



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

LA EXCELENCIA EN LA CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

Memoria que presenta para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Ismail Jumah Ismail Salem

Director: Prof. Fernando Docobo Durantez

Sevilla, 11 de febrero de 2014

Índice

ACRÓNIMOS	9
CAPÍTULO I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	10
Objetivo Primario: Creación y desarrollo de un programa de cirugía menor en un centro de salud.....	11
Objetivo secundario: La eficiencia de la cirugía menor en un centro de salud.....	12
CAPÍTULO II. HIPÓTESIS	13
Observación de los hechos sobre la Cirugía Menor	14
Formulación de la hipótesis	14
Análisis de hechos	14
Planteamiento de la hipótesis.....	14
CAPÍTULO III. INTRODUCCIÓN	16
Justificación de la investigación.....	17
Marco geográfico y legislativo	18
Marco teórico y conceptual.....	24
CAPÍTULO IV. PROBLEMAS DE LA CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN EL S.A.S.....	28
Estado actual de problemas en la Cirugía Menor	29
Posibles vías para el eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor	31
La lógica de la intervención.....	35
Los factores externos	36
Los indicadores de Calidad Objetivamente Verificables	36
Las fuentes de verificación.....	36
Programación de actividades	37
Programación de recursos	37
Los factores de viabilidad.....	37
El documento del proyecto que se aplicará al ambulatorio para conseguir el objetivo específico	37
Matriz de Planificación de Proyecto del Centro Palos-Mazagón para la excelencia del Centro de Salud	38
Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria	40
Cartera de servicios.....	40
Criterios para la realización – indicaciones.....	40
Contraindicaciones.....	41
Contraindicaciones por enfermedades crónicas o Antecedentes personales.	41
Intervención quirúrgica	42
Seguimiento del paciente, circuito de derivación y complicaciones.....	43
Circuito de derivación	43
Complicaciones.....	44
Dotación de la sala (Infraestructura y mobiliario y material fungible).	44
Ruta del paciente.....	46

Limpieza y esterilización del material	47
Técnica del lavado de manos clínico	47
Derivación a nivel especializado	48
Sistema de registro.....	48
Anatomía patológica	48
Capacitación de profesionales.	49
El adiestramiento quirúrgico	49
Resolutivos en complicaciones postoperatoria	49
Alta y seguimiento	49
Evaluación profesional continuada	49
Documento del proyecto	50
CAPÍTULO V. PACIENTES Y MÉTODOS.....	51
La Unidad de Gestión clínica Palos-Mazagón.....	52
Tipo de estudio	53
Criterios de inclusión	54
Criterios de exclusiones	54
Contraindicaciones.....	55
Procedimiento quirúrgico y técnicas quirúrgicas de elección.	56
La anestesia local.....	56
Suturas.....	56
Cirugía menor de la uña	61
Uña encarnada	61
Panadizo	63
Extirpación matriz ungueal.....	64
Quiste Sebáceo o epidermoide	67
Extirpación de verrugas.....	70
Extirpación de nevus.....	72
Absceso cutáneo	74
Lipoma	76
Dermatofibroma	78
Fibroma péndulo.....	79
Queratosis seborreica	80
Queratosis ictinia	81
ANÁLISIS DE COSTES QUIRÚRGICOS.	82
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR U.G.C. PALOS-MAZAGÓN ..	88
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	90
Población de estudio	91

Procedimiento quirúrgico más utilizado	92
Localización anatómica	92
Diagnóstico más prevalentes.....	93
Tiempo transcurrido entre diagnóstico e intervención.....	93
Complicaciones postoperatorias	94
ANÁLISIS DE COSTES	95
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	96
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	97
Comparación entre el C.A.P. de Palos-Mazagón (Huelva) y La Almunia de Doña Godina (Zaragoza). ...	98
Análisis de la metodología del enfoque del Marco Lógico, empleada en nuestro estudio.....	99
Los costes de la cirugía menor en atención primaria.....	101
Análisis de un programa de salud	104
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES	106
CAPITULO IX. BIBLIOGRAFIA	108
CAPÍTULO X. ANEXOS.....	113
ANEXO I. La cirugía menor en Andalucía procedimientos codificados en la CIE-9-MC	114
ANEXO II. Intervención quirúrgica y seguimiento de pacientes.	116
ANEXO III. Circuitos que permitan la confirmación anatomopatológica de las lesiones.....	118
ANEXO IV. Protocolos de seguimiento para la atención al dolor posquirúrgico.	119
ANEXO V. Consentimiento informado.....	120
ANEXO VI. Hoja de recomendaciones para el paciente.	121
ANEXO VII. Recepción del usuario con hoja de derivación.	123
ANEXO VIII. Hoja informativa para el paciente después de la intervención.	124
ANEXO IX. Verificación de existencia de materiales necesarios.	126
ANEXO X. Lavado de manos.....	127

Figura 1. Deficiente funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria	29
Figura 2. Insuficiente calidad de la información sobre la Cirugía Menor.....	30
Figura 3. Poca coherencia en criterios de funcionamiento.....	30
Figura 4. Deficientes servicios sanitarios e infraestructuras	30
Figura 5. Recursos Humanos poco cualificados.....	30
Figura 6. Eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria	31
Figura 7. Lógica vertical simple	35
Figura 8. Uña encarnada	61
Figura 9. Panadizo	63
Figura 10. Extirpación matriz ungueal.....	64
Figura 11. Quiste sebáceo	67
Figura 12. Quiste sebáceo extirpado.....	67
Figura 13. Verruga.....	70
Figura 14. Nevus	72
Figura 15. Absceso cutáneo	74
Figura 16. Lipoma	76
Figura 17. Dermatofibroma.....	78
Figura 18. Fibroma péndulo	79
Figura 19. Queratosis seborreica	80
Figura 20. Queratosis ictinia	81
Figura 21. Comparación del gasto público entre países de la U.E., España y Andalucía.....	84
Figura 22. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.....	85
Figura 23. Procedimiento quirúrgico más utilizado.....	92
Figura 24. Localización anatómica de lesiones	92
Figura 25. Diagnósticos más prevalentes.....	93
Figura 26. Satisfacción general	96
Figura 27. Percepción del paciente sobre Cirugía Menor.	96
Tabla 1. Criterios otorgados al análisis de los problemas en Cirugía Menor.....	32
Tabla 2. Clasificación numérica de los problemas	33
Tabla 3. Condiciones y objetivos para alcanzar la solución del problemas	34
Tabla 4. Matriz de Planificación	39
Tabla 5. Criterios de inclusión	54
Tabla 6. Contraindicaciones absolutas.....	55
Tabla 7. Contraindicaciones relativas	55
Tabla 8. Lesiones cutáneas y técnicas quirúrgicas de elección	60
Tabla 9. Análisis de Coste quirúrgico.....	82
Tabla 10. Costes totales para cirugía menor en Palos-Mazagón (SAS).....	83
Tabla 11. Costes totales para cirugía menor en centros de salud privados.	83
Tabla 12. Encuesta de satisfacción en cirugía menor	88
Tabla 13. Población de estudio.....	91
Tabla 14. Intervenciones por género.....	91
Tabla 15. Tiempo transcurrido entre diagnóstico e intervención.	93
Tabla 16. Complicaciones postoperatorias.....	94
Tabla 17. Análisis de costes	95
Tabla 18. Costes totales para cirugía menor en Palos-Mazagón (SAS).	95

La excelencia en la Cirugía Menor Ambulatoria

“El ignorante afirma, el sabio duda y reflexiona.”

Aristóteles

AGRADECIMIENTOS

Con estas líneas quiero agradecer sinceramente el apoyo prestado para poder llevar a buen fin este trabajo.

Especialmente quiero agradecer a D. Fernando Docobo Durantez, Director de esta Tesis, por sus valiosos conocimientos y por tener siempre su puerta abierta para resolver mis dudas, solucionar cualquier problema, apoyarme de forma incondicional y por la gran confianza que ha depositado en mí.

Quiero agradecer a los compañeros de trabajo de Palos-Mazagón por su ayuda y apoyo en parte de mi trabajo.

Al Departamento de Cirugía por facilitar en todo momento la información que he requerido.

A mis amigos, especialmente a José por su gran ayuda.

A mis padres que siempre me han aconsejado en mis momentos de duda.

A mi querida Rosa Carmen, que ha estado siempre a mi lado favoreciendo mi labor con su buena disposición de ánimo y que, a pesar de lo difícil del camino, ha tenido claro mis posibilidades contando siempre con su inestimable consejo, su aliento y su inmensa paciencia.

¡Gracias a todos y todas!

ACRÓNIMOS

AP. Atención Primaria

BR+EDS. Rebanado + electrodesecación superficial.

CAP. Centro de Atención Primaria.

CIE9 MC. Clasificación Intenacional de Enfermedades. Novena Revisión. Modificación Clínica.

Cm. Cirugía Menor

CmA. Cirugía Menor Avanzada

CmAmb. Cirugía Menor Ambulatoria

CmB. Cirugía Nacional Básica

EML. Enfoque Marco Lógico

ESP. Estrategia de Seguridad del Paciente

FC. Formación Continua

MPP. Matriz de Planificación de Proyecto

OMS. Organización Mundial de la Salud

SAS. Servicio Andaluz de Salud

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNS. Sistema Nacional de Salud

SSPA. Sistema Sanitario Público Andaluz.

CAPÍTULO I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo Primario: Creación y desarrollo de un programa de cirugía menor en un centro de salud

Conocer el ámbito y las posibles dificultades existentes para la puesta en marcha e implementación de la cirugía menor en un centro de salud de la comunidad autónoma.

Se trata de los médicos de familia y enfermeros fundamentalmente, aunque también se debe hacer referencia al centro de salud y la consejería de salud.

Es necesaria la formación del profesional en cirugía menor así como implementar un protocolo de actuación previo al inicio de la actividad.

Mejorar el grado de satisfacción del paciente con unos tratamientos que son muy bien recibidos, ya que la intervención va a ser llevada a cabo por un profesional conocido de un entorno cercano y con el que tiene confianza.

Objetivo secundario: La eficiencia de la cirugía menor en un centro de salud

¿Es necesario un Marco Lógico cuando la Consejería de Salud, tiene un Plan de Calidad?

La Consejería de Salud, a través del Plan de Calidad 2010-14, propone el abordaje integral de los procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. En esta publicación se presenta de forma ordenada todos los pasos necesarios para desarrollar un sistema de gestión integrada de los procesos asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La gestión por procesos se conforma como herramienta a conseguir los objetivos de Calidad Total, es decir, procura de forma rápida, ágil y sencilla asegurar el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma.

Desde nuestro punto de vista, los proyectos, los programas y los planes, realizados desde las Administraciones públicas les sobran retórica y les falta mentalidad práctica. En el Plan de Calidad existen treinta y cinco páginas de proyectos con sus respectivas acciones pero no aparece la forma de cómo realizar dichas acciones por lo que cada organismo o Centro de Salud se limitará a realizarlas según puedan o sepan.

Es en este momento, donde se puede intuir la necesidad que le damos a la aplicación del Marco Lógico y la posterior Matriz de Planificación del Proyecto, dicho de otra manera, el Marco Lógico es el proyecto en sí de la Administración pública y la MPP abarcará las acciones. Estamos favoreciendo que cada Centro de Salud tenga la herramienta para abordar las acciones que aparecen en los proyectos y de igual manera la de añadir otras muchas que se viesan necesarias para el Centro de Salud en concreto.

CAPÍTULO II. HIPÓTESIS

Observación de los hechos sobre la Cirugía Menor

- Existe desconfianza de los cirujanos y dermatólogos sobre la cirugía menor.
- Existe una deficiente formación a todos los niveles.
- Precariedad en infraestructuras quirúrgicas.
- Usuarios reticentes en ser atendidos en un centro de salud

Formulación de la hipótesis

La controversia existente alrededor de la cirugía menor es producto de un descontento generalizado por parte de otros profesionales hacia la cirugía menor y su forma de llevarla a cabo.

Análisis de hechos

Entre los profesionales que practican la cirugía menor como algo secundario existe un descontento con la situación del tema de la práctica de la cirugía menor. Toman acciones en contra de eso, para poder presionar a los gestores políticos.

Proceden a planteamientos que se basan en el solape de sus competencias. Acaban diciendo que hay una deficiente formación a todos los niveles, así como, unas deficientes infraestructuras quirúrgicas. Esta actitud crea reticencia de los usuarios que prefieren ser atendidos en un hospital y promueven las reclamaciones.

Planteamiento de la hipótesis

“La cirugía menor puede ser realizada con excelencia en los Centro de Salud.”

El Sistema Sanitario se debe ver mejorado por el ahorro del gasto, la cualificación práctica de los profesionales mejorará. Siempre que haya una capacitación profesional que realice diagnósticos y que elaboren y lleven a cabo elementos terapéuticos y quirúrgicos siempre apoyados por el establecimiento de protocolos y su seguimiento para que los procesos y técnicas estén bien delimitados existiendo una estandarización de las habilidades y que se produzca un control constante.

CAPÍTULO II. HIPÓTESIS

El S.A.S. establece en la Cartera de Servicios de la cirugía menor para el profesional, elementos de calidad para el momento de la intervención quirúrgica y el posterior seguimiento del paciente, apoyado todo ello por indicadores verificables. (Ver anexo II).

CAPÍTULO III. INTRODUCCIÓN

Justificación de la investigación

A lo largo del tiempo muchas han sido las figuras profesionales que han realizado funciones que se pueden enmarcar en el campo técnico-quirúrgico. Dentro de la finalidad de aproximarnos hacia una cirugía menor de calidad, pretendemos:

- Ordenar la regulación legislativa que ha determinado la evolución del sanitario capacitado en cirugía menor (*BOE núm. 129, de fecha 28 de mayo de 2009, en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo*).
- Determinar la relación entre la evaluación de reacción de los profesionales ante la formación continuada en cirugía menor y el desarrollo de dicha actividad en un área de salud.
- Examinar el rechazo existente de la opinión médica general hacia titulaciones clínicas que desempeñan la cirugía menor.
- Establecer el Enfoque de Marco Lógico (EML) para el desarrollo de planes dirigidos a centros de salud donde se realicen operaciones de cirugía menor.
- Definir la formación continua (FC) como proceso de aprendizaje activo, que se inicia tras la formación básica, el cual está destinado a mejorar la capacitación.
- Establecer las pautas de planes en ambulatorios para fomentar la formación continuada en la cirugía menor que potencien nuevos conocimiento y habilidades.
- Potenciar la formación recibida y su repercusión sobre la actividad diaria respecto a su capacitación.

Marco geográfico y legislativo

La Edad Moderna y concretamente en el período de los siglos XV – XVI que abarca el Renacimiento es cuando se comienza a jerarquizar y a concretar la clasificación de Profesiones Sanitarias.

El profesor D. Francisco Herrera (Herrera, 2009), hizo un recorrido histórico de la Cirugía Menor en nuestro país, a lo largo de los últimos siglos en la II Jornadas de Cirugía Menor realizada en Cádiz en 2009, en su conferencia resalta que la Cirugía Menor no es algo que se enmarque sólo en un contexto contemporáneo, sino que de hecho se encuentra avalada por la tradición de siglos.

El profesor Herrera tacha de adánicos a los estudios llevados a cabo desde los años 50 hasta nuestros días, como si antes nadie la hubiera tenido en cuenta, los acusa de hacer tabla rasa en todo lo que respecta a esta especialidad.

En la Edad Moderna, existían los médicos y cirujanos denominados “cirujanos latinos”, los cuales, sabían hablar en latín tenían un alto poder adquisitivo e iban a la universidad, por otro lado, estaban los denominados “cirujanos romantistas” que no poseían el conocimiento del latín ni tampoco iban a la universidad y que además debían para poder ejercer examinarse ante el tribunal conocido como “protomedical” para obtener la licencia, y por último, se encontraban con los “barberos sanadores” que estaban bajo el control del denominado tribunal del “protobarberato”, fueron los Reyes Católicos los que desautorizan al tribunal del protobarberato forzando a los barberos sanadores a examinarse con el tribunal protomedicator. En 1688 aparece una nota que prohíbe a los barberos cirujanos sangradores realizar sangrías bajo pena condenatoria, a no ser que fuese por prescripción facultativa.

Se extrae de estas líneas que se produce una proliferación de empíricos durante este periodo histórico llegando a tenerse que establecer una jerarquía visible al respecto. A finales del siglo XVI y durante las primeras décadas del siglo XVII, se dice que en España había unos tres mil barberos sanadores y entre seiscientos y mil médicos.

En el siglo XVIII durante las dinastías de Felipe V, Fernando VI y Carlos III, se produce un auge científico y cultural apareciendo la figura del político regeneracionistas que pretende aumentar la población para mejorar la economía, son los llamados políticos ilustrados. Se preocupan por la mejora de las infraestructuras sanitarias, así como, la formación de los sanitarios y reglamentos oficiales.

En 1739 en España se establece el Reglamento de los Hospitales Militares. Donde se delimitarán las funciones de los practicantes de cirugía. Hay que señalar que los practicantes son los profesionales que hacen prácticas para llegar a ser cirujanos y tienen que obedecer al cirujano mayor tienen que preocuparse por que en el hospital no falten vendas ni materiales de cura, además deben estudiar la evolución de los heridos y de practicar sangrías.

Será el cirujano Pedro Virgili i Bellver el que creará en 1748 el Real Colegio de Cirugía de la Armada en la ciudad de Cádiz con la finalidad de crear buenos cirujanos para la marina pero además para asegurar de que si la universidad no proporcionaba buenos cirujanos hacer lo necesario para la mejora de la reforma médicas y quirúrgicas necesarias. En 1760 se marchó a Tarragona con el mismo propósito que le llevó en Cádiz a crear el Real Colegio de Cirugía de Tarragona. Su discípulo Antonio Gimbernat que se formará en Inglaterra con John Hunter será el fundador del Tercer gran Colegio de Cirugía en Madrid. Estos son los tres Colegios de Cirugía que justificaron los cambios en la cirugía española de este siglo y acabaron con el tribunal del protobarberato.

En la España de 1850 hay 15.000.000 de habitantes con un predominio de la población rural, 4.000 médicos, 6.000 cirujanos y 1.500 sangradores con un predominio de estos en las áreas urbanas produciéndose una discriminación entre áreas rurales y urbanas.

Esta discriminación será denunciada por el higienista de la época Felipe Borlano, quien sentenciará que: *“En España no hay siquiera la mitad del personal facultativo necesario, o sea que la mitad de los habitantes carecen de asistencia higiénica, médica y farmacéutica”*.

Desde principios del siglo XIX se produce una necesidad de sanitarios de grado medio o de segundo nivel para que realizasen la profesión de cirujano en el medio rural, debido a que los profesionales con títulos no se desplazaban al medio rural a ejercer, se debía potenciar otras opciones.

A lo largo de este siglo coexistieron los cirujanos sangradores de 1804, junto con los cirujanos de primera, segunda, tercera y cuarta categoría en 1836 y con el problema añadido de que no existía una diferenciación clara entre el cirujano de primera y el de cuarta. En 1846 aparece el título de cirujano Ministrantes y tres años más tarde, en 1849, el de Facultativo de Segunda Clase. Será en 1857 cuando aparecerá el Título de Practicante por orden del Ministro Claudio Moyano y anulará los títulos de cirujano ministrante y el de Facultativo de Segundo Nivel creados años atrás.

El Ministro Manuel Orovio Echagüe creará para desgracia de los cirujanos practicantes la especialidad de cirujanos dentistas, lo que en parte le quitaría protagonismo a los primeros.

Hay que entender la evolución histórica para entender lo que hoy en día se viene realizando en cirugía menor dentro de un contexto, o por el contrario acabaremos centrándonos sólo en los planes de estudios o técnicas realizadas actualmente como si no hubiese existido tratados, estudios o interés sobre la cirugía menor. De hecho hacia la segunda mitad del XIX aparecen libros de textos sobre la cirugía menor, por ejemplo, el profesor de cirugía de Sevilla, Joaquín Palacios escribió un manual práctico de cirugía en 1846. Rafael Amaller y Romero escribirá “Compendio de Flebotomía” y en 1866 Nicolás Ferrer Pulves publicará el “Compendio de cirugía menor y otro de apósitos y vendajes”. Mención especial hay que hacer a Emilio Luis Sanromán, hombre de armas, que en 1881 publicará “Manual del Practicante en Sanidad” y que cinco años más tarde constituiría la base del Reglamento de 1886 del cuerpo de Practicante de Sanidad de la Armada.

Moviéndonos dentro de un contexto más contemporáneo desde el año 2000 a nuestros días podemos destacar en Andalucía el Contrato-Programa que fue suscrito por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y los hospitales para los años 2001-2004 incluían los siguientes puntos sobre cooperación asistencial entre los Hospitales y los Centros de Salud:

“... en el año 2001, el hospital preparará e impartirá, en coordinación con los Distritos, un programa formativo en técnicas de Cirugía Menor Ambulatoria que permita a estos últimos ampliar su cartera”.

“... dicha ampliación será efectiva en Atención Primaria a partir de Octubre de 2001”.

“... en el año 2004 la mayor parte de la Cartera de Cirugía Menor Ambulatoria que se viene realizando en el Hospital, se realizará en Atención Primaria, excepto la cirugía menor ambulatoria oftalmológica y la sospecha de lesiones malignas de piel”

En 2008 estos puntos sólo se habían cumplido en parte, debido a la oposición o desconfianza de los cirujanos y dermatólogos que han pensado que dicha cirugía es de su competencia. Se defienden diciendo que hay una deficiente formación a todos los niveles desde el médico de familia hasta los enfermeros y critican las deficientes infraestructuras quirúrgicas para realizar tales fines pero olvidan que los gestores políticos están fomentando dichas infraestructuras. También los usuarios en ocasiones muestran cierta reticencia a ser intervenidos fuera de un hospital y acaban interponiendo reclamaciones.

El texto publicado por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de 2012 referente a “*Cirugía Menor: desarrollo de nuevas competencias enfermeras*” se fundamenta en el desarrollo de la Cirugía Menor Ambulatoria sobre la base de profesionales de la medicina como en el campo de la enfermería para realizar las intervenciones señaladas en la cartera de servicios de la Cirugía Menor Ambulatoria, siempre que estos acrediten una formación específica en el desempeño de esta función y que los capacite para hacer uso y/o indicación analgésica y/o productos accesorios, según viene contemplado en el Decreto 307/2009, de 21 de julio.

Esta idea se sustenta en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, donde se dice “Resolver con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión”.

La Cirugía Menor a través de la historia, hitos más relevantes:

Marco legal histórico:

- Real Orden de 19 de junio de 1815 (1)
- Ley de Instrucciones Públicas (Ley Claudio Moyano) de 9 de Septiembre de 1857.(2)
- Las Reales Ordenes de 26 de Junio de 1860 y la de 21 de Noviembre de 1861.(1)
- La Real Orden de 6 de Octubre de 1877
- La Orden del Ministerio de la Gobernación de 26 de Noviembre de 1945 y el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), creado por Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953, (BOE 29 de Diciembre).

Marco legal actual:

- Real Decreto de 17 de noviembre de 1960, BOE núm. 302, que detalla las funciones de ATS, Practicantes y Enfermeros.
- Real Decreto 2128/77, de 23 de julio, (BOE de 23 de agosto)
- El Estatuto del Personal Sanitario de la Seguridad Social (Orden de 26 de abril de 1973, del Ministerio de Trabajo, BOE núm. 102 de 28 de abril de 1973).(3)
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (4) por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, (BOE, 16 septiembre de 2006).

- El BOE núm. 129, de fecha 28 de mayo de 2009, en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, el currículo de las Especialidades de Enfermería Médico Quirúrgica.

Sobre este último punto haremos a continuación un inciso donde desarrollaremos esta orden para su mejor comprensión. La Titulación de Especialidad en Enfermería del Trabajo, es la única que capacita para el ejercicio de la Enfermería en esta área de especialización, como se recoge en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por el que se aprueba el programa formativo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo.

El artículo 22 Vigilancia de la Salud, punto 6 del Capítulo III Derechos y Obligaciones de la ley 31/1995 de prevención de Riesgos Laborales; especifica que “las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada”.

Estas competencias son únicas y exclusivamente del Médico Especialista en Medicina del Trabajo y del Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo.

Como recoge la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias artículo 16 “la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados”.

Es el título de “Especialista en Enfermería del Trabajo” el único válido para la acreditación de un Servicio de Prevención, así como para ejercer las funciones de Enfermería con dicho carácter especializado, tal y como recoge el Artículo 4. Recursos humanos del Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención:

“El personal sanitario debe contar con la cualificación necesaria para el desempeño de sus competencias profesionales: los médicos deberán ser especialistas en medicina del trabajo o diplomados en medicina de empresa. Los enfermeros deberán ser especialistas en enfermería del trabajo o diplomados en enfermería de empresa.”

