

UNIVERSIDAD JAIME I DE CASTELLÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

(GRADO EN MEDICINA)



PROTOCOLO ASISTENCIAL DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Autor:

Celia Tárrega Felip

Director:

Manuel Batalla Sales

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
(Centro de Salud Rafalafena)
Profesor asociado de la UJI

Castellón de la Plana, Junio de 2017



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: PROTOCOLO ASISTENCIAL DE CIRUGÍA MENOR
EN ATENCIÓN PRIMARIA .

ALUMNO/A: CELIA TÁRREGA FELIP

DNI: 20904376-K

PROFESOR/A TUTOR/A:


Fdo (Tutor/a): Manuel Batalla Fele

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

RESUMEN

Introducción. La introducción de la Cirugía Menor en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Consellería de Sanitat supone el apoyo institucional para la recuperación de una práctica diagnóstico-terapéutica de los médicos de Atención Primaria que contribuye a aumentar su capacidad resolutive.

A diferencia de los países anglosajones, la gestión de dicha práctica en España es deficiente (se realiza en poca cantidad y de forma heterogénea), motivo por el cual es necesario organizar y protocolizar todos los conocimientos, adecuados a los medios y materiales disponibles, sobre dicha actividad.

Objetivo. Mejorar la oferta asistencial en el departamento de Castellón integrando una Cirugía Menor normalizada como una actividad más de la consulta diaria del médico de familia del centro de salud.

Método. Para el trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, Cochrane Library, Fisterra y AMF. Para ello se han incluido los artículos y documentos más relevantes publicados en los últimos 6 años y/o considerados de referencia con el tema de estudio.

Las **palabras clave** utilizadas para la búsqueda han sido: Procedimientos de cirugía menor, atención primaria, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, protocolo, cirugía menor, médicos de familia.

Resultados. Tras revisar la bibliografía, podemos concluir que es necesario protocolizar la actividad de Cirugía Menor en Atención Primaria para estandarizar su práctica, dotar de mayor capacitación técnica a los médicos de familia, hacerla más accesible a la población y mejorar la eficiencia del Sistema nacional de salud.

Conclusión. La protocolización, basada en la evidencia, de las actividades de cirugía menor en atención primaria seguramente permitiría efectuar una Cirugía Menor más homogénea y segura, además de ayudar a descongestionar determinados niveles asistenciales (dermatología y cirugía general).

Para ello, es fundamental adaptar la práctica de Cirugía Menor a los recursos disponibles y al horario laboral de los médicos de familia, incentivar su realización, impulsar la formación continuada en ella y establecer un marco legal y unos criterios definidos para efectuarla de forma segura.

ABSTRACT

Introduction. The introduction of Minor Surgery in the Primary Care Services of the health counseling assumes the institutional support for the recovery of a diagnostic-therapeutic practice of primary care physicians that contributes to increase their capacity for resolution.

Unlike the Anglo-Saxon countries, the management of this practice in Spain is deficient (it is done in small quantities and in a heterogeneous way), and that is why it is necessary to organize and to protocol all knowledge about this activity, appropriate to the means and materials available.

Objective. Improve the provision of care in the department of Castellón by integrating a standardized Minor Surgery as an activity in the daily consultation of the family doctor of the health center.

Methods. For work, was carried out a bibliographical review of the main sources and biomedical databases: Pubmed, Cochrane Library, Fistera and AMF. To this end, the most relevant articles and documents published in the last 6 years or considered as reference with the topic of study have been included.

The **keywords** used for the search were: Minor surgery procedures, primary care, ambulatory surgical procedures, protocol, minor surgery, family doctors.

Results. After reviewing the literature, we can conclude that it is necessary to register the activity of Minor Surgery in Primary Care to standardize its practice, provide more technical training to family doctors, make it more accessible to the population and improve the efficiency of the national health system.

Conclusion. The evidence-based protocols for minor surgery in primary care would certainly allow doing a more homogeneous and safe Minor Surgery, in addition to helping to decongest certain levels of care (dermatology and general surgery). For this, it is fundamental to adapt the practice of Minor Surgery to the available resources and working hours of family physicians, to encourage their implementation, to encourage continuing training in it and to establish a legal framework and defined criteria to carry it out safely.

EXTENDED SUMMARY

Over the years, primary care activities, especially minor surgery procedures, have been restricted to the hospital for multiple reasons (lack of availability of time and resources, lack of continuous training ...).

