormente efectuar exéresis de la lesión de forma disecada o en bloque, en caso fundamentalmente de los quiste epidérmicos infundibulares, con el fin de eliminar la comunicación con el exterior y evitar la recidiva. También esta técnica se emplea cuando la lesión deforma la superficie normal de la piel lo suficiente como para una vez extraída la tumoración, eliminamos la piel sobrante, consiguiendo una optima aproximación de los bordes quirúrgicos

La otra técnica es la práctica de la incisión simple y exéresis o enucleación de la lesión mediante unas pinzas de Allis o Babcock sobre todo en caso de los lipomas.

Posteriormente a la exéresis de la lesión, se efectúa la hemostasia correspondiente y cierre de la cavidad por planos, habitualmente dos o tres, según el volumen de la tumoración. Si se estima oportuno se coloca drenaje para evitar acumulación de líquidos en la herida con el consabido retraso en su curación.

Lesiones Subcutáneas más frecuentes	
Tumor	**Clínica**
Lipoma	Indoloro, móvil, blando
Angiolipoma	Doloroso de forma intermitente
Quiste epidérmico infundibular	Segrega contenido graso oxidado, muy maloliente,
Quiste epidérmico Triquilemal	Redondeado, duro, móvil. Generalmente múltiple. Muy frecuente en cuero cabelludo
Quiste epidérmica esteatocístico	Blando redondeado, de contenido graso. Raramente drena su contenido. Crecimiento rápido
Pilomatricoma	Doloroso, frecuente en EEII y sexo femenino
Ganglión	Blando, redondeado, cercano a tendones y articulaciones (muñeca, pies) con contenido de aspecto gelatinoso.
Quiste mucoide	Blando y redondeado, de contenido mucoide, frecuente en mucosas

III.2.10. Extracción de cuerpos extraños

Representa una técnica en ocasiones comprometida, que pese a su aparente sencillez puede resultar infructuosa con la siguiente frustración para médico y paciente.

En numerosas ocasiones el paciente acude solo con la sospecha de posible cuerpo extraño con mayor o menor clínica de inflamación, dolor (casi siempre presente sobre todo a determinada dirección con la que se ejerce la presión) eritema, etc, dependiendo en gran medida del tiempo de evolución, que cuando este es grande, puede llegar a aparecer un granuloma a cuerpo extraño que delimita la lesión y nos la marca de forma clara.

La situación de la lesión y los tipos de cuerpos extraños pueden ser de lo más variado, siendo en los dedos de las manos el sitio que con más frecuencia requiere esta técnica.

Los cuerpos extraños pueden ser sugeridos por el paciente, pero no siempre, y los más frecuentes son pequeños cristales (accidente de tráfico previo) restos vegetales lignificados, espinas, perdigones, puntas de aguja rotas etc.

Se define como Granuloma a cuerpo extraño la reacción de tejido subcutáneo alrededor de un cuerpo extraño que, con el paso del tiempo, puede encapsularse o incluso infectarse y producir un absceso.

La técnica de su extracción, cuando presenta granuloma, es realizar una amplia incisión sobre el mismo, previa anestesia, e intentar con unas pinzas la extracción del cuerpo extraño. Para ello se recomienda la utilización de las Pinzas de Feilchenfeld , que son unas pinzas finas, terminadas en punta capaces de asir a gran variedad de cuerpos extraños, teniendo en cuenta que debido a proceso fibrótico pueden estar muy adheridos a los tejidos. Posteriormente a la extracción se legrará mediante cucharilla o cureta la zona granulomatosa para su total limpieza. Se suturará finalmente la zona con puntos simples dejando suficiente distancia entre ellos para drenar una posible infección si se produjera.

III.2.11. Punción /Drenaje

Un absceso es una colección de pus dentro de una cavidad formada en tejidos subcutáneos[103]. El drenaje de los mismos, ha formado parte desde siempre de las habilidades del Médico de Familia y tal vez sea siendo por su frecuencia, una de las más difundidas. Representa una situación frecuentemente indemorable sencilla de realizar y con un resultado muy satisfactorio debido al gran alivio obtenido por parte del paciente.

Los abscesos cutáneos por su localización pueden dar lugar a diversos cuadros clínicos como panadizos, paroniquias, *sinus pilonidal*, abscesos perianales, bartolinitis,etc. Como norma general, todos los abscesos, sobre todo mayores de 1cm, deben ser drenados, aunque no se desprecian actitudes más conservadoras como la antibioticoterapia oral con el eventual drenaje espontáneo o su reabsorción resolutiva. (el *Staphylococcus aureus* es el germen más frecuente)

Dada la hipersensibilidad de la zona, se debe producir, previa preparación del paciente (asepsia de la zona etc.) a la anestesia perilesional del absceso, a la anestesia por frío local (cloretilo, Nitrógeno liquido) que correctamente aplicados producen una anestesia pasajera suficiente o en abscesos muy superficiales bien formados con un corte rápido y certero, frecuentemente no será preciso la anestesia.

Como en otras ocasiones, la incisión se practicará siguiendo las líneas de tensión de la piel de Langer e intentando que sea en el lugar más inferior posible

respecto a la posición anatómica normal para facilitar el drenaje espontáneo posterior por gravedad.

Se desbridará convenientemente el interior de la cavidad, se lavará con antiséptico (pavidota yodada o H_2O_2 para anaerobios) y se colocará si hiciese falta, drenaje correspondiente (bien de gasa o tipo Penrose, tejadillo, guante de goma, etc.)

La primera cura se efectuará a las 24 horas y la retirada definitiva del drenaje cuando se deje de obtener material purulento.

III.2.12. Suturas /Plastias

El cierre mediante sutura de heridas, incisiones o escisiones, bien hayan sido producidas accidentalmente o por nosotros por razones terapéuticas, es una de las partes primordiales de acto quirúrgico, consiguiendo la adecuada reparación de la barrera cutánea con un resultado funcional y estético aceptable. [104] [105]

El resultado final dependerá de varios factores, entre los que se encuentran el tipo de sutura empleado, la tensión de la herida, la eversión de los bordes, el cierre por planos y el tiempo de retirada de los puntos lo que condicionará el resultado y la calidad de la cicatriz obtenida.

Distinguiremos dos tipos de suturas, las continuas y las discontinuas o puntos sueltos.

III.2.12. 1. Suturas discontinuas

Punto simple. Es el tipo de sutura más empleado por su sencillez y facilidad de ejecución. Debe darse con tanta anchura como profundidad abarcando la piel y una porción de tejido subcutáneo. Es el punto de elección para la sutura de piel y se utiliza solo o en combinación con puntos internos, dependiendo de la profundidad de la lesión.

Punto simple enterrado e invertido. Se utiliza en planos profundos, disminuyendo la tensión en la epidermis y obliterando espacios profundos. Ha de darse con material reabsorbible y se realiza de tal forma que el nudo quede en profundidad frente al cruce que queda más superficial. Los cabos han de cortarse al ras.

Punto subcutáneo doble, en cruz. Utilizado en zonas de gran tensión (espalda) en incisiones lo suficientemente grandes como para no valer un solo punto subcutáneo y suficientemente pequeñas para que una vez anudado un punto, sea muy trabajoso dar un segundo. Esta indicado en el cierre de lesiones subcutáneas con de una incisión de unos 2cm. Desde uno de los extremos de la incisión y empezando de abajo hacia arriba, cruzaremos al extremo contrario para atacar de arriba hacia abajo, pasar a la otra parte atacando de abajo hacia arriba y volviendo al extremo del principio, rematando de arriba hacia abajo. Tensaremos los dos extremos del hilo para conseguir coaptar la escisión y anudaremos, quedando el nudo en el interior como el caso del nudo simple enterrado.

Punto colchonero (punto en “U”, Punto de Donati). Además de proporcionar una buena eversión de los bordes de la herida, oblitera adecuadamente espacios muertos subcutáneos, evitando tener que colocar puntos en dicho plano.

El punto colchonero vertical, se efectúa perpendicular a la herida, para ello se introduce la aguja a pocos milímetros del primer borde sacándolo a la misma distancia por el borde opuesto, en una segunda pasada, se introducirá a unos milímetros cerca de donde se había salido para emerger a otros tantos del primer punto donde se empezó. Para acortar esta distancia, se puede traccionar ligeramente de los dos cabos del hilo consiguiendo el acercamiento del último punto de salida.

El punto de colchonero horizontal se efectúa paralelo a la herida. Para realizarlo la aguja se introduce de manera similar al punto simple, saliendo or el lado opuesto de la herida, seguidamente se vuelve a introducir la sutura a unos 5mm lateralmente al punto de salida para salir asi mismo y de forma lateral a otos 5mm del punto de partida.

Estos puntos son más resistentes y deben soportar mas tensión cuando se trata de aproximar bordes alejados o cuando la piel es excesivamente frágil (cara anterior de la pantorrilla,)

III.2.12. 2. Suturas continuas.

En ellas los puntos se realizan sin cortar el hilo. Se efectúan de manera más rápida que las discontinuas pero se emplean menos en Cirugía Menor.

Sutura simple continua. Es una sucesión de puntos con un nudo inicial y otro final. Es difícil ajusta la tensión y no siempre proporciona la eversión correcta de los bordes.

Sutura continua intradérmica. Permite una sutura sin atravesar la piel evitando cicatrices con marcas de "*vías de tren*" y proporciona un resultado estético optimo. Se realiza pasando la sutura por la dermis en sentido horizontal, en los extremos la sutura sale fuera de la piel, en el caso de sutura intradérmica extraíble, en cuyo caso debemos de utilizar sutura monofilamento (tipo Prolene®) dando una lazada en cada extremo. También se puede realizar con sutura reabsorbible, tipo V-Loc®, sutura en "*espina de pescado*" una vez tensa no se afloja ni retrocede, en este caso no será preciso la anudación final.

Sutura subcutánea. En ocasiones hará falta cerrar cavidades de tamaño mediano (lipomas , quistes epidérmicos, de mayor o menor profundidad) para ello y según los casos se procede a la sutura continua simple interna con doble anudado, al principio y final

El anudado de las suturas se efectúa en la mayor parte de los casos de forma manual, excepcionalmente se hace de forma instrumental. En las suturas profundos

con material reabsorbible y en zonas de gran tensión (espalda) se dan hasta cinco nudos (a derecha e izquierda) asegurando su consistencia. Los puntos superficiales se rematan con tres nudos simples[106] ("aproximar, apretar y asegurar")

III.2.13. Algunas Técnicas Reparadoras empleadas

III.2.13.1. Colgajos epidérmicos.

Cuando la pérdida de piel ha sido amplia, bien por traumatismo, accidente o por procedimiento terapéutico, requiere en ocasiones el aporte de piel en forma de colgajos o injertos. Aquí describiremos brevemente la técnica de algunos colgajos practicados en este trabajo.

El Colgajo romboidal de Limberg[107] y su variación de Dufourmentel[108], el colgajo en bandera[109], y el bilobulado de Zitelli[110], son casos de colgajo de transposición de baja complejidad indicados para la reconstrucción de exéresis de lesiones amplias de la piel, disminuyendo la tensión cutánea de manera considerable y consiguiendo buenos resultados estéticos.

Las complicaciones de esta técnica no son frecuentes (menos de 1.5%)[111] y corresponden principalmente a infección de la herida, necrosis parcial o hipertrofia de la cicatriz.

El diseño del colgajo es sin duda la fase más importante, considerando el tamaño y orientación del defecto que va a resultar de la extirpación. Consideremos

así mismo la piel disponible para tapar la falta, la disposición de las líneas de tensión y la posible secuela producida por la reconstrucción. Una vez diseñado se procederá a la extirpación de la lesión y levantamiento del colgajo, incluyendo tejido celular subcutáneo. Se procederá a la movilización del colgajo al defecto mediante rotación o transposición (en el caso de los colgajo de Limberg o Dufoumentel el mecanismo es de transposición) dando puntos subcutáneos uniendo los vértices de la zona receptora con los de la zona donante. Finalizaremos la parte quirúrgica con la sutura epidérmica de todos los bordes.

III.2.13.2. Reparación del lóbulo de la oreja rasgado.

Prácticamente desde los primeros albores de la humanidad, se llevan pendientes en las orejas por motivos estéticos, o sociales. El “piercing” es un fenómeno de moda en nuestra sociedad, practicado actualmente por ambos sexos, y la demanda de reparación del lóbulo de la oreja hendido o rasgado, lo que permite volver a llevar pendientes de forma rápida, es demandado con relativa frecuencia en nuestros Centros de Salud.[112]

La causa del desgarro suele ser el exagerado peso de los pendientes llevados hasta el momento lo que produce un aumento del orificio del lóbulo con desgarro atraumático constante. En nuestra casuística, en dos ocasiones se han diagnosticado de Nevus Melanocítico Intradérmico en los colgajos obtenidos para su reparación. En otro caso fue un minúsculo cuerpo extraño lo diagnosticado por Anatomía Patológica, fácilmente restos del baño metálico del gancho del pendiente y era lo que actuaba como estilete empujado por el peso del pendiente.

Clásicamente se distinguen tres grados de desgarro[113]:

Grado I: El límite del agujero no alcaza la mitad de distancia entre el orificio inicial y el borde inferior del lóbulo.

Grado II: El límite del agujero se extiende más allá de la mitad de la distancia entre el orificio original y el margen inferior del lóbulo

Grado III: Representa el desgarro completo del lóbulo.

La técnica de reparación consiste en cortar dos colgajos de los bordes del desgarro, para posteriormente suturar, primero en la cara anterior del lóbulo y después, previa eversión, la cara posterior quedando el lóbulo cerrado completamente. Pasado un tiempo suficiente para una buena cicatrización, ideal de dos-tres meses, se realizará el nuevo orificio para poder volver a colgar el pendiente correspondiente.

Otras formas de arreglo efectúan en un solo tiempo la reparación del lóbulo y la reproducción del orificio gracias a un pequeño colgajo de transposición. [114] [115]

Otras técnicas como la Z y W plastia, o el desbridamiento de tejidos en heridas incisocontusas, la eliminación de esfacelos anfractuosos, la limpieza y arreglo de los bordes cuando estos son irregulares, la eliminación de forma regular de los tejidos desvitalizados (procedimiento de Friedrich[116]), se realizan en heridas traumáticas,

aparecidas normalmente en los servicios de urgencias, siendo intervenciones no programadas.

III.2.14. Toma de muestra

Se trata de pruebas diagnósticas de pacientes que en ocasiones son remitidos desde otros servicios (Hematología, Nefrología, Medicina Interna) para la realización de una biopsia como método diagnóstico o pronóstico de una enfermedad, ya conocida o bien en fase diagnóstica. Las técnicas pueden ser diversas y deben estar pactadas con el especialista que la solicita.

Cuando se trata de una adenopatía, frecuentemente es requerido que parte de la misma sea enviada al laboratorio de Hematología "*en fresco*" (envuelta con una gasa estéril empapada en suero fisiológico) inmediatamente después de su obtención. Otra parte de la misma muestra ha de ser remitida por circuito normal al laboratorio de Anatomía Patológica.

En otras ocasiones se trata de obtener muestras de tejido subcutáneo, para descartar Amiliodosis, para tal fin se procederá con un Trucut, por punción previa anestesia local practicada en varias direcciones en la pared abdominal, al laboratorio se le solicitará la prueba de Rojo Congo.

III.3. CIRCUITO POSTQUIRÚRGICO. ENVÍO A ANATOMÍA PATOLÓGICA

Una vez intervenido el paciente, es limpiado y curado con apósito estéril por el personal de enfermería. Se le dan las instrucciones convenientes y la Hoja de Alta si la intervención se realiza en el hospital, ya que las curas, la retirada de puntos si los tiene y la información del resultado anatomopatológico se le darán en su respectivo Centro de Salud. Si la intervención se realiza en el CS, se le darán junto a las instrucciones una hoja de seguimiento para el personal de enfermería.

El personal de enfermería es el encargado de realizar las curas necesarias y solo en caso de complicación, será remitido al médico correspondiente o simplemente avisado para que en la misma consulta de enfermería se le ponga tratamiento si lo precisa.

Una vez dado de alta el paciente, se rellenará la hoja de Enfermería, reseñando la existencia o no de posibles complicaciones y secuelas. Dicha hoja es remitida a la Unidad de Cirugía del Centro para su registro.

Inmediatamente después de la intervención, la biopsia obtenida es metida en un envase cerrado y bañada con Formaldehído para su envía a Anatomía Patológica.

En el hospital las muestras serán recogidas y llevadas al Laboratorio por el personal encargado correspondiente. En los Centros de Salud es remitido junto con

las muestras biológicas que semanalmente se recogen para distintos análisis. (sangre, orina, heces, esputos etc) y son llevadas al Laboratorio del Hospital.

Cuando se estima oportuno, y por los mismos circuitos, se envían muestras al laboratorio de Microbiología, para la identificación y cultivos bacterianos o de dermatophytos, sobre todo en caso de las uñas (*uña encarnada* mitótica, etc.).

Cuando es solicitada muestra para su remisión al laboratorio de Hematología, es llevada en fresco por el personal auxiliar, generalmente se trata de una adenopatía que se envía en un envase envuelta en gasa estéril y rociada de suero para su estudio inmediato, previo aviso al laboratorio)

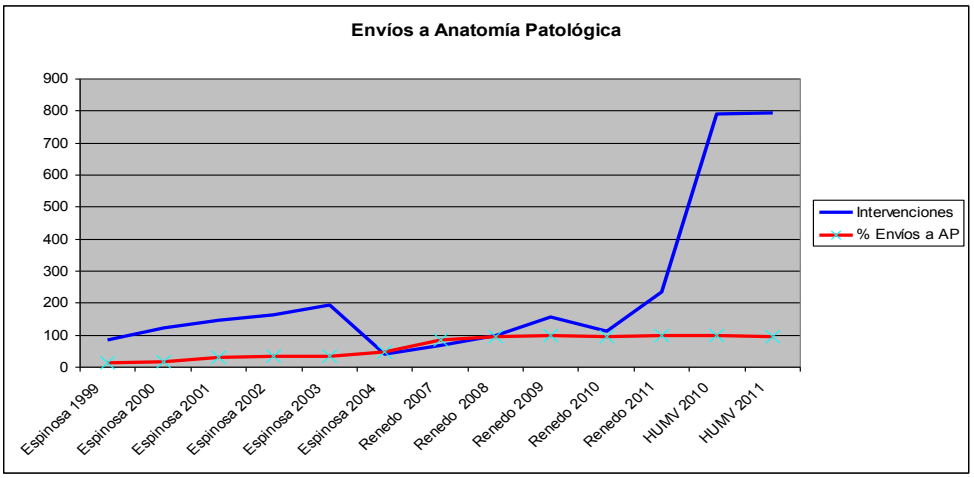
Una vez obtenidos los resultados remitidos por el laboratorio, son valorados y archivados si se trata de lesiones banales y que coinciden con el diagnóstico previo. Cuando no es así y se trata de lesiones de características clínicas relevantes, se le comunica a su médico correspondiente, bien telefónicamente si es desde el Hospital., o bien personalmente cuando ocurre en los Centros de Salud. En cualquier caso, a los médicos de Familia de los pacientes de los CS, se les envía la Hoja de Alta con el Informe quirúrgico realizado para que tenga conocimiento de ello. Desde los CS se tiene acceso a los resultados de todos los laboratorios a través de la Intranet.

Envíos Anatomía Patológica				
Lugar	**Año**	**Intervenciones realizadas**	**Nº envíos a AP**	**% Envíos a AP**
Espinosa 1999	1999	86	11	12,79
Espinosa 2000	2000	123	21	17,07
Espinosa 2001	2001	148	44	29,73
Espinosa 2002	2002	165	58	35,15
Espinosa 2003	2003	196	70	35,71
Espinosa 2004	2004	42	20	47,62
Renedo 2007	2007	68	58	85,29
Renedo 2008	2008	100	95	95,00
Renedo 2009	2009	158	154	97,47
Renedo 2010	2010	111	107	96,40
Renedo 2011	2011	235	231	98,30
HUMV 2010	2010	792	789	99,62
HUMV 2011	2011	796	762	95,73

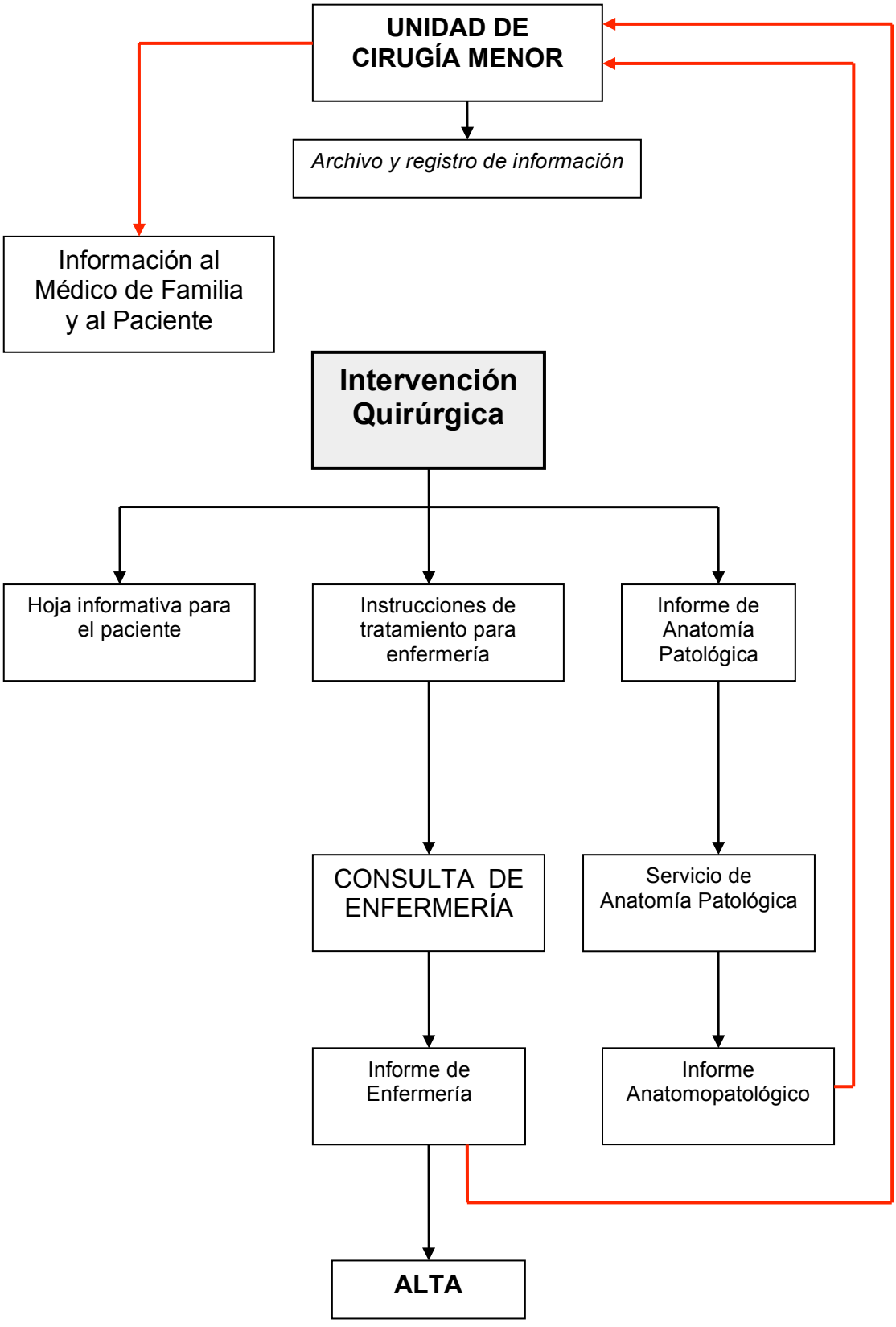
En el siguiente gráfico se puede observar el aumento en el porcentaje de envíos al laboratorio de Anatomía Patológica. (desde un 13% cuando se empezó la actividad hasta casi el 100% en el 2010 y 2011

Hay que reseñar que en Espinosa de los Monteros (Burgos) el Hospital de referencia es el de Cruces (Baracaldo - País Vasco), que entre otras cosas está a más de 100km de distancia.

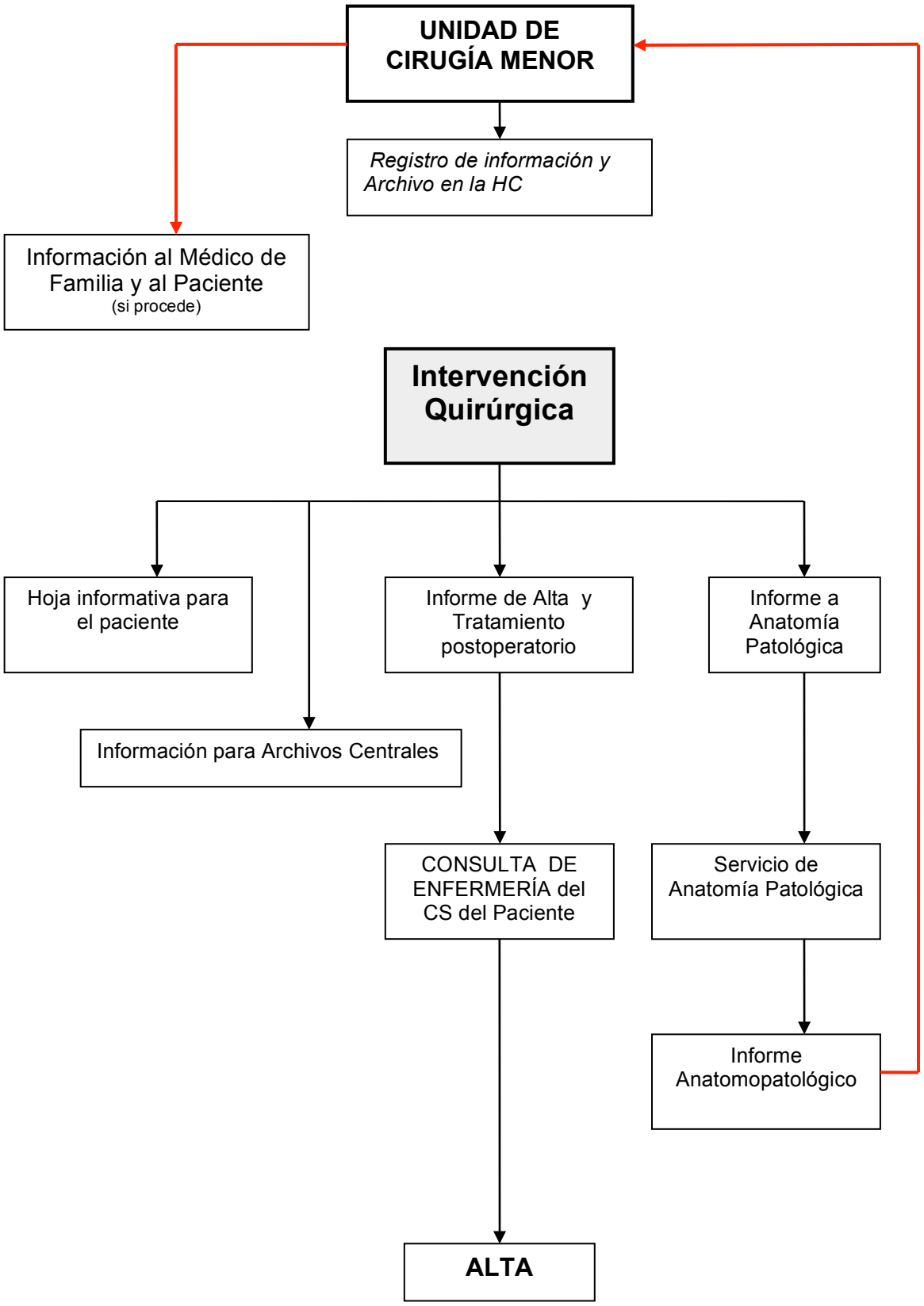
El aumento de envíos al hospital, siempre ha contribuido a un acercamiento entre los profesionales de Primaria y Especializada, aumentando en calidad a la asistencia sanitaria.



Circuito postquirúrgico desde los Centros de Salud



Circuito postquirúrgico en el HUMV



III.4. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Se realiza un total de 340 encuestas seleccionadas al azar entre los pacientes intervenidos, de los cuales 140 han sido entre los realizados en el Centro d Salud de Renedo de Piélagos y 200 en el HUMV. No se han realizado encuesta a los pacientes intervenidos en Espinosa de los Monteros por haber transcurrido demasiado tiempo, lo podría suponer una valoración imprecisa por parte de los pacientes deformada con mucha facilidad por el olvido.

Las encuestas fueron realizadas telefónicamente por Médicos Residentes, y cuando se llamaba a los pacientes se conocía su edad, sexo y fecha y patrología de la que habían sido intervenidos.

Se realizaron CINCO preguntas con datos referentes al tiempo de espera subjetivo, a las explicaciones recibidas, a la limpieza e higiene de las instalaciones, la atención general recibida y la intención de los pacientes en caso de presentar un problema de iguales características.

Los resultados fueron analizados estadísticamente con la Chi cuadrado

ENCUESTA TELEFÓNICA SOBRE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CIRUGÍA MENOR

Preguntas:

1º. El tiempo que paso desde que fue la primera vez a ver al médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido….?

Mucho Bastante Poco Muy poco NS/NC

2º. Las explicaciones que le dio el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido…?

Muy pocas Pocas Bastantes Muchas NS/NC

3º La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido…?

Muy mala Mala Bien Muy bien NS/NC

4º Como cree en general que le han atendido en relación a su problema?

Muy mal Mal Bien May bien NS/NC

5º En caso de presentar un problema similar

Acudiría al mismo sitio
Acudiría a un lugar distinto con los mismos profesionales
Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales
Le da igual el sitio y los profesionales
NS/NC

III.5. CALCULO DE LA EFICIENCIA

Para el cálculo de los costos imputables a las intervenciones en este trabajo, se va a utilizar la legislación vigente de Cantabria,[117] la Orden SAN/12/2011, de 20 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los Servicios Sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud .

En dicha Orden, aparecen los distintos apartados, tanto en el Anexo I de Catálogo de Servicios, en el Anexo II de Nomenclator de los mismos o en el Anexo III de Facturación, las siguientes especificaciones:

III.5. 1. Asistencia Sanitaria Especializada

1.2. Asistencia ambulatoria

(…)

1.2.3 Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias programadas (I.Q.A.p):

Se entenderá por I.Q.A.p. la intervención quirúrgica ambulatoria (sin ingreso pre ni posquirúrgico) que se caracteriza por concurrir las siguientes circunstancias: programada, escasa complejidad, realizarse con anestesia local o sin anestesia y sin necesidad de estudio preoperatorio, la recuperación es inmediata y puede realizarse en una sala de consultas o en quirófano

1.2.3.1 Intervención quirúrgica de hasta 20 minutos .

1.2.3.2 Intervención quirúrgica de más de 20 minutos.

El resto de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias programadas que no cumplen estos criterios se considerarán a efectos de facturación como cirugía mayor ambulatoria.

1.2.7. Cirugía mayor ambulatoria.(CMA)

Se considera Cirugía Mayor Ambulatoria aquellos procedimientos realizados en quirófano, indistintamente del tipo de anestesia aplicada (general, regional o local)

que no precisen ingreso pre ni posquirúrgico, y que por su complejidad y técnica de intervención no se incluyen en las intervenciones quirúrgicas ambulatorias

III.5. 2. Asistencia Sanitaria En Atención Primaria

2.4. Cirugía menor ambulatoria.

Se entenderá por cirugía menor la intervención quirúrgica ambulatoria, que se caracteriza por concurrir las siguientes circunstancias: escasa complejidad, realizarse con anestesia local, o sin anestesia y sin necesidad de estudio preoperatorio, la recuperación es inmediata y se realizará en una sala de consultas o curas.

TARIFAS DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES DE DE NATURALEZA SANITARIA PRESTADOS POR LOS CENTROS GESTIONADOS POR EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, SUSCEPTIBLES DE SER RETRIBUIDOS MEDIANTE PRECIO PÚBLICO (TOMADO DEL ANEXO III DE DICHA ORDEN)

Epígrafe	GRD	Concepto	Importe imputado (€)
ASISTENCIA ESPECIALIZADA			
1.2.1.1	---	Primera consulta médica	**165,44**
1.2.1.2	---	Consulta sucesiva médica	**105,42**
1.2.3	---	**Intervenciones quirúrgicas ambulatorias programadas**	
1.2.3.1	---	Intervención quirúrgica de hasta 20 minutos	**103,09**
1.2.3.2	---	Intervención quirúrgica de más de 20 minutos	**175,25**
1.2.7		Procedimientos de cirugía mayor ambulatoria	
1.2.7.34	216	Biopsia del sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	**1458,20**
1.2.7.49	270	Otros procedimientos sobre piel, tej. subcutáneo y mama sin c.c	**1250,68**
1.2.7.50	284	Trastornos menores de la piel sin c.c.	**805,26**

ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA			
2.1.1	---	Primera consulta médica sin pruebas complementarias	**63,77**
2.1.2	---	Consulta sucesiva médica sin p.c.	**31,92**
2.1.9	---	Consulta de enfermería	**16,14**
2.4	---	Cirugía menor ambulatoria	**79,71**

III.6. CALCULO DE LA COMPLEJIDAD DE LAS INTERVENCIONES

En las guías publicadas hasta el momento, ya comentadas, se describen muchas de las situaciones y lesiones en los que la Cirugía Menor se utiliza, y así a la hora de describir las técnicas, utilizadas, se describen desde las punciones evacuadoras, drenajes, artrocentesis, hasta la exéresis de lesiones subcutáneas, y otras intervenciones menos definidas como pueden ser las relacionadas con la cirugía de la uña, el arreglo del frenillo, etc.