CAPÍTULO III. INTRODUCCIÓN

Es por toda esta regulación legal, por lo que la única titulación válida para ejercer las funciones de especialista en Enfermería del Trabajo (Servicios Médicos de empresas públicas o privadas y Mutuas) sea la de “Especialista en Enfermería del Trabajo” título que en la actualidad se cursa y adquiere a través del sistema de Formación Especializada (EIR).

Marco teórico y conceptual

Conforme avanza el siglo XIX se produce un avance notable de los conocimientos sanitarios y cambios sustanciales en los planes de estudios de la época, los Ministrantes, por ejemplo, tuvo una vigencia de once años, desde 1846 a 1857.

Los avances que se van produciendo en las capacidades sanitarias, contribuye a que aparezcan especialidades clínicas. La sangría como terapia, se va limitando y poniendo en duda dicha técnica y la consideración de los que realizaban tal técnica, los denominados Sangradores. En su lugar aparece la figura profesional de “Ministrantes”, la cual molesta a la clase médica más inclinada hacia la denominación de “Prácticante”, como concepto de “estudiante en prácticas”, para designar a quienes realizan la Cirugía Menor. Tal afirmación, realizada desde la esfera médica, deja entrever una inadecuación para denominar a esta rama profesional precursora de la Enfermería. La figura del Ministrante es un eslabón más de las profesiones surgidas en la historia de la Enfermería.

No es de extrañar la confusión que implicaba denominar definir el concepto de “Practicante”, no será hasta finales del XIX, es decir, cuarenta años después desde su aparición en el ámbito de la enseñanza oficial, cuando la Real Academia de la Lengua recoja una nueva acepción, la de Practicante (Diccionario de la RAE, 1899, XIII:661).

- a) *“El que posee título para el ejercicio de la cirugía menor”. Es decir que está autorizado para realizar la labor que anteriormente realizaba el ya desaparecido Ministrante”.*
- b) *“El que por tiempo determinado se instruye en la práctica de la cirugía y la medicina, bajo la dirección de un facultativo”.*

En 1857, una nueva Ley de Instrucción Pública suprimirá la enseñanza de la cirugía menor o Ministrante. En un Reglamento posterior, disposición de 26 de junio de 1860, en forma de R.O. se especificarán los conocimientos y condiciones para obtener el título de Practicante (art.40) y el de Matrona (art.41).

La situación actual de la Cirugía Menor en el ámbito de la Atención Primaria se encuentra bastante más desarrollada en países anglosajones en Estados Unidos y Canadá de forma tradicional y en el Reino Unido desde la puesta en vigor del New Contract for General Practitioners, en 1990.

El Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Atención Primaria indica la necesidad en la formación de habilidades quirúrgica, pero no se han tenido en cuenta en programas de formación continuada, tampoco se reconocen instituciones dinamizadoras que tengan competencias en Cm. Esto contrasta con lo que ocurre en Estados Unidos (*American Board of Family Practice, The National Procedures Institute*) o en el Reino Unido (*General Medical Council, Royal College of General Practitioners in conjuntion with the Royal College of Surgeons*). Estas instituciones dinamizan, acreditan y reciclan los procedimientos a realizar según el nivel de entrenamiento en estas actividades.

En Estados Unidos o el Reino Unido, la Cirugía Menor en la Atención Primaria desde hace años se realiza de forma habitual. Los contenidos y la consideración de la cirugía menor, en estos países son muy distintos a las existentes en España. La cirugía menor en estos países anglosajones abarca complejas intervenciones, sin embargo en España son testimoniales y en la práctica son muy pocos profesionales las que la realizan. ^[5-11]

En España, la Cirugía Menor se encuentra incluida como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la Atención Primaria desde el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. Actualizada recientemente en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

La Cirugía Menor en muchas de las comunidades autónomas se practica en los centro de salud, pero con una distinta implantación. Datos ministeriales, indican que la cirugía menor es muy heterogénea en cuanto al protocolo, definición y contenidos, registro de resultados y de datos de actividad.

En este aspecto El Servicio Andaluz de Salud, creado en 1986, de acuerdo con lo previsto en el artículo 64 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía estará adscrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social y acuerdo con lo previsto en la citada Ley desarrollará las funciones que le están atribuidas bajo la supervisión y control de la misma. Respecto a la Cirugía Menor en Andalucía, se enmarca como el Desarrollo de Nuevas competencias Enfermeras.

La cirugía menor, comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo, encaminadas a dar respuesta a una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local o sin ella, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas. (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012).

La práctica de la Cirugía Menor debe estar acompañada de:

- Circuitos que permitan la confirmación anatomopatológica de las lesiones
- Protocolos de seguimiento para la atención al dolor postquirúrgico.
- Protocolos que garanticen una práctica segura.

La realización de intervenciones de cirugía menor está sujeta al tipo de procedimiento a realizar, los requisitos que deben cumplir las instalaciones donde se realicen, y la formación que los profesionales deben poseer para su realización.

Cirugía Menor Básica

- Se considera que la CmB es aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CI9 MC: 86.3; 86.04; 86.05; 86.22; 86.25.
- Podrá ser realizada en todos los centros de salud que disponga de una sala donde se encuentre accesible un equipo de Reanimación Cardio-Pulmonar Avanzado.
- Se ha de haber superado un curso básico acreditado sobre las intervenciones específicas de la cirugía menor básica.
- Formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.

Cirugía Menor Avanzada

Sólo podrán realizarla profesionales que tengan acreditada su formación para ello, además en los centros en que se realice se necesitará disponer de otro tipo de instalaciones más complejas.

- Se considera CmA aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CIE9 MC: 86.01; 86.2; 86.11; 86.23; 86.24; 86.27.
- Podrá ser realizada en todos los centros de salud que dispongan de una sala específica para la realización de este tipo de procedimientos y que deberá de cumplir las características definidas para tal fin.
- Los profesionales han de haber superado un curso acreditado sobre las intervenciones específicas de la cirugía menor avanzada así como un periodo de tutelaje práctico de al menos 210 horas.

- Formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.

Los **procesos y procedimientos** se establecen en la Cartera de Servicios (**Anexo I**) y cuyos objetivos enumeramos a continuación:

1. Mejorar la accesibilidad al usuario garantizando unos criterios de seguridad.
2. Garantizar la puesta en marcha de herramientas que garanticen la seguridad del paciente.
3. Mejorar la satisfacción de los usuarios con respecto a la cirugía menor.
4. Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos que requieran de una intervención de cirugía menor básica o avanzada.
5. Potenciar la práctica de la Cirugía menor por la disciplina del profesional.
6. Contribuir a la homogeneización de la práctica de la cirugía menor ambulatoria en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

CAPÍTULO IV. PROBLEMAS DE LA CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN EL S.A.S.

Estado actual de problemas en la Cirugía Menor

Tal y como señala el esquema se establece cuatro “*problemas*” para la consecución para el óptimo funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria. El esquema muestra que para llegar a estos problemas generales antes hay que solucionar otros de carácter más básico.

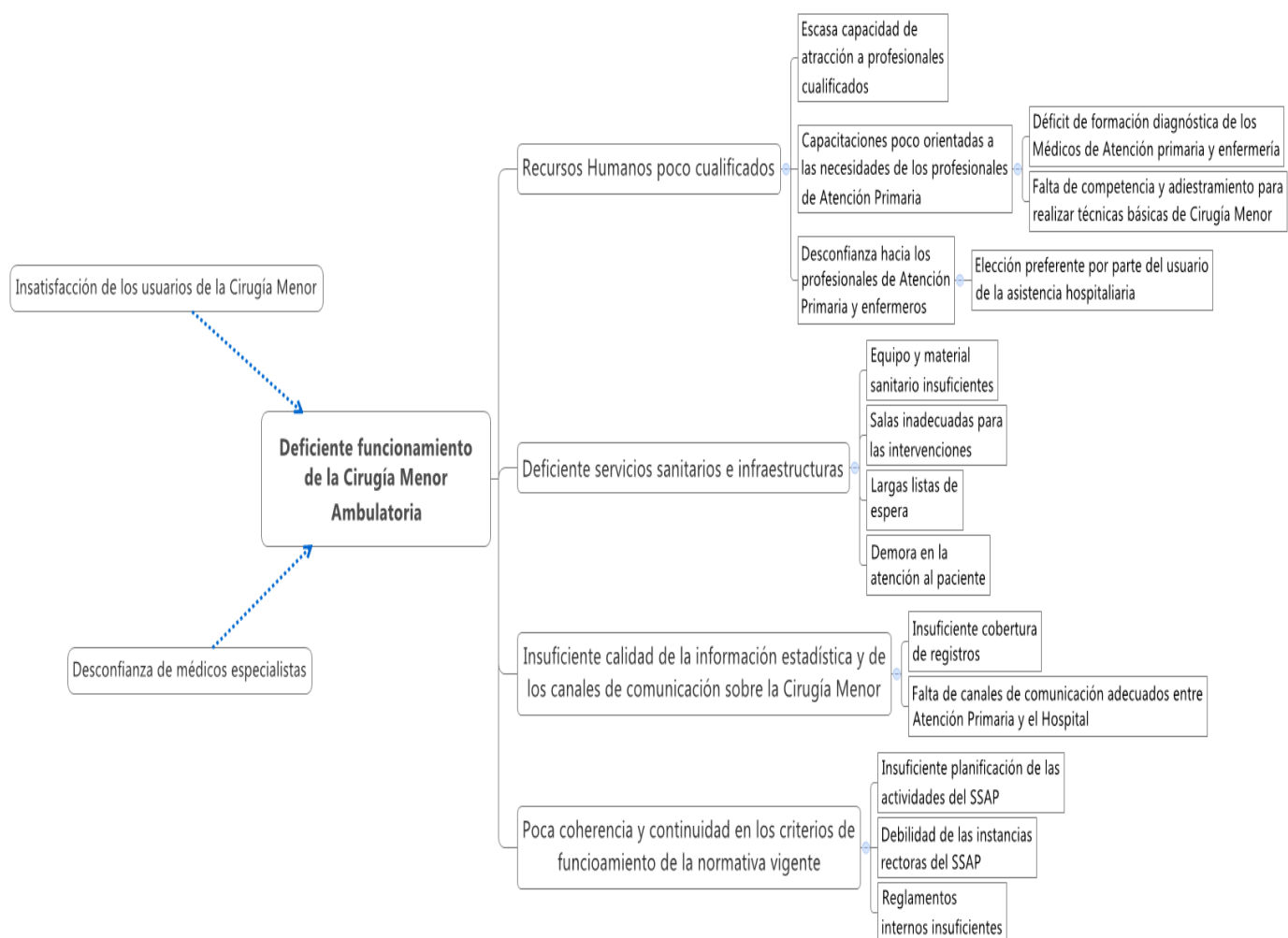


Figura 1. Deficiente funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria

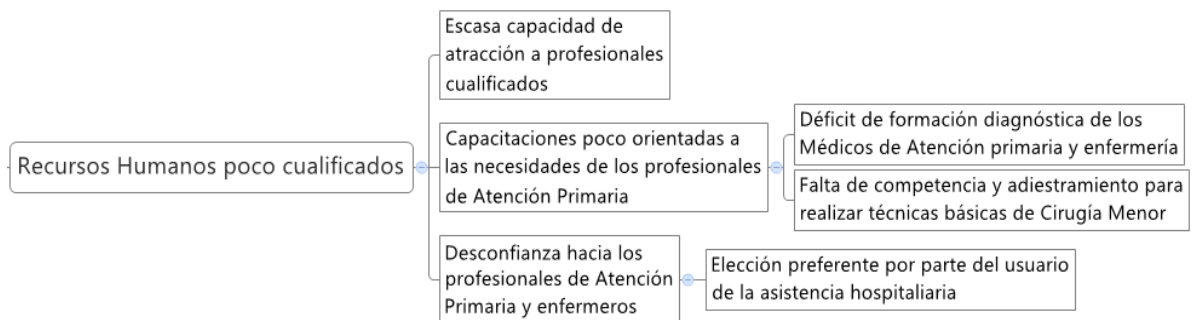


Figura 2. Recursos Humanos poco cualificados



Figura 3. Deficientes servicios sanitarios e infraestructuras



Figura 4. Insuficiente calidad de la información sobre la Cirugía Menor

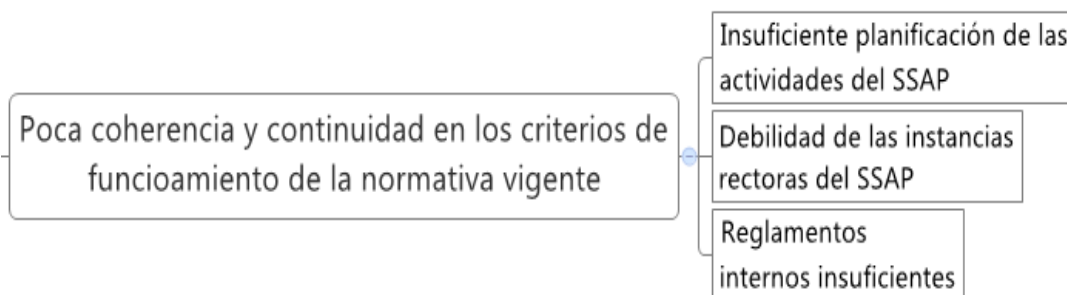


Figura 5. Poca coherencia en criterios de funcionamiento

Posibles vías para el eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor

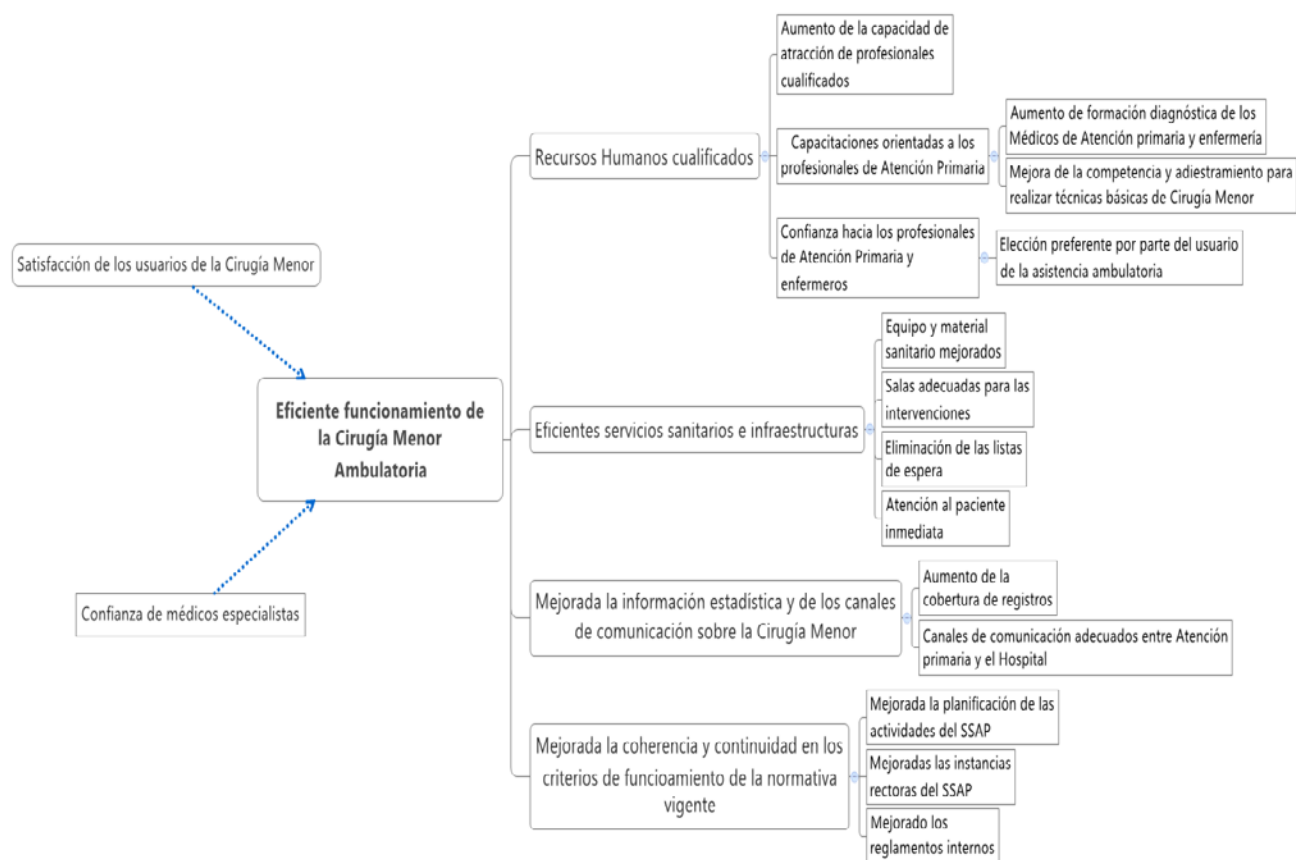


Figura 6. Eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria

La conversión de los problemas en vías de desarrollo permite la elaboración de un árbol como el que sigue. Teniendo en cuenta el análisis realizado a través de nuestro árbol de posibles vías para el eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor, nos centraremos en cuatro problemas para la consecución del objetivo general que es “*El eficiente funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria*”. Son estos:

- “*Recursos Humanos cualificados*”
- “*Eficientes servicios sanitarios y de infraestructuras*”
- “*Mejorada la calidad de la información estadística y de los canales de comunicación sobre la Cirugía Menor*”
- “*Coherencia y continuidad en los criterios de funcionamiento de la normativa vigente*”

Los criterios otorgados al análisis de los problemas han sido los siguientes: costes, riesgos identificados, probabilidad de alcanzar el objetivo y viabilidad.

Criterios								
Costes	Problemas I: "Recursos Humanos cualificados"	Media	Problema II: "Eficientes servicios sanitarios y de infraestructuras"	Alta	Problema III: "Mejorada la calidad de la información estadística y de los canales de comunicación sobre la Cirugía Menor"	Alta	Problema IV: "Coherencia y continuidad en los criterios de funcionamiento de la normativa vigente".	Baja
Riesgos identificados		Baja		Alta (crisis)		Alta		Alta
Probabilidad de alcanzar el objetivo		Media/alta		Baja		Media		Media
Viabilidad		Alta		Baja		Baja		Media

Tabla 1. Criterios otorgados al análisis de los problemas en Cirugía Menor

Se ha estimado que los **costes** resultarán muy elevados en las alternativas 2 y 3; pues, en la primera alternativa, las partidas más importantes serían las destinadas a la creación o adaptación de salas adecuadas para las intervenciones, la adquisición de equipos y materiales sanitarios, la contratación de nuevo personal y el establecimiento de un sistema de incentivos a los profesionales. La segunda alternativa, los gastos más elevados irían destinados a la creación de un sistema informático, unificación de datos y contratación de personal.

En lo que hace referencia a los **riesgos identificativos**, es evidente que la primera opción presenta unos riesgos mayores que la segunda. La cantidad de problemas cuya solución se ha considerado "no posible", resulta significativa.

También se ha valorado que si se consigue una mejora sustancial en la calidad de los servicios e infraestructuras, así como, de los canales de información estadísticos, pero estos no ha solucionado sus actuales deficiencias, la contribución al **logro del objetivo** (Eficiencia en el funcionamiento de la Cirugía Menor Ambulatoria) será muy escasa.

La viabilidad de las opciones pasa por centrarnos en los “Problemas I y IV”. La primera de las opciones depende fundamentalmente de la implicación de las autoridades sanitarias y de sus posibilidades de asumir los gastos de reciclaje y formación (desarrollar las habilidades de los médicos de atención primaria, corregir el desempeño pobre y/o mejorar el desempeño y la actitud). Por otra parte, la segunda opción, El Problema II, la posibilidad de que la coherencia y criterios en la normativa vigente continúen en el tiempo resulta mucho más problemática, pues existe un importante conjunto de factores incontrolables desde la intervención.

A continuación, estas valoraciones cualitativas las expresaremos asignándoles valores numéricos, con objeto de permitir una mejor comparación entre ellas. Utilizaremos una escala de 1 al 5, en la que este último representa los valores positivos máximos y el 1 los mínimos.

1. Asignar un valor (coeficiente) a cada uno de los criterios
2. Asignar un valor a cada alternativa
3. Multiplicar el valor de cada alternativa por el coeficiente con el propósito de obtener unas cantidades ponderadas.
4. Se suman las cantidades ponderadas y la alternativa que obtiene una puntuación más elevada se considera la más deseable.

Criterios	Coeficiente	Problema II: “Recursos Humanos Cualificados”		Problema IV: “Coherencia y continuidad en los criterios de funcionamiento de la normativa vigente”	
Costes	3	3	9	4	12
Riesgos identificativos	4	4	16	2	8
Probabilidad de alcanzar el objetivo	5	4	20	3	15
Viabilidad	5	4	20	3	15
TOTALES			65		50

Tabla 2. Clasificación numérica de los problemas

Tal como resulta del análisis efectuado, la primera de las alternativas **“Recursos Humanos Cualificados”** obtiene una puntuación sensiblemente superior y parece, por tanto la más adecuada. El último paso del Enfoque del Marco Lógico lo constituye la Matriz de Planificación del Proyecto (MPP), columna vertebral que articula toda la propuesta.

El MPP es un documento de cuatro por cuatro columnas, en el que la primera columna de la izquierda es la denominada **“lógica de la intervención”** o “resumen descriptivo”. Se trata, de hecho, del propio proyecto, de lo que se pretende hacer durante la fase de la ejecución. En la segunda columna, la de los **“indicadores objetivamente verificables”** se trata de precisar de forma inequívoca el grado de éxito esperado de la intervención a través del establecimiento de indicadores que puedan ser comprobados. La tercera de las columnas, la de las **“fuentes de verificación”**, recoge el lugar o el procedimiento que piensa ponerse en práctica para comprobar el cumplimiento de los indicadores. Por último, en la cuarta columna, la de los **“factores externos”**, se pretende recoger el conjunto de elementos del entorno que son importantes para el proyecto pero que éste no se encuentra en condiciones de asegurar. Podríamos decir que las probabilidades de cumplimiento de esos factores externos expresarían, a su vez, los riesgos previsibles a los que se verá enfrentada la intervención. En el nivel inferior de esta columna, se encuentra situada una casilla que refleja las **“condiciones previas”** y que deben cumplirse necesariamente antes del inicio de la ejecución del proyecto.

	Lógica de la intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
Objetivo General				
Objetivo Específico				
Resultados				
Actividades		Recursos	Costes	
				Condiciones previas

Tabla 3. Condiciones y objetivos para alcanzar la solución del problemas

En cuanto a las filas, la superior es la del **“Objetivo General”**, al que el proyecto pretende contribuir. La segunda fila es la del **“Objetivo Específico”** que la intervención pretende alcanzar. La tercera de las filas reúne al conjunto de “resultados”, que el proyecto debe entregar a la finalización de su período de ejecución. Se trata de los medios necesarios y suficientes para la consecución del objetivo del proyecto.

Por último, en la fila inferior se reseñan las “actividades” necesarias para la obtención de los resultados incluidos en la fila inmediatamente superior. En la segunda casilla de esta fila se reflejarían los “*recursos*” necesarios para la realización de las actividades previstas, mientras que en la tercera de las casillas se expresarán los “*costes*” o el “presupuesto” necesario para la movilización de los recursos anteriormente descritos.

La lógica de la intervención

Existe una lógica básica que es necesario comprobar y que señala que si llevamos a cabo las actividades programadas, alcanzaremos los resultados. Éstos pueden ser vistos como los productos entregables durante la ejecución del proyecto, los bienes o servicios producidos por la intervención. Un resultado es algo más que una suma de actividades; debe ser concebido como el efecto producido por un conjunto de actividades. La obtención de los resultados permitirá la consecución de un objetivo concreto, expresado en términos de modificación de una situación anteriormente existente que considerábamos “no deseable o mejorable”.