Although the Minor Surgery is included in the catalog of the Primary Health Care Services and, therefore, it is protected by law, its practice in health centers is very heterogeneous, being very far from achieving its competence development and institutional recognition (unlike what is being done in many Anglo-Saxon countries)

There are multiple pathologies susceptible to minor surgery that could be approached on an outpatient basis by family physicians if there were protocols, adequate means and some document establishing a specific framework of action.

From all this it can be deduced that there is a notable need to protocolize and improve the activity of the minor surgery, taking care of the resources of each department or health center.

Objectives

This protocol aims to broaden the field of action of specialists in family medicine of primary care in the department of Castellón by incorporating and standardization Minor Surgery procedures, based on scientific evidence and with safety criteria, effectiveness and efficiency in their activity daily work, as well as to provide greater accessibility to the population to health services.

Methods

The literature review was conducted during the months of October, November and December of 2016 and January of 2017, from the main biomedical sources and databases (Pubmed, AMF, Fisterra and The Cochrane Library), the recommended bibliography of the articles themselves, Academic Google and current minor surgery manuals and protocols.

To this end, the most relevant articles and documents published in the last 6 years or considered as a reference, with full text, made in human, written in Spanish or English and, in most cases, free of payment, on Minor Surgery in primary care.

The keywords used for the search were: Minor surgery procedures, primary care, ambulatory surgical procedures, protocol, minor surgery, family doctors.

To define and limit the search in Pubmed, the Boolean operators "AND" and "OR" have been used. In the same way, the search term Medical "MeSH" (*Medical Subject Headings*) and the *Restrict to MeSH major topic* were activated.

Conclusions

It is necessary to protocolize the activity of Minor Surgery in Primary Care to standardize its practice, provide more technical training to family physicians, make it more accessible to the population and improve the efficiency of the National Health System.

This protocol, based on the evidence, would possibly contribute to do a more homogeneous and safe Minor Surgery and to decongest certain levels of care (dermatology and general surgery).

All this will be possible provided that the practice of Minor Surgery in Primary Care is adapted to the available resources and working hours of family physicians, encourage its realization, promote continuing training in it and establish a legal framework and defined criteria to carry it out safely.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	122
1.1. Situación actual de la Cirugía Menor	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Definición de Cirugía Menor.....	133
1.3. Problemas a abordar.....	133
1.4. Usuarios a los que está destinado el protocolo.....	144
1.5. Población diana	144
1.6. Encuesta	144
2. OBJETIVOS.....	166
2.1. Objetivos Generales	166
2.2. Objetivos Específicos	166
3. PROCESO DE ELABORACIÓN	177
3.1. Fuentes Bibliográficas	177
3.2. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos.....	188
3.3. Preguntas clínicas para la búsqueda	188
3.4. Métodos empleados para formular las recomendaciones.....	199
3.5. Propuesta de implantación.....	20
3.6. Proceso de validación.....	20
3.7. Independencia editorial	20
4. LESIONES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ASUMIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA	22
5. LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	25
6. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR.....	277
6.1. Complicaciones Intraoperatorias	277
6.2. Complicaciones Postoperatorias.....	299

7.	REQUISITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO	31
7.1.	Sistema Organizativo	32
7.2.	Profesionales	34
7.3.	Formación y capacitación técnica	36
7.4.	Infraestructura y Recursos materiales	38
7.5.	Coordinación entre ámbitos asistenciales	41
8.	CIRCUITO ASISTENCIAL . GESTIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	41
9.	RECOGIDA Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA EL ESTUDIO HISTOLÓGICO	44
10.	NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS	46
11.	SISTEMA DE EVALUACIÓN. INDICADORES.....	46
12.	ASPECTOS MÉDICO-LEGALES	48
12.1.	Práctica de la Cirugía Menor en Atención Primaria.....	48
12.2.	Competencia profesional.....	49
12.3.	Información al paciente y consentimiento informado	499
12.4.	Seguridad laboral.....	51
13.	DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	51
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	51
15.	ANEXOS	55

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA CIRUGÍA MENOR

Desde hace varios años, el ejercicio de las competencias de la Medicina Familiar (y la Atención Primaria en general) se ha visto en regresión por motivos tales como la carencia de apoyo por parte de la administración sanitaria, la falta de disponibilidad de tiempo y recursos, el déficit de formación continuada...; haciendo que la asistencia sanitaria se torne, en cierta manera, cada vez más "hospitalocentrista", es decir, basada principalmente en la atención hospitalaria.