También se hace mención a determinadas zonas de riesgo citando entre otras a la región parotídea, arco zigomático, región retroauricular, borde interno del codo, cara anterior del codo, cara ventral de la muñeca, párpados, canto interno del ojo, triángulo cervical posterior, hueco supraclavicular, axila, cara de extensión de manos y pies, caras palmares y laterales de los dedos, región inguinal, zona externa de la rodilla. etc.

Otro aspecto importante es el tipo de lesión, o su diagnóstico de presunción o previo a la intervención, que en ocasiones desaconsejan el procedimiento, a no ser que se trate de profesionales con bastante experiencia y de este modo en algunas guías y libros se indica como motivo de exclusión y de no intervención en casos de lesiones malignas o supuestamente malignas (nevus de riesgo,…etc)

A falta de un baremo para cuantificar este tipo de apreciaciones y poder valorar el grado de complejidad de las intervenciones en Cirugía Menor, se propone un sistema basado en estas tres variables (Técnica empleada, Localización y

Diagnóstico previo) que por nuestra experiencia de múltiples años y de forma empírica, se valora de la forma que aparece en las tablas.

Tablas de Valoraciones

Según Técnica	Factor de complicación
Sutura /Plastia	2
Punción /Drenaje	1
Afeitado/Curetaje	1
Escisión lesión superficial	2
Extirpación lesión subcutánea	4
Extirpación con Punch	1
Extracción de cuerpos extraños	4
Cirugía de la uña	3
Criocirugía	1
Electrocirugía	1
Circuncisión	5
Toma de muestra	1

Según Localización	Factor de Complicación
Cabeza	3
Cara	5
Cuello	4
Extremidades	2
Genitales	4
Manos	3
Pies	2
Tronco	1

Según Diagnóstico previo	Factor de Complicación
Absceso Cutáneo	2
Adenopatía	4
Ca. Basocelular	4
Ca. Espinocelular	4
Cirugía lóbulo de la Oreja	4
Dermatofibroma	2
Fibroma	1
Fimosis	5
Fístula Sacra	5
Ganglión	4
Granuloma	3
Helomas	1
Hemangiomas	2
Hemorroides	4
Herida Cutánea	2
Hidroxadenitis	3
Lipoma	4
Molluscum contagiosum	1
Neoformación	3
Nevus	2
Otra patología ungueal	2
Otras patologías	1
Pólipo	1
Queratosis Actínica	3
Queratosis Seborreica	2
Quiste Epidérmico	3
Quiste mucoide	3
Uña incarnata	4
Verruga Vírica	2

III.7. TRATAMIENTO INFORMÁTICO Y ESTADÍSTICO

Para la recogida de los datos, y gestión clínica y estadística de los mismos se ha utilizado una aplicación del programa *Microsoft Office Access,* el cual permite la explotación de datos estadísticos y elaboración de distintos informes y utilización de plantillas de cada registro mediante los correspondientes Macros. También la aplicación permite el archivo de Fotos para ser visualizadas en un informe fotográfico de cada registro.

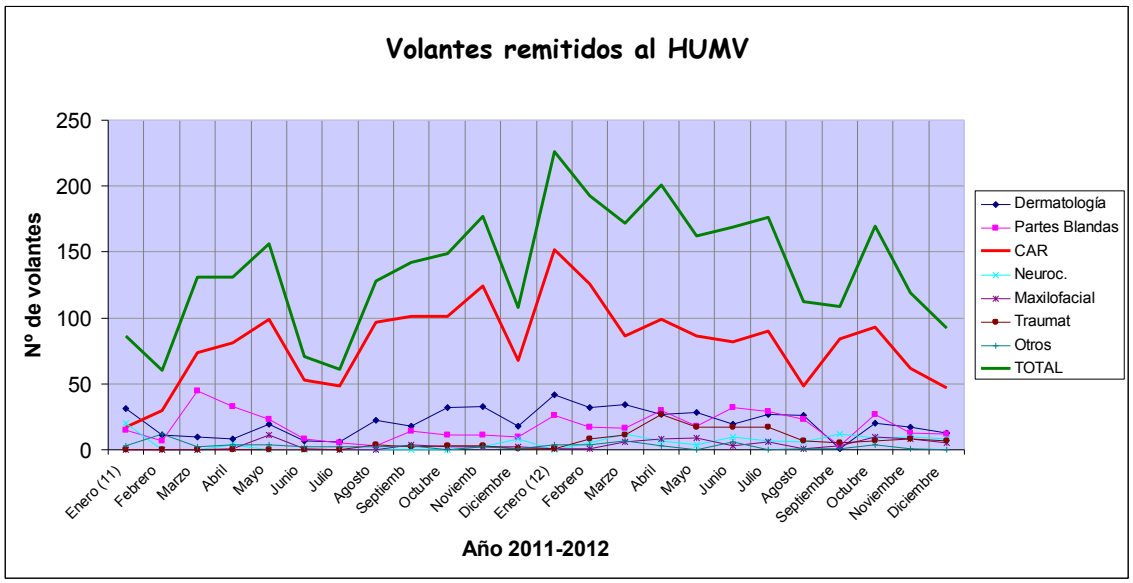
El tratamiento estadístico de los diferentes datos se ha hecho utilizando el Epi.Info-6, distintas pruebas estadísticas.

IV.
RESULTADOS

IV.1. RESULTADOS ESTRUCTURALES

Después del trabajo realizado en el año 2010, la lista de espera disminuyo (prácticamente desapareció) y el trabajo ha sido el mantenimiento de la actividad quirúrgica en los Centros de Salud en los que las condiciones son optimas y en el Hospital dependiendo de la demanda.

A los volantes recibidos en el HUMV con necesidades quirúrgicas menores, se les practica por un Médico de Familia del equipo encargado el correspondiente *triage* para ser dirigidos a los correspondientes Servicios Hospitalarios (Gráfico y Tabla)



Ante el circuito clásico de una primera visita en Consultas Externas hospitalarias para valoración y una segunda para la intervención, con la *Consulta de Alta Resolución* el circuito queda reducida a una, con la consiguiente disminución de

tiempos de espera por parte de los pacientes y supresión de una visita al paciente. El 59% de los volantes recibidos (el 63% en 2011 y el 59% en 2012) con indicación terapéutica de intervención quirúrgica menor son para la Consulta de Alta Resolución, el resto van a Dermatología, Cirugía Maxilofacial, Traumatología, etc.

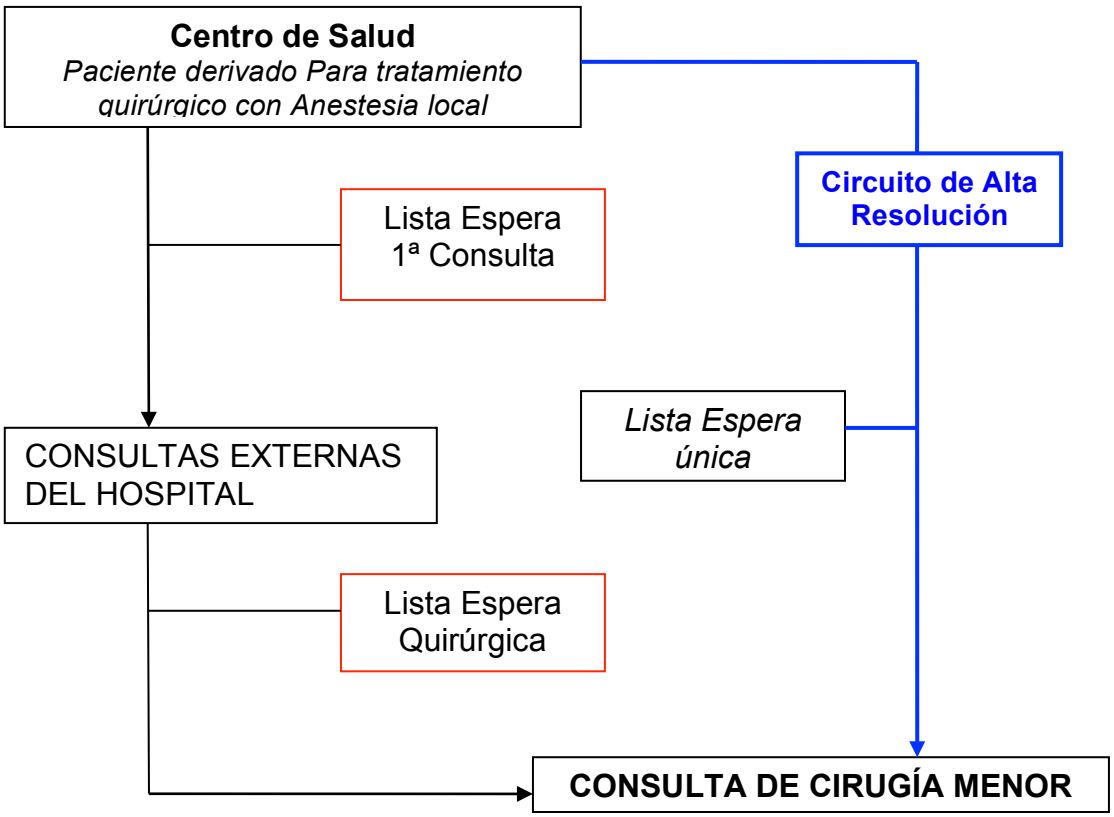
Volantes recibidos en el Hospital UMV con necesidades de Cirugía Menor- Años 2011 y 2012

	Dermatol	Partes Blandas	Cirugía Menor de Alta Resolución	Neurocirg.	Maxilofacial	Traumat	Otros	TOTAL	Total año
Enero (2011)	31	15	17	20	0	0	3	86	
Febrero	11	7	30	0	0	0	12	60	
Marzo	10	45	74	0	0	0	2	131	
Abril	8	33	81	4	1	0	4	131	
Mayo	19	23	99	0	11	0	4	156	
Junio	7	8	53	0	1	0	2	71	
Julio	6	5	48	0	0	0	2	61	
Agosto	22	3	97	0	0	4	2	128	
Septiemb	18	14	101	0	4	2	3	142	
Octubre	32	11	101	0	2	3	0	149	
Noviemb	33	11	124	2	2	3	2	177	
Diciembre	18	10	68	8	2	1	1	108	1400
Enero (2012)	42	26	152	0	1	1	4	226	
Febrero	32	17	126	5	1	8	4	193	
Marzo	34	16	86	12	6	11	7	172	
Abril	27	30	99	7	8	27	3	201	
Mayo	28	18	86	4	9	17	0	162	
Junio	19	32	82	10	3	17	6	169	
Julio	27	29	90	7	6	17	0	176	
Agosto	26	23	48	6	1	7	1	112	
Septiembre	1	3	84	12	3	5	1	109	
Octubre	20	27	93	9	10	7	4	170	
Noviembre	17	13	62	10	8	8	1	119	
Diciembre	13	12	47	8	5	7	0	92	1901
TOTAL	**501**	**431**	**1948**	**124**	**84**	**145**	**68**	**3301**	**3301**
%	**15,2**	**13,1**	**59,0**	**3,8**	**2,5**	**4,4**	**2,1**	**100**	

IV.2. LISTA DE ESPERA

Tanto los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Espinosa de los Monteros como los atendidos en “Bajo Pas” de Renedo de Piélagos, han tenido una espera inferior a 10 días. Solo excepcionalmente o por razones pactadas con el paciente, la intervención ha podido tener más demora.

El circuito seguido por los pacientes remitidos desde los Centros de Salud y atendidos de forma ambulatoria en el hospital e incluidos en este trabajo, se puede ver en el presente gráfico.



Esquema general del circuito seguido por los volantes remitidos desde los Centros de Salud

Como ya se ha indicado, los pacientes que entran en el circuito de Alta Resolución, (desde los primeros meses del año 2011) son los que tienen ya indicación quirúrgica por parte de su médico de Familia, tienen que estar convenientemente diagnosticados y son remitidos con la exacta descripción de su lesión en el correspondiente volante. Estos solo están en una única lista de espera, a diferencia de los pacientes que acuden por el circuito ordinario, que primeramente esperan para la primera visita en el Servicio correspondiente y posteriormente si tienen indicación quirúrgica, entrarán en una segunda espera

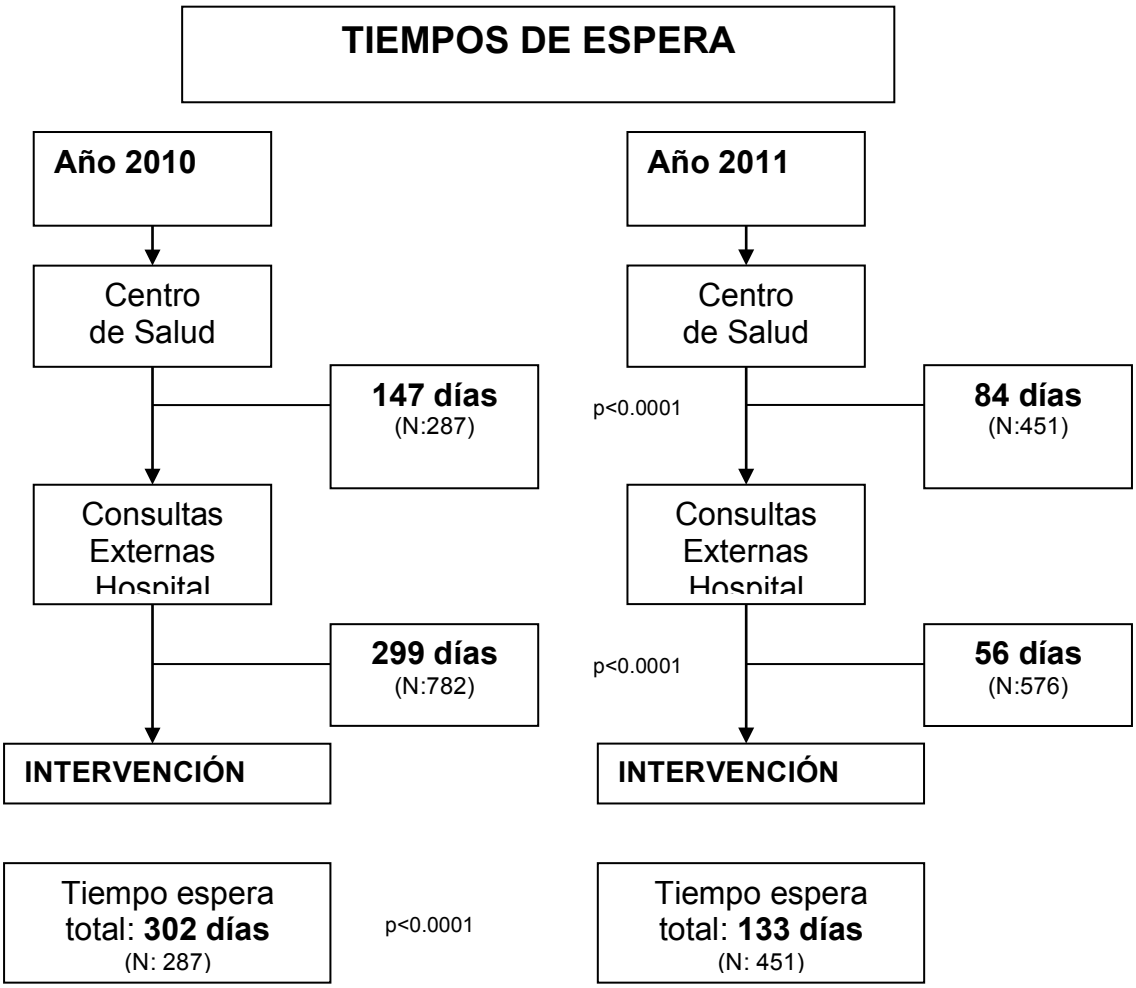
Durante la actividad Hospitalaria, (año 2010 y 2011) distinguiremos dos periodos:

Primer periodo (Año 2010). En el que se atienden a pacientes de un amplio remanente de espera, como consecuencia de una remodelación del funcionamiento del Servicio Cántabro de Salud, tras haber fusionado el Ambulatorio de Especialidades con el Hospital y haber estado durante cierto tiempo atendiendo solamente a los casos urgentes, lesiones pigmentadas, etc. Son pacientes que llevaban mucho tiempo en lista de espera cuando se empieza el trabajo.

El segundo periodo (Año2011) y como consecuencia de los resultados obtenidos, la actividad se continúa en principio igual, para pasar a mediados de año a realizarla de forma semanal y periódica hecha por cinco profesionales, Médicos de Atención Primaria que tras un periodo de adaptación y aprendizaje se incluyen en la Consulta de Cirugía Menor. Posteriormente y ya en 2012, observando la demanda producida, se decide aumentar la asistencia a dos semanas al mes, (45 pacientes

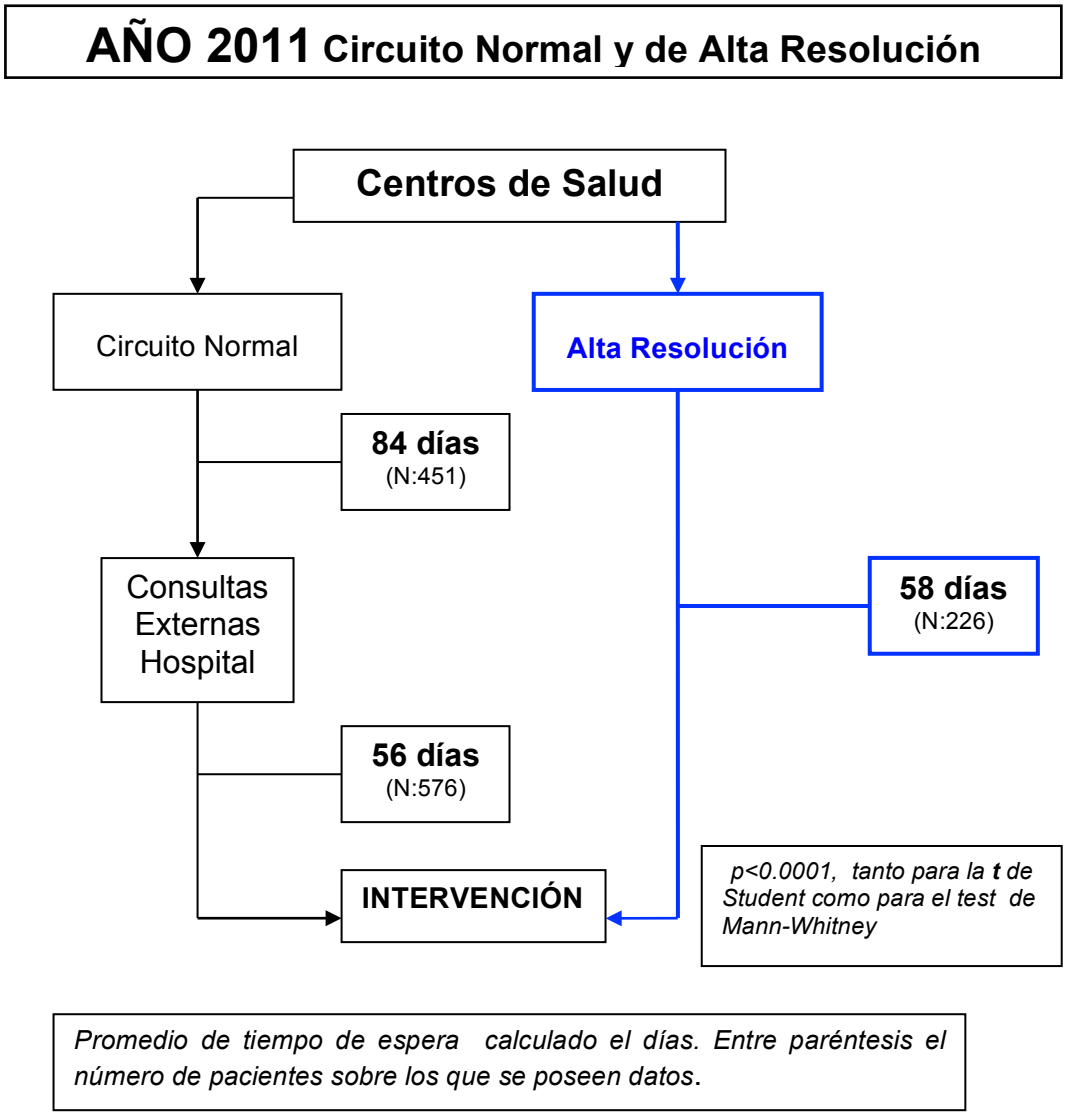
semanales, 90 pacientes /mes). Es en este periodo, desde mediados del año 2011 cuando se pone en funcionamiento el circuito de *Alta Resolución* para acortar los tiempos de espera y disminuir considerablemente el trabajo hospitalario al disminuir el número de consultas pre y postoperatorias.

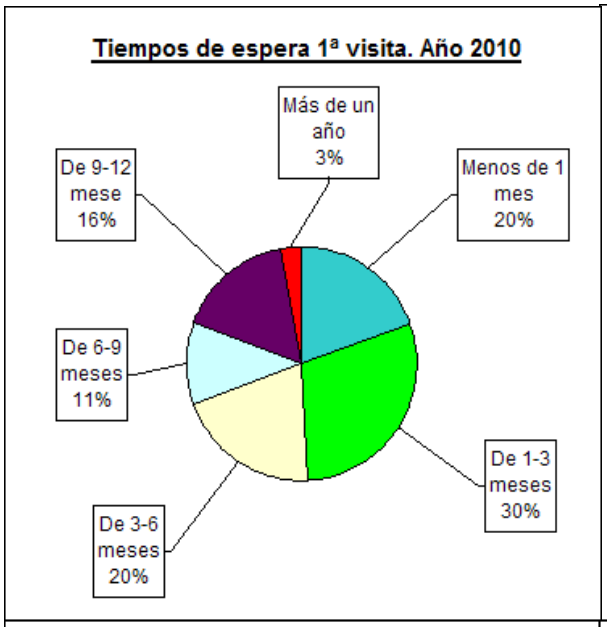
En los siguientes gráficos se observa la evolución de los tiempos de espera en los distintos periodos.

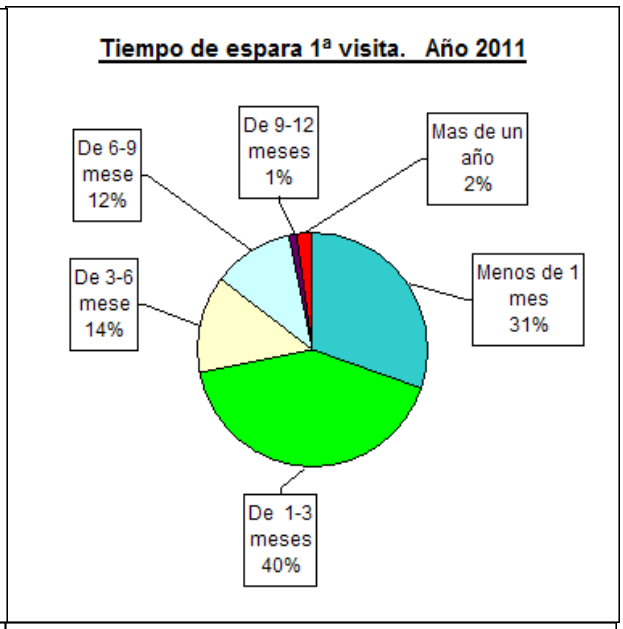


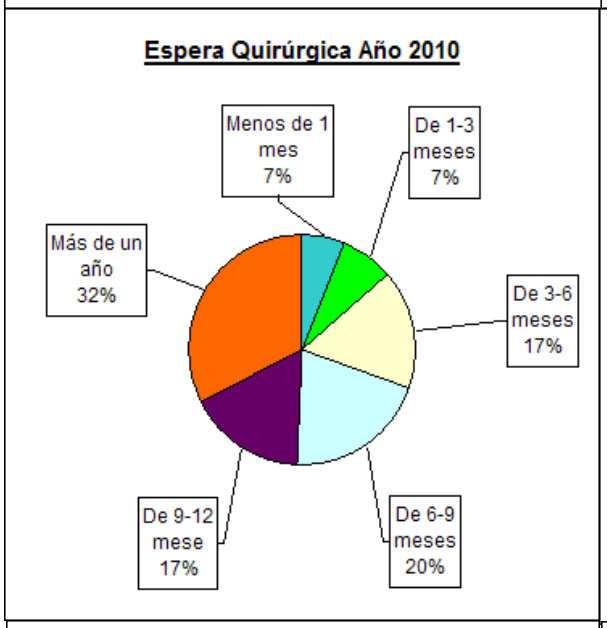
Promedio de tiempo de espera calculado el días. Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se poseen datos.

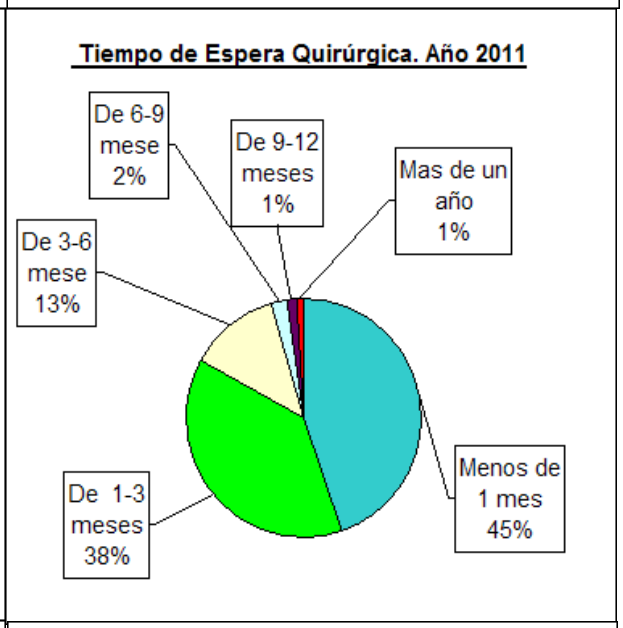
*Se ha utilizado la **t** de Student y el test de Mann-Whitney*

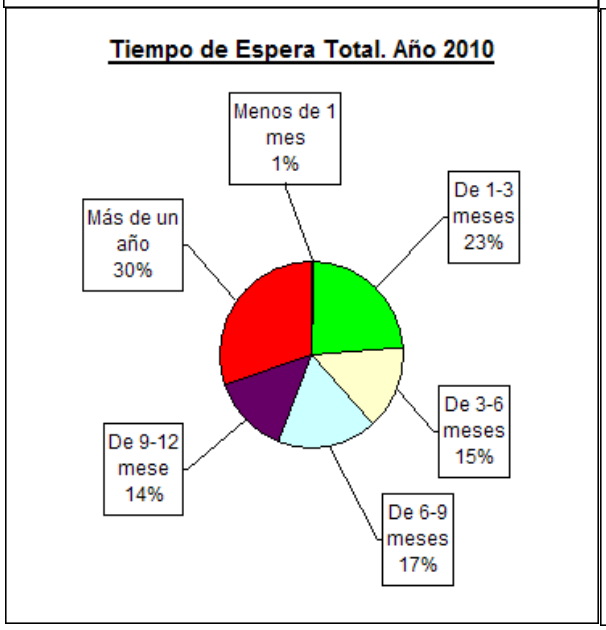

AÑO 2011 Circuito Normal y de Alta Resolución
Centros de Salud
Circuito Normal
Alta Resolución
84 días
(N:451)
Consultas Externas Hospital
58 días
(N:226)
56 días
(N:576)
INTERVENCIÓN
p<0.0001, tanto para la t de Student como para el test de Mann-Whitney
Promedio de tiempo de espera calculado el días. Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se poseen datos.

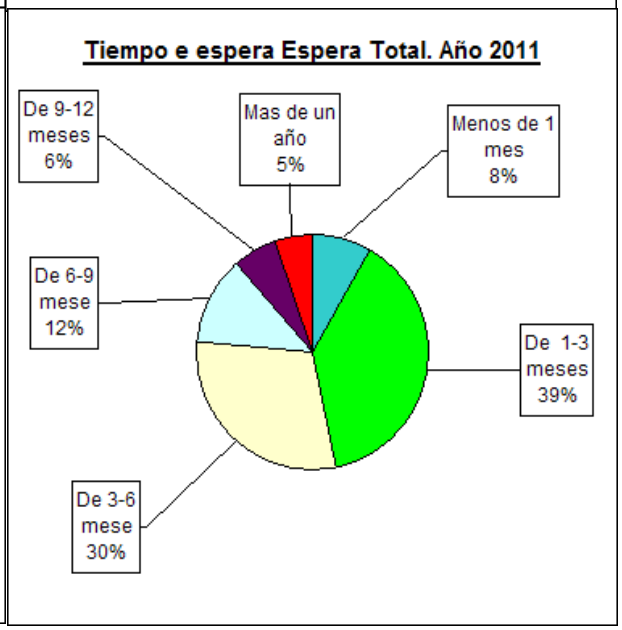

Tiempos de espera 1ª visita. Año 2010
Más de un año 3%
Menos de 1 mes 20%
De 1-3 meses 30%
De 3-6 meses 20%
De 6-9 meses 11%
De 9-12 mese 16%


Tiempo de espara 1ª visita. Año 2011
De 9-12 meses 1%
Mas de un año 2%
Menos de 1 mes 31%
De 1-3 meses 40%
De 3-6 mese 14%
De 6-9 mese 12%


Espera Quirúrgica Año 2010
Menos de 1 mes 7%
De 1-3 meses 7%
De 3-6 meses 17%
De 6-9 meses 20%
De 9-12 mese 17%
Más de un año 32%


Tiempo de Espera Quirúrgica. Año 2011
Menos de 1 mes 45%
De 1-3 meses 38%
De 3-6 mese 13%
De 6-9 mese 2%
De 9-12 meses 1%
Mas de un año 1%


Tiempo de Espera Total. Año 2010
Menos de 1 mes 1%
De 1-3 meses 23%
De 3-6 meses 15%
De 6-9 meses 17%
De 9-12 mese 14%
Más de un año 30%


Tiempo e espera Espera Total. Año 2011
Menos de 1 mes 8%
De 1-3 meses 39%
De 3-6 mese 30%
De 6-9 mese 12%
De 9-12 meses 6%
Mas de un año 5%

IV.3. RESULTADOS CLINICOPATOLÓGICOS

Se han intervenido un total de 3014 pacientes, durante un periodo de 11 años, con una media de edad de 48.6 años, y un rango entre 2 y 97 años. La distribución por sexo es prácticamente de 51.2% varones y 48.8% de mujeres.