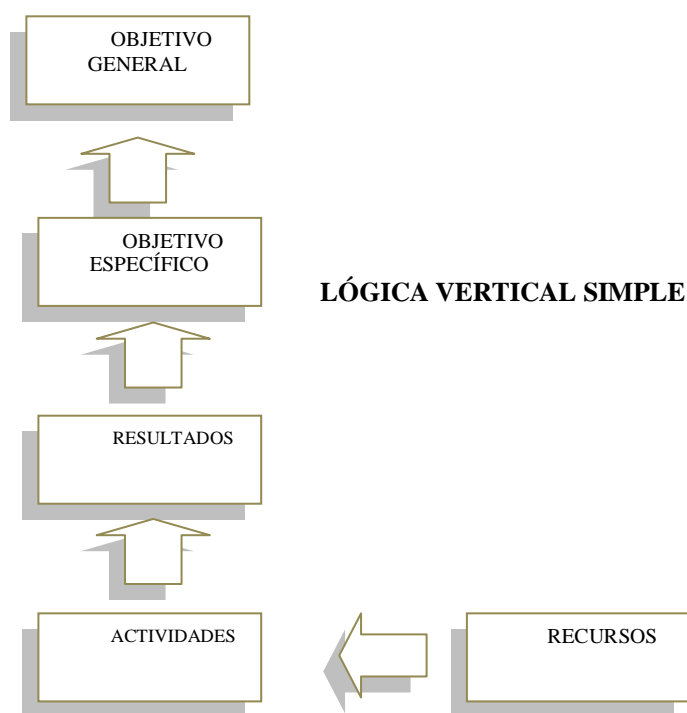


Figura 2. Lógica vertical simple

Por su parte ese objetivo contribuirá de alguna manera al logro de un fin más general, que resulta, en última instancia, el fin último que justifica el esfuerzo realizado. Es decir, el nivel de ambición y, también, de incertidumbre aumenta a medida que “ascendemos” por la MPP. Las actividades y los resultados deben ser garantizados por la ejecución del proyecto, mientras que habrá un margen de incertidumbre en la consecución del propio objetivo específico. Por su parte, el objetivo general constituye la expresión de un deseo al que pensamos que podemos contribuir, pero se haya completamente fuera de la competencia de la intervención.

Los factores externos

Las condiciones previas pueden ser consideradas como cumplimiento que debe estar garantizado antes del comienzo de la ejecución del proyecto, es decir, antes de la liberación de los fondos que permiten movilizar los recursos con los que se realizarán las actividades programadas (condiciones previas típicas serían las cesiones de bienes al proyecto, en los casos en los que éstas están contempladas, las firmas de convenios, etc.)

Los indicadores de Calidad Objetivamente Verificables

En España, los servicios regionales de salud han ido elaborando sus propios sistemas de información desde las transferencias de competencias de asistencia sanitaria. Existen multitud de experiencias sobre la utilización de indicadores de calidad pero son exclusivos de cada servicio de salud y no permiten comparaciones entre centros de otras comunidades, a veces, incluso de la propia. La propuesta de indicadores que incluimos en este informe no pretende ser un listado cerrado sino el primer paso para establecer un control estadístico.

Los objetivos específicos en la consecución de indicadores de calidad son:

- Identificar los indicadores de calidad utilizados comúnmente.
- Seleccionar y priorizar los indicadores más adecuados al contexto actual del Centro de Salud.
- Definir los indicadores seleccionados indicando sus elementos (código, nombre, exclusiones, fórmula, aclaraciones, etc.) para facilitar la homogeneidad en su uso por el Centro de Salud.

Las fuentes de verificación

Las fuentes de verificación de los indicadores aparecen situados en la tercera de las columnas de la MPP. Las fuentes de verificación son los medios o procedimientos que sirven para conocer el estado de los indicadores. De la misma manera que cada objetivo y cada resultado debe contar al menos con un indicador, hay que señalar que cada uno de éstos necesita de una fuente de verificación para resultar operativo. Un indicador sin fuente de verificación es un indicador inútil, pues será imposible comprobar su cumplimiento. Fuentes de verificación típicas son los informes, análisis estadísticos, actas, recuentos, etc.

Programación de actividades

Todas las actividades deben estar vinculadas a la consecución de un resultado concreto. Las actividades se enumeran para que de forma nítida puedan relacionarse con cada uno de esos resultados.

Las actividades se deben ejecutar siempre en un plazo temporal determinado. Una de las características esenciales que distinguen a los proyectos de otros tipos de acciones planificadas de desarrollo es precisamente la de contar con un calendario cerrado, con una fecha de inicio y una fecha de conclusión.

En un cronograma de actividades lo que se pretende es, determinar la duración y la secuencia temporal de ejecución de las actividades, mostrando las relaciones existentes entre ellas, la preeminencia establecida entre unas y otras y la duración estimada de cada una. Se trata de configurar una especie de “mapa” en el que sea posible visualizar cómo se planea llevar adelante la ejecución del proyecto.

Programación de recursos

Por coherencia, una programación de recursos por actividades debe plasmar un presupuesto que exprese los plazos para realizar el gasto. Estos recursos serán de distinta naturaleza y su movilización supondrá determinados costes que se cuantificarán monetariamente. La suma de todos esos costes será el monto total del presupuesto.

Los factores de viabilidad

Se debe entender la “viabilidad” como la medida en la que los objetivos de la acción pueden continuar siendo realizados después de la inversión inicial. En otras palabras, los “beneficiarios profesionales” de la ayuda deben querer y poder continuar tomando a su cargo la realización de los objetivos del proyecto.

El documento del proyecto que se aplicará al ambulatorio para conseguir el objetivo específico

El documento del proyecto es el resultado último de la fase de diseño. Además de la secuencia del EML, de la matriz de planificación, de la programación de actividades (calendario), de recursos (presupuesto) y de un análisis de su viabilidad, debe ir acompañado de los estudios técnicos que muestren cómo van a llevarse a cabo las actividades previstas.

Matriz de Planificación de Proyecto del Centro Palos-Mazagón para la excelencia del Centro de Salud

	LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS/ FACTORES EXTERNOS
O. GENERAL	Funcionamiento eficiente de la Cirugía Menor Ambulatoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 95% de los pacientes ingresados no presentan complicaciones tras la intervención 2. Se incrementa en al menos el 25% el número de solicitudes de intervenciones en el centro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. N° de pacientes intervenidos que presentan complicaciones / total de pacientes intervenidos 2. Aumento del número de especialista y/o de horas trabajadas en operaciones de cirugía menor. 	El apoyo público y gubernamental se mantiene.
O. ESPECÍFICO	Aumentado los Recursos Humanos cualificados en cirugía menor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos aumenta en un 30% el personal sanitario con formación específica acreditada para la realización de cirugía menor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. N° de sanitarios con formación específica acreditada para la realización de Cm. X 100 / total de sanitarios de la Unidad de Gestión. 	El tema de la implantación de la cirugía menor en centros de salud se mantiene en las dimensiones existentes
RESULTADOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionales suficientemente formados y motivados 2. Programación sanitaria adecuada al Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 3. Existen los materiales sanitarios precisos y responden a las características especiales de estas intervenciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El 98% del postoperatorio no presenta complicaciones tras la intervención 2. 100% de intervenciones realizadas ajustadas a los procedimientos y procesos definidos en la cartera de servicios. 3. Existe el material necesario y de reposición para todas las intervenciones que se llevan a cabo en cirugía menor durante dos semanas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los pacientes están satisfechos con la atención recibida, según entrevista realizada. 2. Informe del responsable de la unidad de cirugía menor 3. Informe del inventario necesario para intervenciones de cirugía menor y los días de reposición necesarios para que se encuentren en el centro de salud. 	<p>Las condiciones laborales del colectivo profesional no empeoran.</p> <p>Los métodos formativos resultan adecuados a las características de un centro de salud.</p>

	LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS/ HIPÓTESIS/ FACTORES EXTERNOS
ACTIVIDADES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar la programación de atención ambulatoria del Centro de Salud 2. Diseñar las obras de remodelación necesarias. Contratar profesionales de apoyo 3. Crear una comisión para la elaboración de las pautas a seguir 4. Adquirir el material necesario 5. Seguimiento y evaluación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comisión encargada de diseñar el sistema. 2. Gestión + presupuesto. Arquitectos + permisos legales + materiales + maquinaria + mano de obra. 3. Personal encargado de la selección + salarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las ofertas de trabajo para el personal sanitario se mantienen estable. 2. Los agentes implicados (autoridades, personal sanitario, pacientes) participan activamente. 3. La motivación del personal sanitario para seguir las pautas del proyecto no sufre cambios significativos. 4. Existen proveedores de bienes y servicios precisos para el proyecto capaces de suministrar en tiempo y forma.

Tabla 4. Matriz de Planificación

Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria

Los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía necesitan, entre otras, de intervenciones básicas, encaminadas a garantizar la independencia del paciente en la realización de autocuidados y/o derivados de las respuestas humanas del paciente ante la cirugía realizada, en un entorno adecuado de información seguridad, confidencialidad y confort. La práctica de la Cirugía Menor debe estar acompañada de:

- Circuitos que confirman la anatomopatológica de las lesiones ^[12]
- Protocolos de seguimiento para la atención al dolor posquirúrgico.
- Protocolos que garanticen una práctica segura. Consentimiento informado y hoja de recomendaciones para el paciente

Cartera de servicios

Dirigirse al Anexo I.

Criterios para la realización – indicaciones.

Toda la población diagnosticada de un proceso que requiera de un procedimiento de cirugía menor detallado en la cartera de servicios, puede ser atendida en el ámbito de Atención Primaria.

Criterios para la realización de cirugía menor ambulatoria en Atención Hospitalaria:

- Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso.
- Tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requiera un tiempo superior a 1 hora.
- Intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la Cirugía.
- Domicilio en isócrona de una hora como mínimo, con respecto a un centro sanitario.
- Pacientes con tratamiento anticoagulante, sin preparación previa.
- Alergia a anestésicos locales.
- Deterioro cognitivo que impida la correcta interpretación o comprensión por parte del paciente de la información que se le facilita, e impida la firma del consentimiento informado.

Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas:

- Lesión sospechosa de malignidad
- Lesiones puramente estéticas
- Antecedentes personales alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa)

Contraindicaciones relativa:

Localización:

- Cara y cuello.
- Fosa supraclavicular (pleura).
- Axila (plexo y vasos braquiales).
- Ingle (nervio y vasos femorales).
- Epitróclea (nervio cubital).
- Cara antero-externa de la rodilla (nervio ciático-poplíteo externo).
- Cara palmar de la muñeca (nervio mediano y cubital y arterias radial y cubital).
- Caras laterales de los dedos (nervios digitales).

Contraindicaciones por enfermedades crónicas o Antecedentes personales.

- Tratamiento con anticoagulantes orales o heparina. El tratamiento con antiagregantes plaquetarios que no puedan retirarse con antelación a la intervención.
- Cardiopatía isquémica grave.
- Vasculopatía periférica grave.
- Diabetes mellitus mal controlada.
- Insuficiencia respiratoria, renal o hepática grave.
- Coagulopatía.
- Déficit inmunitario (no entrarían en esta categoría los seropositivos para el VIH si no han desarrollado SIDA).
- Portador de marcapasos o desfibrilador (si va a utilizarse bisturí eléctrico).
- Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides.

- Alteraciones que cursan con atrofia cutánea o que interfieren con una normal cicatrización (senilidad extrema, daño solar crónico, esclerodermia, hipoproteinemia, hipercortisolismo, porfirias...).
- Pacientes poco colaboradores (intoxicados, agitados...).
- Pacientes especialmente lábiles o con antecedentes de lipotimias frecuentes.

Intervención quirúrgica

- Recepción del usuario con hoja de derivación.
- Verificación de existencia de materiales necesarios.
- Comprobación identidad del paciente.
- Información sobre el procedimiento que se va a realizar.
- Recogida de consentimiento informado.
- Comprobación de alergias.
- Confirmación de la lesión a intervenir.
- Lavado de manos.
- Realización de Listado de Verificación Quirúrgico para Cirugía Menor ambulatoria.
- Administración de anestesia local según prescripción médica.
- Envío de muestra a anatomía patológica según protocolo del centro.
- Registro de la intervención realizada donde deberá quedar registrado al menos:
 - Medicación preanestésica que el paciente ha tomado.
 - Tipo de anestesia y medicamento y dosis administrada.
 - Posición de la placa del bisturí eléctrico (en su caso).
 - Materiales de sutura empleados.
 - Descripción de la técnica empleada y el cierre de los planos.
 - Colocación de drenaje y apósitos o vendajes.
 - Profesional que realiza la intervención, y si en su caso de ayudante.
 - Indicación analgésica.
- Intervenciones recomendadas para obtener resultados encaminados a:
 - 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
 - 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.

Seguimiento del paciente, circuito de derivación y complicaciones.

- Comprobación identidad del paciente.
- Aplicación de protocolo del centro sobre seguimiento del paciente atendido de un procedimiento de cirugía menor, donde debe de estar incluido seguimiento del dolor.
- Seguimiento telefónico según patología y tratamiento.
- Seguimiento en centro según patología.
- Derivación a Atención especializada en caso de complicaciones.

Circuito de derivación

- Se realizará por un médico y una enfermera.
- Todos los pacientes deben acudir con el consentimiento firmado que le será entregado por su médico, en el momento de la derivación a consulta de Cirugía menor. Debe informar adecuadamente al paciente sobre la intervención propuesta, sobre sus alternativas, de las molestias y posibles complicaciones, de los cuidados postoperatorios y si hubiera lugar, los días de baja laboral o escolar previstos.
- Se le entregará al paciente la hoja de consentimiento informado para que la firme él, o el responsable del mismo, siendo recomendable la presencia de un testigo.
- Es recomendable que toda persona que acepte la intervención, se le realice un interrogatorio rutinario preoperatorio, sobre: alergias, alteraciones de la coagulación, antecedentes de cicatrización queloidea o de alteraciones cutáneas que interfieran con la cicatrización o antecedentes patológicos graves que contraindiquen la intervención en la Atención Primaria y que deba derivarse a nivel especializado. Sería ideal la existencia de una sala dedicada exclusivamente a la realización de la cirugía ambulatoria, con todo el material necesario para realizar las intervenciones. Para un uso racional de la sala, será preciso centralizar la citación para la cirugía y repartir la sala entre los médicos que lleven a cabo el programa.
- El paciente presentará el consentimiento informado en administración que será donde se citaran para la consulta de cirugía menor.
- Se citará como máximo 10 pacientes.

- El médico encargado de la consulta informará del diagnóstico anatómico-patológico a los médicos que han derivado, que informarán a su vez por escrito a los pacientes intervenidos.
- Los enfermeros encargados de las curas posteriores informarán por escrito de su evolución si precisa al médico encargado de la cirugía menor.

Complicaciones

El cuidado y vigilancia de la herida quirúrgica dependerá del procedimiento realizado, pero en general se revisará en 36-48 horas y se valorará su evolución y cuidados a seguir, así como, cuando se retirarán los puntos. El número de complicaciones suele ser mínimo y normalmente resueltas en la atención primaria:

Sangrado de la herida.

Hematomas.

Infección.

Dehiscencia de la sutura.

Cicatriz queloidea.

Pigmentación anómala de la cicatriz.

Secuelas.

Dotación de la sala (Infraestructura y mobiliario y material fungible).

Infraestructura y mobiliario

- Sala adecuada para Cm.
- Mesa de despacho (En función del centro. Opcional una consulta auxiliar).
- Silla de despacho.
- 2 sillas confidente para los pacientes y familiares.
- Papelera.
- Teléfono.
- Lavabo con agua corriente, dispensador de jabón y toallero de papel.
- Vitrina con llave para material.
- Camilla articulada regulable en altura y basculante.
- Lavabo con llave quirúrgica.
- Bisturí eléctrico con accesorios.
- Escabel de Camilla.

- Banqueta con ruedas de altura articulable.
- Foco de luz dirigitible.
- Lámpara lupa de pie.
- Biombo.
- Mesa auxiliar (cigüeñal) con ruedas.
- Contenedores para material desechable y para productos biológicos.
- Esterilizador.
- Material de RCP accesible.
- Aparato para criocirugía/criterapia con nitrógeno líquido.
- Carro de RCP con desfibrilador y pulsioxímetro.

Material fungible

- Mascarillas con pantalla protectora y gorros.
- Guantes estériles.
- Cepillos para lavado de manos.
- Paños de campo no fenestrados y fenestrados.
- Bisturís desechables.
- Suturas no reabsorbibles y reabsorbibles.
- Puntos de aproximación.
- Jeringas y agujas.
- Drenajes (varios tipos).
- Apósitos de tipo tulgrasum o linitul.
- Gasas y compresas estériles.
- Vendas y Esparadrapos.
- Bateas.
- Anestésicos locales.
- Suero fisiológico.
- Povidona yodada.
- Rasuradoras.
- Botes estériles para recogida de muestras de tejidos.
- Formol al 10%.
- Delantales de plastic.
- Gafas o pantallas protectoras.

- Detergente enzimático.
- Varillas de nitrato de plata.
- Cajas de instrumental quirúrgico.
- Tijera de Mayo curva de punta recta de 14 cm.
- Tijera de Meztembaum curva de punta roma de 14 cm.
- Porta-agujas de 14 cm.
- Pinza de disección con diente de 12 cm.
- Pinza de disección fina sin diente de 13 cm.
- Pinza de disección de Adson con diente de 12 cm.
- 2 pinzas de mosquito curvas sin dientes de 12,5 cm.
- Cucharilla para moluscum contagiosum.
- 2 Separadores de doble uso de Senn-Mueller o de Kilner.
- Pinza de Pean.

Ruta del paciente

Antes de la intervención:

- Serán captados en las consultas de atención primaria.
- En esa consulta se le entregará el consentimiento informado con la hoja informativa y la hoja de derivación cumplimentada de derivación a cirugía menor.
- En la UAC se le asignará la cita correspondiente para la consulta de cirugía menor.

Día de la intervención:

- El paciente ha de entregar el consentimiento informado debidamente firmado.
- Se le entregará la hoja de cuidados postquirúrgicos.
- Envío de la muestra a anatomía patológica en el modelo correspondiente del hospital de referencia.
- El informe de anatomía patológica será enviado al médico que lo solicitó.

Limpieza y esterilización del material

Limpieza

- Sumergir el material en la solución detergente después de ser utilizado
- separándolo por piezas y abriendo el que sea articulable.
- Cepillar el instrumental asegurándose de no dejar restos orgánicos.
- Enjuagar con un chorro de agua a presión para arrastrar los restos orgánicos y eliminar la solución detergente.
- Secar depositar en un lugar seco.

Desinfección

- Preparar la disolución desinfectante a la concentración deseada siguiendo las instrucciones recomendadas por el fabricante.
- Sumergirlo completamente en la solución desinfectante durante el tiempo recomendado por el fabricante.
- Enjuagar con un chorro de agua a presión para eliminar la solución desinfectante.
- Secar minuciosamente el material.

Esterilización

- Colocar el material en bolsas y marcar la fecha.
- Seleccionar el programa adecuado en el esterilizador y comprobar el nivel de agua y el papel de registro.
- Verificarlo comprobando que ha sido correcto.
- Almacenar en un lugar seco, seguro, y conocido por todo el equipo quirúrgico.

Técnica del lavado de manos clínico

- Retire o súbale el reloj sobre la muñeca, retire anillos. Si tiene mangas largas súbalas hasta el codo.
- Colóquese frente al lavamanos sin tocarlo con el cuerpo.
- Abra la llave del agua, deje correr el agua hasta el final del procedimiento.
- Moje bien las manos y muñecas.
- Aplique jabón antiséptico en las manos.
- Junte las manos, frótelas haciendo movimientos de rotación.

- Entrelace las manos y frote los espacios interdigitales, haciendo movimientos hacia arriba y hacia abajo.
- Friccione las yemas de los dedos, de una mano con la otra para lavar las uñas. Frótese las muñecas.
- Enjuague bien las manos bajo el chorro de agua teniendo presente tenerlas en declive (más bajas que los codos) con el fin de que el agua escurra hacia la punta de los dedos. No toque ni llave ni lavamanos, si esto sucediera debería volver a lavarse las manos.
- Séquese bien con toalla de papel desechable desde la punta de los dedos hacia la muñeca, sin volver atrás.
- Cierre la llave de agua con la toalla de papel desechable.
- Elimine la toalla en el receptáculo, con tapa y pedal.

Derivación a nivel especializado

Si el diagnóstico no es claro o si no se tiene el conocimiento o material necesario para realizar la intervención. Si tras recibir el resultado histológico resulta una lesión maligna. Si se presenta alguna complicación no asumible por Atención Primaria.

Sistema de registro

En la sala de cirugía existirá un libro de registro y un registro informático donde se recojan los datos mínimos de la intervención (fecha, paciente, intervención, lesión, complicaciones, ayudante, médico, resultado de anatomía patológica y evolución de la intervención...).

Anatomía patológica

Si es preciso, la solicitud de análisis anatomopatológico se realizará cumplimentando la hoja que utilice el hospital que recibirá las muestras. El informe del laboratorio de Anatomía patológica se enviará al profesional que lo solicitó, quien remitirá una copia del informe al médico de familia del paciente.

Capacitación de profesionales.

Médico de familia Legal y Formación adecuada en cursos prácticos acreditados.

El adiestramiento quirúrgico

Preparación del paciente y técnica.

Se monitorizara para el control de constantes.

La toma de vía parental con canalizar vía venosa periferica .

Las técnicas de anestesia local analgésica regulada.

Incisiones según patología. Técnica de exéresis. Control de la hemorragia. Cierre de herida quirúrgica.

Analisis de las muestras.

Resolutivos en complicaciones postoperatoria

Deben mantener un grado de conocimientos y tratamientos en afecciones como (anafilaxia, arritmias, problemas respiratorios, shock, resucitación, náuseas y convulsiones).

Alta y seguimiento

Se rellenará un informe que ayude a conocer lo sucedido. Realizando gráficos de revisiones de lo que se ha hecho hasta el día.

Evaluación profesional continuada

- Se centrará en la revisión de actuaciones
- Incidencias particular
- Resultados
- Colaboración de otros profesionales

DOCUMENTO DEL PROYECTO

1. Resumen

2. **Contexto:** objetivos políticos más amplios del gobierno y vínculos con el programa o con las estrategias nacionales, compromiso del gobierno con respecto a los objetivos.

3. Análisis sectorial, análisis de implicados y análisis de problemas

4. Descripción del proyecto, sus objetivos y su estrategia

- Vínculo con las actividades ejecutadas
- Descripción de la intervención (objetivos globales, objetivo específicos y estrategia para alcanzarlos, los resultados y las actividades, y los indicadores principales).

5. Riesgos y flexibilidad

6. Modalidades de ejecución

- Medios materiales y no materiales
- Procedimientos de organización y ejecución
- Calendario de ejecución
- Estimación de costes y plan de financiación
- Condiciones especiales
- Monitoreo y evaluación

7. Factores de calidad

- Participación de los beneficiarios y apropiación por los beneficiarios
- Política de apoyo
- Tecnología apropiada
- Aspectos socioculturales
- Capacidades institucionales y de gestión
- Sostenibilidad de planificación

CAPÍTULO V. PACIENTES Y MÉTODOS

La Unidad de Gestión clínica Palos-Mazagón

La presente investigación se refiere al tema de la búsqueda de la eficiencia de la Cirugía Menor Ambulatoria (CmAmb). La CmAmb. Se puede definir como las intervenciones que se llevan a cabo en una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, se realizan procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestésica local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no necesitan ingreso.

La definición es la establecida en el BOE número 254 del artículo 2 y en los Anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre.

La característica principal de este tipo de intervenciones relegadas a los ambulatorios es la satisfacción del paciente al ser realizadas por su médico en su centro de salud evitando esperas de citas y desplazamientos innecesarios y el ahorro que supone para el sistema de salud pública.

Para analizar estas positivas incidencias es necesario de mencionar sus causas. Una de ellas es dotar al profesional de mayor capacidad resolutive con la ampliación de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Esta práctica pasa por provisionar un servicio de calidad a los pacientes comparables con el de los especializados tanto a nivel técnico como humano.

Para lograr los resultados deseados de la CmAmb. que se realizan en Atención Primaria significa que los médicos de familia y enfermeros tengan acreditada una formación específica que los capacite. En el ámbito profesional, el interés versó en cómo establecer la eficiencia en las competencias de la CmAmb. en el Consultorio de Mazagón, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica de Palos de la Frontera dependiente del Distrito de Atención Primaria Condado-Campiña.

Profundizar la indagación desde una perspectiva actual, fue un interés académico. Asimismo, nos interesamos por aportar la información más actual sobre este cambio en la Atención Primaria (AP).

Desde el Enfoque del Marco Lógico (EML), la investigación se realizó como un proyecto de planificación, la cual trata de un sistema de toma de decisiones que, se supone, permite tomar (y justificar) decisiones mejores y más razonadas.

El EML es un método para la gestión de todo el ciclo del proyecto, desde la identificación hasta la última evaluación. Aparece como un método para preparar buenos documentos de proyectos.

La finalidad del desarrollo del trabajo de investigación pasa por analizar los distintos agentes, grupos o sectores implicados en los problemas del ambulatorio en materia de Cirugía Menor (Cm), así como, de los problemas identificados, determinando sus causas y efectos, y de las distintas alternativas identificadas.

Se pretende el diseño de una intervención de mejora en la eficacia de la Cirugía Menor propuesta para el ambulatorio, a través de la formulación de una **matriz de planificación** en busca del aumento de los Recursos Humanos cualificados

En el año 2011, la Unidad de Gestión clínica Palos-Mazagón, recibe un distintivo de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía en reconocimiento por sus esfuerzos por mejorar la seguridad de los pacientes en la implantación de mejoras en la higiene de manos.