Entre las competencias cose-efectivas que podrían volver a desplegarse con garantía en Atención Primaria se encuentra la Cirugía Menor.

A pesar de que la información del Ministerio de Sanidad del año 2010 deja claro que **la Cirugía Menor está dentro del catálogo de la Cartera de Servicios común de Atención Primaria**, en España estamos muy lejos de su desarrollo competencial y reconocimiento institucional puesto que no existen datos oficiales ni fiables de su implantación, a diferencia de lo que sucede en países como Inglaterra, EEUU, Canadá, etc.

Existe mucha heterogeneidad en lo referente a la protocolización, desarrollo, registro de datos de actividad y resultados de la misma.

Esta falta de homogeneidad es patente si consideramos su implantación entre distintos países, así como en las distintas autonomías e incluso entre las diferentes gerencias que componen nuestro propio sistema sanitario autonómico.

De todo esto podemos deducir que la necesidad de protocolizar y mejorar la actividad de la de cirugía menor, atendiendo a los recursos de cada departamento o centro de salud.

1.2. DEFINICIÓN DE CIRUGÍA MENOR

La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas" (Menon, NK. *Minor surgery in general practice. The Practitioner* 1986;230:917-20).

Recalcar que, cuando hablamos de Cirugía Menor no nos estamos refiriendo a una parte de la cirugía mayor ni de la cirugía dermatológica, sino a una serie de **procedimientos quirúrgicos que por sus características se pueden, y se deben, llevar a cabo en atención primaria.**

1.3. PROBLEMAS A ABORDAR

El desarrollo de un protocolo de Cirugía Menor se justifica por la existencia de patologías muy frecuentes susceptibles de ser resueltas mediante técnicas de Cirugía Menor en Atención Primaria que actualmente se abordan en ambientes hospitalarios o de manera muy heterogénea en los centros de salud.

Con la elaboración del protocolo de Cirugía Menor se pretende **homogeneizar la práctica** y dotar a los médicos de atención primaria mayor capacidad resolutiva, ampliando sus posibilidades diagnóstico-terapéuticas; ayudándoles a resolver un problema médico-quirúrgico o, por lo menos, proponiéndoles estrategias consensuadas, válidas y confiables que, de aplicarlas, contribuirían a resolverlos.

Del mismo modo, la protocolización de la actividad quirúrgica en los centros de salud podría reducir el gasto sanitario (al asumir un gran porcentaje de intervenciones que se efectúan en otros servicios especializados) e incrementar la satisfacción de los pacientes (al proporcionar un servicio más rápido y accesible).

1.4. USUARIOS A LOS QUE ESTÁ DESTINADO EL PROTOCOLO

Este protocolo va dirigido principalmente a los **médicos de atención primaria de los centros de salud del departamento de Castellón** y, de forma secundaria, a todo el personal sanitario que en el desarrollo de su labor profesional pueda realizar técnicas de cirugía menor y que estén incluidos en el ámbito de aplicación del protocolo.

1.5. POBLACIÓN DIANA

La población a la que va dirigido el protocolo es la atendida por los profesionales que hemos mencionado en el párrafo anterior, así como a todas las personas que precisen de un tratamiento mediante las técnicas que se utilizan en cirugía menor.

1.6. ENCUESTA

Son muchas las lesiones que pueden ser abordadas por los médicos de familia si existieran protocolos, medios adecuados y documentos que establecieran un marco específico de actuación.

Basándonos exclusivamente en la literatura actual podemos afirmar que, en España, la cirugía menor no se efectúa de forma rutinaria en atención primaria, no obstante carecemos de información precisa sobre nuestro ámbito más inmediato para poder confirmarlo.

Para ello hemos realizado un trabajo de carácter prospectivo, implementando una encuesta "ad hoc" dirigida a los médicos de atención primaria de los centros de salud del departamento de Castellón de la Plana.

El principal objetivo de nuestro trabajo pretende fue **conocer la situación actual de la práctica de la cirugía menor en el departamento de salud de Castellón**, comprobando si existían diferencias significativas en cuanto a su práctica, con el fin de justificar la necesidad de crear un protocolo de Cirugía Menor adaptado a los recursos de cada centro de salud (o en su defecto, de aquellos que abarquen el mayor volumen de cirugía menor).