IV.3.1Concordancia diagnóstica

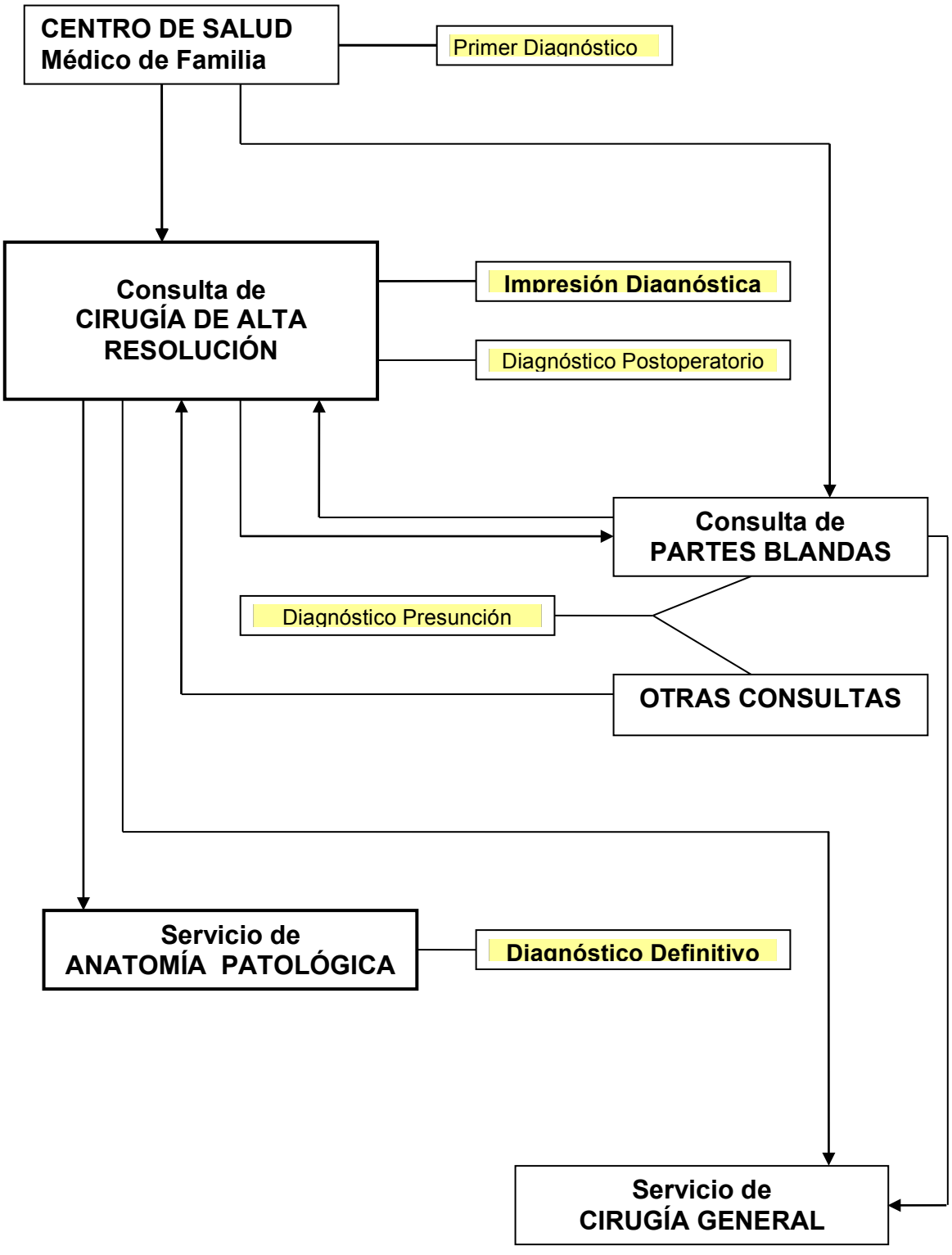
A lo largo del procedimiento, se efectúan en distintos momentos el diagnóstico a las lesiones. Así, el primer diagnóstico se produce la mayor parte de las veces por su médico de Familia que es el que deriva al Programa de Cirugía Menor. Cuando esto ocurría antes de la instauración de la Consulta de Cirugía de Alta Resolución, era visto en la consulta de Partes Blandas, donde recibía otro diagnóstico y era derivado si procede a la Consulta de Cirugía. Inmediatamente antes de la intervención, se registra el Diagnóstico previo, posteriormente otro que será la Impresión diagnóstica y será el que llega al Servicio de Anatomía Patológica en donde se producirá el Diagnóstico final y certero.

La concordancia en las lesiones más frecuentes fue alta, alcanzando en su conjunto el 83,6%. En la siguiente tabla se ven los resultados por entidades clínicas

Concordancia diagnóstica **(Lesiones frecuentes)**			
Entidad	**AP**	**Impresión Diagnóstica**	**Concord (%)**
Quiste epidérmico	808	742	91,83
Lipoma	390	364	93,33
Fibromas	125	109	87,20
Nevus melanocítico	217	156	71,89
Queratosis actínica	23	9	39,13
Queratosis seborreica	113	66	58,41
Hemangiomas	35	14	40,00
Verruga vulgar	64	48	75,00
Polipo fibroepitelial	49	43	87,76
Dermatofibroma	101	55	54,46
Hidrosadenitis	47	44	93,62
TOTAL	1972	1650	**83.67**

***AP**: Diagnósticos de Anatomía Patológica;*
***Impresión Diagnóstica**: Número de diagnósticos previos a la intervención coincidentes con el anatomopatológico;. **Concord**: Concordancia en porcentaje entre ambos diagnósticos.*

En las Tablas del presente trabajo, se pondrá si no se advierte lo contrario el Diagnóstico hecho inmediatamente antes de la intervención, al que le denominaremos *Impresión Diagnóstica.*



PUNTOS DISTINTOS DEL PROCEDIMIENTO EN DONDE SE EFECTÚAN LOS DISTINTOS DIAGNÓSTICOS.

IV.3.2. Lesiones Aparecidas

IV.3.2.1. Datos Generales						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos ATENDIDOS	760	701	857	894	3212	
Mujer	400	392	411	444	1647	51.2%
Hombre	360	309	446	450	1565	48.7%
Media edades	52.7	48.3	46.4	47.5	48.6	-
Rango	1-95	0-97	16-89	14-93	0-97	-
Casos INTERVENIDOS	760	693	792	769	3014	93.8%
No acudieron	-	-	37	64	101	3.1%
Suspendidos	-	8	4	11	23	0.7%
No procede Interv	-	-	24	50	74	2.3%
Lesiones múltiples		56	145	98	299	9.9%
Envíos a Anatomía Patológica	224	652	789	761	2426	80.5%
% Envíos a AP	29.5%	94%	99%	99.5%		
Localizaciones						
Cara	38	180	5	17	240	7.4%
Cabeza	178	69	6	60	313	9.7%
Cuello		58	70	52	180	5.6%
Tronco	84	64	626	544	1318	41.0%
Genitales	10	34	2	6	52	1.6%
Extremidades	12	97	143	163	415	12.9%
Manos	79	61	1	12	153	4.7%
Pies	259	38	4	40	341	10.6%
Diagnósticos Previos						
Absceso	36	10	3	10	59	1.9%
Adenopatía			4	5	9	0.3%
Ca Espinocelular				1	1	0.03%
Cirugía de la Oreja	26	30	1		57	1.9%
Cuerpo extraño		1			1	0.03%
Dermatofibroma		14		5	19	0.6%
Desconocido				30	30	1%
Fibroma	66	155	54	37	312	10.3%
Fimosis	3	4			7	0.2%
Fístula sacra		1	1		2	0.07%
Frenillo		1			1	0.03%
Ganglión	11	12		3	26	0.8%
Granuloma				2	2	0.07%
Heloma	68	1			69	2.3%
Hemangioma	2	10	7	10	29	0.9%
Hemorroide	3	3			6	0.2%
Herida cutánea	48	3			51	1.7%

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Hidrosadenitis		4	34	33	71	2.3%
Lipomas	12	17	209	228	466	15.4%
Molluscum cont.		8			8	0.2%
Neoformación	8	65	49	31	153	5.0%
Nevus	27	102	74	44	247	8.2%
Patol. Ungueales	99	8		8	115	3.8&
Otras patologías		5	5	32	42	1.4%
Pólipo		5	2		7	0.2%
Queratosis Actínica	9	17		1	27	0.9%
Querat. Seborreica	25	36	9	19	89	2.9%
Quiste Epidérmico	68	104	401	384	957	31.7%
Quiste Mucoide	4	14	1	4	23	0.7%
Toma de muestra				1	1	0.03%
Uña incanata	40	14		21	75	2.5%
Verruga Vulgar	106	57	3	7	173	5.7%
Diagnósticos de Anatomía Patológica						
Ca Basocelular	9	17	2	16	44	1.8%
Ca. Espinocelular	7	23	3	6	39	1.6%
Dermatofibroma	7	26	36	22	91	3.8%
Fibroma	21	61	33	11	126	5.2%
Ganglión	3	9		3	15	0.6%
Hemangioma	7	12	17	11	47	1.9%
Hidrosadenitis		3	24	23	50	2.1%
Lipoma	6	17	172	195	390	16.1%
Metástasis				1	1	0.0%
Molluscum contag		9			9	0.4%
Neurofibroma	4	2	4	8	18	0.7%
Nevus Melanoc.	15	90	67	45	217	8.9%
Otros diagnósticos	22	51	27	30	130	5.4%
Pat inflamatoria	8	26	11	29	74	3.1%
Patología de la uña	2	12		11	25	1.0%
Pilomatricoma	1	2	5	8	16	0.7%
Pólipo fibroepitelial		49	15	10	74	3.1%
Queratoacantoma	3	2			5	0.2%
Queratosis Actínica	11	13			24	1.0%
Querat. seborreica	24	58	11	20	113	4.7%
Quiste Epidérmico	56	89	361	301	807	33.3%
Quiste Mucoide	2	6			8	0.3%
Sinus pilonidal			2	1	3	0.1%
Verruga vulgar	13	63	4	11	91	3.8%
Técnicas empleadas						
Afeitado/Curetaje	74	2			76	2.5%
Amputación	2	2			4	0.1%
Circuncisión	3	4			7	0.2%
Cirugía de la uña	142	21		23	186	6.1%

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Criocirugía	6				6	0.2%
Electrocirugía	171	203	28	29	431	14.3%
Esc. fusiforme	109	267	181	147	704	23.3%
Extirp. subcutánea	93	139	566	554	1352	44.8%
Sutura/plastia	80	36	2		118	3.9%
Punción /Drenaje	69	13		3	85	2.8%
Punch		2	9	9	20	0.6%
Extr. Cuerpo extraño	11	4		4	19	0.6/
Toma de muestra			2	5	7	0.2
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	712	659	721	551	2643	87.7%
Dermatología			50	82	132	4.4%
Cirugía General			10	64	74	2.4%
Cirugía Torácica				1	1	0.03%
Neurocirugía			1	25	26	0.9%
Nefrología				1	1	0.03%
Traumatología			1	39	40	1.3%
Urgencias			3	2	5	0.2%
Oncología			1		1	0.03%
Medicina Interna			1	1	2	0.07%
Hematología			2	2	4	0.1%
Ginecología			1		1	0.03%
Endocrinología			1		1	0.03%
Digestivo				1	1	0.03%
Desplazados	48	34			82	2.7%
Consulta alta Resolución				266		34.5%
Tiempos de espera*						
Primera visita			147 (287)	84 (451)		
Espera quirúrgica			299 (782)	56 (576)		
Total	<10	<10	302 (287)	133 (451)		
Consulta de Alta Resolución-						
Espera TOTAL:				60 (226)		
*	Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se tiene datos					

IV.3.2.2. Resultados de Anatomía Patológica

Los diagnósticos generales obtenidos de los Servicios de Anatomía Patológica se pueden ver en la siguiente tabla

Anatomía Patológica				
Lugar de intervención	**Espinosa**	**Renedo**	**Valdecilla**	**TOTAL**
TOTAL INTERVENCIONES	**760**	675	1561	**2996**
Ca. Basocelular	9	17	18	**44**
Ca. Espinocelular	7	23	9	**39**
Dermatofibroma	7	26	58	**91**
Fibroma	21	60	44	**125**
Fibrosis/Necrosis	1	7	3	**11**
Ganglión	4	9	3	**16**
Hemangioma	8	15	30	**53**
Hidrosadenitis		3	47	**50**
Lipoma	6	17	367	**390**
Melanoma		1	0	**1**
Metástasis		1	0	**1**
Molluscum contagiosum		9	0	**9**
Neurofibroma	4	2	12	**18**
Nevus melanocítico	15	90	112	**217**
Otros diagnósticos	22	51	57	**130**
Patol.Inflamatoria/infecciosa	8	26	40	**74**
Patología de la uña	2	12	11	**25**
Pilomatricoma	1	2	13	**16**
Pólipo fibroepitelial		49	25	**74**
Queratoacantoma	3	2	0	**5**
Queratosis Actínica	11	13	0	**24**
Queratosis Seborreica	24	58	31	**113**
Quiste Epidérmico	56	89	662	**807**
Quiste mucoide	2	6	0	**8**
Sinus pilonidal		1	3	**4**
Verruga vulgar	13	63	15	**91**
No procede/No enviado	536	0	0	**536**
Envíos a Anatomía Patológica	224	652	1560	**2424**
Porcentaje envíos a AP	28.6%	95.9%	99,9%	**80.9%**
Lesiones Malignas	30	59	33	**122**
% Lesiónes Malignas*	**3.9%**	**8.6%**	**0.2%**	**4.0%**

* p<0.0001

IV.3.2.3 Quiste Epidérmico

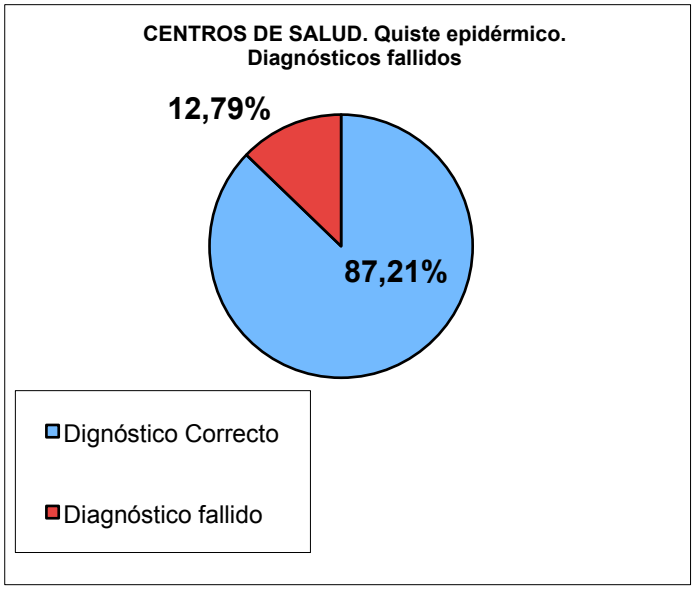
Se han intervenido a un total 807 pacientes, lo que supone el 26.7% de todas las intervenciones, y el 42% de las realizadas en HUMV. En los Centros de Salud de Espinosa y Renedo, ha supuesto el 7.3% y 13% respectivamente

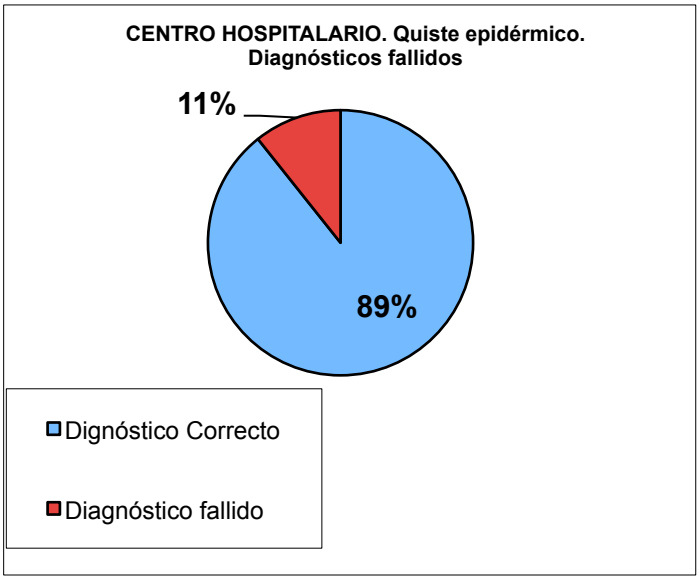
Desde el punto de vista de la patogénesis[120] se pueden distinguir tres tipos de quistes epidérmicos[121]:Quiste infundibular, también llamado epidermoide, es el originado a partir del epitelio infundibular, Esteatocistoma. Que es el quiste originado a partir de los lóbulos de las glándulas sebáceas y de los ductos sebáceos y no tiene comunicación con el exterior, y el Quiste Triquilémico, triquilema o quiste pilar, se origina a partir de la vaina de la raíz externa del folículo piloso, sufren una queratinización rápida dando una consistencia más dura, y en su contenido destaca la queratina sobre la cantidad de grasa. Muy frecuentes en cuero cabelludo. Aquí los consideraremos todos como *Quistes Epidérmicos.*

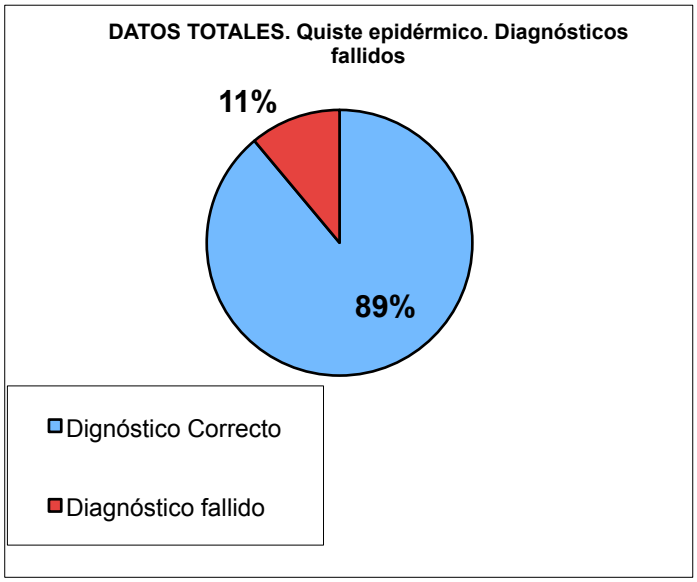
Quiste Epidérmico						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
	56	89	361	301	**807**	
Mujer	21	44	166	141	**372**	**46%**
Hombre	35	45	195	160	**435**	**54%**
Media edades	54.7	50.7	48	48.8	**49**	**-**
Rango	19-85	17-90	15-78	17-88	**17-90**	**-**
Lesiones múltiples						
Localizaciones						
Cara	2	15		6	**23**	**2.8%**
Cabeza	26	20	4	38	**88**	**10.9%**
Cuello		13	32	19	**64**	**7.9%**
Tronco	21	28	289	214	**552**	**68.4%**
Genitales	2	3	1		**6**	**0.7%**
Extremidades	3	5	35	24	**67**	**8.3%**
Manos	2	3			**5**	**0.6%**
Pies		2			**2**	**0.2%**
*Espalda**		19	210	150	**379**	**46.9%**

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	N	%
Diagnósticos Previos						
Absceso	2	1	1	2	**6**	**0.7%**
Queratosis seborreica		1			**1**	**0.1%**
Hemorroides	1	1			**2**	**0.2%**
Quiste mucoide		2	1	1	**4**	**0.4%**
Fibroma	1		3	1	**5**	**0.6%**
Lipoma	2		13	16	**31**	**3.8%**
Hidrosadenitis		1	5	4	**10**	**1.2%**
Nevus				1	**1**	**0.1%**
Neoformación			2	1	**3**	**0.3%**
Quiste epidérmico	50	83	336	275	**744**	**92.1%**
Concordancia diagnóstica	89%	93%	93%	90.6%	**92%**	
Diagnósticos anatomoclínicos						
Quiste Epidérmico	46	48	292	175	**561**	**69.5%**
Triquilema	5	20	9	33	**67**	**8.3%**
Quiste Roto**		10	10	31	**51**	**6.3%**
Inflamación/Reac cuerpo extraño	3	5	40	49	**97**	**12%**
Quiste infundibular	2	6	10	13	**31**	**3.8%**
Técnicas empleadas						
Esc. fusiforme		1	13	18	**32**	**3.9%**
Electrocirugía			1		**1**	**0.1%**
Punch			2		**1**	**0.1%**
Extracción subcutánea	56	88	344	283	**773**	**95%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	56	89	346	235	**726**	**89.9%**
Dermatología			13	14	**27**	**3.3%**
Cirugía General				29	**29**	**3.5%**
Cirugía Torácica				1	**1**	**0.1%**
Neurocirugía				16	**16**	**1.9%**
Traumatología				4	**4**	**0.5%**
Urgencias			2	2	**4**	**0.5%**
Tiempos de espera* **						
Primera visita			**127** (135)	**77** (128)		
Espera quirúrgica			**294** (343)	**65** (198)		
Total	<10	<10	**277** (135)	**120** (128)		
Consulta de Alta Resolución				**101** (252)		
*	*Cabe destacar que de los 557 casos localizados en el tronco, 379, el 68% fue en la espalda*					
**	*(sic) Quiste epidérmico roto con intensa relación a cuerpo extraño (queratina)*					
***	Tiempo calculado en días. Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se ha efectuado el cálculo					

Diagnósticos Fallidos de Quiste Epidérmico (Diagnóstico preoperatorio de Quiste epidérmico y resultado de AP distinto)						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Impresión Diagnóstica Q.E.	68*	104	401	384	**957**	**-**
Diagnóstico fallido	7	15	29	55	**106**	
Porcentaje error	10.2%	14.4%	7.2%	14.3%		**11%**
** Se da por diagnóstico correcto 12 casos con Impresión Diagnóstica de Quiste Epidérmico que no se enviaron para su análisis anatomopatológico*						
Diagnósticos Anatomopatológicos obtenidos						
Angioleiomioma			1		**1**	**0.9%**
Ca.. Basocelular		1		2	**3**	**2.8%**
Ca. Espinocelular		1			**1**	**0.9%**
Ca. Merkel		1			**1**	**0.9%**
Ca. Adenoide				1	**1**	**0.9%**
Crecimiento celular indiferenciado				1	**1**	**0.9%**
Calcicosis cutis				2	**2**	**1.9%**
Dermatofibroma	2	3	1	7	**13**	**12.2%**
Espiradenoma				1	**1**	**0.9%**
Fibroma		1	2	1	**4**	**3.7%**
Hemangioma		1	2		**3**	**2.8%**
Hidrosadenitis			2		**2**	**1.9%**
Leiomioma				1	**1**	**0.9%**
Linfoma		1			**1**	**0.9%**
Lipomas			5	15	**20**	**18.8%**
Nevus		1	1	2	**4**	**3.7%**
Poro de Winner			1		**1**	**0.9%**
Osteoma	1				**1**	**0.9%**
Patol. Inflamatoria	2		6	13	**21**	**19.8%**
Pilomatricoma	1	2	4	6	**13**	**12.2%**
Pólipo fibroepitelial		1	1		**2**	**1.9%**
Poroma				1	**1**	**0.9%**
Querat. Seborreica			1		**1**	**0.9%**
Schwanoma	1			1	**2**	**1.9%**
Siringoma			1		**1**	**0.9%**
Tenosinovitis		1			**1**	**0.9%**
Tumor de Masson			1		**1**	**0.9%**
Tumor Mixto Apocrino				1	**1**	**0.9%**
Verruga Vulgar		1			**1**	**0.9%**
TOTAL DE LESIONES MALIGNAS		4		4	**8**	**0.83%**



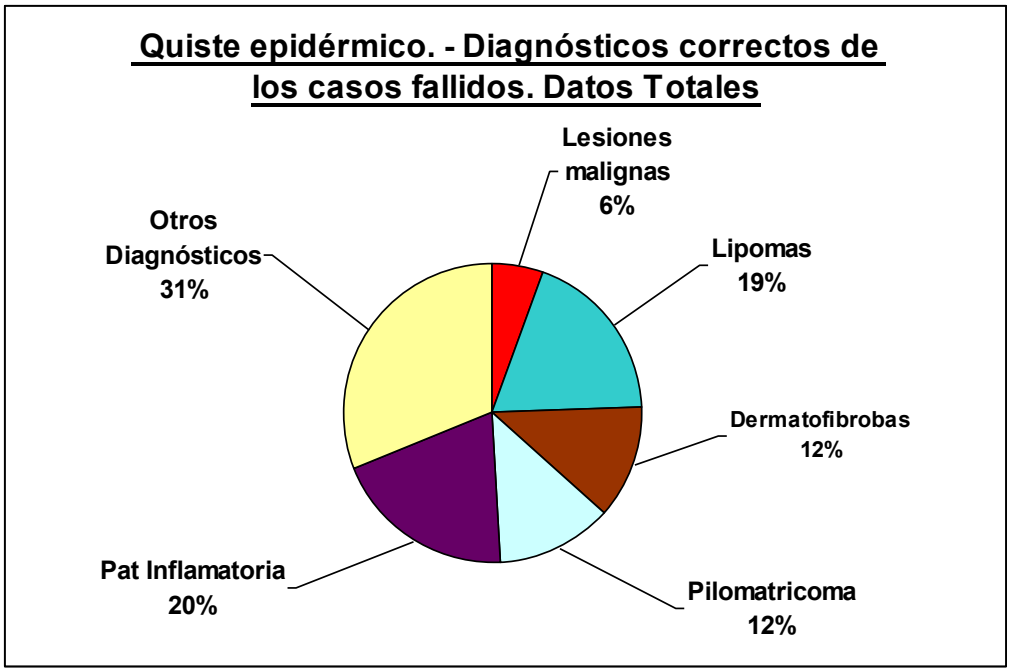




Gráficos que muestran el porcentaje de los diagnósticos fallidos de Quiste epidérmicos y que el diagnóstico anatomopatológico fue distinto a lo esperado.

No se encontraron diferencias significativas entre los resultados de los distintos sitios en los que se realizaron las intervenciones.

****



En el presente gráfico se representan en porcentaje, los distintos diagnósticos dados por Anatomía Patológica a lesiones que previamente a la intervención se habían diagnosticado de Quiste Epidérmicos.

Los resultados reflejan los datos totales, sin diferenciación del lugar donde se produjeron las intervenciones

Los triquilemas destacan por su peculiar localización en el cuero cabelludo:

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	%
Triquilema Total casos	5	20	9	33	67	
Localización en cuero cabelludo	3	13	2	26	44	65%
	60%	65%	20%	78%		

Diagnósticos Previos Fallidos						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	**%**
					N	**%**
Casos Totales quistes epidermicos	56	89	361	301	**807**	
Total diagnósticos erróneos	6	6	25	26	**63**	**7.8%**
%	10.7%	7%	7%	9.4%	**8%**	
Absceso	2	1	1	2	**6**	**9.4%**
Queratosis seborreica		1			**1**	**1.5%**
Hemorroides	1	1			**2**	**3%**
Quiste mucoide		2	1	1	**4**	**6.3%**
Fibroma	1		3	1	**5**	**8%**
Lipoma	2		13	16	**31**	**49%**
Hidrosadenitis		1	5	4	**10**	**15%**
Nevus				1	**1**	**1.5%**
Neoformación			2	1	**3**	**4.7%**

IV. 3.2.4. Lipomas:

LIPOMA						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos	6	17	172	195	**390**	
Mujer	3	4	66	92	**165**	**42.3%**
Hombre	3	13	106	103	**225**	**57.6%**
Media edades	42	45.2	48.2	46.2	**47**	
Rango	25-67	25-67	16-83	15-89	**15-89**	
Lesiones múltiples			35	28		
Localizaciones						
Cara	1			3	**4**	**1%**
Cabeza	1	1		4	**6**	**1.5%**
Cuello		2	11	12	**25**	**6.4%**
Tronco	1	8	138	125	**272**	**69.7%**
Extremidades	2	6	22	49	**79**	**20.2%**
Pies	1		1	2	**4**	**1%**
Diagnósticos Previos						
Neoformación				1	**1**	**0.2%**
Adenopatía				1	**1**	**0.2%**
Nevus	1				**1**	**0.2%**
Fibroma		1	1		**2**	**0.5%**
Lipoma	5	16	165	178	**364**	**93.3%**
Otras patologías			1		**1**	**0.2%**
Quiste epidérmico			5	15	**20**	**5.1%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Lipoma	6	13	124	141	**284**	**72.8%**
Angiolipoma		3	27	32	**62**	**15.8%**
Hiperplasia adiposa			11	9	**20**	**5.1%**
Lipoma de cel Fusadas			6	4	**10**	**2.5%**
Lipoma Atípico		1	1		**2**	**0.5%**
Fibrolipoma			3	8	**11**	**2.8%**
Angiomixolipoma				1	**1**	**0.2%**
Variantes anatomoclínicas						
LIPOMATOSIS			11	9	**20**	**5.1%**
Intramuscular		1	1	1	**3**	**0.7%**
Técnicas empleadas						
Extracción subcutánea	6	17	172		**290**	**100%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	6	17	163	158	**344**	**88.2%**
Dermatología			5	11	**16**	**4.1%**
Cirugía General			2	12	**14**	**3.5%**
Ginecología			1		**1**	**0.2%**
Endocrinología			1		**1**	**0.2%**
Traumatología				10	**10**	**2.5%**
Digestivo				1	**1**	**0.2%**
Neurocirugía				3	**3**	**0.7%**
Tiempos de espera*						
Primera visita			**155** (60)	**88** (94)		
Espera quirúrgica			**309** (166)	**61** (129)		
Total	<7	<7	**330** (60)	**147** (94)		
**Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se tiene datos*						

Representa el tumor más común de los tejidos blandos[122]. Es un crecimiento benigno de tejido graso que se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo en la cual la grasa está presente normalmente. Está formado por células adiposas. La incidencia general es de 2,1por 1000 habitantes[123] y en un 5% de las ocasiones, su presencia es múltiple[124].