Los indicadores de satisfacción referente a esta unidad de gestión que aparecen este mismo año en la página web del Servicio Andaluz de Salud, se observa que de los veintisiete indicadores; dos de ellos presentan índices por debajo a la media nacional, *el primero respecto a la organización del centro en general y el segundo al grado de confianza en la asistencia prestada.*

Es imposible dilucidar en qué medida el primero afectó a la CmAmb. que se realizaba en el consultorio y en cuanto la actuación del servicio de Cm fue clave para explicar el segundo aspecto negativo.

Se realizó un seguimiento del servicio de Cirugía menor en Atención Primaria, durante el año 2011, en la Unidad de Gestión clínica Palos-Mazagón *“con el fin de conocer el grado de correlación entre el diagnóstico clínico previo al proceso de cirugía menor y su concordancia con el resultado de anatomía patológica y, así mismo, recabar datos sobre los costes”* para de este modo encaminarse hacia la eficiencia en las operaciones realizadas.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que hemos incluido a todos los pacientes a los que se les ha realizado intervenciones de cirugía menor desde el 1 de enero de 2011 a 1 de enero de 2012.

Las intervenciones se preveían que tuvieran una duración media de 25 minutos, realizándose una media de 8 intervenciones a la semana. Para la recogida de datos hemos utilizado la historia clínica de cada paciente.

En dicha historia se ha revisado la 1ª consulta con médico de atención primaria, la hoja de enfermería donde se recoge la intervención realizada y hoja donde se recogen los resultados de anatomía patológica.

Se ha consultado el registro de consentimientos informados de estas intervenciones que se encuentra archivado en nuestro centro de salud y el registro de Anatomía Patológica de nuestro hospital de referencia.

Criterios de inclusión

EDAD/ MAYOR DE 14 AÑOS	CIRUGÍA MENOR BÁSICA	CIRUGÍA MENOR AVANZADA
PROCEDIMIENTO	Anestesia local – Sutura – Punción y drenaje – Extracción de cuerpos extraños – Escisión tangencial (afeitado y curetaje) - escisión fusiforme de lesiones superficiales – CM ungual	De éstas las que por seguridad no serán asumidas por la unidad de CM básica – Criocirugía – Electrocirugía – Escisión cilíndrica (punch) – Extirpación de lesiones subcutáneas
LESIONES	Herida cutánea – Absceso cutáneo – Dermatofibroma – Quiste epidérmico – Quiste mucoide – Verruga – Molluscum contagiosum – Fibroma blando / péndulo – extirpación de la uña – Una incarnata – Panadizo	De éstas las que por seguridad no sean asumidas por la unidad de CM básica – Nevus melanocítico – Queratosis actínica – Queratosis seborreica – Lipoma – Otros procedimientos específicos de cirugía menor
OTROS	Consentimiento informado	

Tabla 5. Criterios de inclusión

Criterios de exclusiones

- Pacientes mayores de 90 años.
- Pacientes menores de 2 años.
- Pacientes obesos con BMI “índice de masa corporal”40% o más.
- Padecer enfermedades broncorespiratorias activas.
- Cardiópatas y nefropatas descompensados.
- Enfermedades endocrinas descompensadas.
- Padecer de trastornos de la coagulación.
- Padecer de enfermedades infectocontagiosas activas.
- Padecer de Trastornos Neurológicos (Esquizofrénico, demencia, crisis depresivas).

Contraindicaciones

En este apartado se reflejan las circunstancias que contraindican de forma absoluta o relativa la práctica de la cirugía menor en la Atención Primaria.

Contraindicaciones absolutas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones sospechosa de malignidad ▪ Lesiones puramente estéticas ▪ Antecedentes personales (alergia a los anestésicos)

Tabla 6. Contraindicaciones absolutas

Contraindicaciones relativas	
Localización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cara y cuello (ángulo mandibular, sien, zona retroauricular, canto interno del ojo, triángulo posterior cara lateral del cuello) ▪ Fosa supraclavicular ▪ Axila ▪ Ingle ▪ Epitróclea ▪ Cara antero-externa de la rodilla ▪ Cara palmar de la muñeca ▪ Caras laterales de los dedos
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento con anticoagulantes orales o heparina. ▪ Cardiopatía isquémica grave ▪ Vasculopatía periférica grave ▪ Diabetes mellitus mal controlada ▪ Insuficiencia respiratoria, renal o hepática grave ▪ Coagulopatía ▪ Déficit inmunitario ▪ Portador de marcapasos o desfibrilador ▪ Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides ▪ Alteraciones que cursan con atrofia cutánea o que interfieren con una normal cicatrización ▪ Pacientes poco colaboradores ▪ Pacientes especialmente lábiles o con antecedentes de lipotimias frecuentes.

Tabla 7. Contraindicaciones relativas

La anestesia local

La realización de una cirugía menor confortable y segura precisa la utilización de anestésicos locales. Actúan a nivel de los axones bloqueando la propagación del potencial de acción en los canales de sodio, logrando así un bloqueo reversible de la conducción de los impulsos nerviosos.

La estructura de estos fármacos consta de un anillo aromático y un grupo amina. Según el tipo de cadena que une ambos componentes dividimos a los anestésicos locales en dos grupos: ésteres y amidas. Debido a sus riesgos potenciales –mayor probabilidad de reacciones alérgicas y de sobredosificación-, los ésteres se reservan para su uso en formulaciones tópicas. Las amidas excepcionalmente producen alergia real. De ellas las más usadas en atención primaria son: la lidocaína, mepivacaína o la bupivacaína.

Suturas

Entendemos por sutura, el procedimiento que se sigue en una herida –quirúrgica o no- para poner en contacto los bordes de la misma, con el fin de que cicatrice correctamente. El objetivo principal de una sutura es aproximar tejidos de las mismas características para lograr una adecuada cicatrización. De esta manera se logra restablecer la continuidad de la barrera cutánea que por cualquier circunstancia ha sido alterada.

Respecto a la colocación del paciente este siempre debe estar de decúbito prono o supino, sobre una camilla, para evitar posibles desmayos y caídas. La altura de la camilla nos debe posibilitar el trabajo sin necesidad de inclinarnos demasiado –tanto si trabajamos de pie o sentados-, ya que una postura incorrecta puede causarnos molestias y favorecer un “acabado rápido” y prematuro.

Habitualmente se indica que una herida que lleve abierta más de 6 horas está contaminada, con lo cual no procede la sutura. No obstante, consideramos que según se haya producido la herida, así como su mantenimiento ulterior, podemos modificar esta pauta. Una herida de 6, 8, ó 10 horas, pero que ha sido producida limpiamente, y se ha mantenido en buenas condiciones higiénicas, está contaminada, pero con un refresco de los bordes y caras internas puede quedar en buenas condiciones para una adecuada sutura. Del mismo modo, una herida de menos de 6 horas de evolución producida de forma sucia o mantenida en malas condiciones higiénicas, puede aconsejar el no suturar (la mordedura de perro, por ejemplo).

Las heridas no son habitualmente regulares ni en dirección ni en profundidad; los bordes pueden estar contusionados y con pérdidas. El primer aspecto que se impone es la limpieza del área entorno a la herida, y posteriormente esta misma. Una vez limpiada la herida, procedemos a extraer posibles cuerpos extraños incrustados en ella (bordes y labios). El interrogatorio al paciente nos revelará las condiciones en que se produjo el traumatismo y el tipo de materiales causantes.

Una vez efectuados los pasos anteriores, preparamos la herida para la sutura. Hay que eliminar, recortando con la tijera o el bisturí, esfacelos y otros tejidos muertos, de modo que el posterior cierre de la herida produzca una cicatriz lo más pequeña, regular y continua posible.

El refrescamiento de los bordes está indicado en dos situaciones principales: ante un cierto retraso en el tiempo de sutura, y ante heridas irregulares de diversa profundidad y que requieran, en consecuencia, una homogeneización y regularización de sus labios y bordes.

El refrescamiento podemos realizarlo con bisturí, efectuando un corte (preferiblemente continuo), en dirección longitudinal al eje de la herida, de modo que pueda producirse un abocamiento lo más simétrico posible de ambos márgenes. El refresco no debe superar los 2 mm de ancho, y hay que tener en cuenta la tensión a la que se someterá al tejido circundante al efectuar la sutura.

Como regla básica debemos tener en cuenta que el número de puntos es el necesario y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la más superficial. Aproximadamente, 4-6 mm de distancia entre puntos puede ser un intervalo apropiado como referencia general. No se puede dejar espacios muertos que rompan la linealidad de la cicatriz. Estos espacios muertos en la zona profunda de la herida, pueden posibilitar el establecimiento de hematomas lo que implica un aumento de tensión en la zona y, en consecuencia, una apertura de la herida, o su infección y abscesificación.

También debemos tener en cuenta una regla básica: ejercer la tensión necesaria y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la superficial. Si la tensión es excesiva, el tejido se isquemia, produciendo una cicatrización defectuosa. Una tensión excesiva puede incluso romper, y como mínimo erosionar, los bordes de la herida, o su infección y abscesificación.

En ocasiones no es fácil introducir la aguja y abocarla en los lugares previamente decididos (por dónde entra y por dónde sale). Una forma de facilitar la tarea es tomar con pinzas el ángulo externo del labio y traccionar hacia arriba, y a continuación introducir y abocar la aguja en los lugares elegidos. Siempre hay que abarcar más tejido en profundidad que en superficie para elevar los bordes de la herida.

La mejor manera de prevenir la infección de la herida es la limpieza concienzuda, con más razón si la herida está contaminada. El cepillado de la herida (con gasa, por ejemplo), la retirada de los pequeños fragmentos de piel que no pueden ser recolocados, el refrescamiento..., son técnicas de uso habitual cuya aplicación debe ser generosa. Es de gran ayuda en la realización de estas técnicas, contar con lupas o cristales de aumento, así como de una buena fuente de luz. Las lámparas de lupa son ideales para ello.

En otro orden de cosas, hay heridas que de antemano no vamos a suturar: las causadas por mordeduras de animales y humanos. Ya de por sí acarrear una contaminación lo suficientemente activa como para que existan grandes posibilidades de infección. Únicamente, si llevamos a cabo un refrescamiento bien amplio existen posibilidades de abortar la infección.

En las heridas de bastante profundidad, quirúrgicas o no, aparte de requerir sutura interna con material absorbible, será conveniente aplicar drenaje para disminuir la posibilidad de que se desarrolle un absceso. [13-22, 24] Debe introducirse desde el fondo de saco de la herida hasta unos 2 o 3 cm al exterior. Habrá que tener buen cuidado de no fijar el drenaje con alguno de los puntos de sutura, pues su retirada posterior se complicaría.

Una vez evacuado el absceso debe retirarse el drenaje y permitir la definitiva cicatrización por segunda intención. El control de una herida con drenaje, suturada o no, debe hacerse como mínimo a diario.

Tanto en la herida accidental como en la quirúrgica pueden producirse roturas de pequeños vasos que acarrear pequeñas hemorragias o puntos sangrantes que dificultarán sobremanera la correcta sutura de la herida. La hemostasia consiguiente la lograremos de diferentes maneras.

La primera forma consiste en ejercer una presión continuada durante al menos 5 minutos, en un plano superior al punto de sangrado. Es frecuente que esta compresión nos de buen resultado siempre y cuando el vaso afectado sea de muy pequeño calibre.

La segunda forma, cuando la primera no es suficiente, es aplicar una sutura con material absorbible sobre el punto sangrante. Para ello localizaremos primero el vaso sangrante (secar y observar, secar y observar,...); lo pinzaremos con una pinza mosquito y luego, por debajo de la punta del mosquito, aplicaremos un nudo (al menos dos lazadas). Comprobamos que el punto ha dejado de sangrar y cortamos el hilo de sutura lo más rente posible.

Otra forma de cohibir la hemorragia puede ser la de utilizar el propio punto de sutura (con la profundidad y tensión necesarias), que al ejercer compresión de la zona, tapona el vaso sangrante. No obstante, en este caso debemos comprobar que en efecto ha cedido el sangrado, pues en caso contrario podemos encontrarnos con que el cese de la hemorragia ha sido aparente (la zona queda obstaculizada a nuestra visión) y ello podría originar la formación de un hematoma. También se puede utilizar un punto transfixivo doble o en “X”. Si disponemos de bisturí eléctrico podemos electrocoagular el vaso sangrante.

En la zona pretibial, donde existe poco tejido subyacente y una irrigación débil, la sutura habitual puede originar una tensión excesiva y en consecuencia la isquemización de la zona. Con unas láminas de apósito oclusivo es probable que solucionemos mejor la situación.

Cuando la herida no tiene gran profundidad, es relativamente lineal y de poca longitud, podemos utilizar tiras estrechas de cinta adhesiva hipoalérgica o apósitos especialmente preparados para el cierre de la piel (lineales tipo Steri-Strip, o en forma de mariposa). En este caso, primero aproximaremos los labios de la herida utilizando estas tiras, y posteriormente aproximaremos los bordes con tiras similares. Para que estos apósitos resulten eficaces, la piel debe estar perfectamente limpia y seca; de lo contrario, la adherencia de las tiras es deficiente. Una vez efectuada la sutura, comprimimos los bordes para comprobar si sangra, limpiamos la zona con un producto antiséptico y aplicamos un apósito estéril, que sujetaremos con vendas o esparadrapo. Una vez colocado, el apósito debe ejercer una ligera presión sobre la zona de sutura.

Citaremos al paciente para revisión inicial a los 3 días (si hay drenaje, a diario) y según evolución, para retirar la sutura. El paciente puede lavarse la herida a partir de las 24 horas de la sutura, debiendo posteriormente secarla bien y aplicar un antiséptico (generalmente povidona yodada, salvo alergia). No olvidar la vacunación antitetánica, si procede, y registrar el procedimiento.

Lesiones cutáneas y técnicas quirúrgicas de elección	
Lesión cutánea	Técnica de elección
Acrocordón	Electrocirugía - criocirugía
Dermatofibroma	Escisión simple
Granuloma piogénico	Escisión-biopsia
Lipoma	Escisión simple
Nevus melanocítico	Escisión simple
Queratosis actínica	Criocirugía - electrocirugía
Queratosis seborreica	Criocirugía - electrocirugía
Quiste epidérmico	Escisión – mínima cirugía
Verruga vulgar	Criocirugía

Tabla 8. Lesiones cutáneas y técnicas quirúrgicas de elección

Uña encarnada

El concepto de uña encarnada consiste en la penetración continuada del borde lateral de la uña en el tejido cutáneo blando, con dolor, enrojecimiento y tumefacción en la zona. El objetivo de la operación consiste en restaurar la correcta situación de la uña y su entorno, proporcionando alivio y normalización en la zona.

El material necesario son gasas estériles, paño estéril fenestrado, tira de gasa orillada, agua oxigenada, bisturí, tijera de puntas, seda 3/0, material de registro, guantes estériles, venda de gasa orillada de 5 cm., antiséptico (providona yodada), pinza de Pean, sonda acanalada, porta agujas, material y equipo para anestesia local y pinzas de disección.



Figura 3. Uña encarnada

El procedimiento será distinto en función de si se está frente a una afección leve o frente a una profunda.

Procedimiento común para ambas afecciones

1. Informar adecuadamente al paciente de lo que se va a hacer
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina en la camilla
4. Nos ponemos los guantes estériles y al paciente el paño fenestrado
5. Con gasas montadas en la pinza de Pean y empapadas con el antiséptico, pintamos el dedo afectado así como el adyacente
6. Aplicamos anestesia local según el procedimiento adecuado
7. Opcionalmente podremos ejercer isquemia en la base del dedo con una gasa anudada en torno a la base.
8. Al objeto de desprender un canal de uña en la parte afectada, introducimos la sonda acanalada hasta la base de la uña. Removemos un poco para favorecer el desprendimiento.

Específico para afección leve

1. Con la tijera efectuamos un corte a lo largo y con el porta agujas clampamos y a continuación retiramos el fragmento de la uña.
2. Con el bisturí limpiamos y cortamos el crecimiento de tejido lateral
3. Lavamos con agua oxigenada
4. Efectuamos un vendaje compresivo del dedo
5. Deshacemos el torniquete
6. Recomendamos reposo al paciente con el pie intervenido en alto.
7. Ver si procede cobertura antibiótica
8. Citamos para primera cura a los 2-3 días.
9. Registramos el procedimiento en la historia clínica y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Específico para afección profunda

1. Despegamos la uña de su lecho (ancho aproximado de 0.5 cm.) y la cortamos longitudinalmente con tijera recta, del borde libre a la unión matricial. Este primer corte debe tener la profundidad suficiente para incluir tejido matricial si fuese necesario.
2. Efectuamos un segundo corte en el lateral del dedo, que incluya el tejido de granulación y cruce en perpendicular al primer corte.
3. Extirpamos esta cuña de tejido (uña, matriz y tejido blando).
4. Limpiamos la zona con agua oxigenada
5. Aplicamos antiséptico
6. Efectuamos una sutura transversal de tres puntos
7. Vendaje compresivo y retiramos el torniquete
8. Recomendamos reposo al paciente con el pie intervenido en alto.
9. Ver si procede cobertura antibiótica
10. Citamos para primera cura a los 2-3 días.
11. Registramos el procedimiento en la historia clínica y cumplimentamos hoja postquirúrgica

Panadizo

Se entiende como el acúmulo purulento por infección estrepto o estafilocócica en el entorno y zona del pulpejo del dedo. Cursa con dolor, enrojecimiento y tumefacción de la piel, con latidos al colgar la extremidad.

El objetivo de la intervención es eliminar por evacuación la infección de la zona, posibilitando el alivio y la recuperación funcional. El material necesario para dicha intervención son: gasas estériles, venda de gasa orillada de 5 cm, agua oxigenada, suero fisiológico, tira de gasa orillada, bisturí, guantes estériles, equipo y material de anestesia local, antiséptico (povidona yodada), pomada antibiótica, pinza de mosquito (s/d) y material de registro.



Figura 4. Panadizo

El procedimiento consiste en:

1. Informar al paciente sobre lo que se le va a hacer
2. Revisión de hoja prequirúrgica y consentimiento informado.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina sobre la camilla
4. Pintar con el antiséptico la totalidad del dedo afectado y la zona adyacente.
5. Aplicar anestesia local según el procedimiento si las condiciones sépticas del dedo no lo desaconsejan
6. Con el bisturí efectuamos una o dos incisiones (según necesidad) longitudinales en la cara lateral del dedo.
7. Desbridamos con la pinza de mosquito si es necesario
8. Limpiamos con agua oxigenada, lavamos con el suero fisiológico y aplicamos el antiséptico.
9. Con la zona seca, introducimos una tira de gasa orillada (empapada en povidona yodada) que nos servirá de drenaje.
10. Colocamos un apósito estéril
11. Comprobamos si procede cobertura antibiótica o analgésica si hay dolor
12. Citamos para cura al día siguiente
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Algunas consideraciones sobre la intervención será indicar al paciente los cuidados de la zona y una postura antiálgica, y valorar la opción de no utilizar anestesia local (salvo tópica) habida cuenta del alimico inmediato que siente el paciente una vez efectuada la incisión inicial.

Extirpación matriz ungual

La extirpación de la matriz ungual es un procedimiento que consiste en la extracción del cartílago/matriz responsable del crecimiento de la uña. Puede efectuarse de la forma parcial o total. Habitualmente, la extirpación parcial afecta a los dos extremos laterales de la matriz ungual, aunque frecuentemente y por el crecimiento de pequeñas garras se efectúe por un solo lateral. Está indicada la extirpación de la matriz ungual (total o parcialmente) en infecciones de repetición (lateral o bilateral) y crecimientos anómalos de la uña –bien por traumatismo en matriz, bien por micosis- que concluyan en una necesidad repetitiva de extracción de la uña.



Figura 5. Extirpación matriz ungual

El objetivo es prevenir en cualquier dedo situaciones anómalas que desemboquen en la necesidad ineludible de extirpación de la uña de un modo repetido, para posibilitar la funcionalidad de la zona.

El material necesario para la intervención es el siguiente: gasas estériles, venda de gasa orillada de 5 cm, paño estéril no fenestrado, riñonera o bandeja, antiséptico tipo povidona yodada, pinza de disección s/d, dos porta agujas, sutura de seda del 2/0, 1/0, 0/0, a elegir, equipo y material para anestesia local, guantes estériles, paño estéril fenestrado, tulgrasum, compresor, pinza de Pean, pinza de Adson c/d, bisturí, tijera y material de resgistro.

El procedimiento es como sigue:

1. Informar adecuadamente al paciente del desarrollo del procedimiento (previamente se habrá solicitado la adecuada limpieza de los pies)
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica
3. Colocar al paciente cómodamente en supinación sobre la camilla

4. Con gasas empapadas en antiséptico y montadas en la pinza de Pean, desinfectamos todos los dedos de la extremidad (comenzando por el afectado) y la misma.
5. Aplicamos anestesia local del dedo afectado según el procedimiento adecuado.
6. Pasados 2-3 minutos, aplicamos una isquemia (por torniquete) en la base del dedo, bien con una gasa desenrollada y anudada, bien con un compresor pinzado.
7. Con todo el instrumental preparad, nos ponemos los guantes estériles y colocamos el paño no fenestrado bajo la mano o el pie afectado del paciente y el fenestrado sobre el mismo.
8. Efectuamos la extracción de la uña del dedo en primer lugar, según procedimiento protocolizado. Una vez completado este, pasamos a la matriz ungueal propiamente dicha.
9. Con el bisturí, hacemos una incisión en cuña profunda (incluyendo piel y planos) hasta el plano óseo, en ángulo de 45° al eje longitudinal y en los vértices de la base ungueal (ambos lados).
10. Retiramos el tejido cortado y nos cercioramos de habernos llevado los extremos laterales de la matriz ungueal (tacto semiduro y color blanquecino).
11. A punta de bisturí incidimos verticalmente la piel y planos, trazando una línea que una los dos vértices de las cuñas abiertas. La incisión con el bisturí debe ser lo suficientemente profunda para llegar a plano óseo.
12. Retiramos todo el tejido de la zona de incisión hacia adelante, cuidando de llevarnos la zonta profunda (matriz ungueal propiamente).
13. Revisamos la posible remanencia de restos de matriz. Para ello, raspamos si fuera menester, con la punta del bisturí. Nos debe quedar limpia una zona rectangular cuyo largo es el ancho del dedo y de ancho propio unos 2-3 mm.
14. Frotamos la herida con una gasa empapada en antiséptico y luego aplicamos un generoso lavado con el mismo.
15. Procedemos a la sutura de la zona del siguiente modo: utilizamos seda calibre del 2/0 al 0/0 (según dedo); efectuamos uno o dos puntos simples que vayan desde la zona próxima a los vértices hasta la piel justo por encima de donde estaba la matriz ungueal en cada lateral; debemos tener la precaución de tomar suficiente tejido en cada lado del punto, para forzar una aproximación de piel hacia la antigua

16. matriz. Si la aproximación no fuera completa, daremos uno o dos puntos sueltos desde la zona central uniendo la piel con el lecho ungueal. Este punto debe tener un margen de 2-3 mm desde el borde de la piel.
17. A continuación aplicaremos, por este orden, el Tulgrasum, una gasa con antiséptico sobre la zona, y un vendaje comprensivo con la venda de gasa.
18. Comprobar si procede cobertura antibiótica. Dar analgesia si hay dolor.
19. Recomendamos reposo de la zona y citamos en 3-4 días para la primera cura.
20. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

La extirpación de matriz ungueal es un procedimiento definitivo y radical, por lo que no debe ofertarse más que en situaciones límite. Habida cuenta de que en el desarrollo del procedimiento llegaremos hasta el periostio, aumentará la posibilidad de infección. Por ello es obligado mantener una rigurosa asepsia durante el desarrollo del procedimiento. La limpieza y lavado de la zona durante y después del procedimiento debe ser concienzuda. No es conveniente llevar a cabo el procedimiento en personas con un pronunciado déficit circulatorio distal o en pacientes diabéticos con las últimas glucemias superiores a 160 mg/dl. Las curas posteriores deben ser efectuadas con rigurosa asepsia.

Quiste Sebáceo o epidermoide ^[13,15-18,21,24,26]

Se entiende como una tumoración de características benignas, que crece en las capas superficiales de la dermis, de contenido graso, móvil y, generalmente, de pequeño o mediano tamaño, y que cuando crece mucho se suele sobreinfectar, produciendo otros problemas (abscesificación).