Tras analizar los resultados, podemos decir que:

- Más de la mitad de los médicos de familia consideran que la formación en Cirugía Menor debería ampliarse y/o complementarse.
- Las principales "barreras" que impiden la integración de la Cirugía Menor en la práctica diaria del médico de familia son la sobrecarga laboral, la falta de apoyo por parte del sistema y el propio desinterés.
- La mayor parte de las intervenciones programadas de Cirugía Menor se mantienen sobre la base de pocos médicos.

En conclusión: si la práctica de Cirugía Menor en Atención Primaria se adaptara a los recursos disponibles y al horario laboral de los médicos de familia, se incentivara su realización, se impulsara la formación continuada en ella y se estableciera un marco legal y unos criterios definidos para efectuarla de forma segura, probablemente, se lograría estandarizar su práctica, dotar de mayor capacitación técnica a los Médicos de Familia, hacerla más accesible a la población y mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario.

En el **ANEXO I** se adjuntan los materiales y métodos, resultados y gráficas del trabajo realizado, así como la plantilla empleada para tal fin.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

- ✧ Integrar procedimientos de Cirugía Menor en la actividad diaria del centro de salud
- ✧ Facilitar la implantación del servicio de Cirugía Menor en Atención Primaria mediante la normalización de procedimientos fundamentados en la evidencia científica.
- ✧ Dotar a los profesionales de Atención Primaria de una herramienta útil para la toma de decisiones al planificar y realizar la Cirugía Menor
- ✧ Abarcar todas las patologías incluidas en la cartera de servicios susceptibles de ser realizadas en Atención Primaria.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✧ Actualizar los procedimientos de cirugía menor en el centro de salud
- ✧ Mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y recursos implicados en la atención de los pacientes (Dermatología, Cirugía general, Anatomía patológica, Microbiología, Medicina Preventiva).
- ✧ Enumerar las diferentes actividades a llevar a cabo antes, durante y después de la Cirugía Menor
- ✧ Establecer unos criterios que permitan evaluar la aplicación y utilidad de la protocolización de la Cirugía Menor (indicadores)
- ✧ Impulsar la realización de actividades de Cirugía Menor en todas las zonas básicas de salud
- ✧ Potenciar la realización de actividades de docencia e investigación sobre Cirugía Menor en Atención Primaria

3. PROCESO DE ELABORACIÓN

3.1. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

La revisión bibliográfica se realizó durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2016 y enero del 2017, de las principales fuentes y bases de datos biomédicas (*Pubmed, AMF, Fistera, Uptodate y The Cochrane Library*), la bibliografía recomendada de los propios artículos, Google académico y manuales y protocolos de cirugía menor vigentes.

En cuanto a la búsqueda en las bases de datos, se han aceptado los artículos y documentos relacionados con el tema a estudio publicados en los 6 últimos años (desde el 2011 hasta la actualidad), preferiblemente aquellos que disponían del texto completo e incidiendo sobre todo en los que trataban de la cirugía menor en atención primaria y el papel del médico de familia en los procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

Artículos considerados "de referencia" también han sido incluidos, independientemente de la fecha de publicación.

El idioma empleado para la búsqueda ha sido principalmente en inglés, no obstante en las búsquedas efectuadas en google académico, Fistera y AMF se ha empleado la lengua castellana.

Las palabras clave utilizadas han sido: *minor surgical procedures, primary health care, ambulatory surgical procedures, protocol, minor surgery, family doctors*.

Para definir y limitar la búsqueda en Pubmed se han empleado los operadores booleanos: "AND" y "OR".

Del mismo modo, se activaron el término de búsqueda Medical "MeSH" (*Medical Subject Headings*) y el de *Restrict to MeSH major topic*.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Criterios de inclusión

- Revisiones sistemáticas, meta-análisis, y ensayos clínicos aleatorizados, publicados entre el 2010 y 2017, de texto completo, hechos en humanos, redactados en castellano o inglés y, en la mayoría de los casos, libres de pago, sobre Cirugía menor en atención primaria.
- Artículos sobre cirugía menor ambulatoria considerados “de referencia”, independientemente de la fecha de publicación.
- Artículos que abarcan la organización, administración, métodos, habilidades, instrumentos, uso terapéutico y datos estadísticos de la cirugía menor en atención primaria.