Diagnósticos Previos fallidos. - Lipoma						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Impresión Diagnóstica	12	18	209	228	**455**	
Diagnóstico fallido	2	1	26	21	**48**	**10.5%**
	16%	5.5%	12%	9%		
Diagnósticos Anatomopatológicos						
Lesión nodular subcutánea		1			**1**	**2%**
Dermatofibroma			2		**2**	**4.1%**
Espiradenoma			1		**1**	**2%**
Fibroma			1		**1**	**2%**
Hemangioma			2	1	**3**	**6.2%**
Histiocitoma angiomatoide				1	**1**	**2%**
Nevus			1		**1**	**2%**
Piloleiomioma			1		**1**	**2%**
Pilomatricoma			1	1	**2**	**4.1%**
Pólipo fibroepitelial			1		**1**	**2%**
Quiste Epidérmico	2		13	16	**29**	**60.4%**
Schwanoma				1	**1**	**2%**
Tejido Fibroadiposo			1		**1**	**2%**
Tejido mamario			2	1	**3**	**6.2%**

Nevus melanocítico						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	15	90	67	45	**217**	
Mujer	3	68	46	27	**144**	**66.3%**
Hombre	12	22	21	18	**73**	**33.6%**
Media edades	42.6	40.5	38.2	41.5	**40.2**	
Rango	16-65	12-73	14-75	19-67	**12-75**	
Localizaciones						
Cara		20	2	4	**26**	**11.9%**
cabeza	6	13		3	**22**	**10%**
Cuello		17	9	5	**31**	**14%**
Tronco	6	33	48	22	**109**	**50.2%**
Genitales		2			**2**	**0.9%**
Extremidades	3	3	8	6	**20**	**9.2%**
Manos		1				
Pies		1		5	**6**	**2.7%**
Diagnósticos Previos						
Queratosis seborreica		1	1	1	**3**	**1.3%**
Cirugía de la oreja		2			**2**	**0.9%**
Neoformación		2	2		**4**	**1.8%**
Nevus	11	60	52	33	**156**	**71.8%**
Fibroma	3	22	5	6	**36**	**16.5%**
Hemangioma		1			**1**	**0.4%**
Verruga vulgar	1		1		**2**	**0.9%**
Otras patologías				1	**1**	**0.4%**
Granuloma				1	**1**	**0.4%**
Quiste epidérmico		1			**1**	**0.4%**
Quiste mucoide		1			**1**	**0.4%**
Lipoma			3		**3**	**1.3%**
Concordancia diagnóstica						**72%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Juntural		1	3	3	**7**	**3.2%**
Compuesto	1	15	10	10	**36**	**16.5%**
Intradérmico	10	67	52	17	**146**	**67.2%**
Azul		2	1	2	**5**	**2.3%**
N. de Jaddason		1			**1**	**0.4%**
Lipomatoso			1		**1**	**0.4%**
N Neurotizado Unna		1			**1**	**0.4%**
Displásico				1	**1**	**0.4%**
Técnicas empleadas						
Esc. fusiforme	11	62	56	35	**164**	**75.5%**
Electrocirugía	4	26	5	5	**40**	**18.4%**
Punch			6	5	**11**	**5%**
Cirugía reparadora del Lóbulo de oreja		2			**2**	**0.9%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	15	90	56	19	**180**	
Dermatología			10	18	**18**	
Cirugía General			1		**1**	
Traumatología				7	**7**	
Neurocirugía				1	**1**	
Tiempos de espera*						
Primera visita			**219** (18)	**111** (27)		
Espera quirúrgica			**151** (43)	**41** (37)		
Total	<7	<7	**240** (18)	**153** (27)		
Alta Resolución				**57** (7)		
**Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se tiene datos*						

Nevus Compuesto DISPLASICO (un caso)

Sexo:	Varón
Edad:	67
Procedencia:	S. Dermatología
Intervención:	HUMV
Técnica:	Escisión fusiforme
Diagnóstico previo:	Nevus
Localización:	Espalda

Tiempo espera:

1ª visita	46 días
Espera quirúrgica	18 días
Total	64 días
Destino:	Servicio de Dermatología

Nevus Azul (5 casos)						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos		2	1	2	**5**	
Mujer		2	1	2	**5**	**100%**
Hombre				0	**-**	**-**
Media edad					**47.6**	
Rango		50-51	32	52-53		
Localizaciones						
Cara				1	**1**	
Pantorrilla				1	**1**	
Pliegue interglúteo		1	1		**2**	
Manos Dorso		1			**1**	
Diagnósticos Previos						
Nevus		2	1	2	**5**	
Concordancia diagnóstica						
Técnica empleada						
Esc. fusiforme		2	1	2	**5**	
Procedencia de los pacientes						
Dermatología			1		**1**	
Cirugía General				1	**1**	
Traumatología				1	**1**	
Centro Salud		2			**2**	
Tiempos de espera						
Primera visita			¿	69		
Espera quirúrgica			¿	68		
Total		<10	¿	137		

Fibromas						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	21	60	33	11	**125**	
Mujer	5	30	14	3	**52**	**41.6%**
Hombre	16	30	19	8	**73**	**58.4%**
Media edades	59	49.5	49.5	54.1	**51.5**	
Rango	24-84	18-83	21-87	34-73	**18-87**	
Lesiones múltiples	16	35	7	2	**60**	**48%**
Localizaciones						
Cara		15			**15**	**12%**
Cabeza	7				**7**	**5.6%**
Cavidad oral		2			**2**	**1.6%**
Cuello		10	1		**11**	**8.8%**
Tronco	5	24	15	7	**51**	**40.8%**
Genitales						
Extremidades	6	8	17	4	**35**	**28%**
Manos	2	1			**3**	**2.4%**
Pies	1				**1**	**0.8%**
Diagnósticos Previos						
Querat. seborreica		1			**1**	**0.8%**
Patología ungueal	1				**1**	**0.8%**
Nevus			3		**3**	**2.4%**
Fibroma	18	53	27	10	**108**	**86.4%**
Lipoma	1		1			
Dermatofibroma						
Verruga vulgar		1			**1**	**0.8%**
Otras patologías	1	1			**2**	**1.6%**
Quiste epidérmico		1	2	1	**4**	**3.2%**
Concordancia diagnóstica						
Diagnósticos anatomoclínicos						
Fibroma blando	11	29	20	27	**87**	**69.6%**
Fibroma acral	1				**1**	**0.8%**
Fibroqueratoma	2				**2**	**1.6%**
Fibrosis nodular	1				**1**	**0.8%**
Angiofibroma		1			**1**	**0.8%**
Pólipo fibroepitelial		22	2	1	**25**	**20%**
Fibroqueratoma		1			**1**	**0.8%**
Acrocordones	3	7	1	1	**12**	
Técnicas empleadas						
Esc. fusiforme	7	12	20	4	**43**	**34.4%**
Electrocirugía	13	45	10	5	**73**	**58.4%**
Cirugía de la uña	1				**1**	**0.8%**
Sutura/plastia		1			**1**	**0.8%**
Punch		1			**1**	**0.8%**
Extracción subcutánea		1	3	2	**6**	**4.8%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	21	60	32	8	**121**	**96.8%**
S. Dermatologia			1	1	**2**	**1.6%**
Cirugía General				2	**2**	**1.6%**
Tiempos de espera*						
Primera visita			**257** (5)	**102** (11)		
Espera quirúrgica			**346** (29)	**42** (11)		
Total	<7	<7	**379** (5)	**144** (11)		
**Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se tiene datos*						

Pólipo fibroepitelial						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	--	49	15	10	**74**	
Mujer		19	6	2	**27**	**32.4%**
Hombre		30	9	8	**47**	**63.5%**
Media edades		46.6	43.4	43		
Rango		15-80	20-66	17-66	**15-80**	
Lesiones múltiples		7	7	2		
Localizaciones**						
Cara		14			**14**	**18.9%**
Cuello		8	2	1	**11**	**14.8%**
Tronco		12	11	6	**29**	**39.1%**
Genitales		1			**1**	**1.3%**
Extremidades		14	3	1	**18**	**24.3%**
Pies				1	**1**	**1.3%**
Diagnósticos Previos						
Patología lóbulo de la oreja		1			**1**	**1.3%**
Nevus		3	1	1	**5**	**6.7%**
Fibroma		39	11	9	**59**	**79.7%**
Lipoma			1		**1**	**1.3%**
Pólipo		3			**3**	**4.0%**
Verruga vulgar		1			**1**	**1.3%**
Quiste epidérmico		1	1		**2**	**2.7%**
Concordancia diagnóstica					**-**	**-**
Técnicas empleadas						
Esc. fusiforme		3	6	4	**13**	**17.5%**
Electrocirugía		44	7	6	**57**	**77.0%**
Sutura/plastia		1			**1**	**1.3%**
Extracción subcutánea		1	2		**3**	
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud		49	12	9	**70**	**94.5%**
S. Dermatologia			2		**2**	**2.7%**
Cirugía General				1	**1**	**1.3%**
Medicina Interna			1		**1**	**1.3%**
Tiempos de espera*						
Primera visita			169 (5)	102		
Espera quirúrgica			239 (14)	30		
Total	<7	<7	330 (5)	132		
**Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se tiene datos*						
***Cave destacar las localizaciones precisas de esta patología: parpados (9), zona periorbital, pirámide y punta nasal (Pólipo fibroepitelial nasal. 5 casos) Mucosa oral (2). Axilas, pliegues inguinales, cuello, cara interna de los muslos. En general zonas de rozamiento con un perfil de paciente obeso en mayor o menor medida*						

Dermatofibroma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	7	26	36	22	**91**	
Mujer	7	15	25	15	**62**	**68%**
Hombre	-	11	11	7	**29**	**32%**
Media edades	36.2	40.1	37.2	34.6		**-**
Rango	22-51	19-80	14-73	15-55		**14-80**
Localizaciones						
Cara		1			**1**	**1%**
Cabeza				1	**1**	**1%**
Cuello		1	1		**2**	**2%**
Tronco		2	20	9	**31**	**34%**
Genitales		1			**1**	**1%**
Extremidades	7	17	15	11	**43**	**47%**
Manos		3			**3**	**3%**
Pies		1		1	**2**	**2%**
Diagnósticos Previos						
Absceso		2			**2**	**2%**
Nevus	1	3	3	2	**9**	**10%**
Fibroma	1	5	1	2	**9**	**10%**
Lipomas			2		**2**	**2%**
Neoformación	3		28	7	**38**	**42%**
Dermatofibroma		13	-	4	**17**	**19%**
Quiste epidérmico	2	3	2	7	**14**	**15%**
Concordancia diagnóstica	-	50%	-	18%	**19%**	**-**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Angiomatoide		2	2		**4**	**4.4%**
Esclerótico		1			**1**	**1%**
Queloideo		1		1	**2**	**2%**
Fibroqueratoma		1			**1**	**1%**
Histiocitoma fibroso	3	1			**4**	**4.4%**
Técnicas empleadas						
Esc. fusiforme	7	18	30	14	**69**	**76%**
Extracción subcutánea		8	6	8	**22**	**24**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	7	26	30	14	**77**	**84.6%**
S. Dermatologia			4	6	**10**	**11%**
Traumatología				1	**1**	**1%**
Cirugía General			1	1	**2**	**2%**
Oncología			1		**1**	**1%**
Tiempos de espera						
Primera visita			180 (8)	36 (7)		
Espera quirúrgica			324 (29)	65 (11)		
Total	<10	<10	341 (8)	115 (7)		

Hemangioma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	8	15	18	12	**53**	
Mujer	6	2	8	3	**19**	**35.8%**
Hombre	2	1	10	9	**22**	**41.5%**
Edad Media	46	42.7	45.2	47	**45**	
Rango	4-74	13-73	19-69	30-69	**4-74**	
Localizaciones						
Cara		7			**7**	**13.2%**
Cabeza	1	1		2	**4**	**7.5%**
Cuello			2		**2**	**3.8%**
Tronco	3	7	12	8	**30**	**56.6%**
Extremidades	3		4	1	**8**	**15.1%**
Manos	1				**1**	**1.9%**
Pies				1	**1**	**1.9%**
Diagnósticos Previos						
Fibroma	3	3		1	**7**	**13.2%**
Hemangioma	1	7	6	7	**21**	**39.6%**
Otras Patologías	3				**3**	**5.7%**
Lipomas			2	1	**3**	**5.7%**
Neoformación		1	1	1	**3**	**5.7%**
Nevus	1	3	5		**9**	**17%**
Quiste Epidérmico		1	1		**2**	**3.8%**
Concordancia diagnóstica	12%	46%	33%	58%		**39%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Hemangioma	2	2		2	**6**	**11.3%**
Hem. Esclerosante***	2				**2**	**3.8%**
Hem.arteriovenoso*	1	1	1		**3**	**5.7%**
Hemang capilar		1	5	4	**10**	**18.9%**
Hemangioma capilar lobulado **	3	7	6	5	**21**	**39.6%**
Angiofibroma		1			**1**	**1.9%**
Hem. en Tachuela		1	1		**2**	**3.8%**
Hemang. sinusoidal		1	1		**2**	**3.8%**
Hemang. venoso		1	4		**5**	**9.4%**
Hem. Cavernoso				1	**1**	**1.9%**
Técnicas empleadas						
Electrocirugía		3	2	4	**9**	**17.0%**
Esc. superficial	8	9	11	6	**34**	**64.2%**
Extracción subcutánea		2	3	1	**6**	**11.3%**
Sutura/plastia		1			**1**	**1.9%**
Punch			1	1	**2**	**3.8%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	3	15	15	8	**41**	**77.4%**
Dermatología			3	2	**5**	**9.4%**
Neurocirugía				1	**1**	**1.9%**
Traumatología				1	**1**	**1.9%**
Otros CS	5				**5**	**9.4%**
Tiempos de espera						
Primera visita			250 (6)	75 (6)		
Espera quirúrgica			396(16)	35 (9)		
Total			446 (6)	111 (6)		
**Angioma arteriovenoso de Cambell y Morgan*						
**Granuloma piógeno)						
***Histiocitoma fibroso)						

Ganglión						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	4	9	-	3	**16**	
Mujer	3	5	-	3	**11**	**68.8%**
Hombre	1	4	-	-	**5**	**31.2%**
Edad Media	46	53	-	60	**52.8**	
Rango	37-65	17-77	-	36-73	**17-77**	
Localizaciones						
Manos	2	5		3	**10**	**62.5%**
Pies	2	4			**6**	**37.5%**
Diagnósticos Previos						
Ganglión	4	8		3	**15**	**93.7%**
Quiste Mucoide		1			**1**	**6.2%**
Concordancia diagnóstica	100%	88.8%				**93%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Ganglión	4	9		3	**16**	**100%**
Técnicas empleadas						
Esc. superficial		1			**1**	**7%**
Extrac. subcutánea	4	5		3	**12**	**75%**
Punción /Drenaje		3			**3**	**18%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud		6		1	**7**	**43.7%**
Traumatología				2	**2**	**12.5%**
Otros CS	4	3			**7**	**43.7%**
Tiempos de espera						
Primera visita				82		
Espera quirúrgica				150		
Total	<10	<10		230		

Hidrosadenitis						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	--	3	24	23	**50**	
Mujer		3	20	18	**41**	**82%**
Hombre		-	4	5	**9**	**8%**
Media edades		34.6	39.6	36.5	**37.9**	
Rango		23-53	19-62	15-54	**15-63**	
Localizaciones						
Vulva		1	1	1	**3**	**6%**
Pliegue inguinal		1	12	10	**23**	**46%**
Axila		1	8	12	**21**	**42%**
Suprapúbico			3		**3**	**6%**
Diagnósticos Previos						
Hidrosadenitis		3	22	21	**46**	**92%**
Quiste epidérmico			2	2	**4**	**8%**
Concordancia diagnóstica						
Diagnósticos anatomoclínicos						
Junto a quiste epidérmico		1	3		**4**	**8&**
Hidrosadenitis supurativa		9	9		**18**	**36%**
Técnicas empleadas						
Esc. Fusiforme más limpieza subcutánea		3	18	10	**31**	**62%**
Extracción subcutánea			6	13	**19**	**38%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud		3	22	19	**44**	**88%**
Dermatología			2		**2**	**4%**
Cirugía General				4	**4**	**8%**
Tiempos de espera						
Primera visita			89	41		
Espera quirúrgica			207	38		
Total (sobre10)		<10	212 (sobre10)	78 (sobre 9)		

Molluscum contagiosum						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos		9			**9**	
Mujer		3			**3**	**33%**
Hombre		6			**6**	**66%**
Edad Media		19.4			**19.4**	
Rango		2-46			**2 - 46**	
Localizaciones						
Cara		3			**3**	**33%**
Cabeza		1			**1**	**1.1%**
Cuello		1			**1**	**1.1%**
Tronco		1			**1**	**1.1%**
Genitales		2			**2**	**2.2%**
Extremidades		2			**2**	**2.2%**
Diagnósticos Previos						
Mulluscum contag		7			**7**	**77.7%**
Fibroma		1			**1**	**1.1%**
Neoformación		1			**1**	**1.1%**
Concordancia diagnóstica		77.7%			**77.7%**	
Diagnósticos anatomoclínicos						
Molluscum c.		9			**9**	**100%**
Asociado a Nevus Nevocítico intradérmico		1			**1**	**1.1%**
Asociado a Pólipo fibroepitelial		1			**1**	**1.1%**
Técnicas empleadas						
Afeitado/Curetaje		2			**2**	**2.2%**
Electrocirugía		7			**7**	**7.7%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud		9			**9**	**100%**
Tiempos de espera						
Total		<10 días				

Neurofibroma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	4	2	4	8	**18**	
Mujer	1	-	4	6	**11**	**61.1%**
Hombre	3	2	-	2	**7**	**38.9%**
Edad Media	77	40.5	44	47.8	**52.8**	
Rango	69-84	31-50	40-50	31-79	**31-84**	
Localizaciones						
Cara	1	1			**2**	**11.1%**
Cabeza	1				**1**	**5.5%**
Cuello			1		**1**	**5.5%**
Tronco		1	3	6	**10**	**55.5%**
Extremidades				2	**2**	**11.1%**
Pies	2				**2**	**11.1%**
Diagnósticos Previos						
Absceso			1		**1**	**5.5%**
Fibroma	1			4	**5**	**27.7%**
Heloma	1				**1**	**5.5%**
Neoformación	1			2	**3**	**16.6%**
Nevus		2	3	1	**6**	**33.3%**
Patología Ungueal	1				**1**	**5.5%**
Quiste Epidérmico				1	**1**	**5.5%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Neurofibroma	4	2	4	8	**18**	**100%**
Técnicas empleadas						
Cirugía de la uña	2				**2**	**11.1%**
Electrocirugía				2	**2**	**11.1%**
Esc. superficial	2	2	4	2	**10**	**55.5%**
Extracción subcutánea				3	**3**	**16.6%**
Punch				1	**1**	**5.5%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	2	2	3	4	**11**	**61.1%**
Dermatología			1	1	**1**	**5.5%**
Cirugía General				2	**2**	**11.1%**
Traumatología				1	**1**	**5.5%**
Otros CS	2				**2**	**11.1%**
Tiempos de espera						
Primera visita			70 (2)	427 (4)		
Espera quirúrgica			339 (4)	134 (8)		
Total			148 (2)	542 (4)		

Pilomatricoma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	1	2	5	8	**16**	
Mujer	1		2	4	**7**	**43.7%**
Hombre		2	3	4	**9**	**56.2%**
Media edades	65	33.5	40.8	46.6	**44.3**	
Rango	65	25-32	26-56	15-6%9	**15-69**	
Localizaciones						
Cabeza	1	1		2	**4**	**25&**
Tronco			3	2	**5**	**31%**
Extremidades		1	2	4	**7**	**43.7%**
Diagnósticos Previos						
Lipoma			1	2	**3**	**18.8 %**
Quiste epidérmico	1	2	4	6	**13**	**81.2%**
Concordancia diagnóstica					**--**	**--**
Técnicas empleadas						
Extracción subcutánea	1	2	5	8	**16**	**100%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	1	2	5	6	**14**	**87.5%**
S. Dermatologia				1	**1**	**6.2%**
Neurocirugía				2	**2**	**12.5%**
Tiempos de espera						
Primera visita			62	51		
Espera quirúrgica			236	58		
Total	<10	<7	384	95		

Schwanoma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	1		1	2	**4**	
Mujer				1	**1**	**25%**
Hombre	1		1	1	**3**	**75%**
Media edades	30		46		**35.2**	
Rango				25-40		
Localizaciones						
cabeza	1				**1**	**25%**
Espalda				1	**1**	**25%**
Extremidades			1	1	**2**	**50%**
Diagnósticos Previos						
Fibroma			1		**1**	**25%**
Lipoma				1	**1**	**25%**
Quiste epidérmico	1			1	**2**	**50%**
Concordancia diagnóstica					**--**	
Diagnósticos anatomoclínicos						
Schwanoma plexiforme			1	1	**2**	**50%**
Técnicas empleadas						
Extracción subcutánea	1		2	2	**4**	**100%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	1		1	1	**3**	**75%**
Traumatología				1	**1**	**25%**
Tiempos de espera						
Primera visita						
Espera quirúrgica			603			
Total	<10					

Sinus Pilonidal						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos		1	2	1	**4**	
Mujer			1	1	**2**	**50%**
Hombre		1	1		**2**	**50%**
Edad Media		27	18-45	52	**35.5**	
Rango			18-45		**18 - 52**	
Localizaciones						
Pliegue interglúteo		1	1	1	**3**	**75%**
Pliegue inguinal			1		**1**	**25%**
Diagnósticos Previos						
Absceso		1			**1**	**25%**
Fístula			1	1	**2**	**50%**
Hidrosadenitis			1		**1**	**25%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Sinus Pilonidal		1	2	1	**4**	**100%**
Técnicas empleadas						
Esc. superficial			1		**1**	**25%**
Extirp. subcutánea		1		1	**2**	**50%**
Sutura/plastia			1		**1**	**25%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud		1	1	1	**3**	**75%**
Urgencias			1		**1**	**25%**
Tiempos de espera						
Primera visita			12	171		
Espera quirúrgica			278	42		
Total		<10	324	213		

Queratosis seborreica						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	24	58	11	20	**113**	
Mujer	13	38	6	5	**62**	**54.8%**
Hombre	11	20	5	15	**51**	**45.1%**
Media edades	68.8	54.3	58.5	57.8	**58.4**	
Rango	45-88	21-84	37-80	29-70	**21-88**	
Localizacion de las lesiones						
Cara	12	14		1	**27**	**23%**
cabeza		9		2	**11**	**9.7%**
Cuello			4		**4**	**3.5%**
Tronco	9	24	5	15	**53**	**46.9%**
Genitales		1			**1**	**0.8%**
Extrem	2	7	1	2	**12**	**10.6%**
Manos Dorso						
Pies	1		1		**2**	**1.7%**
Diagnósticos Previos						
Queratosis seborreica	19	31	4	12	**66**	**58.4%**
Queratosis Actínica	1				**1**	**0.8%**
Neoformación		3		1	**4**	**3.5%**
Nevus	1	16	5	5	**27**	**23.8%**
Fibroma	2	2	1	1	**6**	**5.3%**
Absceso	1				**1**	**0.8%**
Dermatofibroma		1			**1**	**0.8%**
Verruga vulgar		5		1	**6**	**5.3%**
Quiste epidérmico			1		**1**	**0.8%**
Concordancia diagnóstica	79%	53%	36%	60%		**58.4%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Hiperqueratótica	2	10			**12**	**10.6%**
Acantótica	2	14		4	**20**	**17%**
Irritada	1	8		2	**11**	**9.7%**
Pigmentada		2	1	2	**5**	**4.4%**
Polipoidea		2			**2**	**1.7%**
Nevus epidérmico						
Técnica Utilizada						
Esc. fusiforme	17	49	10	19	**95**	**84%**
Electrocirugía	7	9	1	1	**18**	**15%**
Tiempo de espera						
Primera visita			**144** (3)	**53** (12)		
Espera quirúrgica			**264** (7)	**39** (15)		
Total	<7	<7	**408** (3)	97 (12)		

Patología Infecciosa/Inflamatoria						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	8	26	11	29	**74**	
Mujer	6	13	7	16	**40**	**54.0%**
Hombre	7	13	4	13	**34**	**45.9%**
Edad Media	50	49	46	47	**52**	
Rango	23-90	15-85	17-76	19-78	**15 - 90**	
Localizaciones						
Cara		9			**9**	**12.1%**
Cabeza	4	1			**5**	**6.7%**
Cuello				1	**1**	**1.3%**
Tronco	4	3	8	15	**30**	**40.5%**
Genitales		4		2	**6**	**8.1%**
Extremidades	2	2	3	6	**13**	**17.5%**
Manos	1	2		2	**5**	**6.7%**
Pies	2	5		3	**10**	**13.5%**
Diagnósticos Previos						
Absceso	2	4	2	3	**11**	**14.8%**
Otras patologías	3	10	3	5	**21**	**28.3%**
Fibroma		1		1	**2**	**2.7%**
Fimosis		1			**1**	**1.3%**
Fístula sacra	1	1	2		**4**	**5.4%**
Hemorroide		1			**1**	**1.3%**
Hidrosadenitis			1	1	**2**	**2.75**
Neoformación		2			**2**	**2.7%**
Patología Ungueal	2	5		2	**9**	**12.1%**
Quiste Epidérmico	2	1	3	13	**19**	**25.6%**
Quiste Mucoide	1				**1**	**1.3%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Dermatitis aguda/crónica	1	21	7	23	**52**	**70.2%**
Hiperplasia fibrosa	4	1		3	**8**	**10.8%**
Hiperplasia epiteliomatosa	1				**1**	**1.3%**
Sinovitis		1		1	**2**	**2.7%**
Tej necrótico	2		1	2	**5**	**6.7%**
Tej de granulación	2				**2**	**2.7%**
Reac. gigantocelular	1		3		**4**	**5.4%**
Material hemático		1			**1**	**1.3%**
Postitis crónica		1			**1**	**1.3%**
Técnicas empleadas						
Amputación	1	1			**2**	**2.7%**
Circuncisión		1			**1**	**1.3%**
Cirugía de la uña	2	4		2	**8**	**10.8%**
Electrocirugía		1			**1**	**1.3%**
Esc. superficial	3	3		9	**15**	**20.2%**
Extracción subcutánea	5	5	11	14	**35**	**47.3%**
Sutura/plastia	1	8			**9**	**12.1%**
Punción /Drenaje	1	3			**4**	**5.4%**
Punch				1	**1**	**1.3%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	2	9	9	23	**43**	**58.1%**
Dermatología			1	2	**3**	**4.0%**
Cirugía General			1	3	**4**	**5.4%**
Traumatología				1	**1**	**1.3%**
Otros CS	11	2			**13**	**17.5%**
Tiempos de espera*						
Primera visita			66 (2)	83(29)		
Espera quirúrgica			283 (4)	36 (33)		
Total			263 (2)	115 (29)		
* Entre paréntesis el número de pacientes sobre los que se ha efectuado el cálculo						

Quiste Mucoide						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos	2	6			**8**	
Mujer	2	4			**6**	**75%**
Hombre	-	2			**2**	**25%**
Edad Media	54	57			**56**	**-**
Rango	32-76	32-79			**32 - 79**	**-**
Localizaciones						
Cabeza	2				**2**	**25%**
Cavidad oral		1			**1**	**12.5%**
Manos (dedos)		3			**3**	**37.5%**
Pies (dedos)		2			**2**	**25%**
Diagnósticos Previos						
Quiste Mucoide	2	6			**8**	**100%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Quiste Mucoide	2	6			**8**	**100%**
Técnicas empleadas						
Esc. superficial	1	4			**5**	**62.5%**
Extracción subcutánea	1	2			**3**	**37.5%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	2	6			**8**	**100%**
Tiempos de espera						
Total	<10	<10				

Otras Patologías						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	22	51	27	30	**130**	
Mujer	13	30	9	13	**65**	**50**
Hombre	9	21	18	17	**65**	**50**
Edad Media	51.7	49	45.4	49.1	**58.3**	
Rango	4-86	0-77	19-85	17-74	**0 - 86**	
Localizaciones						
Cara	4	12	1	2	**19**	**14.6%**
Cabeza	2	7		2	**11**	**8.5%**
Cuello			1	4	**5**	**3.8%**
Tronco	9	6	17	9	**41**	**31.5%**
Genitales		5			**5**	**3.8%**
Extremidades	1	7	8	6	**22**	**16.9%**
Manos	3	9			**12**	**9.2%**
Pies	3	5		7	**15**	**11.5%**
Diagnósticos Previos						
Adenopatía			4	2	**6**	**4.6%**
Cirugía de la Oreja		17	1		**18**	**13.8%**
Fibroma	6	3	1	1	**11**	**8.5%**
Fimosis		3			**3**	**2.3%**
Ganglión		3			**3**	**2.3%**
Hemangioma		2	1	3	**6**	**4.6%**
Hemorroide	2	3			**5**	**3.8%**
Hidrosadenitis			1	1	**2**	**1.5%**
Lipomas			4	4	**8**	**6.2%**
Neoformación	2	4	6	2	**14**	**10.8%**
Nevus		5			**5**	**3.8%**
Otras patologías	3	4	1	3	**11**	**8.5%**
Patología Ungueal	3			6	**9**	**6.9%**
Querat. Actínica		2			**2**	**1.5%**
Quiste Epidérmico	2		8	6	**16**	**12.3%**
Quiste Mucoide	2	2			**4**	**3.1%**
Tumor glómico				1	**1**	**0.8%**
Verruga Vulgar	2	3		1	**6**	**4.6%**
Técnicas empleadas%						
Amputación		1			**1**	**0.8%**
Circuncisión		3			**3**	**2.3%**
Cirugía de la uña		5		6	**11**	**8.5%**
Electrocirugía		10		1	**11**	**8.5%**
Esc. superficial		9	7	5	**21**	**16.2%**
Extracción subcutánea			17	15	**32**	**24.6%**
Sutura/plastia		18	1		**19**	**14.6%**
Toma de muestra			2	3	**5**	**3.8%**
Punción /Drenaje		3			**3**	**2.3%**
Punch		2			**2**	**1.5%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	16	48			**64**	**49.2%**
Dermatología			5	4	**9**	**6.9%**
Cirugía General				2	**2**	**1.5%**
Traumatología				6	**6**	**4.6%**
Medicina Interna			2		**2**	**1.5%**
Nefrología				1	**1**	**0.8%**
Hematología				2	**2**	**1.5%**
Otros CS	6	3			**9**	**6.9%**
Tiempos de espera						
Primera visita			134 (9)	81 (20)		
Espera quirúrgica			245 (28)	85 (24)		
Total	<10	<10	241 (9)	176 (20)		

Verruga vulgar / Condiloma						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	13	63	4	11	**91**	
Mujer	9	30	2	6	**47**	**51.6%**
Hombre	4	33	2	5	**44**	**48.4%**
Edad Media	37.4	37.9	45.6	48	**39.5**	
Rango	15-68	7-81	39-46	28-84	**7-84**	
Localizaciones						
Cara		15		2	**17**	**18.7%**
Cabeza	2	5		2	**9**	**9.9%**
Cuello		1	1		**2**	**2.2%**
Tronco	1	3	1	1	**6**	**6.6%**
Genitales		11	2		**13**	**14.3%**
Extremidades	3	6		2	**11**	**12.1%**
Manos	7	16		2	**25**	**27.5%**
Pies		6		1	**7**	**7.7%**
Diagnósticos Previos						
Fibroma		9	1		**10**	**11.0%**
Ganglión		1			**1**	**1.1%**
Granuloma				1	**1**	**1.1%**
Otras patologías				4	**4**	**4.4%**
Neoformación		4			**4**	**4.4%**
Nevus		2	1		**3**	**3.3%**
Patología Ungueal				1	**1**	**1.1%**
Querat. Actínica				1	**1**	**1.1%**
Querat. Seborreica				2	**2**	**2.2%**
Quiste Epidérmico		1			**1**	**1.1%**
Quiste Mucoide				1	**1**	**1.1%**
Uña incarnata		1			**1**	**1.1%**
Verruga Vulgar	13	45	2	1	**61**	**67.0%**
Concordancia diagnóstica	100%	71%	50%	9%	**67%**	
Diagnósticos anatomoclínicos						
Papiloma queratósico	1	3		1	**5**	**5.5%**
Asociado a Léntigo				1	**1**	**1.1%**
Verruga Vulgar	12	48	2	9	**71**	**78.0%**
Condiloma acuminado		9	2		**11**	**12.1%**
Nódulo de los Oreñadores*		3			**3**	**3.3%**
Otras Técnicas Diagnósticas						
PCR (VPH + Tipo 11)		5				
PCR (VPH + Tipo 6)		3				
PCR (-)		1				
Candida sp. +		1				
Técnicas empleadas						
Cirugía de la uña		1		2	**3**	**3.3 %**
Electrocirugía	5	40	2	1	**48**	**52.7%**
Esc. superficial	7	19	2	5	**33**	**36.3%**
Extracción subcutánea	1	2		3	**6**	**6.6%**
Sutura/plastia		1			**1**	
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	3	62	4	9	**78**	**85.7%**
Traumatología				2	**2**	**2.2%**
Otros CS	10	1			**11**	**12.1%**
Tiempos de espera						
Primera visita			55	49 (49		
Espera quirúrgica			141	55 (5)		
Total			196	72 (4)		
* Verruga plantar						

Lesiones Malignas

Resumen de las características de las Lesiones Malignas aparecidas

	Espinosa	Renedo	HUMV	TOTAL
Basocelular	9	17	18	44
Espinocelular	7	23	9	39
Queratoacantoma	3	2	-	5
CA Merkel		1	-	1
Ca. Adenoide			1	1
Angiosarcoma			1	1
Q. Actínica	11	13	-	24
Metastasis		1	-	1
Melanoma		1	-	1
Leiomoisarcoma			1	1
Hodking			1	1
Linfoma Folicular			1	1
Ca Tricolemal			1	1
Hiperplasia Linfoide			1	1
TOTAL atendidos	**760**	**675**	**1561**	**2996**
Total Lesiones Malignas	**30**	**59**	**33**	**122**
% Malignidad*	**3.9**	**8.6**	**2.1**	**4.0**
				p<0.0001

Los diagnósticos previos considerados como lesiones banales, Nevus, Q, Seborreica, Q. Epidérmico, Granuloma, Fibroma cutáneo y Otras patologías, ascienden a 43 casos, lo que supone un 35% de los casos de Lesiones Malignas.

En 73 casos, (59,8%). los diagnósticos coincidieron totalmente o por aproximación ya que fueron etiquetados como “Neoformaciones” con cierta sospecha de lesión maligna.

Diagnósticos previos de las Lesiones Malignas

Diag. Previo → / *Diag. Certero ↓*	TOTAL	Diagnóstico Correcto*	Neoformación	Nevus melanocítico	Q. Actínica	Q. Seborreica	Q Epidérmico	Otras patologías	Granuloma	Fibroma cutáneo
Q. Actínica	24	17	*7*			1		5		
Ca. Basocelular	44	28	*28*	1	6	3	3	1		
Ca Espinocelular	39	25	*25*		5		1	7		
Queratoacantoma	5	1	*1*	1				3		
Q. Merkel	1						1			
Ca. Adenoide	1						1			
Angiosarcoma	1									1
Metastasis	1								1	
Melanoma	1			1						
Leiomiosarcoma	1			1						
Hodking	1	1	*1*							
Linfoma folicular	1							1		
Ca Tricolemal	1	1	*1*							
Hiperplasia Linfoide	1						1			
Total		73	*63*	4	11	4	7	17	1	1

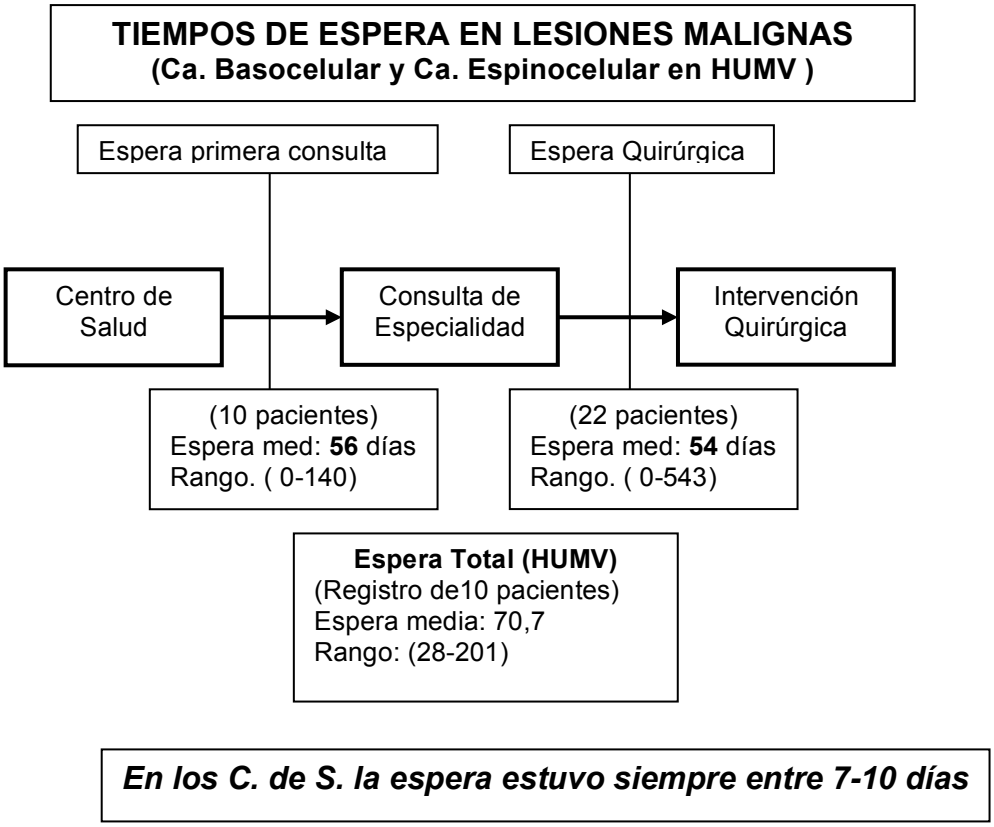
**Se incluye tanto el diagnóstico correcto como el aproximado (Neoformación)*

De los 122 casos con diagnóstico definitivo de lesión maligna, en 7 ocasiones fueron diagnosticados previamente de Quistes Epidérmicos, lo que significa un 5.7% de las lesiones malignas.