Figura 6. Quiste sebáceo

El objetivo de esta intervención es la eliminación total y completa –cápsula incluida- sin producir rotura, ya que pequeños fragmentos de esta pueden llegar a reproducir el quiste. Deberá realizarse la técnica precozmente, ya que si la posponemos podremos encontrarnos con la infección y la diseminación de su contenido por tejidos anejos.



Figura 7. Quiste sebáceo extirpado

El material necesario para la intervención es: solución de povidona yodada, anestésico local, guantes estériles, hoja bisturí nº 15, mango bisturí nº3, mosquito recto, sutura de seda nº adecuado, portaguñas, jeringa 5 ó 10 c.c. y aguja 16G, gasas estériles, paño estéril fenestrado y no fenestrado, pinza disección con dientes tipo Addson, mosquito curvo, sutura de Safil, nº adecuado, si es necesaria, esparadrap, apósitos, tijera de Metzenbaum (fina, curva y de puntas romas).

El procedimiento es el siguiente: ^[69,70]

1. Informar al paciente de la técnica a realizar
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica
3. Preguntar por posibles alergias, tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla en la posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según el procedimiento y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión y extirpación de la lesión:
 - **En huso.** Técnica de elección. Procedimiento más habitual, extirpación en bloque de la lesión: incisión superficial con el bisturí, en forma de huso y de tamaño ligeramente superior al diámetro

- del quiste (cuidando de no cortar la cápsula); con la pinza de mosquito traccionamos ligeramente hacia arriba la zona interior del huso, de modo que posibilitemos el corte (con la tijera Metzenbaum o bisturí) del entorno del quiste, hasta que sea factible el corte de la base.
 - **Lineal.** Para quistes situados en zonas críticas en las que no se pueda realizar un huso para extirpación en bloque. Incisión superficial con el bisturí, de tamaño ligeramente superior al diámetro del quiste (y con cuidado de no cortar su cápsula); con el mismo bisturí (zona de corte hacia el exterior) profundizamos en los extremos de la incisión, de modo que con la pinza de mosquito podamos ampliar lateralmente el desbridamiento; con la pinza de Adson elevamos uno de los bordes mientras vamos diseccionando (“pelando”) el entorno del quiste con la tijera de Metzenbaum (concavidad hacia fuera); igual por el otro borde, hasta que podamos cortar la base del quiste.
8. Hemostasia por compresión del lecho, o mediante pinza hemostática si existe algún vaso sangrante.
9. Sutura. Puntos simples o en U, del siguiente modo:
- En bloque: sutura que atraviesa los planos profundos; susceptibles de aplicar en lechos de poca profundidad y poca tensión en los bordes de la herida.
 - Por planos: utilización de sutura reabsorbible para planos profundos y seda para los superficiales.
10. Se colocará drenaje si procede
11. Limpieza de la zona con povidona yodada.
12. Apósitos
- Apósito: herida superficial y pequeña
 - Gasas: herida algo mayor y sin complicaciones
 - Compresivo: herida complicada con sangrado, etc.
13. Indicación de analgesia, si hay dolor. Antibioterapia, si procede
14. Indicamos cuidados posteriores y próxima cita de revisión.
15. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Algunas consideraciones a tener en cuenta serán crear un ambiente relajado y confortable que ayudará al paciente a confiar y evitar trastornos y complicaciones. Realizar diagnóstico diferencial previo. Interrogar sobre antecedentes. Es importante mentalizar al paciente sobre cuidados en la zona afectada para posibilitar una correcta cicatrización y evolución posterior.

Extirpación de verrugas.

Las verrugas son tumores epiteliales frecuentes y contagiosos causados por unos setenta tipos distintos de virus del papiloma humano (PHV). Algunos de estos tumores pueden llegar a malignizarse. Es habitual la regresión completa tras varios meses, con o sin tratamiento; pueden persistir durante años e incluso recidivar.

El objetivo es evitar contagios y propagación de la infección y quitar molestias. El procedimiento a seguir depende de la morfología de la verruga, de los medios a nuestro alcance y de la pericia o experiencia personal. No obstante, aparece como tratamiento de elección –tras el tradicional de queratolíticos- la crioterapia, por su eficacia y excelentes resultados cosméticos, por la ejecución rápida y sencilla, por no requerir anestesia –salvo excepciones- ni preparativas de la piel –salvo excepciones- y con escasos cuidados posteriores, se ha convertido en el método de elección en Atención Primaria.



Figura 8. Verruga

Tipos de procedimientos:

1. Curetaje y aplicación de queratolíticos.

Consiste en el raspado de la capa más superficial de la verruga con bisturí o tijeras, protección de la piel que circunda la lesión y posterior aplicación del queratolítico. Este procedimiento puede ser realizado por el paciente o en el centro de salud. Los queratolíticos más usados son una mezcla de ácido salicílico y ácido láctico al 16.7% o ácido salicílico al 30/40% en cura oclusiva nocturna (verrugas plantares).

2. Crioterapia.

Consiste en la destrucción de la lesión mediante una congelación controlada.

- Nitrógeno líquido (-195.6° C) por torunda tópica, o vaporación directa. Se aplica en dos tandas, cada una de entre 20 y 45 segundos de duración, según el tamaño de la lesión, separadas por un periodo de descongelación. El halo de congelación debe rebasar en 2-3 mm a la lesión, ya que la destrucción tisular sólo se produce a -20 C, temperatura que se alcanza a

- esa distancia del bloque congelado. Al cabo de 3 semanas hay que valorar la lesión y comprobar si requiere otra sesión.

Para el tratamiento de las lesiones plantares, recubiertas de una capa de hiperqueratosis, es necesario el raspado antes de proceder a la crioterapia. En las verrugas en párpados, labios y uñas de manos y pies la congelación es más dolorosa, por lo que se debe valorar la utilización de anestesia local.

3. Sección y aplicación de nitrato de plata.

Método a emplear en verrugas filiforme de pequeño tamaño. Consiste en el corte de la verruga, previa desinfección de la piel, con una tijeras curvas, y la aplicación de nitrato de plata para coagular el vaso nutricio y evitar posibles recidivas destruyendo el tejido basal que induce el crecimiento de la verruga. No requiere anestesia.

4. Bisturí eléctrico

- Electrodesecación (fulguración). Consiste en la eliminación de la lesión mediante la destrucción superficial y posterior raspado de los tejidos destruidos (con pinzas o gasa), hasta acabar con ella. En las lesiones pediculadas de gran tamaño se puede afeitar la lesión y después electrodesecar la superficie sangrante. Para conseguir la fulguración hay que seleccionar en el generador una corriente de alto voltaje, bajo amperaje y muy amortiguada. Es importante no presionar, pues se requiere aire en medio de la corriente para que sea efectiva.
- Electrosección. Se emplea para la eliminación de pequeñas lesiones pediculadas que no requieren electrocoagulación. Para ello hay que seleccionar en el generador una corriente de bajo voltaje, alto amperaje y muy ligeramente amortiguada.

Todas las técnicas con bisturí eléctrico requieren anestesia local.

5. Escisión fusiforme con bisturí convencional.

Consiste en la extirpación de la lesión mediante la realización de un huso que la englobe, y posterior sutura. Método de elección en lesiones que requiera anatomía patológica. ^[13,15,16,18,20-22,24-27]

Extirpación de nevus

El nevus o lunar es una lesión cutánea de la piel, plana o elevada, con pelo o sin él. El nevus intradérmico, o lunar común del adulto, es de color pardusco o negro, con superficie elevada y frecuentemente con pelos. Sus bordes suelen estar bien definidos. El nevus de unión, común en la edad infantil y ubicado entre dermis y epidermis, suele madurar en la pubertad a nevus intradérmico. Ocasionalmente da origen a melanoma maligno.



Figura 9. Nevus

Su superficie es plana o muy poco elevada, varía de color (desde pardo claro a negro), no tiene pelos y es de bordes bien definidos, con el margen sangrado hacia la piel adyacente. El nevus compuesto es una combinación histológica de los dos anteriores con porción intradérmica central oscura y elevada, rodeada de un aro plano y pálido y, por lo general, tienen pelo.

En nuestro medio se llevará a cabo la escisión del nevus intradérmico únicamente, habida cuenta de que los de unión son potencialmente peligrosos y requieren una cirugía más amplia. Las indicaciones para la extirpación del nevus intradérmico son la localización en cara (obvio, elevado, oscuro y con pelo) y en áreas de roce o apoyo (cinturón, collares, sostén). La muestra, una vez extirpada “siempre” debe enviarse a Anatomía patológica (en formol) para confirmar su benignidad. No debe extirparse con medios destructivos.

Los objetivos es efectuar profilaxis de lesiones malignas, resolver problemas potenciales en áreas de roce y sitios de presión o apoyo. El material necesario para la operación es el siguiente: gasas estériles, paño fenestrado estéril, maquinilla de rasurar, portaguñas, tijera de corte/sutura, pinza de mosquito curva y recta, pinza de Adson s/d y c/d, material de registro, guantes estériles apósito estéril, antiséptico tipo povidona yodada, envase con formol para enviar muestra a Anatomía patológica, sutura de seda (el calibre dependerá de la zona), mango nº3 y hoja de bisturí nº 15, tijera de Metzenbaum fina y roma, y material propio para la anestesia local.

El procedimiento a seguir será el siguiente:

1. Informar al paciente sobre la técnica que se le va a practicar
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica
3. Colocar al paciente cómodamente sobre la camilla
4. Con el instrumental correctamente preparado, aplicamos el antiséptico en la zona afectada y su entorno inmediato.

5. Rasuramos la zona, si procede.
6. Efectuamos el procedimiento de anestesia local, preferiblemente en rombo
7. Con el bisturí efectuamos un corte en elipse, de modo que su eje mayor coincida con las líneas de tensión.
8. Sujetamos el nevus con la pinza de Adson en sucesivos lugares, lo vamos elevando y efectuamos simultáneamente la disección en la elipse hasta poder extirpar el nevus, colocando la muestra en el frasco de formol. Para efectuar la disección podemos ayudarnos de la pinza de mosquito curva o de la tijera de Metzenbaum.
9. Efectuamos la sutura de bordes, con no excesiva presión (seda o nailon fino según el lugar de que se trate) y aplicamos un apósito estéril (en su defecto, gasas y esparadrapo).
10. Citamos para dos días después para su valoración e indicamos la retirada de los puntos para el cuarto día después de la intervención si ha sido en la cara, y al efecto de prevenir marcas de puntos.
11. Recomendamos analgesia si hay dolor
12. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica
13. Indicamos los cuidados posteriores.
14. Entregamos encuesta de satisfacción del programa de cirugía menor en UGC de Palos-Mazagón.

Algunas consideraciones a tener en cuenta será la extirpación en áreas de rozamiento la cual, requerirá de un pequeño almohadillado para evitar la irritación de la zona intervenida. Cuidados para la zona intervenida: evitar la humedad de la zona hasta retirar la sutura; que el paciente nos comente evolución si es en zona de rozamiento; evitar tomar el sol durante los 2-3 primeros meses si es en zona expuesta.

Si el diagnóstico diferencial es dudoso, no debe extirparse en nuestro medio y sí enviarlo al especialista correspondiente. Si la zona a intervenir está en la cara, la escisión elíptica debe ser lo más ajustada posible, y seguir minuciosamente las líneas de tensión. El envío de las muestras a Anatomía patológica debe ser sistemático, para confirmar la benignidad.

Absceso cutáneo

Se entiende como absceso una colección de pus anatómicamente localizada, con una sintomatología típica de dolor localizado, tumefacción y enrojecimiento así como posible fluctuación (estado indicativo de su próxima abertura). La incisión y drenaje es la forma más habitual de afrontar el problema. Los abscesos que podemos abordar en una consulta de AP son los superficiales. En estos casos, podemos solucionar el problema del paciente con o sin anestesia local y con una rápida incisión, desbridamiento interior limpieza y drenaje. Cualquier absceso de considerable profundidad o extensión, o que curse con fiebre alta, debe ser remitido urgentemente a cirugía.



Figura 10. Absceso cutáneo

El objetivo de la operación es posibilitar la eliminación de la infección en la zona afectada. Eliminar el dolor que conlleva este tipo de procesos y facilitar la recuperación y normalización de la zona. El material necesario en la operación es: gasas estériles, tres jeringas de 5 c.c., paño fenestrado, povidona yodada, bisturí de punta, pinza de mosquito curva, pomada antibiótica, cloruro de etilo, guantes, tiras de gasa orillada u otro tipo de drenajes, agua oxigenada, suero fisiológico, material necesario para anestesia local (si procede), tijera tipo Metzenbaum.

El procedimiento a seguir en la operación será como sigue:

1. Expondremos un procedimiento general para abordar un absceso. Las peculiaridades anatómicas exigirán adaptaciones.
2. Informar adecuadamente al paciente de lo que se le va a hacer para lograr su colaboración.
3. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica
4. Colocar adecuadamente al paciente de modo que podamos visualizar y manipular cómodamente la zona afectada.
5. Pintar con la povidona yodada toda la zona afectada y su entorno.
6. Colocar el paño fenestrado
7. Según el procedimiento adecuad, aplicar la anestesia local (si procede), bien sobre la zona fluctuante, bien en el entorno del absceso (a decidir según el tamaño de este).

8. Con el bisturí del nº 11 efectuamos una rápida incisión sobre el área fluctuante, de longitud igual a su diámetro o con la profundidad suficiente para permitir una buena evacuación del pus almacenado.
9. Si hubiese cubierta necrótica, debe ser recortada y retirada para permitir una correcta evacuación. La existencia de esta cubierta necrótica es indicativa de que estamos ante un absceso de cierta profundidad.
10. Presionamos con unas gasas en el entorno del absceso para forzar una evacuación del pus profundo.
11. Con la pinza de mosquito curva dilatamos el absceso: la introducimos cerrada y la abrimos en el interior. Efectuamos esta maniobra un mínimo de dos veces y en cruz.
12. Si el tamaño de la cavidad nos lo permite, introduciremos un dedo enguantado para comprobar que no quedan cavilaciones.
13. Aplicamos el agua oxigenada en el interior con una jeringa. Limpiamos y repetimos la maniobra con povidona yodada. Limpiamos y repetimos con suero fisiológico. Limpiamos.
14. Colocamos drenaje según el tamaño de la cavidad: gasa orillada semiempapada con povidona yodada, gasa para absorción, u otro tipo de drenajes.
15. Aplicamos gasas como compresa sobre la zona y sujetamos con esparadrapo.
16. Citamos para el día siguiente, pues deberá efectuarse una cura diaria, removiendo y cambiando las gasas interiores y exteriores, previa limpieza de la cavidad.
17. Indicamos cuidados de la zona: no mojar en los primeros días y evitar una movilización excesiva.
18. Recomendamos analgésicos si hay dolor y cobertura antibiótica si procede
19. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

El absceso deberá curarse por medio de granulación: de dentro hacia fuera. Por lo tanto, debe mantenerse la incisión abierta hasta observar que el nuevo tejido de granulación está muy próximo a los bordes. Si tratamos un absceso de regular tamaño y debemos introducir varias gasas para ayudar a la desbridación, hay que contarlas, para no olvidar de retirar alguna de ellas.

Cuando un absceso no está “maduro” (no hay fluctuación evidente) o está indurado, es que no está preparado para la incisión. Actuaremos entonces de manera conservadora (con o sin antibióticos) durante varios días. El calor húmedo (fomentos) suele favorecer la localización de la infección y madurar el absceso. Si el absceso se rompe espontáneamente, es conveniente ampliar la abertura y drenar correctamente. Hay que tener en consideración como alternativa a la anestesia local, la anestesia tópica por enfriamiento.

Lipoma

Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo, subcutáneos, unitarios o múltiples y bien delimitados, que no suelen estar adheridos a la piel ni a planos profundos. Se localizan preferentemente en tronco, cuello y antebrazo, su crecimiento es lento y no suele ser doloroso. Las lipomatosis generalizadas y los grandes lipomas serán valorados por el servicio de cirugía.



Figura 11. Lipoma

El objetivo será la extirpación del tumor completo para minimizar las complicaciones. El material necesario en la intervención es: solución de povidona yodada, anestésico local, guantes estériles, hoja bisturí nº15, mango bisturí nº3, mosquito recto, portaguñas, esparadrapo, sutura de safil del número adecuado si es necesaria., jeringa 5 ó 10 c.c. y aguja 16G, gasas estériles, paño estéril fenestrado y no fenestrado, pinza disección con dientes tipo Addson, mosquito curvo y recto, tijera de Metzenbaun (fina, curva y de puntas romas), sutura de seda del número adecuado, separadores tipo rastrillo o mini Farabef.

El procedimiento a seguir será el siguiente:

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Revisión del consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Preguntar por posibles alergias tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla, en posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según técnica y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión. Se incidirá linealmente con el bisturí en la piel hasta llegar a la lesión realizando el despegamiento de la zona superficial. Posteriormente se atraparé el lipoma con la pinza de Allis o el mosquito y se irá despegando de los diferentes planos con la tijera, el mosquito o el dedo y ayudado por los separadores, para obtener siempre una buena visión directa del campo quirúrgico.

8. Hemostasia y cierre. Se procederá a la hemostasia de los diferentes vasos sanguíneos que estén sangrando mediante ligadura o electrocoagulación. La sutura se realizará por planos, evitando espacios virtuales y dejando drenajes si fuese necesario. Cerrar la piel y valorar a las 48 horas de la intervención.
9. Limpieza de la zona con povidona yodada.
10. Apósitos compresivos para evitar hematomas.
11. Indicación de analgesia si hay dolor. Antibioterapia si procede.
12. Indicamos los cuidados posteriores y la próxima cita de revisión.
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos la hoja postquirúrgica.

Dermatofibroma

Se conoce también bajo las denominaciones de fibroma simple, histiocitoma o fibroma en pastilla, se trata de una formación nodular intradérmica firme, convexa, única o múltiple. Como signo característico aparece una depresión central cuando se pellizca. Su aparición se ha relacionado con traumatismos previos y con picaduras de insectos. Presenta un periodo de crecimiento lento. No suele ser doloroso y se trata de una lesión benigna aunque debería realizarse siempre un estudio anatomopatológico de estas lesiones por ser pigmentadas.



Figura 12. Dermatofibroma

El objetivo será la eliminación de la tumoración. El material necesario para la intervención es: solución de povidona yodada, anestésico local, guantes estériles, hoja bisturí nº 15, mango bisturí nº 3, mosquito recto, portagujas, sutura de safil nº adecuado si es necesario, jeringa 5 ó 10 c.c. y aguja 16G, gasas estériles, paño estéril fenestrado y no fenestrado, pinza disección con dientes tipo Adson, mosquito curvo, tijera de Metzenbaum (fina, curva y de puntas romas), sutura de seda nº adecuado y esparadrapos o apósitos.

El procedimiento a seguir en esta intervención pasa por:

1. Informar al paciente sobre técnica que se le va a aplicar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina o prona sobre la camilla.
4. La técnica utilizada será similar a la empleada en la extirpación del quiste epidermoide realizando una extirpación en huso.

Fibroma péndulo

También llamado acrocordón, fibroma blanco o moluscum pendulum. Son tumores pediculados de tamaño muy variable que aparecen en el cuello, párpados, ingle y axilas. Son benignos y aparecen de forma predominante en obesos. Suelen ser asintomáticos salvo si se produce una torsión del pedículo que suele molestar.

El material necesario para la intervención es: solución de povidona yodada, anestésico local, guantes estériles, bisturí eléctrico, jeringa 5 ó 10 c.c. y aguja 16G, gasas estériles, pinza disección sin dientes tipo Adson, esparadrapo.



Figura 13. Fibroma péndulo

El procedimiento a seguir será el siguiente:

1. Desinfección de la zona con povidona yodada.
2. Habitualmente aplicaremos anestesia local.
3. Aplicación del electrodo de masa del bisturí eléctrico.
4. Indicamos al paciente la necesidad de que retire cualquier objeto (adorno) metálico de su cuerpo.
5. Regular el aparato a la intensidad de corte-coagulación deseada
6. Emplear el terminal adecuado, de asa o de cuchillete, montándolo en el mango de bisturí.
7. Una vez montado el campo estéril, se procede a la extirpación de la lesión.
8. Colocamos un apósito protector adecuado.
9. Indicamos los cuidados posteriores y citamos para la revisión.
10. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Se deberá indicar medidas higiénicas y de protección al paciente, y recomendar analgesia si hay dolor.

Queratosis seborreica

Son los tumores más frecuentes en la edad media de la vida y aumentan con la vejez y son proliferaciones epidérmicas de aspecto verrugoso con componente genético autosómico dominante de carácter benigno. Se localizan básicamente en cara, cuello y tórax. Se presentan como pequeñas lesiones -al comienzo de 1-3 mm- marrón claro, de escaso grosor y su superficie es punteada. Con el tiempo se produce engrosamiento e incremento del tamaño, entre 1-6 cm, con forma redondeada u oval.



Figura 14. Queratosis seborreica

El objetivo consiste en eliminar la lesión por las molestias que suele ocasionar a los pacientes por su localización. El tratamiento de elección es la crioterapia, la fulguración con bisturí eléctrico o, si existe duda diagnóstica, debe realizarse una exéresis en huso con estudio anatomopatológico posterior.

En ocasiones su morfología plantea dudas diagnósticas con otras lesiones pigmentadas de la piel como son: queratosis actínica, lentigo maligno, melanoma o nevus melanocítico.

Queratosis ictinia

Son proliferaciones epidérmicas que aparecen en pacientes de edad media y avanzada. Son lesiones máculopapulares de color pardo amarillento, apariencia seca y textura rugosa con descamación. Pueden ser únicas o múltiples, son debidas al daño acumulativo de los rayos ultravioleta y están localizadas en zonas expuestas al sol.

Extirpación de la lesión por su potencial de malignización, que origina con el tiempo tumores malignos, sobre todo carcinomas epidermoides. Si las lesiones son escasas (una o pocas), el tratamiento podrá ser la electrocirugía^[21] o la crioterapia^[70-71]; si son múltiples, el tratamiento electivo será la crema tópica de 5-fluoruracilo al 1-5%. Si existe duda diagnóstica con carcinoma espinocelular se debe derivar al dermatólogo de referencia.



Figura 15. Queratosis ictinia

El estudio ha contado con 500 pacientes de los cuales el 54.3% eran mujeres y un 45.7% varones. Destaca como más frecuente la extirpación de nevus melanocítico (35.6%) seguida de la extirpación de queratosis seborreica (24%), acrocordón (13%) y verrugas víricas (11%), correspondiendo el otro 16.4% al resto de patologías diagnosticadas. Es importante señalar que no se diagnosticó ninguna lesión maligna durante el período de nuestro estudio.

Cabe destacar que existe una coincidencia en diagnóstico pre y postoperatoria en un 31.3% de los casos, mientras que no la hay en el 45.4% de los mismos. Queda un porcentaje de lesiones de 23.4% que no se puede determinar la concordancia dado que no se solicitó análisis anátomo-patológico de las mismas.

Contamos como tiempo medio de espera para la realización de la cirugía menor como el transcurrido desde la primera consulta con el médico de atención primaria hasta el día de la intervención. El tiempo de espera medio calculado para la realización de la cirugía menor es de entre 7-14 días es en este período de tiempo donde se llevan a realizar el 61.6% de todas las intervenciones.

ANÁLISIS DE COSTES QUIRÚRGICOS.

Se ha realizado un estudio comparado de costes entre la realización de la cirugía menor en atención primaria y atención hospitalaria obteniéndose una diferencia de entre 817 y 1,117 euros menos de gasto sanitario por cada intervención realiza en atención primaria.

	COSTES ATENCIÓN PRIMARIA (EUROS)	COSTES HOSPITAL (EUROS)	DIFERENCIA (EUROS)
Consulta médica de Atención Primaria	50	120-150	70-100
Consulta recogida de resultados	18	30	12
Consulta enfermería	40	45	5
Intervención cirugía menor en Atención Primaria			
Uña encarnada	30-40	150	110-120
Hidroadenitis crónica	30	100	70
Quiste sebáceo	40	120	80
Lipomas	50-70	150-300	100-230
Verrugas	20	80	60
Úlceras	50	150	100
Cuerpo extraño	40	100	60
Abscesos	50-70	150-300	100-230
Infección piel	30	80	50

Tabla 9. Análisis de Coste quirúrgico

Fuente:

Jefe Unidad Cirugía. Centro Mazagón-Palos (Huelva). Año 2011-2013. La información fue obtenida al mismo tiempo que los acontecimientos. Llegan a nosotros sin ser transformadas por ninguna persona, tal y como fueron hechas en su momento, sin ser sometidas a ninguna modificación.