Teniendo en cuenta que en el total de la muestra hay 957 casos con Impresión Diagnóstica de Quiste Epidérmico, las 7 lesiones malignas inadecuadamente diagnosticadas representan un 0.7%

Tiempos de espera (Lesiones malignas)

Tiempos de Espera en el HUMV



En los C. de S. la espera estuvo siempre entre 7-10 días

Otros tiempos de espera

Patología	Lugar	Días de espera
Queratoacantoma	C.de S.	7-10
Q. Merkel	C. de S.	<7
Ca Adenoide	HUMV	110
Angiosarcoma	HUMV	505
Queratosis Actínica	C.de S.	<7
Metástasis	C.de S.	<7
Melanoma	C. de S.	<7
Leiomiosarcoma	HUMV	¿
Hodgkin	HUMV	22
Linfoma Folicular	HUMV	¿
Ca Tricolemal	HUMV	322
Hiperplasia Linfoide	HUMV	39

Carcinoma Basocelular						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	9	17	2	16	**44**	
Mujer	4	11	2	5	**22**	**50%**
Hombre	5	6	-	11	**22**	**50%**
Edad media	71	70.5	48	67	**69.7**	
Rango	40-88	34-94	35-61	32-88	**32-94**	
Localizaciones						
Cara		11			**11**	**25%**
Cabeza	8	2	1	1	**12**	**27%**
Cuello		1			**1**	**2.2%**
Tronco	1		1	12	**14**	**31.8%**
Extremidades		2		2	**4**	**9%**
Pies		1		1	**2**	**4.5%**
Diagnósticos Previos						
Neoformación	1	14	2	11	**28**	**63.6%**
Nevus	1				**1**	**2.2%**
Otras Patologías	5			1	**6**	**13.6%**
Querat. Actínica	1	2			**3**	**6.8%**
Querat. Seborreica	1			2	**3**	**6.8%**
Quiste Epidérmico		1		2	**3**	**6.8%**
Concordancia diagnóstica					**-**	**-**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Basocelular (simple)		10		3	**13**	**29.5%**
Sólido	6	3	1	8	**18**	**40.9%**
Sólido quístico	1				**1**	**2.2%**
Micronodular				1	**1**	**2.2%**
Pigmentado	1	1		1	**3**	**6.8%**
Sólido Adenoide		1			**1**	**2.2%**
Esclerosante	1				**1**	**2.2%**
Multifocal		1			**1**	**2.2%**
Ulcerado		1			**1**	**2.2%**
Superficial			1	2	**3**	**6.8%**
Fibroepitelioma de Pinkus				1	**1**	**2.2%**
Bordes libres	6	14	2	15	**37**	**84%**
Técnicas empleadas						
Esc. superficial	9	16	2	14	**41**	**93.1%**
Extracción subcutánea		1		2	**3**	**6.8%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	9	17	1	3	**30**	**68.1%**
Dermatología				11	**11**	**25%**
Cirugía General				2	**2**	**4.5%**
Tiempos de espera						
Primera visita			140	48 (12)		
Espera quirúrgica			7	31 (15)		
Total			147	76 (12)		

Ca. Epidermoide						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	7	23	3	6	**39**	
Mujer	5	14	2	3	**24**	**61.5%**
Hombre	2	9	1	3	**15**	**38.4%**
Edad Media	79-1	76	80	78	**77.4**	
Rango	73-88	42-97	72-89	48-83	**42-89**	
Localizaciones						
Cara		8	1		**9**	**23%**
Cabeza	6	1		1	**8**	**20%**
Tronco			1	2	**3**	**7.6%**
Extremidades		3	1	2	**6**	**15.3%**
Manos	1	9		1	**11**	**28%**
Pies		1			**1**	**2.5%**
Diagnósticos Previos						
Otras patologías	5			2	**7**	**17%**
Neoformación		19	3	3	**25**	**64%**
Ca Epidermoide				1	**1**	**2.5%**
Querat. Actínica	2	3			**5**	**12.8%**
Quiste Epidérmico		1			**1**	**2.5%**
Concordancia diagnóstica						
Diagnósticos anatomoclínicos						
Sobre Q. Actínica	2	1			**3**	**7.6%**
Ulcerado infiltrante	2	9	1	5	**17**	**43.5%**
Intracelular infiltrante	1				**1**	**2.5%**
Epidermoide verrucoso				1	**1**	**2.5%**
Microinvasivo			1		**1**	**2.5%**
Intraepidérmico (Bowen)	1	3	1		**5**	**12.8%**
Epidermico Acantólítico		1			**1**	**2.5%**
Microinvasivo		1			**1**	**2.5%**
Queratinizante		1			**1**	**2.5%**
Bordes libres	7	20	3	6	**36**	**92.3%**
Bien Diferenciado	1	5			**6**	**15%**
Moderadamente diferenciado					**9**	**23%**
Técnicas empleadas						
Esc. superficial	7	22	3	6	**38**	**97.5%**
Extracción subcutánea		1			**1**	**2.5%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	7	22	2	1	**32**	**82%**
Dermatología			1	5	**6**	**15.5%**
Desplazados		1			**1**	**2.5%**
Tiempos de espera						
Primera visita			129			
Espera quirúrgica			189	36		
Total			148	¿		
C. Alta Resolución				1		

Carcinoma Basocelular (CB) y Carcinoma Espinocelular (CE).

Se han diagnosticado 46 de CB y 38 de CE casos, representando las lesiones maligna con más incidencia de la muestra.

Origen de los pacientes.

Pacientes de los Centros de Salud, bien sean de los Cupos del propio médico, del resto de los cupos o pacientes “Desplazados” que han sido asistidos por distintas razones :

	CB	**CE**
C. S. Espinosa	9	2
C. S. Bajo Pas	17	23

Pacientes atendidos en el UHMV, remitidos desde otros Servicios o enviados directamente desde el C.S. correspondiente:

	CB	**CE**
Serv. De Dermatología	12	6
Serv. De Neurocirugía	1	-
Serv. De Cirugía General	2	-
Otros C. de S.	4	3

Distribución por edad y sexo

	Total	Hombre/ Mujer	Edad media	Rango de edades
Ca Basocelular	44	23/23	69.7	33-94
Ca Espinocelular	37	19/19	77.48	42-97

Localización

Localización	**CB**	**CE**
Cara	10	10
Cabeza	11	7
Cuello	1	-
Tronco	14	4
Extremidades	4	6
Manos	-	11
Pies	2	1

Formas Anatomopatológicas aparecidas

Ca Basocelular: Con el diagnóstico de Ca. Basocelular, han llegado 13 casos; Carcinoma Basocelular sólido 18; Sólido-quístico 1; Sólido micronodular 1: Sólido Pigmentado 3; Sólido adenoide 1; Esclerosante 1; multifocal 1; Ulcerado1; superficial 3, y Fibroepitelioma de Pinkus 1.

Ca Espinocelular: Ulcerado infiltrante 16; Sobre Queratosis Actínica 3; Bien diferenciado 6; intracelular infiltrante 2; Epidermoide verrucoso 1, Microinvasivo 2; Intradérmico 4; Fibroepitelial de Pinkus 1; Acantolítico 1, queratinizante 1.

En conjunto 9 han sido catalogados de “Bien diferenciados” y 6 de “moderadamente diferenciados”

En 37 de los 44 casos de CB (80%) se informo la biopsia de “bordes libres” o como “la lesión no alcanza los bordes quirúrgico” Para el CE fue de 92% , 35 casos sobre 37.

Concordancia diagnóstica

En el caso del CB el diagnóstico certero ha sido del 26% (12 casos). En otros 13 casos (28%) se obtuvo el diagnóstico genérico de Neoformación.

Otros diagnósticos previos para el CB fueron. Queratosis seborreica 3; Queratosis Actínica 3; Heloma 1; nevus 1; Quiste Epidérmico 4; Neurofibroma 1; Ca Espinocelular 1; otras patologías 5 casos.

Para el CE, el diagnóstico certero fue del 10% (4 casos) y genérico como Deformación fue en 22 casos (57%).

Otros diagnósticos previos para el CE fueron: Queratosis Actínicas 5; Queratoacantoma 1; Quiste epidérmico 1; Enf. De Bowen 1 Fibroma 1; Otras patologías 4.

	CB	**CE**
Diagnóstico certero	26%	10%
Neoformación	38%	57%
Total	64%	67%

Tiempos de espera

De los 15 pacientes atendidos en los CS el tiempo de espera fue **inferior a 7 días** desde que se decidió emplear tratamiento quirúrgico hasta que se produjo la intervención.

Los pacientes atendidos en el HUMV, tanto los procedentes de otros CS como de distintos servicios, tuvieron una media de **espera de 56 días para ser vistos por primera vez más otra espera de 54 para ser intervenidos**, solamente en 10 pacientes se han conocido los dos periodos de espera. En este grupo la espera media es de **28 días**.

Queratosis Actínica			
	Espinosa	**Renedo**	**TOTAL**
Casos	11	13	**24**
Mujer	3	8	**11**
Hombre	8	5	**13**
Edades	70, 58, 87, 88, 86, 76 73, 43, 69, 71, 77,	89, 38, 81, 57, 79, 68 67, 72, 62, 73, 88, 87 83.	
Media edades	72.5	72.6	**72**
Rango	43-88	38-89	**38-89**
Localizaciones			
Cara	6	4	**10**
Helix oreja		2	**2**
Cuello		1	**1**
Extrem	1	2	**3**
Manos Dorso	3	2	**5**
Diagnósticos Previos			
Queratosis Actínica	3	7	**10**
Neoformación	1	6	**7**
Otras patologías	5		**5**
Querat.seborreica	1		**1**
Concordancia diagnóstica	27%	53%	**41%**
Diagnósticos anatomoclínicos			
Cuerno cutáneo	5	3	**8 - (33%)**
Enf Bowen	2	2	**4 –(16%)**
Elastosis solar	1		**1 – (4%)**
Técnica			
Esc. fusiforme	11	13	**100%**
Tiempo e espera			
	<7	<7	
No se encontró ningun caso en el HUMV			

Otras lesiones Malignas

QUERATOACANTOMA			
	Espinosa	**Renedo**	**TOTAL**
Casos	3	2	**5**
Mujer	2	1	**3**
Hombre	1	1	**2**
Edades	2	1	**3**
Media edades	88	76	**81**
Rango	(88)	74-78	**(74-88)**
Localizaciones			
Cara	3	1	**4**
Manos Dorso		1	**1**
Diagnósticos Previos			
Neoformación	1		**1 (20%)**
Otras patologías	2	1	**3 (60%)**
Nevus		1	**1(20%)**
Concordancia diagnóstica (aprox)	33%	0%	**20%**
Diagnósticos anatomoclínicos			
Queratoacantoma	3	2	**5 (100%)**
Técnica			
Esc. fusiforme	3	2	**5 (100%)**
Tiempo e espera			
	<7	<7	
No se encontró ningún caso en el HUMV			

Carcinoma de Merkel (nº casos: 1)

Sexo: Mujer

Edad: 69

Procedencia: C.S. Renedo

Intervención: C.S. Renedo

Diagnóstico previo: Quiste Epidérmico

Localización: Cola ceja ojo izdo.

Técnica: Extirpación lesión subcutánea

Tiempo espera: Menos de una semana

Destino: Servicio de Cirugía maxilofacial.

Limpieza de bordes quirúrgicos.

Biopsia ganglio centinela y Radioterapia

Carcinoma adenoide quístico

Sexo:	Mujer
Edad:	48
Procencia:	C. S Astillero
Intervención:	HUMV
Técnica:	Extirpación lesión subcutánea
Diagnóstico previo:	Quiste Epidérmico
Localización:	Cuello, nuca
Tiempo espera:	110 días
Destino:	Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
	Limpieza de bordes quirúrgicos .

Melanoma

Sexo:	Mujer
Edad:	39
Procedencia:	C.S. Renedo
Intervención:	C.S. Renedo
Técnica:	Extirpación lesión superficial
Diagnóstico previo:	Nevus melanocítico
Localización:	Muslo pierna
Tiempo espera:	Menos de una semana
Destino:	Servicio de Cirugía General

Metástasis

Diagnóstico anatomopatológico: Metástasis dermohipodérmica de CARCINOMA MEDULAR de tiroides

Sexo:	Mujer
Edad:	47
Procedencia:	C.S. Renedo
Intervención:	C.S. Renedo
Diagnóstico previo:	Granuloma
Técnica:	Extirpación lesión superficial
Localización:	Muslo pierna
Tiempo espera:	Menos de una semana
Destino:	Servicio de Cirugía General y Endocrinología

Angiosarcoma

Diagnóstico anatomopatológico: ANGIOSARCOMA de bajo grado bien diferenciado, situado predominantemente en la unión de la dermis profunda con panículo adiposo que RESPETA BORDES QUIRÚRGICOS. Fibrosis dérmica profunda

Sexo:	Varón
Edad:	71
Procedencia:	S. de Dermatología
Intervención:	HUMV (2010)
Técnica:	Extirpación lesión superficial
Diagnóstico previo:	Fibroma cutáneo
Localización:	Cara anterior de la parrilla costal izda
Tiempo espera:	505 días
Destino:	Servicio de Dermatología

Leiomiosarcoma dérmico

Diagnóstico anatomopatológico LEIOMIOARCOMA DÉRMICO que se extiende a la hipodermis y RESPETA BORDES QUIRÚRGICOS, situandose a 0,5 cm del borde qr más próximo.- Grado 1 de FFCCS (1+1+0)- Diferenciación Tumoral: Score 1 - Indice mitótico: 8/10 C.GA - Necrosis tumoral :ausente

Sexo:	Varón
Edad:	85
Procedencia:	S. de Dermatología
Intervención:	HUMV (2010)
Técnica:	Extirpación lesión superficial
Diagnóstico previo:	Neoformación
Localización:	Línea pectoral media
Tiempo espera:	Desconocido
Destino:	Servicio de Dermatología

Enf. de Hodgkin

Diagnóstico anatomopatológico (Adonopatía de cuello). Hiperplasia folicular linfoide atípica con centros germinales progresivamente transformados y cel interfoliculares CD30 y MUM-1 PUEDE TRATARSE DE E. HODGKIN DE COMIENZO. Pte de PCR

Sexo:	Mujer
Edad:	51
Procedencia:	S. de Medicina Interna
Intervención:	HUMV (2010)
Técnica:	Extirpación lesión subcutanea. Toma de muestra
Diagnóstico previo:	Neoformación
Localización:	Adenopatía laterocervical
Tiempo espera:	22 días
Destino:	Servicio de Medicina Interna

Linfoma folicular

Diagnóstico anatomopatológico: Linfoma folicular grado 3A de la OMS (CD20, BCL2, BCL6, CD10) con alto índice de proliferativo (Ki67) y expresión Aislada de p53.-- NOTA: las células grandes, centroblastos, son las que predominantemente (no todas) expresan p53 y además con restricción de cadenas ligeras Kappa.

Sexo:	Mujer
Edad:	74
Procedencia:	S. de Hematología
Intervención:	HUMV 2011
Técnica:	Extracción de lesión subcutánea
Diagnóstico previo:	Patología hematológica
Localización:	Adenopatía letero cervical
Tiempo espera:	Desconocido
Destino:	S de Hematología

Carcinoma Tricolemal

Diagnóstico anatomopatológico: (Doble biopsia) A: Carcinoma tricolemal que respeta bordes quirúrgicos. B: Carcinoma tricolemal que respeta bordes quirúrgicos

Sexo:	Hombre
Edad:	75
Procedencia:	S. Dermatología
Intervención:	HUMV (2010)
Técnica:	Escisión jusiforme
Diagnóstico previo:	Neoformación
Localización:	Cara anterior del torax
Tiempo espera:	322
Destino:	Servicio de Dermatología

Desorden linfoproliferativo

Diagnóstico anatomopatológico: Desorden linfoproliferativo de tipo linfoma T de células pequeñas medianas y pleomorfas. CD4+.

Sexo:	Mujer
Edad:	56
Procedencia:	CS Renedo
Intervención:	C.S. Renedo
Técnica:	Extirpación lesión subcutánea
Diagnóstico previo:	Quiste epidérmico
Localización:	Supraclavicular izdo.
Tiempo espera:	Menos de 10 días
Destino:	S. de Hematología

Hiperplasia folicular linfoide

Sexo:	Varon
Edad:	57
Procedencia:	S. de hematología
Intervención:	HUMV 2011
Técnica:	Extirpación lesión subcutánea
Diagnóstico previo:	Adenopatía laterocervical
Localización:	Cuello
Tiempo espera:	39 días
Destino:	S. de Hematología

Lesiones Benignas con baja frecuencia (<0.1%)

Angioleiomioma			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**3**	
Sexo	Mujer	3	
	Hombre	1	
Edad Media		58	
Rango	43-68		
Lugar de intervención	Renedo	2	<10
	HUMV2010	1	54+136=190
	HUMV2011	1	¿
Localización			
	Pantorrilla	2	
	Tendón Aquiles	1	
	Brazo		
Diagnóstico previo	Lipoma	1	
	Quiste Mucoide	1	
	Quiste Epidérmico	2	
Técnica	Estirp. subcutánea	4	
Procedencia	Centro Salud	4	

Angiomixoma			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos	**1**		
Sexo	Varon	1	
Edad	50		
Lugar de intervención	Renedo	1	<10
Localización	Cara ant pecho	1	
Diagnóstico previo	Nevus		
Técnica	Electrocirugía		
Procedencia	CS		

Angioqueratoma			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**1**	
Sexo	Varon	1	
Edad Media	33		
Rango			
Lugar de intervención	Renedo		<10
Localización	Pecho		
Diagnóstico previo	Hemangioma		
Diagnóstico anatomoclínico	Angiokeratoma. No se observa nevus subyacente. Se ha planteado diagnostico dif. Con fenónmnos de trambosis y recanalización.		
Técnica	Escisión fusiforme		
Procedencia	Otro C de S		

Elastosis solar/ lentigo solar			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**2**	
Sexo	Mujer	2	
Edad Media	73		
Rango	70-76		
Lugar de intervención	Renedo		<10
Localización	Cara		
	Mano		
Diagnóstico previo	Neoformación	1	
	Nevus	1	
Diagnóstico anatomoclínico	Hiperplasia epitelial con hiperqueratosis inespecífica- Léntigo solar, - Elastosis solar		
Técnica	Esc. superficial	2	
Procedencia	CS	2	

Espiradenoma Ecrino			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**4**	
Sexo	Mujer	2	
	Varon	2	
Edad Media	54.5		
Rango	52 - 67		
Lugar de intervención	HUMV 2010	1	551
	HUMV2011	3	46+24=70
Localización	Espalda	3	
	Zona glútea	1	
Diagnóstico previo	Lipoma	1	
	Quiste epidermico	1	
	Hemangioma	1	
Técnica	Estirp subcutánea	3	
	Estir superficial	1	
Procedencia	Dermatología	1	
	CS	3	

Leiomioma			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**2**	
Sexo	Varon	1	
	Mujer	1	
Edad Media		70	
Rango	58- 83		
Lugar de intervención			
	Espinosa	1	<10
	HUMV 2011	1	116+13=129
Localización	Espalda	1	
	Manos	1	
Diagnóstico previo	Quiste Epidérmico	1	
	Otras patologías	1	
Técnica	Estirp. subcutánea	2	
Procedencia	C.S	2	

Poroma ecrino			
		N	**Tiempo Espera**
Nº de Casos		**2**	
Sexo	Varon	1	
	Mujer	1	
Edad Media		68	
Rango	58 - 79		
Lugar de intervención	Espinosa	1	<10
	HUMV 2011	1	11+27=38
Localización	Axilar	1	
	Manos	1	
Diagnóstico previo	Quiste Epidérmico	1	
	Quiste Mucoide	1	
Técnica	Electrocoagulación	1	
	Estir. subcutánea	1	
Procedencia	C.S	2	

Tumor Glómico						
		N	**Tiempo Espera Quirúrgica**	**Espera total**		
				1ª	**EQ**	**Total**
Nº de Casos		**3**				
Sexo	Mujer	2				
	Varón	1				
Edad Media		63				
Rango	58-67					
Lugar de intervención	Espinosa	1	<10			
	HUMV 2011	2	158 y 5	**128**	**81**	**209**
Localización	Espalda	1				
	Rodilla	1				
	Extremidad	1				
Diagnóstico previo	T. Gnómico	1				
	Otras Patolgías	2				
Concordancia Diagnóstica		33%				
Técnica	Extirpación subcutánea	3				
Procedencia	Cirugía General	1				
	Traumatología	1				
	Centro salud	1				

IV.3.3.Resultados por Técnicas

Cirugía de la uña

La patología de la uña es un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria (AP)

En nuestra muestra nos encontramos con **189 casos** que representan el 6,17% de todas las intervenciones

De ellos, un 37.5% (71 casos) fue diagnosticado de *Uña Incarnata*, o criptorquidia, sin prejuicio de ser una cifra mayor, ya que en algunos procesos constituía el segundo diagnóstico.

Es patología frecuente en edades jóvenes, en muchas ocasiones desencadenado por un calzado poco aparente que dificulta la transpiración. Aparece en personas acostumbradas a utilizar el mismo calzado durante todo el día y hacer en algún momento ejercicios violentos (adolescentes en la práctica puntual de deporte durante los tiempos de descanso escolar) durante estos episodios los tejidos blandos del pie tienden a aumentar de tamaño y estando concentrados en calzado con poca transpiración, la uña tiende a rasgar la piel periungueal produciendo una inflamación crónica con su correspondiente granuloma. El tratamiento en estos casos consiste en hacer una buena educación sanitaria (cambiado de calzado a lo largo del día, utilización de calzado transpirable…) y una avulsión ungueal, que suele ser en el 1º dedo del pie.

Esta práctica que soluciona el problema no presenta recidiva si el paciente hace buen caso de las instrucciones recibidas.

Cirugía de la Uña						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	146	21	-	22	**189**	
Mujer	84	14	-	7	**105**	**55.5%**
Hombre	62	7	-	15	**84**	**44.4%**
Edad Media	21	41	-	42.4	**55.1**	
Rango	10-93	15-74	-	16 – 84	**10 - 93**	
Localizaciones						
Manos	4	2			**6**	**3.1%**
Pies	142	19		22	**183**	**96.8%**
Diagnósticos Previos						
Heloma	3				**3**	**1.5%**
Herida cutánea	4				**4**	**2.1%**
Patología Ungueal	99	7		5	**111**	**58.7%**
Uña incarnata	40	14		17	**71**	**37.5%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
No procede	138				**138**	**73.0%**
Fibroma	1				**1**	**0.5%**
Neurofibroma	2				**2**	**1%**
Patol. infeciosa	2	9		10	**21**	**11.1%**
Uña hipertrófica	1	2		2	**5**	**2.6%**
Otras patologías	2	6			**8**	**4.2%**
Patología micótica		3		3*	**6**	**3.1%**
Tejido normal				4	**4**	**2.1%**
Verruga vulgar		1		2	**3**	**1.6%**
Onicogrifosis				1	**1**	**0.5%**
*	*Scopulariopsis brevicaulis. Y Candida spp. .*					
Técnicas empleadas						
Cirugía de la uña	146	21		22	**189**	**100%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	52	19		17	**88**	**46.5%**
Traumatología				5	**5**	**2.6%**
Otros CS	94	3			**97**	**51.3%**

Suturas/Plastias						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	80	36	1	-	**117**	
Mujer	34	33		-	**67**	**57.2%**
Hombre	46	3	1	-	**50**	**42.7%**
Edad Media	17.9	48.1	18	-	**46.3**	
Rango	1-91	14-81	18	--	**1 - 91**	
Localizaciones						
Cara	20	26			**46**	**39.3%**
Cabeza	25	5			**30**	**25.6%**
Tronco	1		1		**2**	**1.7%**
Genitales	4	1			**5**	**4.2%**
Extremidades	13	1			**14**	**11.9%**
Manos	13	3			**16**	**13.6%**
Pies	4				**4**	**3.4%**
Diagnósticos Previos						
Cirugía de la Oreja	26	28			**54**	**46.1%**
Fibroma		1			**1**	**0.8%**
Frenillo		1			**1**	**0.8%**
Ganglión		2			**2**	**1.7%**
Heloma	1				**1**	**0.8%**
Heridas	42	3			**45**	**38.4%**
Hemangioma		1			**1**	**0.8%**
Patología Ungueal	1				**1**	**0.8%**
Otras patologías	10				**10**	**8.5%**
Sinus pilonidal			1		**1**	**0.8%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	30	32	1		**63**	**53.8%**
Otros CS	50	4			**54**	**46.1%**

Cirugía del Lóbulo de la Oreja						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	26	28	1		**55**	
Mujer	26	28	1		**55**	**100%**
Hombre	-	-	-		**-**	
Edad Media	61.4	53	57		**57**	
Rango	28 – 91	23 - 81	57		**23 - 91**	
Diagnósticos anatomoclínicos						
Fibroma		1			**1**	**1.8%**
Pólipo fibroepitelial		1			**1**	**1.8%**
Nevus melanocíticos intradérmicos		2			**2**	**3.6%**
Dermatitis sarcoidea		2*			**2**	**3.6%**
Otras Dermatitis		14			**14**	**25.4%**
Tejido normal		8	1		**9**	**16.3%**
No se analizó	26				**26**	**47.2%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	9	26	1	-	**36**	**65.4%**
Otros CS	17	2			**19**	**34.5%**
** Reacción inflamatoria a cuerpo extraño, posiblemente a restos del baño metálico del colgante*						

Afeitado y Curetaje						
	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos	71	2	-	-	**73**	
Mujer	46	-	-	-	**46**	**63%**
Hombre	25	2			**27**	**37%**
Edad Media	70.3	4.5			**68.5**	
Rango	29-90	2-7			**2-90**	
Localizaciones						
Cara		1			**1**	**1.3%**
Extremidades		1			**1**	**1.3%**
Manos	1				**1**	**1.3%**
Pies	70				**70**	**95.8%**
Diagnósticos Previos						
Heloma	60				**60**	**82%**
Herida cutánea	1				**1**	**1.3%**
Molluscum contag.		2			**2**	**2.7%**
Otras patologías	5				**5**	**6.8%**
Verruga Vulgar	5				**5**	**6.8%**
Diagnósticos anatomoclínicos						
Molluscum contag.		2			**2**	**2.7%**
No se envían	71				**2**	**97.2%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	25	2			**27**	**36.9%**
Otros CS	46				**46**	**63%**

Circuncisión

Se han practicado en 7 casos con el siguiente resultado

Circuncisión		
Lugar	**Edad**	**Diagnostico Anatomopatológico**
CS Renedo	17	Prepucio: Postitis crónica inespecífica
CS Renedo	64	Liquen escleroso y atrófico. Postitis crónica inespecífica
CS Renedo	17	Liquen escleroso y atrófico (postitis xerótica obliterante)
CS Renedo	72	No se hizo
CS Espinosa	13	No se hizo
CS Espinosa	6	No se hizo
CS Espinosa	14	No se hizo

Se realizo sección y plastia del frenillo peneano a diez varones de 39, 35, 28, 23, 39, 3, 3, 23, 35, 28 años respectivamente.

No hubo complicaciones en ninguno de los casos.

Amputación						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Casos	2	2	-	-	**4**	
Mujer	2	-	-	-	**2**	**50%**
Hombre	-	2	-	-	**2**	**50%**
Edad Media	90	79	-	-	**85**	
Rango					**77-90**	
Localizaciones						
Cara						
Cabeza						
Cavidad oral						
Cuello						
Cabeza de femur	1*					
2ª dedo pie**	1**	1***				
Extremidades						
Manos						
Pie		1****				
Diagnósticos Previos						
Insuficiencia vascular periférica		1				
Necrosis sétpica	1	1				
Deformidad	1					
Técnicas empleadas						
Amputación	1	2				
Enucleación	1					

* Ulcera por decúbito grado III. Cuello de fémur completamente necrosado
** Dedo en martillo doloroso que impedía la deambulación
*** Dedo ulcerado por IVP
**** Pie completamente necrosado en paciente con Ictus cerebral. Amputación a nivel de la articulación Tibioperoneoastragalina

IV.3.4. Complicaciones y Secuelas aparecidas.