Costes totales para cirugía menor en Palos – Mazarón (SAS)			
Costes intervención cirugía menor sin biopsia		Costes intervenciones cirugía menor con biopsia	
Coste equipo quirúrgico	30 €	Coste equipo quirúrgico	30 €
Coste material no fungible	0.25 €	Coste material no fungible	0.25 €
Coste material fungible	2 €	Coste material fungible	2 €
Nº de intervenciones sin biopsia	400 €	Estudio histológico	20 €
		Nº de intervenciones con biopsia	100 €
Total	12.900€	Total	5.225€
COSTE TOTAL: 18.125 €			

Tabla 10. Costes totales para cirugía menor en Palos-Mazagón (SAS).

Fuente:

Jefe Unidad Cirugía. Centro Mazagón-Palos (Huelva). Año 2011-2013. La información fue obtenida al mismo tiempo que los acontecimientos. Llegan a nosotros sin ser transformadas por ninguna persona, tal y como fueron hechas en su momento, sin ser sometidas a ninguna modificación.

Costes totales para la cirugía menor en centros de salud privados			
Costes intervención cirugía menor sin biopsia		Costes intervenciones cirugía menor con biopsia	
Coste equipo quirúrgico	65 €	Coste equipo quirúrgico	65 €
Coste material no fungible	1.5 €	Coste material no fungible	1.5 €
Coste material fungible	6 €	Coste material fungible	6 €
Nº de intervenciones sin biopsia	400 €	Estudio histológico	22 €
		Nº de intervenciones con biopsia	100 €
Total	29.000€	Total	9.450€
COSTE TOTAL: 38.450 €			

Tabla 11. Costes totales para cirugía menor en centros de salud privados.

Fuente:

Jefe Unidad Cirugía. Centro Privado Los Naranjos, Huelva. Año 2011-2013. La información fue obtenida al mismo tiempo que los acontecimientos. Llegan a nosotros sin ser transformadas por ninguna persona, tal y como fueron hechas en su momento, sin ser sometidas a ninguna modificación.

Del análisis de costes de las dos alternativas se desprende que la realización de intervenciones de cirugía menor en Atención Primaria, para los costes de intervención, pueden suponer un ahorro de 20.325 de euros respecto a los costes de los mismos procesos si se realizan en centros especializados privados o concertados, es decir que con el 60,7% del costes de éstas se podría realizar la cirugía en los centros de salud.

Una vez culminada la reforma de la atención primaria en Andalucía en 2001, el decidido Impulso de la administración sanitaria a la atención primaria dentro del sistema sanitario público se materializó en marzo de 2002 con la firma del “Pacto Andaluz por el desarrollo de estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI”. En él se explicitó la apuesta del sistema sanitario público en posicionar a los servicios de atención primaria en un lugar central, como ejes de la continuidad asistencial que permitan el abordaje de los cambios epidemiológicos y demográficos que se están produciendo en Andalucía y que condicionarán las necesidades de servicios sanitarios del futuro.

La perspectiva de la eficiencia desde el punto de vista del **gasto sanitario público**, es ofrecida por indicadores que visualizan el gasto sanitario público de Andalucía sobre el PIB y por persona protegida, la proporción del gasto que se destina a administración general, o indicadores que relacionan el gasto sanitario público con los niveles de actividad en los servicios primarios o especializados o con resultados de efectividad.

La perspectiva de la eficiencia, entendida tanto como la resolución de procesos en **entornos de menor coste** la ofrecen los indicadores de cirugía sin ingreso y su contribución a la eficiencia en la actividad quirúrgica.

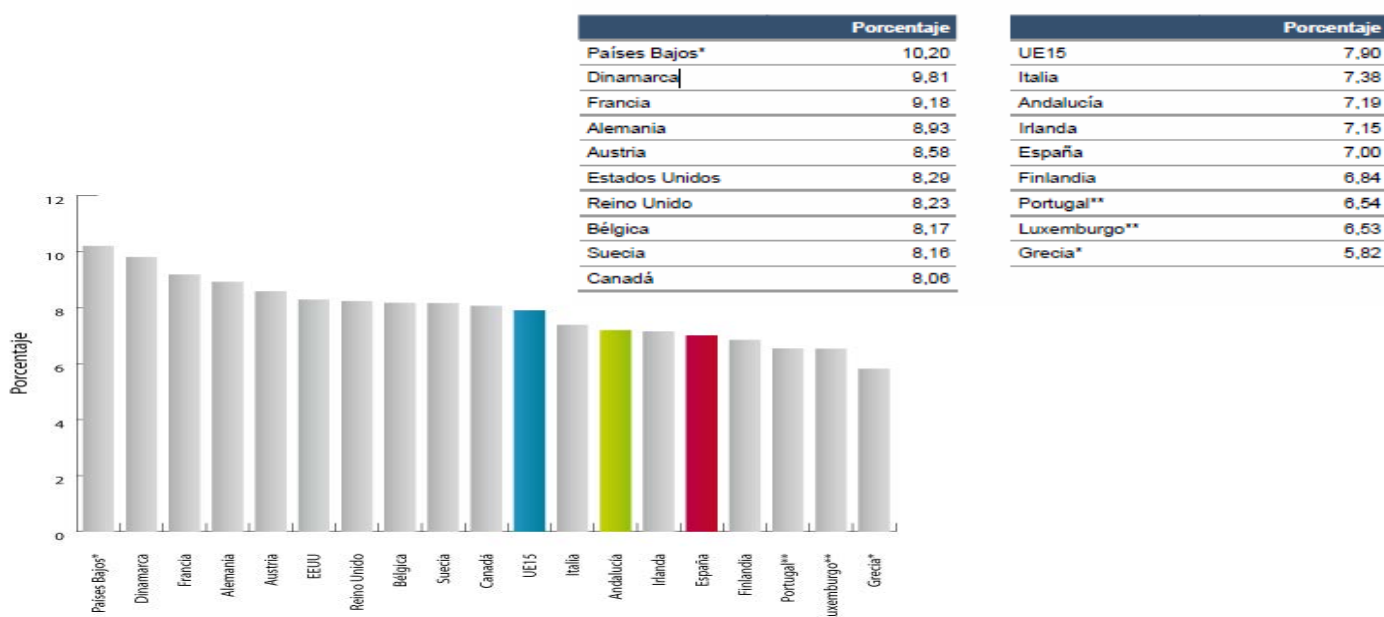
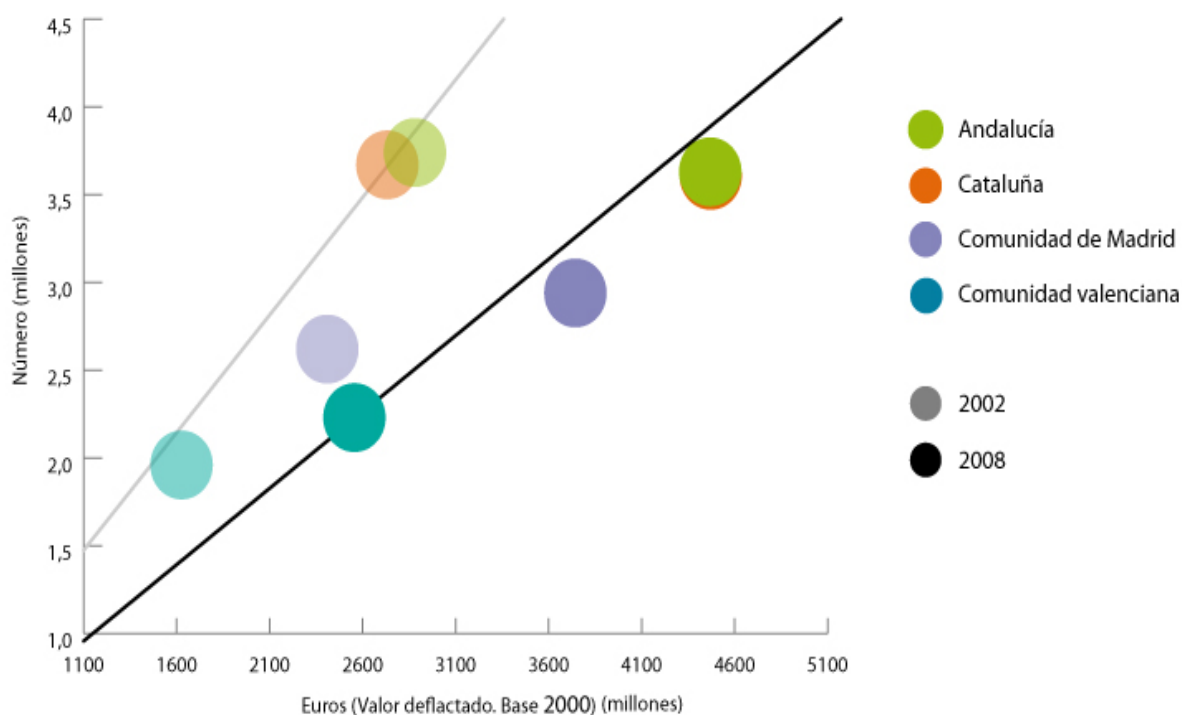


Figura 16. Comparación del gasto público entre países de la U.E., España y Andalucía

Dato 2008 / *Dato 2007

El dato de Países Bajos estimado a partir del %gasto sanitario público respecto a al total y del % gasto sanitario total respecto a PIB.Cuenta Satélite del Gasto Sanitarioi Público-Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Contabilidad Regional de España-INE.OCDE.



	2002	2008
Andalucía	2.881.351.809	4.469.220.560
Cataluña	2.733.035.432	4.471.491.055
Comunidad de Madrid	2.410.207.924	3.744.144.502
Comunidad Valenciana	1.626.676.176	2.556.106.141

Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Número de estancias ajustadas por casuística

	2002	2008
Andalucía	3.739.029	3.627.967
Cataluña	3.666.436	3.605.605
Comunidad de Madrid	2.619.373	2.935.601
Comunidad Valenciana	1.955.987	2.234.978

Figura 17. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. iCMBC-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La actividad de cirugía menor en atención primaria disminuye sensiblemente las listas de espera quirúrgicas y descentraliza los servicios de los grandes hospitales. Además, mejora el grado de satisfacción del paciente con unos tratamientos que son muy bien recibidos, ya que la intervención va a ser llevada a cabo por un profesional conocido de un entorno cercano y con el que tiene confianza.

Es necesaria la formación del profesional en cirugía menor así como implementar un protocolo de actuación previo al inicio de la actividad. La valoración inicial incluye la anamnesis donde se preguntan datos sobre antecedentes relevantes para el proceso de cirugía menor, tales como alergias, toma de fármacos, antecedentes de queloides, etc. También se realiza exploración física general y de la lesión que se va a intervenir. A continuación, se solicita estudio preoperatorio (analítica con bioquímica elemental y pruebas de coagulación).

A pesar de que en general no se refiere la necesidad de estudio preoperatorio, nosotros hemos considerado oportuno su realización en nuestro protocolo. Si no existe contraindicación, explicamos al paciente el procedimiento que vamos a emplear, sus ventajas, inconvenientes y posibles complicaciones, y una vez firmado el consentimiento informado se le apunta para intervención.

El seguimiento posoperatorio lo realiza su médico de familia. El informe de intervención y el resultado de anatomía patológica se incluyen en la historia clínica. Este trámite cierra la vía quirúrgica del programa de cirugía menor del Centro de Salud Palos-Mazagón.

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. 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. El soporte documental específico estaba formado por:

1. Hoja de consentimiento informado debidamente firmada y cumplimentada con todos los datos personales.
2. Hoja de citación
3. Hoja de intervención, en la que se constataba los antecedentes personales y si tenía algún tipo de alergias, el tipo de intervención realizada, si se le había pedido análisis anatomopatológico y el tratamiento a seguir.

Para todas las intervenciones se utilizó un set quirúrgico estandarizado.

El día de la intervención se tomaban las siguientes variables: edad, sexo, tipo de intervención, diagnóstico prequirúrgico, tamaño y problemas que ocasiona la lesión, tiempo de espera desde el diagnóstico a la intervención y resultado del análisis anatomopatológico.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR U.G.C. PALOS-MAZAGÓN

El periodo de recogida de datos: se entrega la encuesta al paciente el día que deriva su médico de familia a la cirugía menor.

El paciente tiene que entregar la encuesta a la semana con la primera revisión.

El nivel de opinión/satisfacción es estimado mediante una escala tipo LIKERT de 1-5.

- 1) Muy mala
- 2) Mala
- 3) Ni buena ni mala
- 4) Buena
- 5) Muy buena

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CIRUGÍA MENOR

Queremos conocer su opinión para poder atenderle mejor. Le rogamos conteste con una **X** en la respuesta que considere más adecuada. Si alguna respuesta no procede ,rellene la casilla sin opinión. Muchas gracias

	MUY MALA	MALA	NI BUENA NI MALA	BUENA	MUY BUENA
1. ¿Cuál es su opinión sobre la facilidad de acceso y tiempo transcurrido para solucionar su problema de cirugía menor de este centro?					
2. ¿Cómo valoraría la competencia de los profesionales del programa de cirugía menor que le han atendido?					
3. ¿Cuál es su opinión sobre el trato que ha recibido?					
4. ¿Cuál es su opinión sobre la información recibida?					
5.¿Cuál es su opinión general, sobre el programa de cirugía menor del centro?					

Tabla 12. Encuesta de satisfacción en cirugía menor

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Población de estudio

Características de los pacientes

Número de pacientes: Participaron 500 pacientes de intervención quirúrgica por cirugía menor en Atención Primaria. Los pacientes fueron seleccionados de la consulta a demanda o a petición propia.

Edad: En la siguiente tabla se expresan las medidas de resumen y los valores que se obtienen de esta variable para el total de los diagnósticos. En este sentido podemos observar que la media de edad de los pacientes diagnosticados es de entre 40 y 59 años.

Sexo: el 54,3% fueron mujeres y el 45,7% hombres.

TRIMESTRES

GRUPOS ETÁREOS	PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	TOTAL
5-17 años	14	8	10	10	42
18-39 años	26	23	36	21	106
40-59 años	55	37	64	49	205
60-79 años	29	21	38	35	123
80 años y más	8	4	9	3	24
TOTAL	132	93	157	118	500

Tabla 13. Población de estudio

GÉNERO

Hombres 45,7%	Mujeres 54,3%
---------------	---------------

Tabla 14. Intervenciones por género

Procedimiento quirúrgico más utilizado

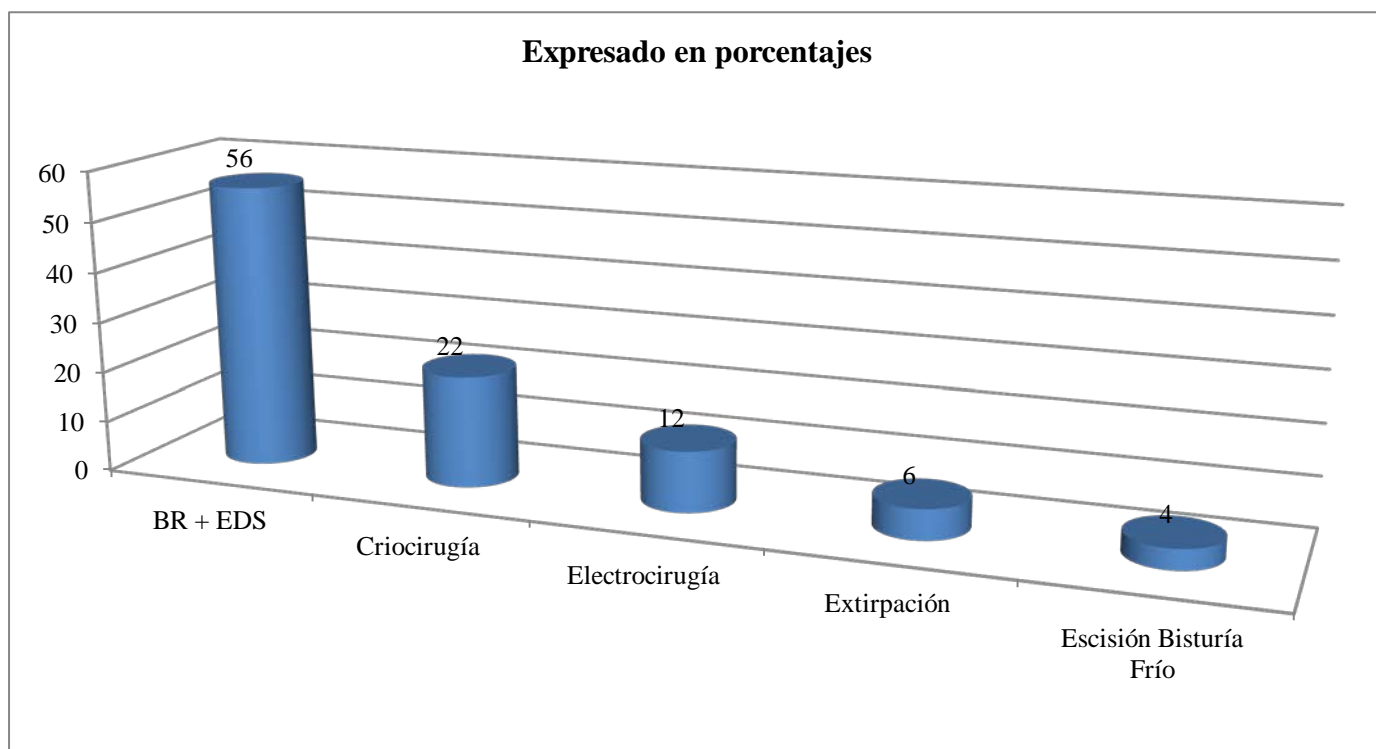


Figura 18. Procedimiento quirúrgico más utilizado

Localización anatómica

Se exponen los resultados del análisis de la localización anatómica de los diagnósticos realizados.

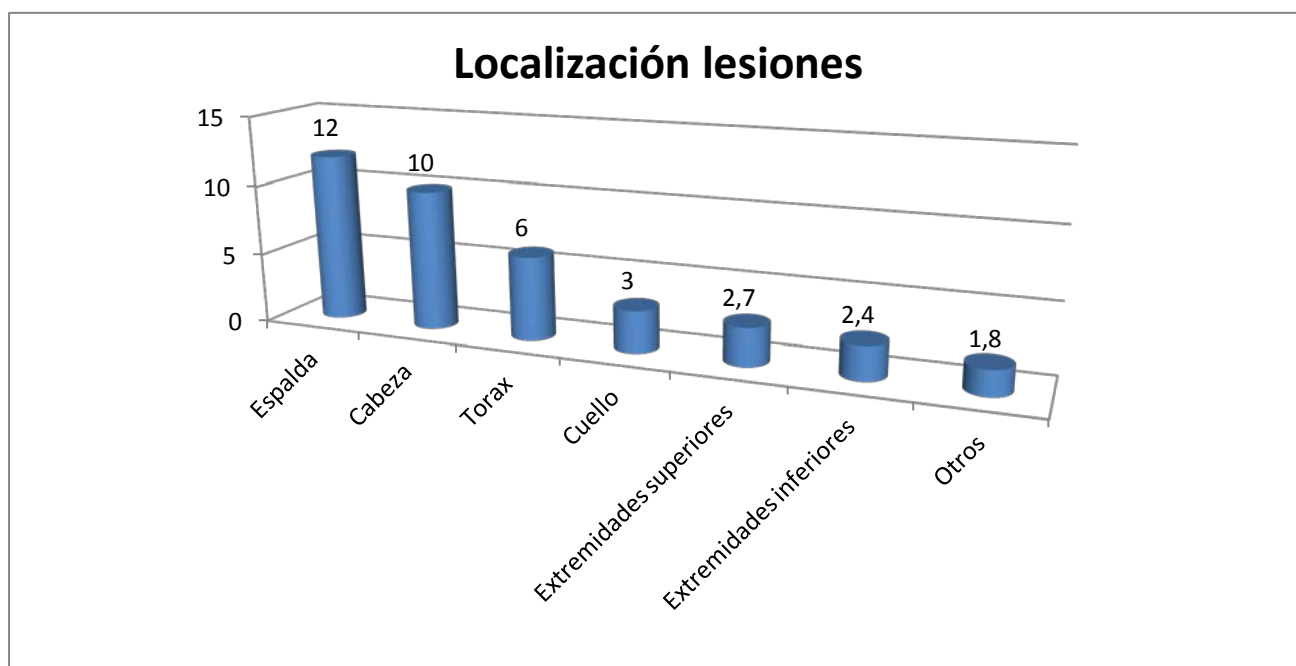


Figura 19. Localización anatómica de lesiones

Se comprueba que la mayoría de los diagnósticos se localizan en la espalda por el contrario las extremidades inferiores en donde menos afecciones se han localizado. Se ha diseñado de forma que salgan ordenados de mayor a menor frecuencia la localización de las intervenciones. Los datos corresponden a los meses de mayo y junio de 2011.

Diagnóstico más prevalentes

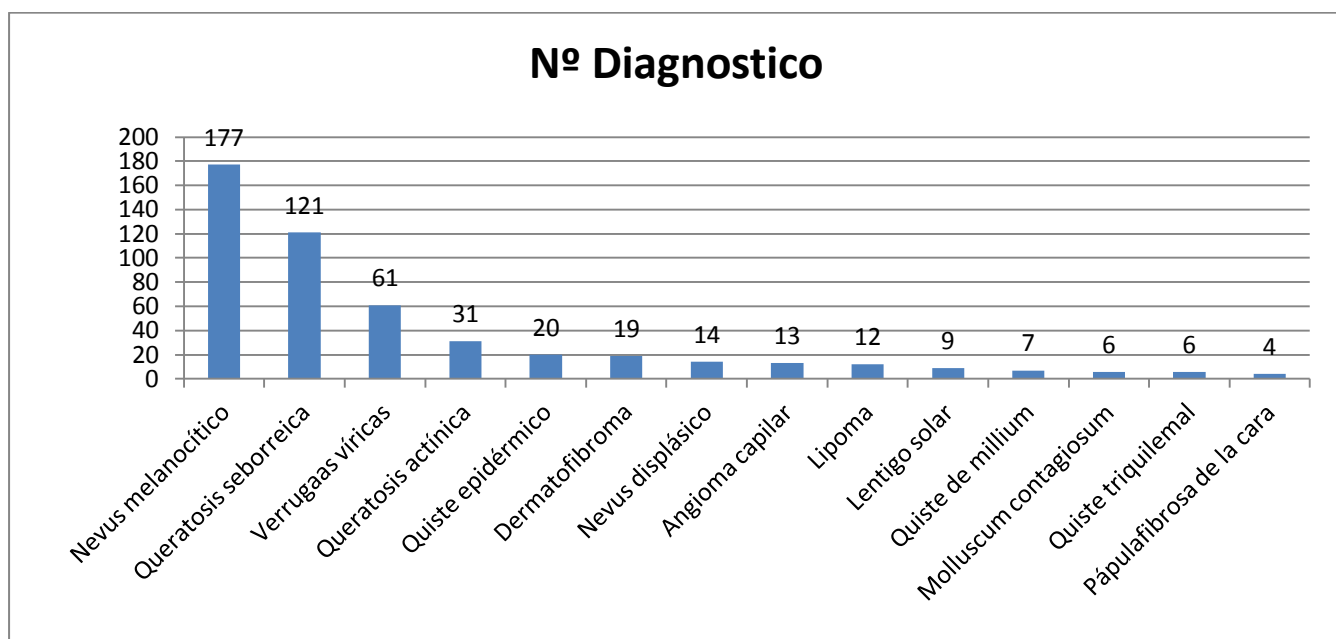


Figura 20. Diagnósticos más prevalentes

Tiempo transcurrido entre diagnóstico e intervención

TRIMESTRES

Tiempo transcurrido	PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	TOTAL
Menos de 7 días	28	16	44	18	106
Entre 7-14 días	74	45	83	63	265
Entre 15-21 días	16	21	42	37	116
Más de 21 días	1	1	1	10	13
TOTAL	119	83	170	128	500

Tabla 15. Tiempo transcurrido entre diagnóstico e intervención.

Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	TRIMESTRES				TOTAL
	PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	
a/ Sin complicaciones	115	81	165	125	486
b/ Con complicaciones	4	2	5	3	14
Seroma	1	-	1	-	2
Hematoma	-	-	-	1	1
Resección incompleta de la lesión	1	-	-	1	2
Sepsis local	1	-	-	-	1
Dehiscencia parcial de sutura	1	2	3	1	7
Granuloma	-	-	1	-	1
c/ Datos no disponibles	-	-	-	-	-
TOTAL	119	83	170	128	500

Tabla 16. Complicaciones postoperatorias.

ANÁLISIS DE COSTES

En el estudio realizado de análisis de costes se han obtenido los siguientes resultados.

	COSTES ATENCIÓN PRIMARIA (EUROS)	COSTES HOSPITAL (EUROS)	DIFERENCIA (EUROS)
Consulta médica de Atención Primaria	50	120-150	70-100
Consulta recogida de resultados	18	30	12
Consulta enfermería	40	45	5
Intervención cirugía menor en Atención Primaria			
Uña encarnada	30-40	150	110-120
Hidradenitis crónica	30	100	70
Quiste sebáceo	40	120	80
Lipomas	50-70	150-300	100-230
Verrugas	20	80	60
Úlceras	50	150	100
Cuerpo extraño	40	100	60
Abscesos	50-70	150-300	100-230
Infección piel	30	80	50

Tabla 17. Análisis de costes

Costes totales para cirugía menor en Palos – Mazarón (SAS)			
Costes intervención cirugía menor sin biopsia		Costes intervenciones cirugía menor con biopsia	
Coste equipo quirúrgico	30	Coste equipo quirúrgico	30
Coste material no fungible	0.25	Coste material no fungible	0.25
Coste material fungible	2	Coste material fungible	2
Nº de intervenciones sin biopsia	400	Estudio histológico	20
		Nº de intervenciones con biopsia	100
Total	12.900€	Total	5.225€
COSTE TOTAL: 18.125 €			

Tabla 18. Costes totales para cirugía menor en Palos-Mazagón (SAS).

Fuente:

Jefe Unidad Cirugía. Centro Mazagón-Palos (Huelva). Año 2011-2013. La información fue obtenida al mismo tiempo que los acontecimientos. Llegan a nosotros sin ser transformadas por ninguna persona, tal y como fueron hechas en su momento, sin ser sometidas a ninguna modificación.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

En el estudio los resultados de nuestra encuesta de satisfacción en la UGC de Palos-Mazagón. Hemos recogido un total de 485 encuestas cumplimentadas de un total de 500 formularios entregados, por tanto, la tasa de respuesta es del 97% (todas fueron satisfactorias).

El nivel de opinión/satisfacción es estimado mediante una escala tipo LIKERT de 1-5.

- 1) Muy mala
- 2) Mala
- 3) Ni buena ni mala
- 4) Buena
- 5) Muy buena

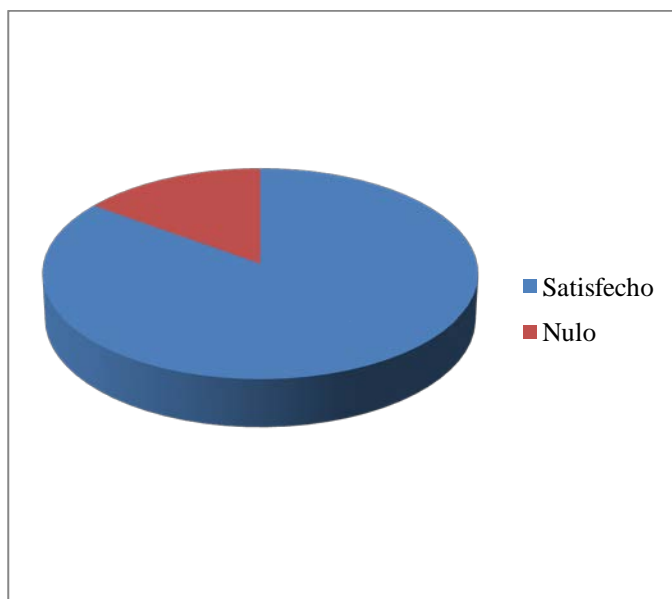


Figura 21. Satisfacción general

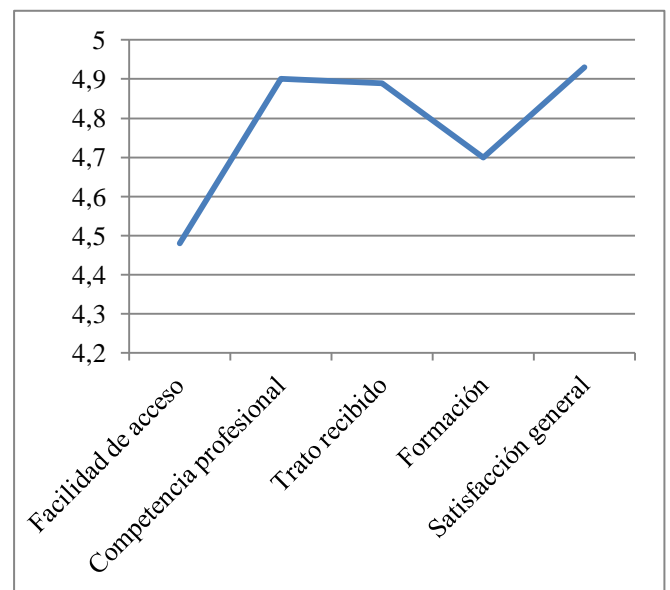


Figura 22. Percepción del paciente sobre Cirugía Menor.

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

Comparación entre el C.A.P. de Palos-Mazagón (Huelva) y La Almunia de Doña Godina (Zaragoza).

La Almunia de Doña Godina, Zaragozaⁱ

El centro de salud agrupa a 16.000 habitantes distribuidos en 5 poblaciones: La Almunia (8.000), Calatorao (3.700), Ricla (3.300), Almonacid de la Sierra (1.100) y Alpartir (800). El estudio ha sido realizado en un medio semirural similar al nuestro.

Sujetos

Se incluyeron 1.231 pacientes atendidos durante el periodo comprendido entre abril de 1999 y julio del año 2009.

Edades

Edades comprendidas entre los 33 y 44 años.

Intervenidas

El 59,5% fueron mujeres.

Procedimiento quirúrgico

- a) Rebanado + electrodesecación superficial (BR + EDS) con el 54%, técnica de elección.
- b) Criocirugía con Histofreezer 29%.
- c) Electrocirugía con un porcentaje de entre el 12 y el 17%.
- d) Extirpación de quistes y lipomas con el 6%.

Localización de las lesiones.

En la mayoría de las ocasiones el 45% se encontraban localizadas en cabeza y cuello. Destacar que en el estudio apenas aparecen lesiones malignas como puede ser el cáncer cutáneo.

Centro de Palos-Mazagón, Huelva

El centro da una cobertura a 14.000 habitantes.

Sujetos

El estudio ha contado con 500 pacientes.

Edades

Edades comprendidas entre los 40 y 59 años.

Intervenidas

El 54,3% fueron mujeres.

ⁱ Aganzo-López, F.J.; Grima-Barbero, J.M.; Marrón-Moya, S.E.; Tomás-Aragonés, L.; Publicado en Semergen. 2013;39:12-7.

Procedimiento quirúrgico

- a) Rebanado + electrodesecación superficial (BR + EDS) con el 56%, técnica de elección.
- b) Criocirugía 22%.
- c) Electrocirugía con un porcentaje de entre el 12%.
- d) Extirpación 6%.

Localización de lesiones.

La espalda abarcó un 12%, la cabeza un 10% y el tórax un 6%. Destacamos que en nuestro estudio apenas aparecen lesiones malignas como el cáncer cutáneo.

Ambos centros de salud de atención primaria ofrecen cobertura a un número de habitantes similares (16.000 y 14.000 respectivamente). Las edades de los pacientes comprenden entre los 30 y los 60 años, siendo las mujeres el ratio levemente mayor que el de los hombres entre un 54 y 60%. Los procedimientos quirúrgicos en los dos centros poseen similares porcentajes, donde difiera más es en la localización de las lesiones entre uno y otro centro. El Centro La Almunia de Doña Gonina, Zaragoza, el 45% de las lesiones se localizaban en la cabeza y el cuello frente al 10% del Centro Palos-Mazagón, Huelva, siendo en éste las lesiones más frecuentes en la espalda.

Análisis de la metodología del enfoque del Marco Lógico, empleada en nuestro estudio

La finalidad y las características de esta metodología, no siempre bien comprendida por todos, a la que a veces se identifica equívocamente con una simple técnica de cumplimentación de formularios y otras, también erróneamente, como poseedora de contenidos generalizables que por sí mismos aseguran el desarrollo.

La metodología del EML consiste en un conjunto de técnicas, articuladas con una unidad de propósito, que facilitan una toma de decisiones participativa, dirigidas a alcanzar un objetivo determinado en el ámbito de un proceso más amplio de desarrollo.

En primer lugar, el EML, como cualquier método de planificación, pretende reducir la incertidumbre que trae consigo la toma de decisiones. Siempre que se toman decisiones de cualquier tipo existe el riesgo de que no sean acertadas en relación con lo que se espera conseguir.

No por ese motivo cabría plantearse dejar de actuar sobre la realidad, renunciar a transformarla o abdicar de la toma de decisiones. A este respecto, el EML no elimina totalmente la incertidumbre, pero reduce la posibilidad de su incidencia, dotando a las decisiones de una base metodológica en la que los distintos implicados, y éste es el segundo propósito del método, intervienen directamente, lo que proporciona a aquellas una especial legitimidad.

El EML, asumiendo que no pretende eliminar por completo la incertidumbre, lo que obviamente no sería posible, no puede tampoco abarcar de forma exhaustiva todas las relaciones posibles entre la totalidad de los elementos que originan una situación. El método, siendo consciente de que en toda realidad las interacciones son múltiples y se dan en diversas direcciones, intenta identificar y destacar las relaciones causales más robustas para establecer con ellas el mapa básico de una situación sobre la que se pueda ir definiendo la intervención a realizar. De este modo se van obteniendo inferencias deductivas válidas que permiten poner de relieve las relaciones causales más relevantes en un campo pragmático determinado.

Esto permite configurar posteriormente una cadena de relaciones de carácter instrumental que van a constituir una lógica de intervención adaptada a las características específicas de cada situación. Ahora bien, como dichas relaciones instrumentales no están aisladas de la realidad en la que se enmarcan, el EML incorpora también los factores externos de distinta índole que, no formando parte de la intervención como tal, pueden tener incidencia sobre ella, para ser también tenidos en cuenta de cara a la obtención del objetivo previsto, lo que resulta de especial relevancia en entornos complejos e inestables.

Somos conscientes de que, aunque el método parte de proposiciones que son sometidas a verificabilidad empírica, el producto resultante no representa toda la realidad analizada, sino un esquema más o menos simplificado de la misma, y esto constituye sin duda una limitación del EML que comparte, por otro lado, con todos los demás intentos de interpretación de la realidad. No hay que olvidar que el proceso de conocimiento avanza de forma hipotética, y que ninguna representación formal de un objeto de análisis en el ámbito de la realidad y por tanto sujeto a numerosas interacciones dejará de ser una representación incompleta y en cierto grado esquemática del mismo.

Ahora bien, el proceso dispone de un margen considerable de adaptabilidad puesto que el contenido de cada uno de los pasos del método no sólo no está predeterminado sino que una vez establecido es objeto de contraste y revisión crítica para ser modificado en caso necesario. El carácter secuencial del EML permite ir apoyándose en los pasos anteriores y a la par ir contrastándolos con nuevos datos que puedan ser significativos.

A lo largo de este proceso en el que simultáneamente se avanza en el conocimiento de una realidad y en la toma colectiva de decisiones, la participación de los implicados es el elemento clave. Si tuviéramos que destacar el rasgo que caracteriza al EML con mayor intensidad no dudaríamos en señalar la participación, y especialmente la participación de los beneficiarios, como el más relevante.

Si no existiera la posibilidad de plantearse objetivos, a ser posible medibles, y no se tuviera la convicción de que, con mayor o menor dificultad, pueden ser alcanzados si se dispone de los medios y de la voluntad para ello, no cabrían planteamientos políticos ni acción transformadora.

Se trata por tanto de identificar y diseñar lo más correctamente posible el ámbito de las intervenciones, es decir, de articular los elementos en cada caso más adecuados para obtener logros concretos mediante una acción racional. No por ello se ignoran las dificultades que esto a veces implica. Por el contrario, la magnitud de éstas requiere precisamente el empleo de métodos que traten de introducir, en la medida de lo posible, racionalidad y precisión en las acciones para evitar el riesgo de su evanescencia. El EML, con todas sus posibilidades y limitaciones, constituye un instrumento para lograrlo.

Los costes de la cirugía menor en atención primaria

Como el debate se ha centrado en la eficiencia económica de uno y otro modelo, se ha puesto la lupa sobre el gasto. Las tablas diseccionan cuánto dinero cuesta la atención sanitaria de cada uno de los habitantes asignados al centro sanitario en los distintos tipos de gestión.

El coste total de ambos programas el público y el privado (tablas 10 y 11) ascendió a 47.125€. Teniendo en cuenta que el número total de intervenciones con y sin biopsia es el mismo en los dos estudios, resulta que para el programa de cirugía menor en el área pública el coste medio por intervención es de 36.25€ mientras que en el área privada es de 76.9€

Al comparar los costes de los diferentes centros (según tarifas vigentes facilitadas por el Colegio Oficial de Médicos) se desprende que la realización de intervenciones de cirugía menor en atención primaria, para los procesos indicados anteriormente, puede suponer un ahorro del 60% respecto de los costes de los mismos procesos si estos se hubieran realizado en centros especializados privados.

El claro aumento de la actividad de cirugía menor en los equipos de Atención Primaria ha permitido aliviar la presión de los hospitales, pudiéndose centrar éstos en actividades más complejas y específicas.

Otra ventaja que supone el desarrollo de la cirugía menor en Atención Primaria es aumentar la capacidad resolutoria de este nivel sanitario, así como favorecer el desarrollo profesional del personal de Atención Primaria

En nuestra experiencia en la Unidad de Gestión de Palos-Mazagón, los resultados han sido excelentes, tanto cualitativa como cuantitativamente, consolidándose como un servicio más de nuestro centro, que incluso ha llegado a ser casi imprescindible.

Un punto de gran interés es la necesidad de remitir todas las muestras obtenidas tras la cirugía. En nuestro estudio, el MAP remite en su mayoría el producto obtenido a anatomía patológica. Este hecho contrasta con los datos obtenidos en otros estudios en que se enviaban en pocas ocasiones. ^[72,73]

La concordancia diagnóstica fue del 74%, cifra alta si la comparamos con el 41-62% que se relaciona en la publicación de Mc William et al. y aceptable comparada con la de Arribas y colaboradores. ^[73,74]

Éstos y otros estudios han mostrado que la CM en AP es más barata para el sistema, mejora la accesibilidad y reduce las listas de espera ^[73,75]. La Atención Primaria puede asumir la cirugía menor a un bajo coste según se desprende de los resultados de nuestro estudio, lo que permitiría una redistribución de los gastos sanitarios además de un mejor control de la incapacidad temporal derivada de estos procesos con los consiguientes ahorros derivados.

La implantación de un Programa de Cirugía menor en un Centro de Salud evita los desplazamientos desde el domicilio habitual al hospital de referencia de paciente y acompañantes sobre todo en zonas de salud como la nuestra con población de avanzada edad media.

Otro de los puntos más destacables de nuestro trabajo es el tiempo de espera entre la valoración de la lesión y el tratamiento quirúrgico, que fue de 15 días, siendo de 0 días aquellas lesiones que por su naturaleza eran de relativa urgencia (uña encarnada, reparación de heridas...) y de 28 días para intervenciones de complejidad como extirpación de quistes epidérmicos y lipomas. Consideramos que este tiempo de espera es notablemente más inferior a otros tiempos de espera de cirujanos o dermatólogos en ambulatorios y hospitales ^[73]

Como sesgos del estudio hay que tener presentes que las cuentas de resultados pueden no parecer completamente comparables entre sí, al tener que comparar los costes de los procesos realizados en centros especializados concertados, ya que los del sistema público son procesos contables más complejos.

Cabe señalar el alto grado de satisfacción con el tiempo de espera hasta la intervención en el caso del MAP ya que en la mayoría de los casos es el propio usuario quien elige el día y la hora que más le conviene.

Hemos observado que la localización de las lesiones en zonas de mayor repercusión potencial, como cabeza y cuello, son más frecuentemente intervenidas por el cirujano. Por el contrario, las lesiones localizadas en el tórax, predominan entre las escindidas por el MAP, a pesar de existir mayores problemas cicatriciales secundarios a la técnica en esta región corporal (dehiscencia de sutura), o intrínsecos a la piel del individuo (queloide). Este hecho no ha influido en los resultados quirúrgicos ni en la satisfacción de los pacientes. Así, no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al tiempo transcurrido hasta la curación, número de visitas hasta la misma y problemas secundarios a la cirugía (infección, dolor, dehiscencia...) y resultados estéticos de la cicatriz entre ambos grupos.

Han aparecido muy pocos problemas secundarios a la cirugía, tan sólo la infección y el hematoma en tres ha sido más frecuente (aunque sin significación estadística). Un punto de gran interés es la necesidad de remitir para diagnóstico histológico todas las muestras obtenidas tras la cirugía. En nuestro medio, el MAP manda en la mayoría de los casos siempre el producto obtenido a Anatomía Patológica, si bien sólo se tiene constancia del resultado en el 83% de los casos.

Este hecho contrasta con los datos encontrados en la literatura, en los cuales el médico de Familia envía en pocas ocasiones las muestras a Anatomía Patológica en relación al cirujano^[76,77]. Podemos observar que mientras que el coste medio por intervención en Atención Primaria es de 43,78 euros oscilando entre 35,97 euros y 51,6 euros según se hace estudio anatomopatológico o no, mientras en la Atención Especializada oscilaría entre 54,48 euros y 70,11 euros, lo que se traduce que con el 69,5% del costes de la intervención en Atención Especializada se podrían hacer las intervenciones en Atención Primaria.

Hemos encontrado diferencias significativas a favor de la cirugía menor en Atención Primaria en la satisfacción del paciente con el tiempo de espera, como con el profesional que realizó la intervención. Los pacientes se sintieron satisfechos con los resultados de la intervención. El alto grado de satisfacción del paciente con su MAP probablemente se debe a una relación médico-paciente más estrecha, y a la mayor información que el MAP ofrece sobre los procesos que trata, lo cual favorece el clima de confianza con el mismo.

Concluimos que, ante lesiones dermatológicas de similares características (tamaño, morfología, localización,...), utilizando el instrumental y estructura habitual del Centro de Salud, y asumiendo la competencia del MAP^[73-78], la realización de la cirugía menor en Atención Primaria parece ser: coste efectiva, satisfactoria para los pacientes, y tiene menor tiempo de espera.

Análisis de un programa de salud

A la hora de realizar una búsqueda bibliográfica sobre cirugía menor nos hemos encontrado con que existen pocos trabajos publicados al respecto y que todos se centran en un aspecto en concreto: análisis de costes, concordancia anatomopatológica, cuál es el mejor marco para la realización de cirugía menor... Los resultados obtenidos en nuestro trabajo son muy parecidos a los ya publicados pero el hecho de ser una análisis global hace resaltar aun más las ventajas que presenta la cirugía menor en primaria con respecto a atención especializada y analizar con más precisión los puntos del circuito de cirugía menor, con el fin de mejorar la calidad asistencial ofrecida al paciente y mejorar aquellos indicadores de funcionamiento interno del programa.

De los resultados que obtenemos podemos concluir con que los médicos de atención primaria hemos de mejorar la cumplimentación de documentación así como la inclusión de los pacientes en el programa. Además es fundamental la realización de un reciclaje en dermatología de aquellos profesionales de centros donde se realizase cirugía menor, ya que ello mejorará el diagnóstico preoperatorio y la identificación de aquellas lesiones no subsidiarias de realización de cirugía menor en primaria, bien porque sean lesiones que no se contemplen en la cartera de servicio de la cirugía menor en centro de salud, o bien por tener riesgo de malignidad o necesidad de seguimiento posterior por especialista.

La cirugía menor en primaria supone una reducción considerable del gasto sanitario. Una inversión inicial en material e instalaciones necesarias para su realización en primaria, así como formación de profesionales encargados de realizarla puede ser amortizada en el primer año de puesta en marcha del programa en un centro de salud. Además los tiempos de espera son menores, se reduce la derivación a atención especializada por lo que mejora la lista de espera en servicios de dermatología. Todo esto redundará en beneficios para el paciente que ve como se solventa su demanda de forma más rápida y con menores molestias (se evitan desplazamiento a hospital de referencia para la intervención, mayor flexibilidad en las citas...)

La realización de estudios que abarquen mayor número de pacientes y por tanto, en los que se analice mayor tiempo de implantación del programa podrá arrojar resultados que se aproximen aún más a la realidad de la cirugía menor en atención primaria. En futuras investigaciones hemos de abordar también el punto de vista de los pacientes mediante encuestas de satisfacción.

Ya sabemos que la cirugía menor realizada en atención primaria tiene muchas ventajas pero, ¿Está satisfecho el paciente con ella? ¿Cree adecuado que se realice en los centros de salud, o por el contrario prefieren que sea realizada por el especialista en el ámbito hospitalario?. La gran demanda de pacientes para su inclusión en este programa en nuestro centro nos orienta hacia una respuesta positiva en este sentido pero aún no hay estudios que puedan demostrarlo con datos.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

1. La cirugía menor puede ser realizada con seguridad y eficacia en Atención Primaria,
2. Para ello se precisan unas instalaciones apropiadas, adecuada selección de los pacientes y capacitación quirúrgica del médico.
3. Se mejora con ello la accesibilidad a los procedimientos de cirugía menor y la satisfacción del paciente al ser realizados por su médico en su centro de salud evitando esperas innecesarias y menos alteración de su vida personal.
4. Recuperación más rápida que en la intervención con hospitalización, con disminución de las infecciones hospitalarias.
5. Permite gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos que requieran de una intervención de cirugía menor básica o avanzada.
6. Disminución de los costes hospitalarios entre un 25% y un 75%.
7. Se debe potenciar la formación y la práctica de la Cirugía menor por los facultativos médicos para implementar estos resultados.