Complicaciones							
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**		
					N	**%**	
Total	760	675	857	894	**3186**		
Casos	16	30	8	3	**57**		
Porcentaje	2.1%	4.4%	0.9%	0.3%		**1.78%**	
Porcentaje en CS						**3.2%** (p<0,0002)	
Porcentaje en HUMV						**0.6%** (p<0,0001)	
Mujer	10	14	6	2	**32**	**56%**	
Hombre	6	16	2	1	**25**	**43.8%**	
Edad Media	48	52.8	44.2	47.6	**45.3**		
Rango	13-81	17-97	24-59	39 - 62			
Localizaciones							
Cara		5		1	**6**	**10.5%**	
Cabeza	2	2			**4**	**7.02%**	
Cuello		4			**4**	**7.02%**	
Tronco	1	7	5		**13**	**22.8%**	
Genitales	1	2			**3**	**5.6%**	
Extremidades	4	4	3	2	**13**	**22.8%**	
Manos	3	4			**7**	**12.2%**	
Pies	5	2			**7**	**12.2%**	
Tipo de Complicación							
Sangrado	3	4			**7**	**12.2%**	
Infección	4	9	4		**17**	**29.8%**	
Reapertura	5	7	2	2	**16**	**28.0%**	
Hematoma		7	2	1	**10**	**17.5%**	
Recidiva		1			**1**	**1.7%**	
Otras complicaciones	4	2			**6**	**10.5%**	
Resolución favorable	16 (100%)	30 (100%)					
Diagnósticos Previos							
						Relat.	**Total**
Absceso	2	1			**3**	**5.2%**	**<0.2%**
Adenopatía			1		**1**	**1.7%**	**<0.2%**
Dermatofibroma		1			**1**	**4.7%**	**<0.2%**
Fibroma		3	1		**4**	**7.0%**	**<0.2%**
Fimosis	1	1			**2**	**3.5%**	**<0.2%**
Ganglión		1			**1**	**1.7%**	**<0.2%**
Heloma	2				**2**	**3.5%**	**<0.2%**
Herida cutánea	1				**1**	**1.7%**	**<0.2%**
Hidrosadenitis			1	1	**2**	**3.5%**	**<0.2%**
Lipomas		2	1		**3**	**5.2%**	**<0.2%**
Neoformación	1	3	1		**5**	**8.7%**	**0.25%**
Nevus	1	6		1	**8**	**14.%**	**<0.2%**
Patología Ungueal	2	1			**3**	**5.2%**	**<0.2%**
Otras patologías	2	1			**3**	**5.2%**	**<0.2%**
Querat. Actínica	1	1			**2**	**3.5%**	**<0.2%**
Quiste Epidérmico	1	7	3	1	**12**	**21.%**	**0.25%**
Quiste Mucoide		1			**1**	**1.7%**	**<0.2%**
Verruga Vulgar	2	1			**3**	**5.2%**	**<0.2%**

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	N	%
Técnicas empleadas						
Afeitado/Curetaje	1				**1**	**1.7%**
Circuncisión	1	1			**2**	**3.5%**
Cirugía de la uña	2	1			**3**	**5.2%**
Electrocirugía	1	1			**2**	**3.5%**
Esc. superficial	4	14	3	3	**24**	**42.1%**
Extracción subcutánea	2	11	5		**18**	**31.5%**
Sutura/plastia	2				**2**	**3.5%**
Punción /Drenaje	2	2			**4**	**7%**
Extracción Cuerpo extraño	1				**1**	**1.7%**
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	16	30	7	3	**56**	**98.2%**
Hematología			1		**1**	**1.7%**

Análisis Estadístico

Comparación entre Centros de Salud	Espinosa vs Renedo	*p< 0,0001*
Comparación entre Centros de Salud vs Hospital	Espinosa + Renedo) vs (HUMV2010 + HUMV2011)	*p= 0,012* *(es decir p<0,05)*
		Prueba de la X^2

Secuelas						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Intervenciones	760	657	857	894	**3186**	**-**
Casos	6	8	1	-	**15**	**0.47%**
Mujer	4	3	1	-	**8**	**53.3%**
Hombre	2	5	-	-	**7**	**46.6%**
Edad Media	47	49	22	-	**46.8**	
Rango	23 - 90	21 - 82	22	-	**21 - 90**	
Tipo de Secuela						
Cicatriz hipertrófica	4*	5***	1		**10**	**66.6%**
Déficit funcional	2**	2			**4**	**26.6%**
Disestesias		1			**1**	**6.6%**
Queloides (4)* * 1 Síndrome de Sudek. Y 1 Enucleación cabeza de fémur* **** Queloides (3); Cicatrices hipertróficas (2)*						
Localizaciones						
Piernas	3	2			**5**	**33.3%**
Tronco		3			**3**	**20%**
Brazos	2		1		**3**	**20%**
Manos	1				**1**	**6.6%**
Pies		3			**3**	**20%**
Diagnósticos Previos						
Absceso	1	2			**3**	**20%**
Fibroma		1			**1**	**6.6%**
Hemangioma		2			**2**	**13.3%**
Herida cutánea	1				**1**	**6.6%**
Lipomas	1		1		**2**	**13.3%**
Neoformación	1				**1**	**6.6%**
Nevus	1				**1**	**6.6%**
Patología Ungueal		1			**1**	**6.6%**
Quiste Epidérmico		1			**1**	**6.6%**
Verruga Vulgar	1	1			**2**	**13.3%**
Técnicas empleadas						
Amputación/ enucleación	1	2			**3**	**20%**
Cirugía de la uña		1			**1**	**6.6%**
Esc. superficial	5****	4			**9**	**60%**
Extracción subcutánea	1****	1	1		**3**	**20%**
***	*En dos casos presentaron como complicación la reapertura de la herida*					
****	*Fallecimiento de la paciente (15 días) Causa no relacionada con la intervención*					
Procedencia de los pacientes						
Centros de Salud	6	8	1		**15**	**100%**

IV.4. INTERVENCIONES NO REALIZADAS

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Casos citados	Sin datos	701	857	894	**2452**	
Casos realizados		693	792	769	**2254**	**91.9%**
No procede		2	24	50	**76**	**3.1%**
Suspendido		6	4	11	**21**	**0.8%**
No acuden		-	37	64	**101**	**4%**
Total no intervenidos		8	65	125	**198**	**8%**
		1%	7%	13%	**8%**	**-**
Mujer		4	28	73	**105**	**53%**
Hombre		4	37	52	**93**	**47%**
Edad Media		65.5	45.4	46.6	**47**	
Rango		35-85	18-85	16-89	**16-89**	
Diagnósticos Previos						
Absceso	-		1	5	**6**	**3%**
Adenopatía	-			1	**1**	**0.5%**
Dermatofibroma	-			1	**1**	**0.5%**
Fibroma	-	1	3		**4**	**2%**
Hidrosadenitis	-		5	2	**7**	**3.5%**
Lipomas	-		15	27	**42**	**21.2%**
Neoformación	-	3	4	1	**8**	**4%**
Nevus	-			1	**1**	**0.5%**
Otras patologías	-			13	**13**	**6.5%**
Pólipo	-		1		**1**	**0.5%**
Querat. Seborreica	-	2	1	3	**6**	**0.2%**
Quiste Epidérmico	-	2	65	54	**121**	**61.1%**
Quiste Mucoide	-			2	**2**	**1%**
Uña incarnata	-			6	**6**	**3%**
Verruga Vulgar	-			2	**2**	**1%**
Diagnóstico desconocido	-			13	**13**	**6.5%**
Tiempos de espera						
Tiempo medio de Espera quirúrgica	-		384	50		
Rango	-		1009-14	292-1		
Nº pacientes (datos)	-		(59)	(48)		

IV.5. COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES

	Espinosa	Renedo	HUMV2010	HUMV2011	TOTAL	
					N	%
Total intervenidos	Sin datos	701	857	894	2452	
Casos con comorbilidad		181	234	201	616	**25.1%**
Porcentaje		25.8%	27.3%	22.4%	**25.1%**	**-**
Mujer		110	109	97	316	**51.3%**
Hombre		71	125	104	300	**48.3%**
Edad Media		59.6	55	55.5	55.8	
Rango		18-97	16-88	16-93	16-93	
Enfermedades más frecuentes encontradas*						
HTA	-	79	130	100	309	**12.6%**
Diabetes	-	35	35	45	115	**4.7%**
Trastorno tiroideo	-	4	11	4	19	**0.7%**
Asma	-	6	5	6	17	**0.7%**
Hiperuricemia	-	-	8	7	15	**0.6%**
Dislipemia	-	8	16	20	44	**1.8%**
Cadiopatía	-	15	7	14	36	**1.5%**
Enf. Maligna	-	5	3	5	13	**0.5%**
Hepatitis (B/C)	-	2	10	7	19	**0.7%**
VIH	-	1	1	3	5	**0.2%**
EPOC	-	2	4	3	9	**0.3**
Ansiedad/ Depresión	-	21	5	9	35	**1.4%**
Otra pat. psiquiátrica	-	8	3	4	15	**0.6%**
ACVA	-	1	2	2	5	**0.2%**
Otras patologías	-	38	36	15	89	**3.6%**
Antecedentes alérgicos						
Yodo/Contr. Yodado	-	4	4	3	11	**0.4%**
B-lactámicos	-	19	10	29	58	**2.3%**
Ab/Sulfamidas	-	6	1	2	9	**0.3%**
AAS	-	9		3	12	**0.4%**
AINES	-	13	4	12	29	**1.1%**
Metales	-	6			6	**0.2%**
Lidocaina	-			1	1	**<0.1%**
Latex	-	1			1	**<0.1%**
Cainas	-			3	3	**0.1%**
Esparadrapo	-	2	1	3	6	**0.2%**
Otros	-	7	69	43	119	**4.8%**
Total	-	82	89	99	270	**11%**
Porcentaje*	-	11.6%	10.3%	11.%	11%	
Tratamientos anticoagulantes						
Adiro	-	33	15	19	67	**2.7%**
Clopidogrel	-	7	2	2	11	**0.4%**
Sintrom	-	8	4	3	15	**0.6%**
Disgren	-		1	1	**2**	**<0.1%**
Pacientes con otros tratamientos farmacológicos	-	80	122	155	**357**	**14.5%**

** Porcentaje referido al número total de personas intervenidas*

IV.6. DOCENCIA Y FORMACIÓN REALIZADAS

		Renedo	HUMV	Total
Personal en formación				
Total		**18**	**35**	**53**
Residentes	Nº de profesionales	15	23	38
	Media de Intervenciones	21	36	30
Enfermería	Nº de profesionales	**1**	**-**	**1**
	Media de Intervenciones	14	-	14
Médicos de Familia	Nº de profesionales	**2**	**9**	**11**
	Intervenciones	26	46	42
Estudiantes de Medicina	Nº de profesionales	**-**	**3**	**3**
	Media de Intervenciones	-	12	12
Estudiantes de Enfermería	Nº de profesionales	-	Varios. (no registrado)	No registrado
Participación como 2º Ayudante	Nº de profesionales	3	23	26
	Media de Intervenciones	8	19	18
Personal Profesional y Auxiliar				
Pesonal de Enfermería	Nº de profesionales	22	11	33
Personal Médico	Nºde profesionales	1	1	2
Personal Auxiliar	Nº de profesionales		5	5

*La cantidad de intervenciones en las que Médicos de Familia o Residentes de la Especialidad participaron de forma activa fue una media de **33 operaciones,** teniendo además una probabilidad >50% de participar como 2º ayudantes en otras 18 intervenciones.*

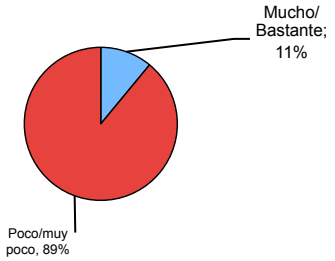
IV.7. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

		CdeS	Hosp.	*p**
		Número (%) 140 (41.1)	Número (%) 200 (58.8)	
1 **Tiempo espera (subjetivo)**	Mucho	11(7.9)	60 (30)	< 0,0001
	Bastante	5 (3.6)	40(20)	
	Poco	90 (64.3)	100 (50)	
	Muy poco	34 (24,3)	0	
	Ns/Nc	0	0	
2 **Explicaciones recibidas**	Muy pocas	1(0,7)	0	0,1487
	Pocas	10 (7,1)	15 (7.5)	
	Bastantes	85 (60,7)	145 (72.5)	
	Muchas	39 (27,9)	40(20)	
	Ns/Nc	5 (3,5)	0	
3 **Limpieza / Instalaciones**	Muy mala	0	0	0,0013
	Mala	0	5(2.5)	
	Bien	80 (57,1)	150 (75)	
	Muy bien	55 (39.3)	45 (22.5)	
	Ns/Nc	5 (3.6)	0	
4 **Atención general**	Muy mal	0	0	< 0,0001
	Mal	5 (3,6)	8 (4)	
	Bien	45 (32,1)	130 (65)	
	Muy bien	90 (64,3)	57 (28.5)	
	Ns/Nc	0	5 (2.5)	
5 **Fidelidad**	Acudir al mismo sitio	136 (97.1)	195 (97.5)	0,8876
	Distinto sitio mismos profesionales	0	0	
	Distinto sitio distintos profesionales	0	0	
	Da igual sitio y profesionales	4 (2,9)	0	0,058
	Ns/Nc	0	5 (2.5)	

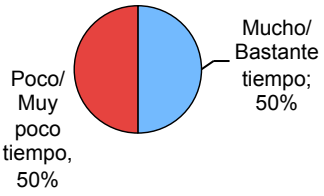
Empleado el test X^2

Encuesta de satisfacción. Resultados gráficos

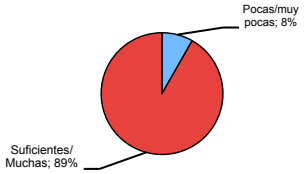
Centro de Salud. Sensación subjetiva del tiempo de espera



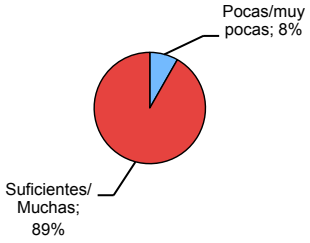
HUMV. Sensación subjetiva del tiempo de espera



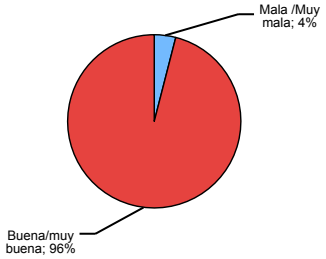
Centro de Salud. Explicaciones recibidas



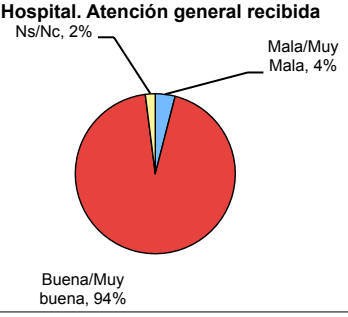
HUMV. Explicaciones recibidas



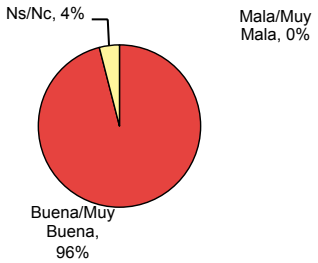
Centro de Salud. Atención general Recibida.



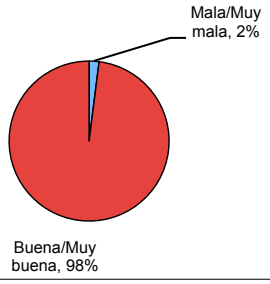
Hospital. Atención general recibida



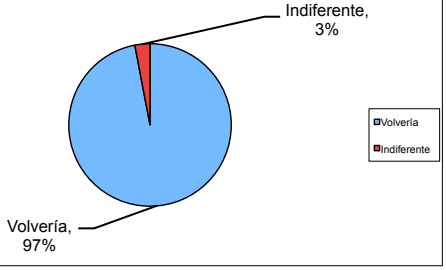
Centro de Salud. Limpieza



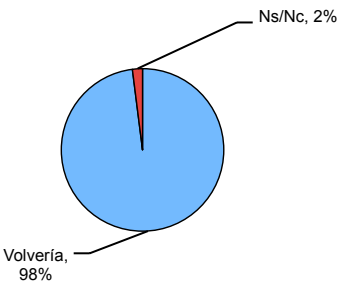
Hospital. Limpieza



Centro de Salud/Fidelidad



Hospital. Fidelidad



IV.8. RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LOS COSTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

Análisis de los distintos supuestos en los que nos podemos encontrar. (ver esquema)

> *Se aplican los costos imputados a los procedimientos según se especifica en la Orden vigente de Cantabria [119], la Orden SAN/12/2011, de 20 de abril*

Supuesto 1.

Intervención y consultas realizadas íntegramente en Centro de Salud

Como norma estándar, y siguiendo el protocolo de derivación, después de una primera consulta, es citado para la intervención, posteriormente será citado a la consulta de enfermería en 24/48 horas, mas tarde se volverá a revisar y valorar a evolución para finalmente quitar puntos y dar alta a los 7-10 días de las intervención.

Según el baremo aplicado, se imputa un total de ……223.82 €

Supuesto 2.

Consulta de Alta Resolución en Medio Hospitalario con seguimiento en los Centros de Salud derivada directamente

(Modelo propuesto: realizado por Médicos de Atención Primaria en el hospital)) Intervención realizada en sala especial preparada en medio hospitalario para pequeñas intervenciones,. Se tiene en cuenta solamente una visita previa, tres visitas de enfermería de Atención Primaria y una última de revisión por parte del Facultativo. Todo ello en el Centro de Salud

Imputación:

para intervenciones de menos de 20 minutos ……..223,82 €

para intervenciones de más de 20 minutos. ……..319,36 €

Supuesto 3

Consulta de Alta Resolución en Medio Hospitalario con seguimiento en los Centros de Salud derivada desde otros servicios

Realizado por Médicos de Atención Primaria en el Hospital después de haber sido vistos por otros servicios (Dermatología, Cirugía General, Neurocirugía, etc.). Se imputa una consulta de Asistencia Especializada antes de la intervención y otra posteriormente para valorar resultados

Imputación:

para intervenciones de menos de 20 minutos ……..412,64 €

para intervenciones de más de 20 minutos. ……..484,80 €

Supuesto 4

Intervención realizada en Quirófano Convencional por Asistencia Especializada.

Aquí las intervenciones son realizadas por Cirujanos y se aplican el valor de tres GRD's más convencionales.

Imputacion:

GRD284……..…….1.188,31 €

GRD 270 ……...1.633,73 €

GRD 216 ……..…….1.841,25 €

Imputación por intervenciones				
	Lugar de intervención		**Imputado**	**Valor**
1	Intervención en Centro de Salud		79.71	**1**
2	Intervención Menor en Hospital (<20')		103.09	**1.29**
3	Intervención Menor en Hospital (>20')		175.25	**2.19**
4	Intervención Hospitalaria en Quirófano	GRD:284	805.26	**10.10**
		GRD:270	1250.68	**15.69**
		GRD:216	1458.20	**18.29**

Imputación por procedimientos								
Supuesto	**Escenario**	**Primera visita C deS**	**Primera Visita Hosp..**	**Intervención**	**Consulta enfermería (C de S)**	**Segunda visita**	**TOTAL Imputado**	**Valor**
1	CM en Centro de Salud	63,77	---	79,71	(16.14x3)= 48.42	31,92	**223.82**	**1**
2	Consulta de Alta Resolución	63,77	---	103.09	48.42	31,92	**247.20**	**1.1**
		63.77	---	175,25	48.42	31.92	**319.36**	**1.42**
3	Casos remitidos des otros Servicios	63.77	165.44	103.09	48.42	105.42	**486.14**	**2.17**
		63.77	165.44	175.25	48.42	105.42	**558.30**	**2.49**
4	Cirugía Mayor Ambulatoria	63,77	165,44	805,26	16,14	105,42	**1188.31**	**5.3**
		63,77	165,44	1250,68	16,14	105,42	**1633.73**	**7.2**
		63,77	165,44	1458,20	16,14	105,42	**1841.25**	**8.22**

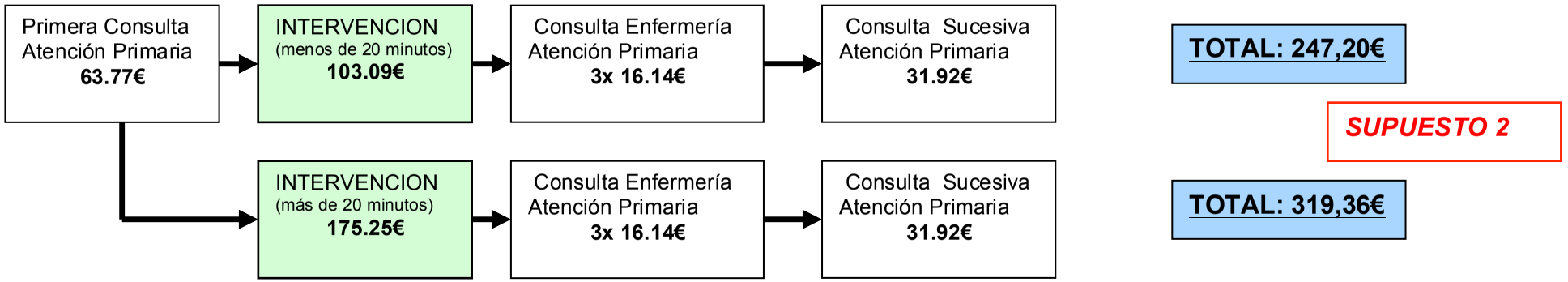
INTERVENCIÓN REALIZADA EN CENTRO DE SALUD

Primera Consulta Atención Primaria **63.77€** → **INTERVENCIÓN** **79,71€** → Consulta Enfermería Atención Primaria **3x 16.14€** → Consulta Sucesiva Atención Primaria **31.92€**

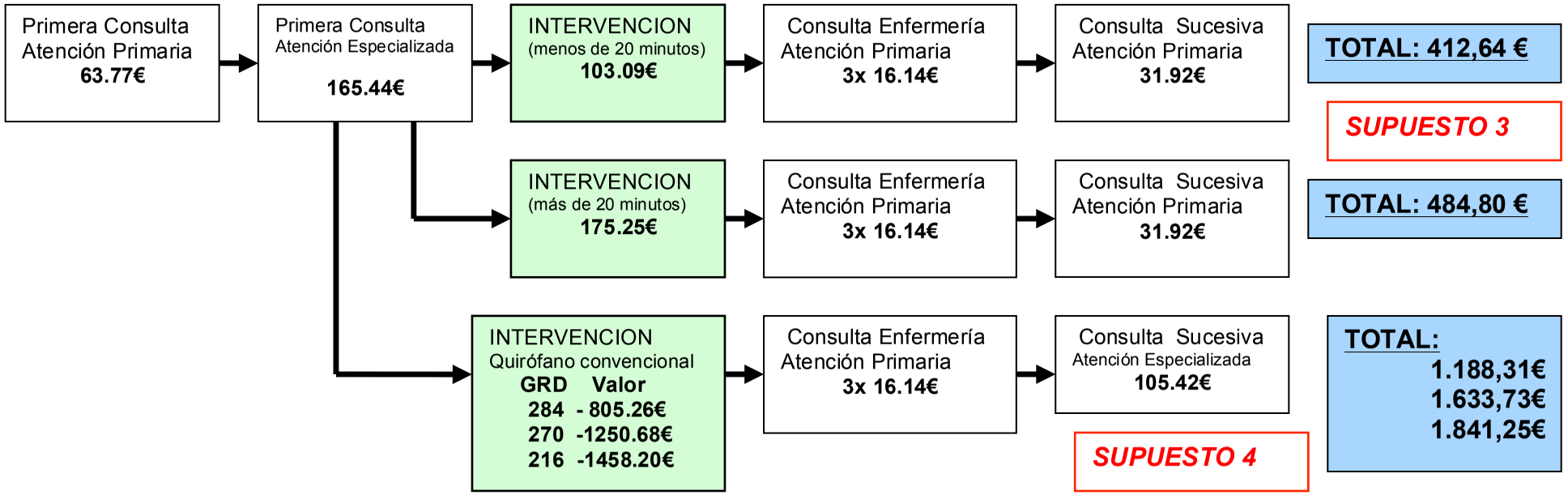
SUPUESTO 1

TOTAL: 223.82€

INTERVENCIÓN REALIZADA EN CENTRO HOSPITALARIO. - *CIRCUITO DE ALTA RESOLUCIÓN*



INTERVENCIÓN REALIZADA EN CENTRO HOSPITALARIO. ASISTENCIA ESPECIALIZADA



Resultados obtenidos sobre la complicidad de las lesiones según baremo establecido

Centro	Espinosa		Renedo		HUMV
N	759		691		1561
Valor medio	**13.2**		**17.7**		**19.1**
Desviación estandar	13.7		18.8		15.1

Se trata de una distribución no gausiana de la que la variable, por lo que hay que emplear test no paramétricos. En este caso se emplea el test de Kruskal Wallis para comparar los tres grupos o el test de Mann-Whitney para comparar los grupos de dos en dos.

Con ambos test se obtiene un valor ***de p< 0.001***

V.
DISCUSIÓN

V.1. MODELO ASISTENCIAL

Las necesidades de la población en materia sanitaria cada vez son mayores al mismo tiempo que la demanda por parte de los pacientes aumenta acompañada de la inmediatez en la resolución de los problemas que los mismos presentan. Visto así, pudiera parecer una espiral incontrolable en la que todos los recursos puestos a disposición de la población se pueden quedar escasos con el simple paso del tiempo. En los últimos años, son múltiples las causas del aumento en la demanda por parte de la población, como más importante citaremos un aumento en la accesibilidad a los Servicios Sanitarios acompañada de una preocupación cada vez mayor por parte de la población general en mantener unos niveles de salud óptimos, colocando a la salud como un derecho irrenunciable.

Esto hace que los medios diagnósticos aumenten y se empleen en situaciones muchas veces aparentemente más banales para diagnosticar precozmente patologías que por su evolución y características, es deseable desde todos los puntos de vista su pronta resolución.

Nos encontramos ante un problema no pequeño que en muchas ocasiones dada su superficialidad se puede intuir o tener un diagnóstico aproximado con la simple inspección ocular en algunos casos o con la inspección y palpación cutánea/subcutánea en otros siendo estas maniobras sencillas y al alcance de todo Médico de Familia.

El problema asistencial ocurre a continuación, quien, cómo, y donde se hace cargo de esa patología que ya tiene una expresión externa, bien sea visual, o sintomática, muchas veces oligo-sintomática (pequeño prurito, eritema, descamación, pequeña deformación que poco a poco va aumentando, olor desagradable etc.) que el Médico de Atención Primaria/ Médico de Familia (MF) ha detectado.

Si coincidimos en general todos los profesionales en que detrás de una tos se puede esconder un simple catarro, una Tbc o un Carcinoma bronquial, detrás de una mancha pigmentada de la piel o un pequeño bulto subcutáneo, puede estar anidando desde un banal nevus melanocítico o un pequeño lipoma hasta un melanoma o un Carcinoma de Merkel, y solo se saldrá de dudas tras su correspondiente biopsia y resultado anatomopatológico.

Hemos visto en muchas ocasiones grandes intentos de separar determinadas lesiones que en principio solamente tienen un componente estético, de las por su sintomatología, representan lesiones claramente candidatas de ser abordadas, pero entre un grupo de lesiones y otro, existe un terreno de incertidumbre que el Médico de Familia está acostumbrado a manejar[125], pues representa gran parte de su trabajo habitual (la persona que acude con tos, o con dolor abdominal)

El abordaje integral a las enfermedades es la primera responsabilidad del MdeF y es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente a la persona. Ésta es una primera diferencia con el resto de las especialidades médicas. El médico de familia es el especialista en personas.

Para esto el MF debe tener una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema de salud (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición cuando es posible (curación). El médico de familia atiende una serie de problemas de salud del paciente procurando que éste permanezca en su entorno habitual familiar y comunitario.

La atención del médico de familia se extiende a lo largo de todo el ciclo vital del individuo y abarca un gran número de enfermedades agudas o crónicas de gran incidencia o prevalencia y que tienen su solución en el primer nivel de atención. El médico de familia está capacitado para resolver más del 90 % de los problemas de salud. Y se calcula la incidencia de patologías susceptibles de ser resueltas con Cirugía Menor es del 1- 1,5% referido a la población total y año [126] , [34].

Es por esto por lo que aquí proponemos que el MF ocupe un papel protagonista en el abordaje de la patología susceptible de solucionarse mediante Cirugía Menor y esta importante labor la puede solucionar desde dos puntos distintos.

El primero y que debería ser el predominante, es desde El Centro de Salud, escenario natural del MF y lugar que conoce perfectamente desde su creación. Allí el paciente es conocido y reconocido por prácticamente todo el personal que trabaja en el CS y se encuentra como en su segunda casa. Se trata de una infraestructura generalmente pequeña, y con una gran flexibilidad a la hora de adaptaciones administrativas o asistenciales. La Lista de espera para la Cirugía Menor apenas es

perceptible y al paciente se le interviene en 7-10 días como máximo en más del 90% de los casos. . El gran inconveniente que tiene es el de los recursos que no siempre son patentes. Se precisa una sala especial con una mínima dotación, ya comentada, de iluminación, instrumental, autoclave, mesa apropiada, electrobisturí, equipo de reanimación, etc, aparte de un personal médico y de enfermería con la suficiente preparación técnica como para atender las necesidades quirúrgicas del Centro. Cuando esto ocurre, el funcionamiento es por los llamados "*lideres quirúrgicos*" personal del Equipo de Atención primaria (EAP) que atiende no solo a los pacientes de su cupo sino a los de todos los cupos del Centro.

El segundo escenario es el hospitalario. Esto supone un cambio sustancial importante. Aparte del acercamiento de la Atención Primaria en el Hospital, lo que conlleva a la convivencia de los médicos generalistas con los especialistas, exige la colaboración y coordinación entre la Gerencia de Atención Primaria y la Gerencia del Hospital

Prácticamente en todos los modelos Autonómicos actuales de funcionamiento, implantados hasta el momento, la Cirugía Menor se realiza o bien en los Centros de Salud, si estos reúnen las condiciones instalaciones convenientes y profesionales formados o son remitidos al Hospital de referencia a los distintos Servicios Quirúrgicos (Cirugía General, Maxilofacial, Neurocirugía, ORL, Dermacirugía, etc) para su intervención.

En algunas Comunidades, el caso de Aragón[30] en el Sector de Calatayud y en la Comunidad Canaria[39], distinguen dentro de la Cirugía Menor una *Avanzada* y otra

Básica, la primera en Canarias es resuelta por Cirujanos que acuden a los Centros de Salud, mientras que en el circuito Aragonés, la cirugía Avanzada, según su protocolo, sería remitida directamente al Hospital. En el primer caso existe un encarecimiento del proceso por el empleo del Cirujano para este tipo de cirugía y en el segundo un aumento del tiempo de espera y mayor número de desplazamientos del paciente al hospital (el paciente tiene que pasar una primera consulta con el cirujano y posteriormente es citado para la intervención) aumentando el número de consultas hospitalarias y una contribución a la consabida saturación hospitalaria.

El incipiente modelo de la Comunidad Vasca es realizado por profesionales de la Atención Primaria, y en este momento no existen publicaciones sobre el resultado del mismo[28.]

En las demás Comunidades pueden funcionar en los CS de tres formas diferentes. Una es el Modelo Colectivo: todos los Médicos del centro practican la CM. Es el modelo ideal pero lógicamente no exento de grandes dificultades (material, lugar, formación de los profesionales, etc.) El segundo modelo es el Autónomo: el médico que practica la CM solamente lo hace para los pacientes de su cupo y no para el resto de la población del Centro de Salud. Esto supone el envío de los demás pacientes al Centro hospitalario. El tercer modelo es el de los Líderes quirúrgicos, en el que un médico hace la cirugía de todos los pacientes del centro, y en ocasiones de Centros colindantes y/o pacientes desplazados, con el consabido aumento de la carga asistencial que esto conlleva.

En la Comunidad Valenciana[31] destacan que muchas patologías de naturaleza quirúrgica, que en su resolución pertenecen a diversas especialidades médicas, pueden ser abordadas directamente por el Médico de Atención Primaria. Y así, la necesidad de hacer un uso adecuado de los recursos unido a la inquietud profesional de muchos sanitarios, hace que el desarrollo de estas actividades quirúrgicas contribuyan a la mejora de la calidad asistencial. Con los datos que poseen en este momento, declaran que: *Destacan*[127] *que* ***competencia, capacidad y motivación:*** *son los factores más importantes a la hora de la puesta en práctica de la Cirugía Menor, ya que el tipo de patología a intervenir y la técnica a utilizar, entre otras cosas, depende fundamentalmente de la capacitación técnica y de los conocimientos diagnósticos del medico*. En nuestro medio, no existen instituciones que acrediten y reciclen la competencia de los médicos de AP en las diferentes técnicas de CM como las hay en los países anglosajones, donde es habitual la practica de CM en los Centros de Salud .

Actualmente, en la mayoría de los casos, el médico de AP precisa un aprendizaje previo para la práctica de cirugía menor, existiendo ya una oferta docente, cada vez mas definida, a disposición de los médicos de AP, pero que todavía resulta insuficiente.

A pesar de lo anterior, la situación ideal y hacia la que se tiende en la mayor parte de los sitios es a que la formación se inicie en el pregrado (incipiente en la actualidad), se complete durante la formación especializada con rotaciones y contenidos claramente especificados y se mantenga mediante la formación continuada en la práctica diaria.

En la Comunidad Autónoma de Cataluña[33], distinguen varios tipos de actividad quirúrgica ambulatoria.

Cirugía ambulatoria

-Cirugía mayor ambulatoria (CMA)

-Cirugía menor ambulatoria (Cma)

-Cirugía menor de consultorio (*office-based*)

-Exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas intervencionistas, fuera del área quirúrgica

La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria y la cirugía menor de consultorio es que en ambos casos pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, pero los que se realizan en las consultas externas de un hospital pueden admitir pacientes con un ASA superior (ver Anexo) o médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital.

Sobre el **sistema organizativo general**[128] que se pone en práctica, afirman que dependerá del número de médicos que practicarán la CM de forma rutinaria lo que definirá el modelo organizativo, distinguiendo varios tipos:

– Todos los médicos del Centro de Salud ofertan la CM

• modelo colectivo: cada médico atiende la CM de su población adscrita. Esta es la situación la ideal aunque muy raramente se dará por múltiples circunstancias en los CS.

– Solo uno o algunos médicos ofertan la CM

• Modelo autónomo: cada medico atiende solo los pacientes propios. Modelo poco deseable porque entre otros inconvenientes se rompe la unidad de la oferta asistencial.

• Modelo de *"Líderes quirúrgicos":* los médicos que ofertan CM atienden sus pacientes y los de sus compañeros del equipo.

Ello supone la derivación interna de pacientes para CM entre los médicos del EAP. Este modelo, además de garantizar la equidad de la oferta asistencial, permite el aprendizaje de los médicos menos entrenados. Su adecuado funcionamiento exige un consenso explícito a priori entre los médicos del centro, **(es el que se ha llevado en Centros como Bajo Pas de Renedo o en Espinosa de los Monteros de este estudio)**

Propuesta desde nuestra experiencia.

Como ya hemos dicho, la mejor forma de realizar la asistencia es en los Centros de Salud pero esto solo ocurre cuando existen condiciones de personal y equipamiento suficientes. Esta situación es la que supone el objetivo final para el cual, y dadas las condiciones actuales hay un gran camino por recorrer.

¿Que pasa y que se hace cuando no es posible solucionar el problema de los pacientes con patologías susceptibles de solución quirúrgica en los CS? Bien sea por falta de medios humanos o de instalación, el paciente es derivado al segundo

nivel, y allí el volante recibido (no el paciente) es estudiado y dirigido a las consultas de los distintos Servicios para su abordaje.

Así, los pacientes con lesiones en cuero cabelludo, serán remitidos al servicio de Neurocirugía, los pacientes con lesiones superficiales, menores de 2cm y que no se encuentren en cara, dedos, cercanos a orificios naturales, serán remitidos al Servicio de Dermatología. Cuando las lesiones se encuentran en la cara, en áreas de riesgo extremado (canto interno del ojo, …) son derivadas al servicio de Cirugía Maxilofacial. A los pacientes con lesiones mal definidas, con componente inflamatorio asociado, y con pocos datos de la naturaleza de las mismas, se les deriva a la consulta de Cirugía de Partes Blandas.

Los pacientes que son derivados con un diagnóstico claro, en ocasiones cuando es dudoso se recomienda estudio ecográfico previo a la derivación, y una descripción pormenorizada de los síntomas y signos de la lesión, como movilidad, dolor a la presión o palpación, coloración, tiempo de evolución, cambio de volumen, secreción etc, estos pacientes son derivados a la Consulta de Alta Resolución para su inmediata intervención.

Todos los pacientes dirigidos a otras consultas, serán vistos por el especialista correspondiente y después de su valoración y si así se estima oportuno, podrán ser remitidos a la consulta de Cirugía Menor donde serán intervenidos.

En la consulta de Cirugía de Alta resolución, interviene un Médico de Familia del Equipo de Cirugía Menor, (en este momento cinco personas) que proviene de la

Gerencia de Atención Primaria. Trabaja en la consulta dos semanas cada cinco meses, tiempo en el que su trabajo habitual de AP es realizado por un médico sustituto. Junto al facultativo, se encuentra una enfermera y una Auxiliar de Enfermería, personal procedente de la gerencia Hospitalaria.

Además del personal citado, en la actividad participan Médicos Residentes de Familia, que reciben formación quirúrgica y dermopatológica pos Médicos de Familia inmersos en el servicio de Cirugía General que es el lugar físico en donde se realiza.

También acuden Médicos de Familia en ejercicio, que pasan un periodo de una semana recibiendo formación de sus compañeros para después, y dependiendo su las posibilidades, emprender actividades quirúrgicas en su Centro de Salud.

Con la misma filosofía, también han pasado personal de enfermería por la consulta de Alta Resolución, lo mismo que otros Médicos Residentes de otras especialidades.

Entendemos que la Consulta de Cirugía realizada por médicos de Atención Primaria es el motor principal para intervenir a los pacientes con este tipo de patología, al mismo tiempo que produce un efecto de retroalimentación por su faceta formativa a los Médicos Residentes, a los estudiantes o a los facultativos que ya se encuentran en ejercicio.

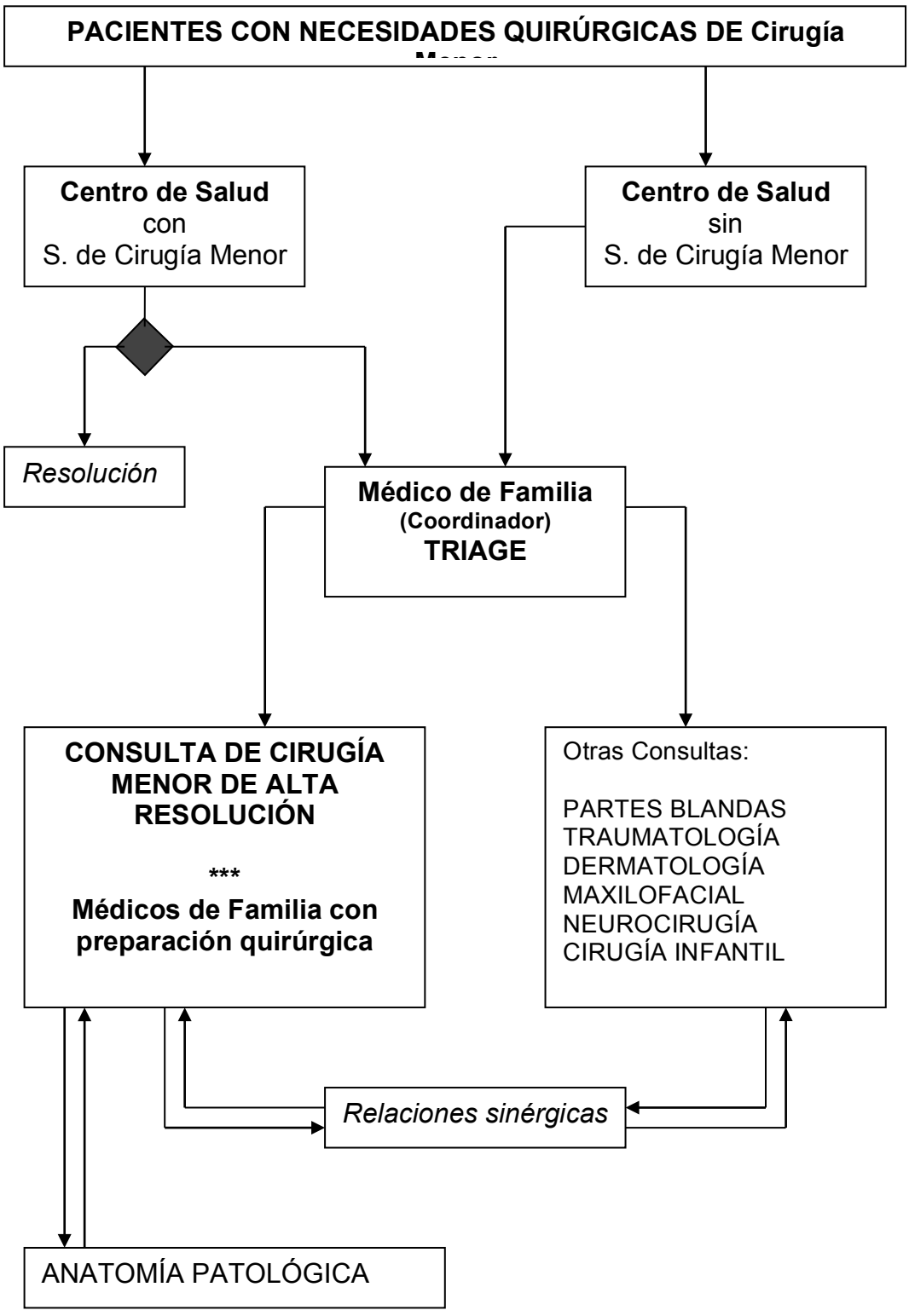
En esta consulta, fundamentalmente se realizan intervenciones subcutáneas y en ocasiones adheridas a planos musculares para lo que hace falta un grado de destreza quirúrgica avanzado, la utilización de la electrocoagulación hemostática, el ligado de vasos sangrantes etc. maniobras que son importantes de ver, ayudar y llegar a realizar para coger una buena formación de las técnicas de Cirugía Menor.

El realizar esta actividad en una sala (doble sala) que supone una consulta adaptada y rodeada de otras consultas en las que especialistas en Cirugía General están trabajando al mismo tiempo en el área de las consultas externas del hospital, ejerce un efecto teórico y práctico de tranquilidad y seguridad, tanto para los pacientes como para los Médicos de Familia que intervienen en la actividad quirúrgica y que en cualquier momento y ante cualquier complicación, se encuentran amparados por el equipo del Servicio de Cirugía General. Hasta ahora (y ya en el año 2012) solamente en una ocasión se ha tenido necesidad de solicitar colaboración a un cirujano, se trataba de una masa subcutánea fibrosaza, de forma cónica en zona glútea, correspondiente a una gran reacción granulomatosa a una inyección intramuscular. Se resolvió sin ninguna complicación.

Como se ha visto, prácticamente todas las muestras obtenidas en el ejercicio quirúrgico, son remitidas a Anatomía Patológica para su examen. Los resultados son enviados a la Consulta de Cirugía Menor desde donde son registradas por el Médico de Familia Coordinador y archivadas en las Historias Clínicas (HC). Cuando el diagnóstico lo requiere, es enviado al Médico de Cupo correspondiente junto a las aclaraciones que se estimen oportunas. Esto se realiza o telefónicamente o de forma oral.

El paciente, y como ya se ha explicado, una vez intervenido recibe un informe de alta con los datos de la intervención y el tratamiento postoperatorio correspondiente (curas, retirada de puntos, etc.) que se realizará en su correspondiente Centro de Salud, buscando el objetivo que para la solución de su problema solamente tenga que acudir una sola vez al Hospital.

MODELO PROPUESTO (Cantabria: Gerencia AP-HUMV)



V.2. DOCENCIA

La realización de la CM en nuestro país está limitada por la disponibilidad de medios en los CS, por la presión asistencial y por la preparación y formación por parte de los profesionales.

Por parte de diferentes expertos, hay un amplio consenso en que la principal causa de los déficits de calidad en la CM realizada por los médicos de Familia es la formación insuficiente[144, 145, 129, 130] , percibiendo también como objetivo prioritario para el ejercicio de la CM la mejora de la formación[131] utilizando cualquiera de las estrategias propuestas hasta el momento (cursos prácticos, videos, rotaciones en el servicio de dermatología / cirugía general todo ello para adquirir conocimientos tanto prácticos como teóricos[132].

Con respecto a la formación adecuada de los profesionales de AP en CM, en la bibliografía[132] se proponen varios modelos, de ellos el más utilizado es el de "*líderes quirúrgicos",* donde los profesionales que ofertan CM atienden a sus pacientes y a los de sus compañeros de equipo del CS.

Puede definirse la formación continuada (FC) como un proceso de enseñanza/ aprendizaje, activo y permanente que se inicia al terminar la formación básica y está destinado a actualizar, aumentar y mejorar la capacitación de un profesional frente a la evolución científica y tecnológica y ante las necesidades sociales.

La Formación continuada no tiene como objetivo conseguir un nuevo título o licencia, sino mejorar las competencias en una actividad que podía estar ejerciendo previamente el profesional [133] .

El proceso de la evaluación de la FC en el ámbito de la salud puede abordarse estudiando la satisfacción del discente, la valoración de los conocimientos y habilidades adquiridos, la utilidad de la formación recibida en el desarrollo del trabajo habitual o el impacto en la salud de la población que tiene la capacitación del profesional. Así en la FC queda relegada a segundo plano la evaluación de los conocimientos, mientras que se valora con interés la reacción o satisfacción del discente con la formación recibida[134].

Experiencias realizadas en el postgrado de FC en materias con componente práctico importante, en su evaluación posterior se percibe la demanda por parte de los discentes de casos prácticos reales y no simulados [135]

Repasaremos el panorama actual de la docencia en CM

En Madrid[134], tras la realización de cursos de FC de 10 horas durante dos días, se percibió un aumento posterior en el número de intervenciones que cada profesional realizaba, pero sin embargo, en otros trabajos que valoran la satisfacción con la formación recibida, tras enfrentarse a la práctica habitual, hasta un 40% de los encuestados considera poco adecuado el diseño de la formación recibida [137]. En el mismo trabajo se apunta a que otras variables como la presión asistencial o el equipamiento del centro, son limitantes para la realización de la CM.

En Elche[136] (Alicante) y en un Área sanitaria de salud, con la participación de un Hospital y tres Centros de Salud se crea un programa de implantación y desarrollo de CM durante un año en el que se realizan 41 sesiones (14 en cada centro) se intervienen a 335 pacientes y participan 36 profesionales, de los que 24 realizan actividad quirúrgica, participando en el programa de formación continuada. Con esto se consigue un programa práctico y seguro de desarrollo de la Cirugía Menor en AP, con satisfacción tanto del médico como del paciente.

En Murcia realizaron un programa novedoso de formación continuada intraequipo[137] (FCI), estrategia económica y de fácil adaptación a cualquier quipo. Se elaboró un programa de atención continuada incluyendo aspectos teóricos diagnósticos y terapéuticos y por otra parte habilidades técnicas quirúrgicas impartidas por los médicos con más experiencia quirúrgica. Como conclusiones destacan que la FCI es una estrategia válida para mejorar la calidad global de la CM en AP y que permite aumentar el número de profesionales que participan en estos programas. Se mejora la derivación de patología maligna y aumenta proporcionalmente las exploraciones por patología benigna.

En Croacia[138], cursos organizados de formación de 40 horas (20 teóricas y 20 prácticas) e impartidos por médicos de Familia y Cirujanos, concluyen que después del curso, no hubo una diferencia significativa en el número de intervenciones quirúrgicas menores antes y después del mismo , sin embargo. los médicos de familia que asistieron se sintieron más seguros para seguir realizando aquellas intervenciones ya venían haciendo antes del curso. Tambien señalan que la falta de

motivación por parte de los profesionales, es otro motivo para no aumentar el número de intervenciones de CM.

En el Reino Unido[139] en una encuesta realizada, los Médicos Generales en un 74% responden que han recibido formación para realizar Cirugía Menor, pero a un 43% consideraron que su formación era inadecuada. Un 86% solicitaba mayor formación en habilidades quirúrgicas ya sea mediante un simulador de piel o con casos prácticos con pacientes reales.

En Toronto[140], tienen un amplio programa de MC que se imparte entre los Médicos Residentes de la Especialidad, al final del cual tienen que superar un examen para demostrar las destrezas aprendidas corregido por Médicos de Familia y Cirujanos.

V.3. ENVIOS A ANATOMÍA PATOLGICA

En cuanto a la remisión de muestras para biopsia, aunque la mayoría de los autores opina que deben ser remitidas a Anatomía Patológica todas las lesiones resecadas [60 141 142 143], también hay opiniones distintas[144 145 131]. Así, hay autores que no han detectado que la remisión para la biopsia de todas las muestras en lugar de solo hacerlo con las dudosas, mejore la capacidad de detección de patología maligna[146]. En otros estudios[137], se utilizan dos criterios fundamentales para solicitar el estudio anatomopatológico: cuando no se tiene un diagnóstico clínico de seguridad o cuando exista la posibilidad, aunque sea remota de que la lesión sea maligna, sobre todo ante lesiones pigmentadas[147].

En el hospital de Sheffield[148] se realizó un trabajo sopesando el costo económico atribuible al envío a Anatomía Patológica de las biopsias obtenidas mediante Cirugía Menor, concluye que no encuentra ningún argumento para no enviar al estudio anatomopatológico las biopsias extraídas y sería el patólogo al tallar las piezas el que decidiría o no su total procesamiento.

En el trabajo presentado, se ha visto como el porcentaje de envíos a Anatomía Patológica ha ido aumentando paulatinamente hasta alcanzar prácticamente el 100%. Algunas lesiones macroscópicas con la apariencia de Quistes epidérmicos de completa normalidad, han sido diagnosticadas posteriormente como Carcinoma de Merkel o Carcinoma Adenoide Quístico, lo cual nos ratifica la necesidad de envío a Anatomía Patológicas de todas las muestras obtenidas, dado que, por el aspecto macroscópico, una lesión maligna de la piel se puede diagnosticar como benigna, toda lesión extirpada debe remitirse al laboratorio de histopatología[149]. Aun habiendo sido desacreditada esta medida, cirujanos y dermatólogos bien experimentados clasifican a veces una lesión maligna como benigna[150].

El envío ha de acompañarse, como es lógico del correspondiente informe, detallando todos los datos posibles, dada su importancia en la orientación al patólogo para conseguir el diagnóstico preciso. Para este respecto, es necesaria una buena comunicación entre la AP y el Hospital correspondiente[151]

V.4. EFICIENCIA

Con los datos obtenidos en el cálculo de los costos imputados a las intervenciones realizadas las cifras obtenidas son muy expresivas. Una intervención hecha en una sala de centro hospitalario acondicionada, ofreciendo más seguridad y garantías al paciente y practicando una Cirugía Menor avanzada, puede salir entre 1,2 a 2,1 veces más caro que realizado en el centro de Salud y hasta 18 veces más barato en comparación a haber sido realizada en un quirófano central del mismo hospital.

Si consideramos que las intervenciones realizadas están todas programadas para una duración de 30 minutos (así se les tiene citados a los pacientes) lo que significa que es de más de 20 minutos, y teniendo en cuenta que el número de intervenciones realizadas en el hospital por el circuito de Cirugía de Alta Resolución es de 1080 al año (9 al día x 10 jornadas al mes, durante 12 meses) y si este valor lo tomamos como referencia, podemos deducir según la siguiente tabla que su realización supone 2.2 veces más caro que si se hubiesen realizado en un Centro de Salud, y 4,6 ; 7,1 ó 8.3 veces más económico que si esas intervenciones se hubiesen realizados en los quirófanos hospitalarios centrales

En un estudio realizado en Albacete sobre el coste-efectividad, ha resultando que la realización de un programa de Cirugía Menor en Atención Primaria puede suponer un **ahorro de un 49%** respecto a los costes en centros especializados concertados con el sistema sanitario [16]

En otro trabajo realizado por estos mismos autores, se han analizado[46] los gastos en función de la intervención, y el coste total se comparó con el coste que hubiese supuesto su realización en centros especializados privados según tarifas vigentes de 1998 de compañías de seguros. Se pudo observar que la realización de la cirugía menor en atención primaria puede suponer un cuantioso ahorro estimado en **más del 112% respecto al coste de la misma en centros especializados**, lo que permitiría una redistribución del gasto sanitario.

Otro estudio hecho en una zona de Salud de Almería[152] sobre 95 procesos de CM en el año 2000, afirma que el gasto producido en ese Centro fue de 817,18 euros; que una mutua habría facturado 8.803,63 euros; un distrito de AP, 4.852,03 euros, y un hospital del SAS, 14.015,39 euros.

El resultado es que el coste de las intervenciones hechas en su Centro de Salud ha sido **10 veces inferior al del sanatorio privado, 6 veces al de la facturación del distrito y 17 veces menor en relación con la factura del hospital**.

Los costes por intervención en CM han sido evaluados en un estudio en dos zonas básicas de salud de Murcia,[153] sobre 479 pacientes con patologías dérmicas y de la uña. Fueron evaluadas 336 sesiones de criocirugía en 267 pacientes con un coste total anual de 589.857 ptas. (3.545,11€). El coste medio por procedimiento fue 1.755 ptas. (10,55€). El coste medio por paciente fue 2.209 ptas. (13,28€). También fueron evaluadas 212 sesiones de otros procedimientos de CM en 212 pacientes

con un coste total anual de 1.627.228 ptas. (9.779,8€). El coste medio por paciente y procedimiento fue 7.676 ptas. (46,13€)

Brown [59] llega a la conclusión que la realización de la CM en AP es 15 veces más barata que la misma actividad realizada en el ámbito hospitalario, encontrando que estas actividades resultan costo efectivas[154].

Existen muchos más estudios sobre experiencias y efectividad de programas de Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria pero todavía hay mucho desconocimiento acerca de los costes de estas actividades para poder establecer comparaciones entre los diferentes niveles asistenciales y áreas geográficas, en cualquiera de los casos, todos los estudios coinciden en que la realización de la CM en AP resulta menos costosa y es más costo-efectiva [46] [155] [156] [157], resultando muy fácil de auditar externamente en todas sus facetas , desde la disminución de las listas de espera hasta la liberación de los servicios especializados hospitalarios para técnicas más sofisticadas [13] [158] .

	GRD	**Descripción**	**Precio €**	**Lugar de realización**	**Gasto anual (1080 Intervenciones)**
1.2.3.1	--	Intervención quirúrgica de hasta 20 minutos	103.09	Sala de Curas	**189270 (1)**
1.2.3.2	--	Intervención quirúrgica de más de 20 minutos.	**175.25**		
1.2.7.34	216	Biopsia del sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	1.458.20	Quirófanos	1574856 (X8,3)
1.2.7.49	270	Otros procedimientos sobre piel, tej. subcutáneo y mama sin c.c.	1250.68		1350734.4 (X7,1)
1.2.7.50	284	Trastornos menores de la piel sin c.c.	805.26		869680.9 (X4,6)
2.4	--	Cirugía Menor Ambulatoria Atención Primaria)	79.71	Consulta en Centro de Salud	86086,80 (/2.2)

V.5. EPIDEMIOLOGÍA- UTILIZACIÓN SERVICIO

Según distintos datos, entre el 1 y 1,5% de la población al año, presenta necesidades de pequeñas intervenciones quirúrgicas superficiales, de las uñas o patología subcutánea. Sin embargo, al poner en marcha un programa de Cirugía menos en una zona de Salud y aumentar entre otras cosas la accesibilidad, la demanda tiende a aumentar. En un estudio efectuado en Tarrasa[51], pasa de una utilización de 3,5 por cada 1000 habitantes en 2003 a 8,3 en el 2006. La actividad en la unidad creció espontáneamente durante los primeros cuatro años y el descenso previsto de la demanda debe tenerse en cuenta durante el quinto año, coincidiendo con la consecución del objetivo de eliminar la patología de este tipo que se había acumulado en la zona.

V.6. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Todos los estudios realizados en el país, sobre la satisfacción del paciente tras la implantación de programas de Cirugía Menor, coinciden con buenos resultados, en ocasiones superiores al 95% en distintos conceptos como tiempos de espera razonables, explicaciones preoperatorios recibidas claras y suficientes, buena atención y buen resultado estético obtenido. Si bien es cierto, no existe en la actualidad un cuestionario común para evaluar la satisfacción de los pacientes intervenidos de CM [159].[, 53]

Otras encuestas hechas a los pacientes, dan como resultado, que más del 79% elegiría nuevamente el Centro de Salud para intervenirse, además de otros

resultados que demuestran similar o mayor grado de satisfacción (hasta un 90%) por la atención, espera y servicio recibido[160]

Alfaro González et al[161], afirma que 9 de cada 10 pacientes elegiría nuevamente el mismo centro para resolver su problema,

La Cirugía Menor en Atención Primaria fomenta la relación médico-paciente, mejora la accesibilidad, la eficiencia en el uso de los recursos y disminuye las derivaciones. Se encuentra cada vez más extendida, con una alta satisfacción de los pacientes [54] [162] [163].

V.7. COMPLICACIONES Y SECUELAS

V.7.1. Complicaciones

Complicaciones						
	Espinosa	**Renedo**	**HUMV2010**	**HUMV2011**	**TOTAL**	
					N	**%**
Total	760	675	857	894	**3186**	
Casos	16	30	8	3	**57**	
Porcentaje	2.1%	4.4%	0.9%	0.3%		**1.78%**
Porcentaje en CS						**3.2%** (p<0,0002)
Porcentaje en HUMV						**0.6%** (p<0,0001)
Mujer	10	14	6	2	**32**	**56%**
Hombre	6	16	2	1	**25**	**43.8%**
Edad Media	48	52.8	44.2	47.6	**45.3**	
Rango	13-81	17-97	24-59	39 - 62		

El número total de complicaciones, con un porcentaje del 1,78%, se puede desglosar en dos grupos. Las aparecidas en los Centros de Salud, que fueron del 3,2%, estando en un rango similar al de otros estudio realizados en nuestro país y en las intervenciones realizadas en el Hospital, que tuvieron un porcentaje del 0,6% cifra significativamente menor a la anterior. ($p<0.0001$)

Las publicaciones existentes al respecto son poco precisas.:

Alfaro Gonzalez et al, en un trabajo con 1126 pacientes, publica la aparición de un 3% de complicaciones (Sangrado de la herida, infección, reapertura, Alergia a la sutura, recidiva, quemadura por criocirugía) y un 1,4% de secuelas (cicatrices hipertróficas y pigmentaciones)

Serra et al [51] en un trabajo publicado sobre 2.317 intervenciones, afirma encontrar un 5% de complicaciones (4% postoperatorias y el 1% intraoperatorias) todas ellas de carácter leve . Las más importantes fueron sangrado de la lesión (14 casos), Síncope vasovagal (10 casos) , reacción a la anestesia local (cinco casos), hiscencia de la herida (10 casos) reacciones a la sutura (7 casos) infecciones (57 casos), hematomas (6 casos)

Gonzalez Cano et al [126] , en una serie de 231 pacientes, afirma encontrar un porcentaje de complicaciones del 7.8%, incluidas las complicaciones intraoperatorias, como el sangrado. Entre la postoperatoias destacan la dehiscencia (2,6%), serosas (1,3%) hemorragias postoperatorias (0.4%) y síndromes vasovagales (0,4%)

Ramos Maestre[164], et al, sobre un total de 139 intervenciones realizadas de Cirugía Menor en Centro de Salud, afirma "no se observaron complicaciones postquirúrgicas inmediatas ni a corto plazo"

Arroyo Sebastián et al[165], sobre 338 procedimientos, en distintos Centros de salud en un Programa de implantación y desarrollo de CM, afirma que no se recogieron ninguna complicación inmediata.

Para Menendez Villalba et al,[166] en su trabajo sobre 154 casos, todas ellas de menos de 5cm, dice presentar un 4,5% de complicaciones, en un estudio de consistentes en dehiscencias de sutura, infección y hematomas.

Vaquero et al, sobre una muestra de 95 intervenciones habla de no haberse registrado Complicaciones.

Matia Cubillo et al[167] hace una comparación entre las intervenciones realizadas en dos centros acreditados con actividad docente, uno Urbano y otro Rural en la zona de Burgos, encontrando un 5% de complicaciones aparecidas en el Urbano frente al 0% de los Rurales

Todo ello concuerda con la publicación de la Ambulatory Surgery. Informe de la Agence Nationale d'Acreditation e Evaluation en Santé[168]., que en su informe recoge que *"…la cirugía menor en Atención Primaria usa escasos recursos y tiene pocas complicaciones"*

V.7.2. Secuelas

Entendemos por secuela aquel trastorno o lesión aparecido como consecuencia de la intervención, aparecido tras esta y de carácter irreversible o al menos duradero, y que produce una cierta disminución de la capacidad funcional del organismo o de parte del mismo.

Las secuelas encontradas en el presente estudio15 en total después de 2186 intervenciones.

Diez corresponden a cicatrices hipertróficas/queloides cuatro a déficits motores y un caso a disestesias.

Hay que destacar las condiciones extremas de los pacientes antes de las intervenciones (caquexia extrema en un a anciana, (Necrosis cuello fémur) herida producida por una pala de ganchos de retirar abono de los animales (Sindr. Sudek) o heridas con gran destrucción de tejidos.

VI.
CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

1. La Cirugía Menor realizada por los Médicos de Atención Primaria tanto en Centros de Salud convenientemente equipados como en medio Hospitalario es una práctica segura para el paciente.

2. El Modelo propuesto en Cantabria para la realización de la CM representa una innovación organizativa que supone un ahorro en los costos económicos, una disminución de la carga asistencial hospitalaria y una disminución en los tiempos de espera para los pacientes además de una gran aceptación por parte de los mismos.

3. Esta actividad quirúrgica, representa un acercamiento de la Atención Primaria con la Especializada aumentando la colaboración y conocimiento entre los profesionales de ambos grupos y agilizando los circuitos administrativos de las derivaciones de los pacientes desde los Centros de Salud al Hospital.

4. El envío de las biopsias obtenidas al servicio de Anatomía Patológica para su diagnóstico posterior, constituye un elemento fundamental dentro de la praxis de la Cirugía Menor, al confirmar diagnósticos de presunción o desenmascarando lesiones no sospechadas antes de las intervenciones.

5. Con los criterios aquí aplicados, las intervenciones realizadas por los Médicos de Familia en medio hospitalario tiene un mayor grado de complejidad comparadas con las realizadas en los Centros de Salud.

6. La Cirugía Menor precisa de más estudios y quizá de un consenso general a nivel nacional para fijar sus límites tanto en lo referente a las lesiones que son susceptibles de ser intervenidas como de los profesionales y lugares donde se tiene que realizar.

LIBROS

1.- Historia de la Medicina. A.S. Lyons, M.D. F.A.C.S. Mosby/Doyma Libros.

2.- Cáncer de Piel. Darrell S. Rigel. Ed. Elsevier. 2006

3.- Dermatología en Medicina General. Fitzpatrick. 7ª ed. Ed Panamericana. 2009 (4 tomos)

4.- Manual de Práctica Quirúrgica y Traumatológica en Atención Primaria. Varios autores. Ed.: Simer/ Semergen. 2003.

5.- Patología ungueal. Dr. E. Fonseca Capdevilla. Carpio Editores S.A. 1994

6.- Patología Humana. Robins.. Ed .Elsevier Saunders. 8ª Ed 2008

7.- Cirugía Dermatológica. Consejos y técnicas. Salasche SJ, Orengo IF, Siegle RJ. Ed. Elsevier Mosby 2008

8.- Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Jose Mº Arribas Blanco. Vol I y II. Gpo. de trabajo en Cirugía Menor en Medicina de Familia. Jarpio Ed. 2000.

9.- Anestesia Local. Operatoria, diagnóstica y terapéutica. Hans Killian. Ed. Salvat 1980

10.- Dermatopatología: Correlación clínico-patológica. Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A, Requena Caballero L, Rodríguez Peralto JL. Editorial: Área Científica Menarini -Año: 2007. Disponible en: http://www.menarini.es/images/stories/dermatopatologia/Derma001.pdf

11.- Lecciones De Anatomía Patológica General. Urtubey L, Ortiz-Picón JM 2ª Ed. Científico Médica. 1966.

12.- Histopatología. Manual y atlas para Médico y Estudiantes. W. Sandritter . 2ª Edon. . Ed. Científico Técnica-Sandriter W. Histopathologie. Lehrbuch und Atlas für Studierende und Ärzte Vierte, durchgesehene Auflage. F.K Schattauer Verlag GmbH- Stuttgart.

13.- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía cutánea e intervenciones menores. Ed Frederick Radke, MD. 2009. Vol 89. nº3.

14.- Podología. Atención Primaria. Robbins JM. Ed Panamericana 1.995.

15.- Tumores de la piel y partes blandas del pie. J. Valero - EXA Editores. 2.003.

16.- Manual. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Varios autores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Paseo del Prado. 18.28014. Madrid.

VII.
BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

[1] European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe) – The european definition of General practice/Family Medicine. -Short version – 2005 EURACT -Produced by a working group from EURACT

[2] Herrera Rodríguez, Francisco. “Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX”. Cultura de los cuidados. Año IV, n. 7-8 (1. y 2. semestre 2000). ISSN 1138-1728, pp. 18-26.

[3] Albarracin, A. La Titulación medica en España durante, el siglo XIX. Cuadernos de Historia de la Medicina española 1973; XII: 15-77.

[4] Herrera, F Los practicantes y matronas en la segunda mitad del siglo XIX. En: Hernández F, editor: Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid: Editorial Síntesis; 1996: p. 217-226.

[5] Gonzalo Villarino Samalea. Profesor de Derecho Administrativo. Universidad de Oviedo El personal al servicio de la sanidad local: los funcionarios sanitarios locales En: http://www.meubook.com/mod/file/download.php?file_guid=47096.

[6] Arribas Blanco J.M. Past, present and future of minor surgery in primary care Aten Primaria. 2011;43(2):58—60.

[7] del Río, E. Precursores de la Cirugía Dermatológica española.- Actas Dermo-Sifiliográficas. Vol 99 Nº5- Jun 2008 (363-372)

[8] Hart,J.T. Prymary medical care in Spain. British Journal of General Practice, 1990, 40, 255-258.

[9] Gérvas,J. Ortún, V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Prim.Vol. 16. Núm. 8. 15 Nov 1995.

[10] Matesanz R. Declaraciones en Correo Médico, 13-19 diciembre 1999: 3.

[11] Martín Zurro A., Cano Pérez J.F.,: Atención primaria de salud. En Martin Zurro A., Cano Pérez J.F editores. Atención Primaria conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace: 1999 p 3-16.

[12] Lowy A, Brazier J, Fall M et al. Quality of minor surgery by general practitioners in 1990 and 1991. Br J Gen Pract 1994; 44: 364-365.

[13] Foulkes A. Minor surgery in general practice. Br. Med J 1993 307-685.

[14] Menon NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:917-20.

[15] Departnent of Health, Scottish Home and Health Department, Welsh Office. General practice in the National Health Service. The 1990 contract. The government's programme for changes to general practitioners' terms of service and remuneration systems. London: HMSO, 1989.

[16] Tarraga López P.J., Celada Rodríguez A., Cedrán Oliver M., Solera Albero J., Ocaña López J.M., López Cara M.A., Eficiencia de un programa de cirugía menor en un Centro de AP rural SEMERGEN 2004; 30(4) 164-8.

[17] Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero sobre ordenación y prestaciones sanitarias del sistema Nacional de Salud. (3554). BOE nº 35 de 10 de Febrero de 1995.

[18] Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC. Programa Docente de MFyC. Madrid. Consejo Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo- Ministerio de Educación y Ciencia.

[19] Dodero J. (Subdirección General de AP) Congreso SEMFyC. Tenerife Dic-99.

[20] Datos oficiales obtenidos en la página web de la Consejería de Sanidad de La Rioja: http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=502068&IdDoc=603003.

[21] Datos oficiales obtenidos en la web de la C.F. de Navarra en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D52CD829-5D84-4980-9C86-F973C5C21DDD/22359/2404sa88.doc

[22] Rodríguez Reyes A, Bel Barragán J G, Martínez de la Concha M, Lobato Torvisco C, Bobadilla E M, Zambrano Enrique D, Salas Martínez J, Fernández Lozano C, Sánchez Gómez C. Grupo de trabajo Relaciones Primaria – Especializada CMA: Protocolos de trabajo coordinado: Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria- Año 2008.

[23] http://www.areasaludbadajoz.com/at_esp_ofert_servicios_detalle.asp?Id=8

[24] M. Paz Blanco Franco MP, Bruzos González E, Canedo Canedo LA, González Fernández MA, Martínez Quiroga MF, Martínez Villanueva AI, Montaña Delgado JA, Pol Carballo C, Sánchez Ingelmo PM, Vázquez Colinas MD, García AntonioJ. : Guía de práctica clínica de cirugía menor en Atención Primaria- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud Año 2010.

[25] Oferta de Servicios de Atención Primaria 2007 Servicio Andaluz de Salud.

[26] Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Cartera de servicios de atención primaria, 2000.

[27] http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gsgnrl00/es/

[28] Comunicación personal Oral por personal encargado del trabajo. 34 Congreso Semergen Málaga 2012.

[29] BOPA decreto 53/2006 de 8 de junio de 2006.