CAPITULO IX. BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ventosa Esquinaldo, F. Historia de la medicina Española. Editorial Ciencia 3. Madrid. 1984
2. Amezcua, M. Historia de la medicina. Index de Enfermería. Invierno, 1996. Año V. Nº 15
3. Dominguez Romero M y cols. Manual de Cirugía Menor. Editorial ARAN. S.L. Madrid, 2002. (pags 463-464)
4. Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Editor: Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. ISBN. 978-84-691-7181-3.
5. Grossman JA. Minor injuries and repairs. Nueva York: Gower Medical editors, 1993
6. Menon NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986, Editor ; 230:917-20
7. Snell GE. Problemas quirúrgicos. En: Taylor RB, ed. Medicina de Familia, principios y práctica [ed. Esp. trad de la 3ª de Springer-Verag Inc., 1988]. Barcelona: Editorial Doyma, 1991. p.673-707.
8. Programa Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo-Ministerio de Educación y Ciencia, 1993.
9. Foulkes A. Minor surgery in general practice. Br Med J. 1993; 307: 685
10. Hunt AC, Sherwood A. Competence for GP surgery. Br Med J 1990; 301: 495.
11. Arribas Blanco JM. Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del Médico de Familia: Situación en España. Ponencia del 14º Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 23-26 de noviembre, 1994.
12. Ramírez García P. y cols Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Enfermería Clínica. 2002; 12 (6): 286-289.
13. Arribas JM, Caballero F. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid: Editorial Jarpyo, 1993.
14. Grossman JA. Minor injuries and repairs. Nueva York: Gower Medical Publishing Editors, 1993.
15. Pfenninger, JL, Fowler GC. Procedures for primary care physician. St. Louis: Mosby Year Book, Inc., 1994.
16. Soderá VK. Minor surgery in practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
17. Hill GJ. Cirugía menor. México: Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
18. Lugo E. Cirugía en el consultorio. México: Editorial Trillas, 1993.
19. Vargas A. Cirugía menor de urgencias. México: Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1992.
20. Snell GF. Problemas quirúrgicos. En: Taylor RB, editor. Medicina de familia, principios y práctica [ed. esp.]. Barcelona: Editorial Doyma, 1991; 673-707.
21. Camacho F, De Dulanto F. Cirugía dermatológica. Madrid: Editorial Grupo Aula Médica, 1995; 17-22.
22. Wright CV, Ronaghan, JE. Office surgery. En: Rakel RE, editor. Textbook of family practice (5.a ed.). Philadelphia: WB Saunders Company Editors, 1995; 675-694.
23. Edgerton MT. El arte de la técnica quirúrgica. México: Editorial Interamericana-McGraw-Hill, 1992

24. Bull MJV, Gardiner P. Surgical procedures in primary care. Oxford: Oxford University Press, 1995.
25. Fewkes J., Cheney ML, Pollack SV. Illustrated atlas of cutaneous surgery. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1992.
26. Zachary CB. Basic cutaneous surgery. Nueva York: Churchill Livingstone Inc, 1991.
27. Achar S. Principles of skin biopsies for the family physician. Am Fam Physician 1996; 54: 2.411-2.418.
28. Williams RB, Burdge AH, Jones SL. Skin biopsy in general practice. Br Med J 1991; 303: 1.179-1.184.
29. Gómerz O, Caballero F, Herrero MA. Utilidades inéditas del punch-biopsy en atención primaria. Granada: Comunicación oral en Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996.
30. Asín M, Molina C, Martínez A. La utilización del punch desechable en pequeña cirugía ambulatoria. Dermatología Cosmética 1991; 4:26-27.
31. Asín M, Martínez A, Navarro MR. Extirpación de lesiones tipo tatuaje por pólvora empleando punch desechables. Dermatología Cosmética 1995; 3:123-124.
32. Hobbs ER. Punch biopsy. J Dermatol Surg Oncol 1993; 19:670.
33. Eisen D. The oral mucosal punch biopsy. A report of 140 cases. Arch Dermatol 1992; 128: 815-817.
34. Todd P, Garioch JJ, Humphreys S, Seywright. M, Thomson J, Vivier AWP. Evaluation of the 2 mm punch biopsy in dermatological diagnosis. Clin Experimental Dermatol 1996; 21:11-13
35. Zalla MJ. Basic cutaneous surgery. Cutis 1994; 53: 172-186.
36. Paver RD. Practical procederes in dermatology. Australian Fam Physician 1990; 19: 699-702.
37. Zuber TJ, Dewitt DE. The fusiform excision. Am Fam Physician 1994; 49: 371-376.
38. Jacobson RB, Flowers FP. Subcutaneous island pedicle flaps in difficult wound closures. Am Fam Physician 1996; 54: 939-941
39. Klin B, Ashkenazi H. Sebaceous cyst excision with minimal surgery. Am Fam Physician 1990; 41: 1.746-1.748.
40. López Bran E, Suárez R. Técnicas quirúrgicas básicas en cirugía de la uña. Piel 1995; 10: 275-277
41. Caballero F, Gómez O, Roustan LG, Lucena MJ. Utilidades inéditas de la crioterapia en atención primaria. Granda: Comunicación oral en Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996.
42. Benton C. Identification of warts and treatment options. Prescriber 1995; 57: 65-67
43. Graham GF. Advances in cryosurgery during the past decade. Cutis 1993; 52: 365-372
44. Cobb MW. Human papillomavirus infection J Am Acad Dermatol 1990; 22: 547-566

CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

45. Rees WB. Treatment of wart. *Clin Dermatol* 1985; 3: 179-184
46. Dachow-Siwiec E. Treatment of cryosurgery in the premalignant and benign lesions of the skin. *Clin Dermatol* 1990; 8: 69-79
47. Wolf R, Landau M, Berger S. Transfer of bacteria associated with cryosurgery. *Cutis* 1994; 50: 276-278.
48. Lubritz RR. Cryosurgery. *Clin Dermatol* 1987; 5: 120-127
49. Beutner KR, Becker TM, Stone KM. Epidemiology of human papillomavirus infections. *Dermatologic Clinic* 1991; 2:211-218
50. Janniger Ck. Childhood warts. *Cutis* 1992; 50: 1.516
51. Smandia JA. Crioterapia. *Piel* 1987; 2: 270-275
52. Dawber RPR, Walker NPJ. Physical and surgical therapy. En: Wilkinson R, editor. *Ebling textbook of dermatology (5.a ed.)* Illinois: Blackwell Scientific Publications, 1992; 3.039-3.120
53. Levy J. Cryotherapy made easy. En: *Royal Society of General Practitioners Handbook*. Londres: RSGP, 1992
54. Keefe M, Dick DC. Cryotherapy of hand warts. A questionnaire survey of consumers. *Clinical and Experimental Dermatology* 1990; 15: 260-263
55. Lubritz RR. Cryosurgery of benign lesions. *Cutis* 1975; 16: 426-432
56. Spiller WF, Spiller RF. Cryosurgery in dermatologic office practice: especial reference to dermatofibroma and mucous cyst of the lip. *Southern Med J* 1975; 68: 157-160.
57. Lubritz RR, Torre D. *Outline manual of dermatocryosurgery*. Dallas, Texas: Owen Lab, 1981
58. Serrano G. Criocirugía. *Monografías de Dermatología*, 1991; 4: 168-231.
59. Martín F, Suárez R, Roo E, López-Bran E, Robledo A. Criocirugía en dermatología. *Dermatología Cosmética* 1993; 3: 107-110.
60. Fernández JM. ¿Qué hacer y qué no hacer en criocirugía? *Dermatología Cosmética* 1993; 3: 131-134
61. Fernández JM, Manrique A. Tratamiento de las cicatrices hipertróficas y queloides con criocirugía. *Dermatología Cosmética* 1993; 4: 191-193
62. Dixon AR, Watkin FL. Electrosurgical skin incisión versus conventional scalpel: a prospective trial. *J R Coll Surg Edimb* 1990; 35: 288-301
63. Hainer, BL. Electrosurgery for cutaneous lesions. *Am Fam Physician* 1991; 44: 81-90
64. Hainer, BL. Fundamentals of electrosurgery. *J Am Board Fam Pract.* 1991; 4: 419-426.
65. Laughlin SA, Dudley DK. Electrosurgery. *Clin Dermatol* 1992; 10: 285-290.
66. Nuñez C, Roo E, Villegas C, López-Bran E, Robledo A. Electrocirugía en dermatología. *Dermatología Cosmética* 1994; 3: 103-106.
67. Buxton PK. *ABC de la dermatología*. Editorial Áncora S.A., Barcelona 1992.

CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA

68. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. Common and serious diseases. Nueva York: McGraw-Hill Inc. 1992
69. Update: Provisional Public Health Service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996; 45: 468-480.
70. Cardo D, Srivastava P, Ciesielki C. Case-control study of HIV seroconversión in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood. En: Abstracts of the 43th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 4-7 October 1994. Orlando, Washington DC: American Society for Microbiology, 1994; 237.
71. Perlmutter LB, Harris BR. New recommendations for prophylaxis after HIV exposure. Am Fam Physician 1997; 55: 507-512.
72. Weddington WH, Gabel LL, Williams T. Surgical Practice and Perceived Training Needs of Selected Ohio Family Physicians. J Fam Pract 1986; 23(3): 247-252.
73. Arribas JM et al (edit) Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. JARPYO. Madrid 2000.
74. Pfenninger JL, Fowler GC Editores. Procedures for Primary Care Physicians. Mosby Year Book, Inc, St Louis. 1994.
75. Menon NK. Minor surgery in general practice. The Practitioner 1986; 230: 917-920.
76. Tárraga PJ, Marín E, García D, Celada A, Solera J, Cerdán M, Boix C. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. Aten. Primaria 2001 335-338.
77. Williams RB, Burdge AH, Jones SL. Skin biopsy in general practice. Br Med J 1991; 303: 1179-1180.
78. Weddington WH, Gabel LL, Williams T. Surgical Practice and Perceived Training Needs of Selected Ohio Family Physicians J Fam Pract 1986; 23 (3): 247-252.

CAPÍTULO X. ANEXOS

La cirugía menor en Andalucía comprende los procedimientos codificados en la CIE-9- MC

Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión,
Modificación Clínica (CIE-9-MC)

86.01 Aspiración de piel o tejido subcutáneo.

86.2 Escisión piel y tejido subcutáneo local

86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.

Destrucción de piel por cauterización, criocirugía, electroterapia con bisturí eléctrico.

86.04 Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.

86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo.

86.11 Biopsia de piel y tejido subcutáneo.

86.22 Desbridamiento escisional de herida, incisión o quemadura. Extracción mediante incisión de escara, necrosis y/o tejido desvitalizado.

86.23 Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña.

86.24 Quimiocirugía de piel. Pelado químico de piel con nitrógeno líquido.

86.25 Abrasión dérmica.

86.27 Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña.

**Que den respuesta a los diagnósticos morfológicos codificados
en la CIE-9- MC**

682.9	Abscesos.
681.00	Absceso dedo mano.
681.10	Absceso dedo pie.
680.9	Forúnculos.
681.02	Panadizo dedo mano.
681.11	Panadizo dedo pie.
703.0	Uñas encarnadas.
078.10	Verrugas virales o papilomas.
078.12	Papiloma o verruga plantar.
214.1	Lipomas.
879.9	Herida abierta de localización no especificada sin mención de complicación.
884.0	Herida no especificada de miembro superior sin mención de complicación.
894.0	Herida no especificada de miembro inferior sin mención de complicación.
729.6	Cuerpo extraño residual en tejido blando.
215.9	Neoplasia benigna de tejido conjuntivo y otro tejido blando: Fibroma.
706.2	Quiste epidérmico o epidermoide.
216.9	Nevus.
702.0	Queratosis actínica.
702.19	Queratosis seborreica.
701.1	Hiperqueratosis NEOM.
702.8	Cuerno cutáneo.
078.0	Molusco contagioso.
228.01	Angioma puntiforme: punto rubí.
Quedan excluidas todas aquellas lesiones malignas o con presunción de malignidad	

ANEXO II. Intervención quirúrgica y seguimiento de pacientes.

Intervención quirúrgica

Verificación de existencia de materiales necesarios.

Δ2OMS 12 ESP Se establecerán medidas para verificar la identificación inequívoca del paciente previo a la realización de algún procedimiento.

¡Información sobre el procedimiento que se va a realizar.

Recogida de consentimiento informado.

Δ14 ESP Se identificaran factores extrínsecos e intrínsecos que puedan incidir en la seguridad del paciente (alergias, restricciones de movilidad, tras- tornos de nutrición...). Confirmación de la lesión a intervenir.

9OMS 17 ESP b Se llevaran a cabo medidas generales de higiene de manos y uso adecuado de guantes antes y después de la realización del procedimiento.

Δ4OMS 19 ESP Se llevara a cabo un procedimiento de verificación de la seguridad quirúrgica antes de realizar cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico (Listado De Verificación de la seguridad quirúrgica para Cirugía Menor Ambulatoria).

Administración de anestesia local según prescripción médica.

Envío de muestra a anatomía patológica según protocolo del centro. Se aplicaran medidas para verificar la identificación inequívoca comprobando siempre correspondencia entre la solicitud y la identidad del paciente

Δ2OMS 12 ESP. Registro de la intervención realizada en la historia de salud del paciente donde deberá de quedar al menos:

- Medicación preanestésica que el paciente ha tomado.
- Tipo de anestesia y medicamento y dosis administrada.
- Posición de la placa del bisturí eléctrico (en su caso).
- Materiales de sutura empleados.
- Descripción de la técnica empleada y el cierre de los planos, colocación de drenaje y apósitos o vendajes.
- Profesional que realiza la intervención, y si en su caso de ayudante.

Indicación analgésica según DECRETO 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros/as en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o información sobre tratamiento analgésico a seguir según prescripción médica. Intervenciones recomendadas para obtener resultados encaminados a:

1813 Conocimiento: régimen terapéutico.

1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.

Seguimiento del paciente

Δ2OMS 12ESP Se establecerán medidas para verificar la identificación inequívoca del paciente. Aplicación de protocolo del centro sobre seguimiento del paciente atendido de un procedimiento de cirugía menor, donde debe de estar incluido seguimiento del dolor.

Seguimiento telefónico según patología y tratamiento.

Seguimiento en centro según patología.

Derivación a Atención Hospitalaria en caso de complicaciones.

Δ Triángulo que identifica características de calidad relacionadas con la seguridad del paciente.

Cuando el triángulo lleve un superíndice se refiere a :

El criterio concreto de la OMS “Soluciones para la seguridad del paciente” y /o La Estrategia de Seguridad del paciente (ESP) del SSPA.

i Momentos en que se debe informar al paciente o familia

Estrategia “Higiene de Manos” para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, recomendada por la OMS y por la Estrategia para la seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

ANEXO III. Circuitos que permitan la confirmación anatomopatológica de las lesiones.

Anatomía patológica:

Si es preciso, la solicitud de análisis anatomopatológico se realizará cumplimentando la hoja que utilice el hospital que recibirá las muestras. El informe del laboratorio de Anatomía patológica se enviará al profesional que lo solicitó, quien remitirá una copia del informe al médico de familia del paciente.

Nombre y apellidos _____ _____
Cartilla nº _____
Entidad _____
Domicilio _____

PETICIÓN DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Edad _____ Estado _____

Dr. _____

DATOS CLÍNICOS PERTINENTES

TRATAMIENTOS QUE PUEDAN MODIFICAR LA HISTOLOGÍA (Radiaciones, hormonas, etc.)

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

TIPO DE OPERACIÓN

HALLAZGOS OPERATORIO

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Persona que rellena este impreso _____ de _____ de 20_____

ANEXO IV. Protocolos de seguimiento para la atención al dolor posquirúrgico.

Cirugía simple (dolor previsto leve): paracetamol 500 mg a 1g/6-8 horas o Ibuprofeno 400mg – 600mg /6-8 horas V.O. (o un AINE semejante a dosis equivalentes).

Cirugía grado medio (dolor previsto moderado): Ibuprofeno 400mg – 600mg /6-8 horas v.o.(o un AINE semejante a dosis equivalentes). Si el dolor no cede, AINE + paracetamol 500mg -1g/6-8 horas V.O entre toma o + metamizol 500mg /6-8 horas V.O entre tomas.

Cirugía compleja (dolor previsto intenso): ibuprofeno 600mg /6-8 horas V.O. (o un AINE semejante a dosis equivalente) asociado a paracetamol –codeína (500mg/30mg) 2 comp. /6-8 horasV.O entre tomas o metamizol 1g/6h a 2g/8H V.O o i.m lenta entre tomas o Tramadol 100mg /dia hasta 50-100mg/8h entre tomas (elección del fármaco según intensidad). Si no cede añadir metilprednisona 40mg- 125mg V.O. O m.i 1dosis/24h (máximo 3-4 dosis).

ANEXO V. Consentimiento informado.

Dr.....

Médico de Familia

Centro de Salud de.....

Yo.....de.....

Consiento la intervención de.....cuya naturaleza y propósito
me ha sido explicada completamente por el Dr.

.....

También comprendo los riesgos y las posibles complicaciones que pudieran ocurrirme.

Firma:.....Fecha:.....

(Paciente, padres o tutor)

ANEXO VI. Hoja de recomendaciones para el paciente.

Las técnicas de cirugía menor son pequeñas intervenciones que se realizan sobre la piel con anestesia local y tras las que no son esperables complicaciones importantes. Estos procedimientos duran entre 10 y 30 minutos y al finalizar podrá regresar a su casa. Puede acudir después de haber comido o bebido algo. Si lo prefiere, puede acompañarle un familiar o un amigo, aunque éste, en general, no podrá entrar en la sala de intervención.

Los tipos de intervención que se practican más habitualmente son:

Escisiones: se extirpa la lesión con una porción de piel sana alrededor reparándose posteriormente con una sutura de puntos.

Biopsias: se toma un fragmento de la lesión para su análisis reparándose posteriormente con una sutura de puntos. El fragmento extirpado se envía al laboratorio para su estudio y confirmación diagnóstica.

Electrocoagulación: la lesión se destruye mediante un bisturí eléctrico no precisándose sutura posteriormente.

Si es su caso, su médico o enfermero le informará sobre otros tipos de intervención.

PROCEDIMIENTO AL QUE SE VA A SOMETER

- Firma del consentimiento informado: después de leer esta hoja informativa y de realizar las preguntas que desee, debe firmar la hoja de consentimiento informado autorizando la intervención propuesta.
- Preparación: se tumbará en la camilla con la zona del cuerpo a tratar descubierta y se le aplicará en la lesión y a su alrededor un antiséptico coloreado (povidona yodada), cubriéndola después con un paño estéril.
- Anestesia local: se le administrará un anestésico local inyectado con una aguja fina alrededor de la lesión tras lo cual no notará ningún dolor. En caso de percibir molestias, avise al profesional que le intervenga y se le administrará más anestesia.
- Cirugía: la intervención será realizada por un médico, un enfermero, o por ambos, según sea su complejidad.
- Si durante la técnica se extirpa una lesión, ésta se enviará al laboratorio para su análisis histológico. El resultado se lo podrá dar su médico o enfermero al cabo de unos 15-30 días.
- Sutura: tras la intervención, y si fuera necesario, la zona de piel afectada se reparará con puntos de sutura. Estos puntos, salvo si son reabsorbibles, se le retirarán al cabo de unos días tal y como se le indicará.

- **Vendaje:** se le colocará un vendaje y se le darán instrucciones sobre su cuidado y de cuándo debe ser revisado por su médico o enfermero.

Si es su caso, su médico o enfermero le informará sobre otros procedimientos.

PROBLEMAS QUE PUEDEN OCURRIR

Aunque en la mayoría de los casos se obtiene la curación rápida de la zona intervenida, en alguna ocasión pueden ocurrir problemas menores que usted debe conocer:

Inflamación: un pequeño enrojecimiento de los bordes de la herida es normal y carece de importancia. Desaparece en pocos días.

Infección: ocasionalmente la inflamación alrededor de la herida aumenta, acompañada de dolor y, a veces, pus en la herida o en los puntos de sutura. Si esto ocurre, deberá acudir a su médico o enfermero por si precisara retirar la sutura o tomar un antibiótico.

Hemorragia: en estas pequeñas intervenciones el sangrado es mínimo, pero puede producirse eventualmente después de haber suturado la herida. Casi siempre cede comprimiendo la zona durante unos minutos. Si no lo consigue, deberá acudir a su médico o enfermero por si necesitara algún tratamiento complementario.

Dehiscencia de la sutura: la herida se puede abrir, pero casi siempre se debe a una retirada demasiado precoz de los puntos o a un exceso de actividad en la zona tras la intervención. Su médico o enfermero le aconsejará reposo e incluso le inmovilizará la zona intervenida si existiera riesgo especial.

Cicatriz evidente: algunas personas tienen una forma anormal de cicatrizar las heridas produciendo cicatrices de gran tamaño. Si le ha ocurrido con anterioridad, existen más posibilidades de que vuelva a pasar.

Síncopes: determinadas personas pueden sufrir episodios de mareo momentáneo durante o después de la intervención. Suelen ser de origen emocional y ocurren sobre todo en personas fácilmente impresionables. Si ha sufrido algo parecido previamente, coméntelo a su médico o enfermero.

Problemas con la anestesia: las alergias son extremadamente raras con los anestésicos utilizados actualmente. Si junto a la anestesia se utiliza adrenalina (disminuye el sangrado de la zona) algunos pacientes muy sensibles pueden percibir nerviosismo o palpitaciones. Si ha sufrido algo parecido previamente coméntelo a su médico o enfermero.

ANEXO VII. Recepción del usuario con hoja de derivación.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Nª SS: _____ **TELÉFONO:** _____

DOMICILIO: _____

FECHA: _____

MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO:

- Absceso.
- Uña encarnada.
- Verrugas
- Papiloma.
- Lipoma
- Forúnculo.
- Cuerpo extraño residual en tejido blando.
- Fibroma.
- Quiste epidérmico o epidermoide.
- Nevus.
- Queratosis actínica.
- Queratosis seborreica.
- Hiperqueratosis NEOM.
- Cuerno cutáneo.
- Molusco contagioso.
- Angioma puntiforme: punto rubí.

LOCALIZACIÓN:

ANTECEDENTES:

- Alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa)
- Tratamiento con fármacos que alteren la coagulación
- Cardiopatía isquémica grave
- Vasculopatía periférica grave
- Diabetes mellitus mal controlada
- Insuficiencia respiratoria, renal o hepática graves
- Coagulopatía
- Déficit inmunitario
- Portador de marcapasos o desfibrilador
- Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides

FECHA DE LA CITA: _____

LUGAR: _____

ANEXO VIII. Hoja informativa para el paciente después de la intervención.

Se le ha realizado una intervención quirúrgica menor y se le ha suturado con puntos para acelerar el proceso de cicatrización. Con el fin de evitar complicaciones y que el proceso de recuperación sea lo más rápido y eficaz posible, le sugerimos que lea las siguientes recomendaciones:

Dolor: si después de pasar el efecto de la anestesia tuviera molestias puede tomarcadahora.

Cuidados del vendaje/apósito:

El vendaje, salvo recomendación específica en otro sentido, debe retirarse al día siguiente de la intervención, aplicándose a continuación sobre la herida, y siempre que no sea alérgico al yodo, povidona yodada. Siga las instrucciones que le den sobre los cuidados posteriores y, aunque la mayoría de las heridas no precisan estar tapadas pasados unos días, conviene seguir aplicando povidona yodada dos veces al día y mantener la zona limpia.

Baños:

Deberá evitar mojar la herida durante el primer día. Después podrá lavarse utilizando agua y jabón normal secando suavemente la zona y aplicando posteriormente povidona yodada. La herida puede mojarse pero no debe mantenerse húmeda. Si el vendaje se moja, debe quitarse, secar la herida, aplicar povidona yodada y volver a tapar con gasa o dejar al aire, dependiendo de lo que le hayan recomendado.

Exposición al sol:

Las heridas en proceso de cicatrización se oscurecen y se pigmentan si les da el sol. Debe evitar la exposición al sol de la zona operada hasta pasados 4-6 meses. En zonas expuestas habitualmente (cara, cuello, brazos) conviene utilizar cremas protectoras con un factor de protección alto durante este tiempo.

Retirada de puntos:

Debe acudir al centro de salud para la retirada de los puntos de sutura a los.....días. Una vez que se los hayan retirado, si le colocan unas tiras adhesivas, las debe mantener puestas unos 5-7 días, para ayudar a una correcta cicatrización. Si le hubieran dado puntos internos, debe saber que éstos no se retiran, ya que se absorben espontáneamente.

Posibles complicaciones:

- **Reapertura de la herida.**

Se produce por exceso de tensión de la cicatriz. Cuantos menos movimientos o esfuerzos realice en la zona de la herida, mejor cicatrizará. Debe evitar esfuerzos, coger cargas pesadas o practicar ejercicios, que incidan sobre la zona durante 20 - 30 días. Si nota que se abre la herida, debe acudir a su centro de salud.

- **Infección.**

Los bordes de la herida pueden estar ligeramente enrojecidos, lo que es completamente normal. Si el enrojecimiento abarca más de 0,5 cm. del borde, nota demasiado dolor o ve signos de pus en la herida, acuda al centro de salud.

- **Hemorragia.**

La mayoría de las hemorragias se interrumpen aplicando presión sobre la zona. Si el vendaje o apósito se le mancha de sangre, cámbielo por una gasa estéril. Si aprecia sangrado de la cicatriz, presione con una gasa sobre la herida unos minutos y si continúa sangrando acuda al centro de salud.

ANEXO IX. Verificación de existencia de materiales necesarios.

Material fungible

- Mascarillas con pantalla protectora y gorros
- Guantes estériles
- Cepillos para lavado de manos
- Paños de campo no fenestrados y fenestrados
- Bisturís desechables
- Suturas no reabsorbibles y reabsorbibles
- Puntos de aproximación
- Jeringas y agujas
- Drenajes (varios tipos)
- Apósitos de tipo tulgrasum® o linitul®
- Gasas y compresas estériles
- Vendas
- Esparadrapos
- Bateas
- Anestésicos locales
- Suero fisiológico
- Povidona yodada
- Rasuradoras
- Botes estériles para recogida de muestras de tejidos
- Formol al 10%
- Delantales de plástico
- Gafas o pantallas protectoras
- Detergente enzimático
- Varillas de nitrato de plata
- Cajas de instrumental quirúrgico
- Tijera de Mayo curva de punta recta de 14 cm
- Tijera de Meztembaum curva de punta roma de 14 cm
- Porta-agujas de 14 cm
- Pinza de disección con diente de 12 cm
- Pinza de disección fina sin diente de 13 cm
- Pinza de disección de Adson con diente de 12 cm
- 2 pinzas de mosquito curvas sin dientes de 12,5 cm
- Cucharilla para moluscum contagiosum
- 2 Separadores de doble uso de Senn-Mueller o de Kilner
- Pinza de Pean

ANEXO X. Lavado de manos.

1. Retire o súbale el reloj sobre la muñeca, retire anillos. Si tiene mangas largas súbalas hasta el codo.
2. Colóquese frente al lavamanos sin tocarlo con el cuerpo.
3. Abra la llave del agua, deje correr el agua hasta el final del procedimiento.
4. Moje bien las manos y muñecas.
5. Aplique jabón antiséptico en las manos.
6. Junte las manos, frótelas haciendo movimientos de rotación.
7. Entrelace las manos y frote los espacios interdigitales, haciendo movimientos hacia arriba y hacia abajo.
8. Friccione las yemas de los dedos, de una mano con la otra para lavar las uñas.
9. Frótese las muñecas.
10. Enjuague bien las manos bajo el chorro de agua teniendo presente tenerlas en declive (más bajas que los codos) con el fin de que el agua escurra hacia la punta de los dedos. No toque ni llave ni lavamanos, si esto sucediera debería volver a lavarse las manos.
11. Séquese bien con toalla de papel desechable desde la punta de los dedos hacia la muñeca, sin volver atrás.
12. Cierre la llave de agua con la toalla de papel desechable.
13. Elimine la toalla en el receptáculo, con tapa y pedal.