[30] Marrón Moya, S.E.; Ferrando Lalana, A.M.; Tomás Aragonés, L. Modelo de Gaetión de la Cirugía Menor Dermatológica del Sector de Salud de Calatayud. Disponible en : http: //aragon-psicodermatología.org/libro-de-cirug%C3%Ada-menor-en-el-sector-de Calatayud/

[31] José González Cano et al. Cirugía Menor. Guía de Actuación Clínica en A. P. En www.san.gva.es/docs/dac/guiasap010cma.pdf

[32] Batalla Sales M., Beneyto Castelló F., Ortiz Diaz F. Grupo de Cirugía Menor y Dermatología. Manual Práctico de Cirugía Menor.En http://www.svmfyc.org/grupos/12/componentes.php - Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. (1ª Ed: año 2012).

[33] Godina Peris P, Ricart A, Pelegrí Isanta D, Iruela O, Estrada D, Maria Cristina Borbón MC. : Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas, fuera del área quirúrgica. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (Año 2002)

[34] Oferta de Servicios de Atención Primaria 2007 Servicio Andaluz de Salud.

[35] Manual de Instrucciones Listado de verificación Seguridad Cirugía Menor Atención Primaria. Versión: 2.0. (Diciembre, 2009) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Observatorio para la Seguridad del Paciente.

[36] Cirugía Menor. Desarrollo de Nuevas Competencias. Enfermeras- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Grupo de Trabajo de varios autores. Rev externa de ASENHOA y GADICIME.

[37] Domínguez Romero M., Galiana Martínez JA., Pérez Vega FJ. Guía Básica para el Manejo y Tratamiento de las heridas. Traducción y revisión de la Prodigy Quick Referente Guide. Prodigy Knowledge Department of Health, Newcastle upon Tyne. Reino Unido (2005) Excmo. C.O. de Enfermería de Cádiz

[38] Maestro Saavedra F.J.et al. Grupo de Cirugía Menor de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria Curso de Cirugía Menor . AGAMFEC

[39] Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Dirección de Programas asistenciales. Año 2009.

[40] Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. Aten Primaria. 2000; 26: 74-75

[41] Arribas Blanco J.M. Repercusiones de la Cirugía sin ingreso en las consultas de Atención Primaria. FMC: Vol.5 Nº4 Abril 1998

[42] Simón Martín J. Estudio de situación de la cirugía ambulatoria en los hospitales de Madrid. En: Villacorta Ferreres J, editor. Madrid: Fundación Rich, 1996; 15-26.

[43] Colomer Mascaró J. Creación y desarrollo de una unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). En: Villacorta Ferreres, J editor. Madrid: Fundación Rich, 1996; 27-31.

[44] Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload BMJ. 1993 Aug 14;307(6901):413-7.

[45] Shrank A. Counting the cost of eager GPs' minor ops. Hospital Doctor 1992 May 21;C12:26.

[46] O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. The cost-effectiveness of minor surgery in general practice; a prospective comparison with hospital practice. BrJ Gen Pract 1992;42:13-7

[47] Pockney P, George S, Primrose J, Smith H, Kinley H, Little P, Lattimer V, Lowy A, Kneebone R. Impact of the introduction of fee for service payments on types of minor surgical procedures undertaken by general practitioners: observational study. J Public Health (Oxf).
2004 Sep;26(3):264-7.

[48] Edin Lakasing. Restricting minor surgery in general practice: another example of financial short-termismBr J Gen Pract. 2010 May 1; 60(574): 385–386.

[49] Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Minor surgery in general practice and effects on referrals to hospital care: observational study. BMC Health Serv Res. 2011 Jan 4;11:2.

[50]Guereña, M.J.; Perna, C.; Gajate, J. Correlación clinico patológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. . Aten Primaria 2001; 28:320-325.

[51] Serra M., Arévalo A., Ortega C., Ripio A., Jiménez N. *Minor surgery activity in primary care* JRSM Short Rep. 2010 September; 1(4): 36

[52] Cerdán Carbonero, M.T.; Sanz López, R.; Martinez Ramos, C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. Aten Prim 2005; 35 (6): 283-9 .

[53] López Santiago, A.; Lara Peñaranda, R.; de Miguel Gómez, A.; Pérez López, P.; Ribes Martínez, E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000- .Vol 26. Nº 2.

[54] Estopa Dueso, J,; Hernández Velasco Mª A. Cirugía Menor en consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. Rev Semg 52. Marzo 2003 (191-196)

[55] Louise Gómez Langley, S.; Francisco José Sánchez Laguna, F.J.; Álvaro Portero Bolaños, A.; y Martín Blanco, R. satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 2008; 40(5): 263-9

[56]Office of Technology Assessment. Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies.Washignton DC, Government Printing Office;1978; 16.

[57] Sacristán J.A.; Ortún V.; Rovira J.;, Luis Prieto, L. y García-Alonso F.-Grupo ECOMED. Evaluación económica en medicina35 *Med Clin (Barc)* 2004;122(10):379-82

[58] Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. N Engl J Med 1977;296:716-21.

[59] Brown J. S. Minor operations in general practice. *Br Med J.* 1979 Jun 16;**1**(6178):1609–1610.

[60] Tarraga López, P.J.; Pérez Rodríguez, M.T.; Ocaña López, J.M.; Cerdán Oliver, M.; López ara, M.A.; y Palomino Medina, M.A. Análisis de los costes de la Cirugía Menor en Atención Primaria. *Rev Esp Econ Salud 2005; 4 (5) : 266-272*

[61] Tárraga López P.J.; Marín Nieto,E.;García Olmo,D,; Celada Rodríguez, A.; Solera Albero, J.; Cerdán Oliver m: y Boix Gras, C. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria Aten Primaria 2001; 27: 335-338

[62] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA. www.seram.es y Catálogo de Exploraciones SERAM 2009. www.seram.es

[63] Palmer, G.R.; Freemen, J.L.; Fetter, R.B.; Mador, M. International comparisons of hospital usage: a study of nine countries, based on DRGs. New Haven: HSMG Yale School of Organization Management, 1989

[64] Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 25.0). 5ª Ed, Septiembre 2010 © Osakidetza. Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

[65] Cabo Salvador, J. En Gestión sanitaria integral: pública y privada. 1ª Ed año 2010 Centro de Estudios Financieros.

[66] Owens WD. ASA physical status classification: A{en} study of consistency of rating. Anesthesiology 1978;49:239-241

[67] Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987; 67:721

[68] SARECSS Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatòria

[69] Jara, M. ; Quintana, J.L. “Sala de cirugía menor: infraestructura y mobiliario” En Arribas Blanco, J.Mª: .Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia. Jarpyo Editores, S.A. Vol.I : (33-49)

[70] E.M.S. Euro Medical Systems, S.L. Cirugía General. 28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

[71] Christian Diener instruments. Fabrik chirurgischer Instrumente. 72 Tuttlingen./Germany

[72] Zoltie N, Hoult G. Adequacy of general practitioners' premises for minor surgery. BMJ. 1991 Apr 20; 302 (6782):941–942

[73] Harmatz A. Surg Clin N Am 89 (2009) 587-598

[74] D’Eramo E.M.; Bookleess S.J.; Howard L.B. Adverse events with outpatient anestesia in Massachusetts. J. Oral Maxilofac Surg 2003; 61: 703-800.

[75] Martínez Martínez JC, Ferrándiz J, Martínez Martínez F. en Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia. . Arribas Blanco JM. Jarpio Ed. 2000. Vol I: 141 y 142: 962-70.

[76] Arrivas JM, Fernández Cañadas S, Castelló JR, Rodríguez Plata N. en Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia. . Arribas Blanco JM. Jarpio Ed. 2000. Vol I: 47 y 48: 286-297.

[77] Kuwwada GT: Long-term evaluation of partial and total surgical and phenol matriceptomíes. J Am podiart Med Assoc 81:35-36, 1991.

[78] Zuber T, Pfenninger J. Management ofingrown toenails. Am Fam Physician 1995;52:181-90

[79] Rounding C, Hulm S. Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Library 1999 issue 3 (13 March 1999).

[80] Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. Dermatol Surg. 2001 Mar;27(3):261-6

[81] Pérez Bernal AM, Sánchez Pedreño P, Moreno Jiménez JC, Camacho Martinez F. Cirugía correctora de la Onicocriptosis. Experiencia de 5 años. Valoración resultados. Actas Dermosifilográficas. 1989; 80: 157-160

[82] Alvarez-Calderón Iglesias, O.; Becerro de Bengoa R.; Losa Iglesias, M. *Winograd technique. About one case Rev Intern Cien Podol* 49 ISSN: 1887-7249 Vol. 2, Núm. 2, 2008, 49-56

[83] Aydin N , Kocaoglu B , Esemenli T . Partial removal of nail matrix in the treatment of ingrowing toe nail]. Acta Orthop Traumatol Turc. mayo de 2008-julio; 42 (3) :174-7.

[84] Jiménez Reyes J, Gómez Barrio MI, González Herrada C. Matricectomía química en la cirugía ungular. Actas Dermosifiliogr 1996;87:439-43.

[85] Vaccari S , Dika E , R Balestri , G Rech , BM Piraccini , PA Fanti . Partial excision of matrix and phenolic ablation for the treatment of ingrowing toenail: a 36-month follow-up of 197 treated patients. . Dermatol Surg 2010 Aug; 36 (8) :1288-93. Epub 2010 Jun 2

[86] Rounding C, Bloomfield S: Surgical treatments for ingrowing toenails. *Cochrane Database Syst Rev* **18**(2):CD001541, 2005

[87] Hervé Valdivia Altamirano. Cirugía Menor, Manual de práctica Quirúrgica y Traumatológica en Atención Primaria.: Crioterapia. Pag 79-80. SIMER; SEMERGEN

[88] Zacarian SA: Cryogenics: The cryolesion and the patogénesis of cryonecrosis. In: Cryosurgery for skin and Cutaneous Disordes. 1985; 1:30

[89] Torre D: new Cork cradle of Cryosurgery. J. Med.1967; 67: 465-467

[90] Bergara Martín J. MEDIFAM Vol 8 nº 4 1998 (252-5)

[91] Dawler RPR, Walker NPJ, Physical and surgical therapy. In: Champion RH, Burton JL, eds. Texbook of Dermatology, (5ª ed) Boston: Blackwell, 1992; 3. 109-14

[92] Cox NH, Wagstaff r Ropla AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. Br Med J 1992: 301: 93-6

[93] Blanco Franco MP et al. Guia Práctica clínica de Cirugía Menor en Atención Primaria. Sacyl. Junta de Castilla y León.

[94] Thomas J. Zuber, M.D. ; Dewitt,MD. La escisión fusiforme. Americam Family Physician. Vol2 Mar-Abril 1995 (65-71)

[95] M.E. Gil, S. Muñoz Quirós, J.M. Arribas Escisión Fusiforme en Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. (303-·09)

[96] Pories WJ, Thomas FT. Office surgery for family physicians. Boston: Bitterworth, 1985: 57-64

[97] LeeYT.,Tumors. In Hill GJ. Ed Outpatien surgery. 2ed. Philadelphia: Saunders, 1980: 160-93

[98] Moody BR, McCarthy JE, Senglemann RD: The apical angle: A mathematical analysis of the ellipse. *Dermatol Surg* **27**:61, 2001

[99] Borges AF., Alexander JE. Relaxed skin tension lines, Z-plastieson scars and fusiform escisión of lesions. Br J Plast Surg 1962; 15:242-54

[100] Vistnes LM. Basic principles of cutaneous surgery. In. Epstein E, Epstein E Jr, eds. Skin surgery. 6th ed Philadelphia: Saunders, 1987; 44-55

[101] Wilhelmi, Bradon JMD, Blackwell, Steven JMD; Phillips, Linda GMD Líneas de Langer: Plastic and Reconstructive Surgery. Langer's Lines: To Use or Not to Use: Julio de 1999 - Tomo 104 - Número 1 - pp 208-214

[102] Meirson D, Goldberg LH: The influence of age and patient positioning on skin tension lines. *J Dermatol Surg Oncol* **19**:39, 1993

[103] Moy RL, Lee A, Zalka A. Commonly used suturing, techniques in skin surgery. Am Fam Physiciam 1991; 44: 1625-34

[104] Olbricht S. Biopsy techniques and basic excisions. In : Bolognia J, Jorizzo J, rapini R, eds.Dermaology. London: Mosby; 2003: 2269-2286

[105] Quintana JL, Morrell ME. Drenaje de los abscesos cutáneos. En Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia Vol I. Nº58 (349-353)

[106] Castelló JR, Arribas JM, Sánchez Olaso A: Procedimientosde sutura quirúrgica. En Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Ed Jarpio VolI; 10: 67-73

[107] Salasche SJ, Winton GB, Adnot J. Surgical pearls Dermatol Clin. 1989 Jan;7(1):75-110.

[108] Hochberg J, Meyer KM, Marion MD. Surg Clin N Am 89 (2009) 627-641

[109] Limberg A. Mathematica lprinciples of local plastic procedures on the surface of the human body. Medgis, Leningrad, Russia, 1946.

[110] Dufourmentel C. An L-shaped fl ap for loss in shape defects. Transactions of the third International Congress in Plastic Surgery. Amsterdam, Holland. 1963

[111] Masson JK, Mendelson BC. The banner flan. Am J Surg 1977; 134(3): 419-23

[112] Zitelli, J.A. The bilbobed flan for nasal reconstructions. Arch Dermatol 1989; 125: 957-9

[113] Calderon O W, Bonacita A S, Calderon M D, Paillalef CA, Elguetan NR. Colgajos útiles en Cirugía General P1ª. Rev Chilena de Cirugía Vol 62 Nº 6 Dic 2010 pag 649-652

[114] Atallah L. Repración del lóbulo de la oreja hendido. Dermatología Práctica Vol 9 Enero 2001 (26-28)

[115] Parra A, Sada FJ, Urdanoz MJ. Reparación del lóbulo de la Oeja rasgado. En Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia- Jarpio Ed. Vo II 73 :(450-456)

[116] Simons G, Legray P, Darsonval V, Greco JM. La réparation du lobe de l'oreille. Ann Chir Plast estht 1985; 30: 154-7

[117] Walike J, Larrabee WF. "How to do it" Repair of the cleft ear lobe. Laryngoscope 1985; 95: 876-7

[118] Herzenberg, J.E. Johann Friedrich August von Esmarch: His Life and Contributions to Orthopaedic Surgery, Iowa Orthop J. 1988; 8: 85–91.

[119] Orden SAN/12/2011, de 20 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los Servicios Sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud.

[120] Braun-Falco O.; Plewig G.; Wolf H.H.; Winkelmann R.K. Dermatología. Ed Springer- Verlag Ibérica. 1994

[121] Bode U, Plewig G. Klassifizierung von follikulären Zysten: epidermalen Zysten einschließlich Günther sebocystomatosis, Steatocystoma Multiplex und trichilemmal Zysten]. Hautarzt. 1980 Jan;31(1):1-9.

[122] Hasen SL, Skin and subcutaneous tissue. In: Brunicardi FC, editor. Schwartz's principles of surgery. 8th edition. New York: McGraw-Hill professional: 2004. p 437.

[123] Chandawarkar RY, Rodriguez P, Roussalis J, et al. Minimal –scar segmental extraction of lipomas: study of 122 consecutive procedures. Dermatol Surg 2005; 31 (1) 59-63 (discussion: 63-64)

[124] Brenn T. Neoplasms of Subcutaneous Fat. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, et al. Editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th edition. New York: Mc Graw-Hill; 2008, p. 1164-5, 90-3.

[125] Gervas,J.; Ortún, V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de Familia. Atem Prim. Vol16 Nº 8. Nov. 1995.

[126] Gonzalez Cano J, Selles Decchent R, Guinot Martinez E, Berenguer Tarin MªV. Cirugía Menor. Guia de actuación Clínica en A.P. Comunidad Valenciana.

[127] Beneyto Castelló F, José M.ª Moreno Arroyo*; Joaquín Navarro Badenes J. García Torán JM, Pascual López L. Cirugía Menor en Atención Primaria. Rev. Terapéutica. Comunidad Valenciana.

[128] Caballero, Gómez O. Guía de la Cirugía Menor en AP: Área 6 Atención Primaria. Insalud - *Madrid, 1999*

[129] Maguire N. Effect of a skills programme on minor surgical workload in general practice. Ir Med J 2000;93:136-8.

[130] Berry DP, Harding KG. Potential pitfalls of minor surgery in general practice. Br J Gen Pract 1993;43:358-9.

[131] Weddington WH, Gabel LL,Williams T. Surgical practice and perceived training needs of selected Ohio Family Physicians. J Fam Pract 1986;23:247-52.

[132] Urraca J, Ayuso R, Olasgasti C. cirugía menor en los centros de salud cuadernos de Gestión 1995; 1: 165-74

[133] Segovia de Arana JM. Formación médica continuada. Principios generales. En: La formación de los profesionales de la salud. Formación pregraduada, posgraduada, y formación continuada. Madrid: Fundación BBV, 1998; 405-416.

[134] Martín Fernández J., M. Martínez Marcos M., Ferrándiz Santos J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001

[135] Tissier J, Rink E. Evaluation of minor surgery courses for general practitioners. Med Educ 1996; 30: 333-338

[136] Arroyo Sebastián A; Tomás Gómez AJ; Andreu Galvez J; García Peche P; Arroyo Sebastián MA; Costa Navarro D; Lacuela Gomez J; Schwatz Chavarri H; Leyn van der Swalm F; Calpena Rico R. Programa de implantación y desarrollo de la CM en AP A.P. 2003; 32 (6) 371-375.

[137] Menarguez Puche JF; Alcántara Muñoz PA; González Caballero JD; García Cánovas A; López Piñera M; Cruzado Quevedo. Cirugía Menor en Atención Primaria:¿es válido la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? A.P. 2003; 31(1)23-31

[138] Rudika Gmajnić, Sanda Pribić, Anita Lukić, Barbara Ebling, Nikola Čupić, and Ivana Marković. Effect of Surgical Training Course on Performance of Minor Surgical Procedures in Family Medicine Physicians' Offices: an Observational Study Croat Med J. 2008 June; 49(3): 358–363

[139] Thompson AM, Park KG, Kelly DR, MacNamara I, Munro A. Training for minor surgery in general practice: is it adequate?. J R Coll Surg Edinb. 1997 Apr;42(2):89-91.

[140] Friedlich M, MacRae H, Oandasan I, Tannenbaum D, Batty H, Reznick R, Regehr G. Structured assessment of minor surgical skills (SAMSS) for family medicine residents. Acad Med. 2001 Dec;76(12):1241-6.

[141] Williams RB, Burdge AH, Jones SL. Skin biopsy in generalpractice. BMJ 1991;303:1179-80.

[142] McWilliam LJ, Knox F,Wilkinson N, Oogarah P. Performanceof skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991;303:1177-9.

[143] Dando P. Medico-legal aspects of minor surgery. J Med DefUnion 1991;7:12-3.

[144] Shrank AB. General practitioners and minor surgery. Br J Dermat 1991;125:599-600.

[145] White M. The dermatologist's view. Br J Hosp Med 1993;49:153-4.

[146] Lowy A,Willis D, Abrams K. Is histological examination of tissue removed by general practitioners always necessary? Before and after comparison of detection rates of serious skin lesions. BMJ 1997;315:406-8.

[147] Brazier JE, Lowy A. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991; 303:1472-4.

[148] Paraskevopoulos JA, Hosking SW, Johnson AG. Do all minor excised lesions require histological examination? Discussion paper. *J R Soc Med.* 1988 Oct;81(10):583–584.

[149] Pandya KA, Radke F. Surg Clin N Am 89 (2009) 677-687.

[150] Wade CL, Haley JC, Hood AF, The utility of submitting epidermoid Cysts for histologic examination. Int j Dermalol 2000; 39(4): 314-5.

[151] Salinas Martín, M.V., Muñoz Repetol., Hernández Gonzalo D., Cañadas de León M. Calidad del informe de solicitud de estudio anatomopatológico y motivos de consulta en cirugía menor ambulatoria de atención primaria Aten Primaria. 2007;39(2) | 105.

[152] Vaquero Martínez J.J., García Aparicio J.M., Díaz Gómez J., Blasco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. Aten Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 86-91.

[153] Cruzado Quevedo J., Hernández Soler J., Alcántara Muñoz P., López Román F.J.,Contreras García C., Sánchez Quiles C. The costs of a program of minor surgery during one year in a Primary Health Care centre. MEDIFAM 2003; Vol 13: 277-284.

[154] Brown JS, Ridsdill Smith R, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery a success story Br J Gen Pract 1997; 27: 205-10.

[155] Stuart J., Ridsdill R., Cantor t., Chesover D., Yearsley R.,. General practitioners as providers of minor surgery—a succces story? . *Br.J.Gen Pract 1997;47;205-210.*

[156] Arribas J.M. Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del Médico de Familia: factibilidad, coste-efectividad,.-*Ponencia del XIV Congreso Nacional de MFyC, 1994, Madrid.*

[157] Brown J.S. Should general practitioners perform minor surgery? *Br. J. Hosp. Med 1988;39:103.*

[158] Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams B. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ 1993; 307: 413-17.*

[159] Gómez Langley, S. L., Sánchez Laguna F.J., Portero Bolaños A., Martín Blanco R. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de Cirugía Menor en Atención Primaria Aten Primaria. 2008;40(5):263-9

[160] KearneyCr, Holme SA, Burden AD, Mc Henry P. Long term patient satisfaction wirh cosmetic outcome of minor cutaneous surgery. Australas J Dermatol. 2001; 42: 102 -5.

[161] Alfaro González, J.V.; García Giralda, L.; Guirao, L.; Casas, I.; Sandoval, C.; Buitrago, L. Gestión de calidad en el programa de cirugía menor en Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial 2004; 19(6): 380-7.

[162] Berenguer Tarin MV, González Cano J, Aliaga Abad F. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. Centro de Salud. 2002;6:341-7.

[163] Caballero-Martínez F. Cirugía Menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. Aten Primaria. 2005;36:535-6.

[164] Ramos Maestre,M.J.; Gonzalez Ferreño, a.; Sarandeses Fernandez Santa Eulala,R.; Marques Cavalcante,K. Cirugía menor: Nuestra experiencia. XV Congreso de la SVFIC.

[165] Arroyo Sebastián,A.; Tomás Gómez, A.J.; Andreu Gálvez, J.; García Peche, P.; Arroyo Sebastián, M.A ; Costa Navarro, D.; Lacueva Gómez, J.; Schwartz Chavarri, H. ; Leyn van der Swalm, F.;. Calpena Rico, R. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria Atención Primaria, Volume 32, Issue 6, 2003, Pages 371-375.

[166] Menéndez Villalba, C; Núñez Losada, MC; Fernández Domínguez, MJ; García Machi, A Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud Aten Primaria. 1998;22:125-6. - vol.22 núm 2.

[167] Matia Cubillo, A.C.; de Juana Izquierdo, F.J.; Zhygálova, O.; Udaondo Cascante, MºA. Cirugía menor en el ámbito rural y urbano. Aten primaria 41, Jul 2009. (422-423).

[168] Ambulatory Surgery. Agence Nationale d'Acreditation e Evaluation en Santé, 1997. The Cochrane Library 2000-Issue 2. CDR Data base numbers HTA -988426.

VIII.
ANEXO

ANEXO I

Procololo de derivación

ANEXO I

Derivaciones desde los Centros de Salud - Patología de la piel y Partes Blandas sugestiva de Cirugía

LESIONES SUPERFICIALES
(Menores de 4cm, no adenopatías ni lesiones en cuello o pliegues interdigitales. No motivos estéticos)

Lesiones pigmentadas
Fibromas
Queratosis
Dermatofibromas
Lesiones de predominio superficial
Neoformaciones

→ DERMATOLOGÍA
Cirugía Dermatológica

→ ALTA

LESIONES SUBCUTÁNEAS CON DIAGNÓSTICO CERTERO
Menores de 8cm.
Situadas lejos de estructuras vitales
De supuesta solución quirúrgica sencilla con anestesia local

Quistes epidérmicos,
Lipomas,
Uña incarnata,
Hidrosadenitis
Lesiones superficiales en cuero cabelludo
etc

→ ***INFORMACIÓN ADICIONAL*** (solo si precisa)
Analítica, RX, ECO, ECG, etc (según comorbildad)
Tratamiento actual, antecedentes, alergias
Tratamiento Anticoagulante. (Adiro, Sintrom)

→ **CIRUGIA DE ALTA RESOLUCIÓN**

CONSULTA DE PARTES BLANDAS → **CIRUGIA DE ALTA RESOLUCIÓN**

→ Intervención

→ **ALTA**

LESIONES SUBCUTÁNEAS SIN DIAGNÓSTICO CONOCIDO Y TAMAÑO CONSIDERABLE QUE PRECISAN DE ESTUDIO PREVIO Y VALORACIÓN POR EXPERTO ANTES DE UNA POSIBLE CIRUGÍA.

LESIONES CERCANAS A ORIFICIOS NATURALES O ESTRUCTURAS VITALES
Bultomas no filiados

CONSULTA DE PARTES BLANDAS →
- Otros Servicios
- Otros Tratamiento
- Quirófanos Centrales

ANEXO II

Sistema informático utilizado

Sistema informático Utilizado

El sistema informático para el registro del trabajo de Cirugía Menor, es una aplicación del programa preparado en *Acces 2003*, con múltiples tablas relacionadas (Fig1) en el que se encuentra gran cantidad de datos protocolizados. Campos como "Juicio diagnóstico", "Técnica utilizada", "Situación de la lesión" "Diagnóstico Anatomopatológico", "Complicaciones", "Secuelas" y otros, se encuentran en sus respectivas tablas, abriéndose la correspondiente cortinilla en el campo particular del mismo nombre en cada registro de paciente. Otros datos son rellenados en el *Formulario* general de forma individualizada. (Fig 2)

El programa facilita mucho el trabajo administrativo, cuenta con varios *Macros (Fig 3)* de forma que una vez que están completados los datos en el Formulario y accionando el botón correspondiente, se obtiene el impreso de la "Recomendaciones postoperatorias", el "Informe de Asistencia Ambulatoria", que sale impresos con el Nombre del Centro de Salud del paciente, y con los nombres tanto del Médico como del personal de enfermería correspondientes. De la misma manera y mediante otros dos *Macros* más, se obtiene el Protocolo Operatorio y el impreso de Petición de Estudio a Anatomía Patológica.

Figura 3. *"Macros"*

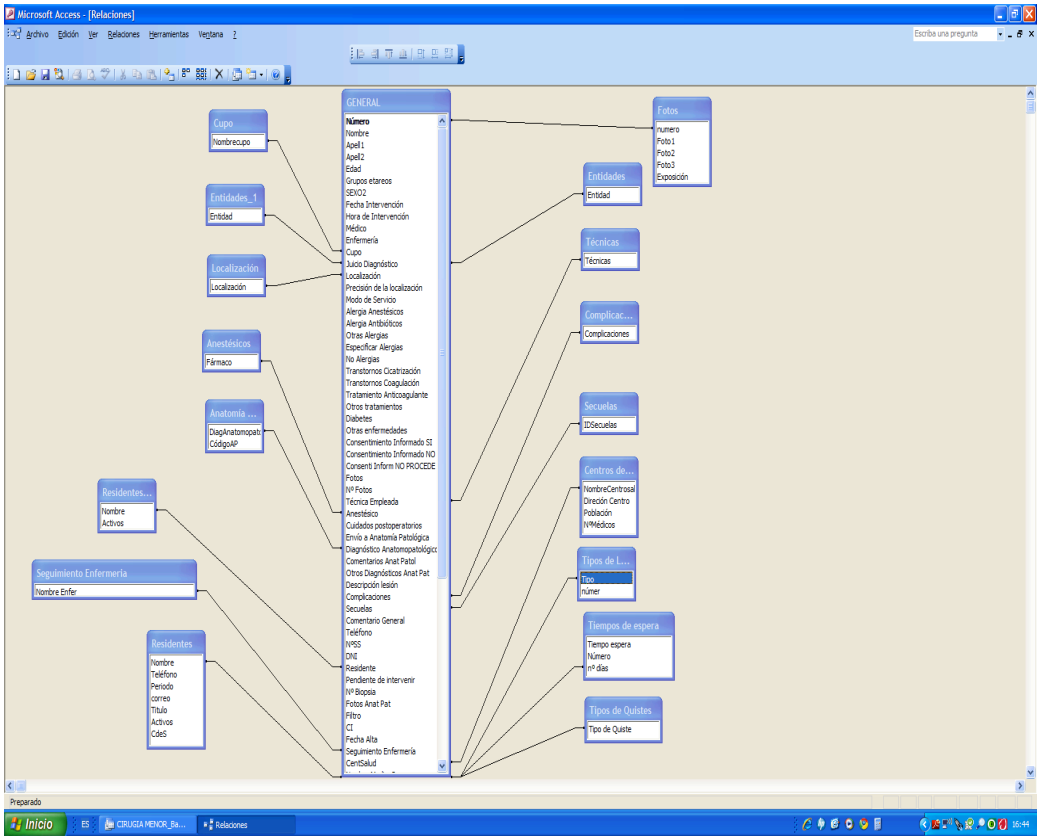


Figura 1: Tablas de la Base de datos y sus relaciones

El programa cuenta además con la posibilidad, mediante otro *Macro*, de presentar un "Informe gráfico", con tres fotografías obtenidas durante el proceso (antes de la intervención, durante la misma, sutura, pieza extirpada, corte Anatomopatológico, resultado final, etc). Para ello, las fotos realizadas han de descargarse en el Fichero "FOTOS" situada en la raiz del Disco C del ordenador. Con este sistema se consigue que la base de datos no ocupe demasiado y sea más manejable en todos los casos.

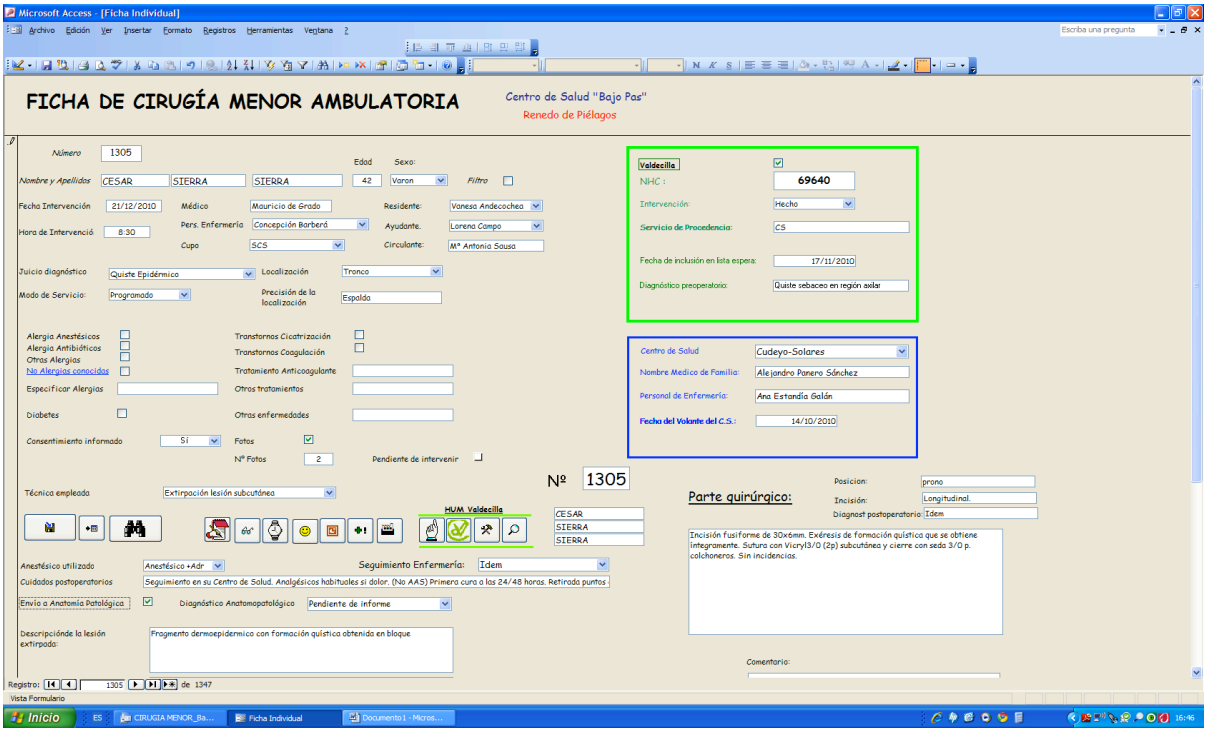


Figura 2. Formulario de la Ficha de Cirugía Menor

Finalmente, el programa dispone de múltiples informes diseñados para la explotación de los dados de la Base con los que se obtiene información constante y en tiempo real de la actividad realizada hasta el momento. Tiempos de espera desde que los pacientes fueron derivados en su Centro de Salud hasta que se les vio por primera vez en la Consulta de Cirugía de Partes Blandas, o desde esta fecha hasta su intervención. Gráficos de las personas que han participado en el Programa de Docencia, Derivaciones desde los Centros de Salud, perfil del paciente de Cirugía menor etc. (ver distintos Gráficos en la presente Memoria).