Criterios de exclusión

- Publicaciones anteriores al 2010 no consideradas “de referencia”
- Artículos que abarcan el tratamiento quirúrgico específico de las lesiones en Atención Primaria
- Publicaciones encontradas en páginas de rigor científico dudoso

3.3. PREGUNTAS CLÍNICAS PARA LA BÚSQUEDA

Para efectuar la búsqueda bibliográfica preliminar se plantearon cuestiones genéricas y específicas para cubrir la mayor parte de los apartados del protocolo.

Preguntas de investigación

- ¿Existen protocolos actualizados de Cirugía Menor en Atención Primaria?
- ¿Cómo se gestiona y se organiza la Cirugía Menor en los centros de salud?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la Cirugía Menor en Atención Primaria?
- ¿Qué objetivos tiene un programa de Cirugía Menor?
- ¿Quiénes se benefician de la Cirugía Menor?

3.4. MÉTODOS PARA FORMULAR LAS RECOMENDACIONES

Grados de recomendación del protocolo en función del nivel de evidencia de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica.

Niveles de evidencia

Nivel de evidencia	Descripción
I	Grandes estudios randomizados, con resultados definidos; bajo riesgo de errores falsos positivos (alfa) y/o falsos negativos (beta)
II	Pequeños estudios randomizados, con resultados inciertos; riesgo moderado a alto de errores falsos positivos (alfa) y/o falsos negativos (beta)
III	No randomizados, controles contemporáneos
IV	No randomizados, controles históricos y opinión de expertos
V	Series de casos, estudios no controlados y opinión de expertos

Graduación de recomendación

Graduación de recomendación	Descripción
A	Apoyado por lo menos por 2 investigaciones de nivel I
B	Apoyado por una investigación de nivel I
C	Apoyado por investigaciones de nivel II
D	Apoyado por lo menos por una investigación de nivel III
E	Apoyado por evidencias de nivel IV o V

Las recomendaciones del protocolo corresponden al **grado E** (basadas principalmente en la opinión de expertos).

3.5. PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN

Este Protocolo Clínico será presentado para su tramitación a la Gerencia del Departamento de Castellón y a la Dirección de atención primaria en primer lugar; posteriormente sería propuesto a la Comisión de Calidad.

Se pondrá en práctica en el departamento si las tres entidades citadas dan su aprobación.

Se prevé su pilotaje en el Centro de Salud Rafalafena y, según la modalidad de organización, en 2 o 3 centros de salud adicionales durante un periodo de entre 6-12 meses previo al análisis de los resultados obtenidos con el programa.

3.6. PROCESO DE VALIDACIÓN

El proceso de validación del protocolo se llevará a cabo mediante la aplicación del mismo en varios centros de salud, específicamente de forma piloto en el centro de salud de Rafalafena.

Los resultados se utilizarán para juzgar su calidad y fiabilidad.

Este proceso se realizará análogamente a un estudio ecológico prospectivo, donde se expondrá a los pacientes adscritos a los centros de salud de la provincia de Castellón al nuevo programa de CM protocolizada para determinar la efectividad de la actuación mediante indicadores y encuestas diseñados específicamente para ello.

3.7. INDEPENDENCIA EDITORIAL

El protocolo es editorialmente independiente de la entidad financiadora. No ha existido conflicto de intereses en la formulación de las recomendaciones y acciones.

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

PUBMED

1. Minor surgery [MeSH]
2. Primary care [MeSH]
3. Ambulatory surgical procedures [MeSH]
4. # 1 "OR" minor surgical procedures/instrumentation, "OR" minor surgical procedures/manpower, "OR" minor surgical procedures/methods, "OR" minor surgical procedures/standars, "OR" minor surgical procedures /organization, "OR" minor surgical procedures/utilization, "OR" minor surgical procedures/ statics and numerical data
5. # 2 "OR" primary health care/manpower, "OR" primary health care/Methods, "OR" primary health care/organization and administration, "OR" primary health care/utilization
6. # 3 "AND" full text, "AND" humans, "AND" 2012/01/12: 2017/01/09, "AND" family medicine

FISTERRA

Cirugía menor en atención primaria

AMF

Cirugía menor

BASES DE DATOS

1. Pubmed (n = 14)
2. Fistera (n = 1)
3. AMF (n = 1)
4. Cochrane (n = 0)
5. Uptodate (n = 0)

Artículos tras aplicar filtros (selección de títulos, free full text, last 6 years)

(n = 8)

FUENTES DE DATOS EXTERNAS

Artículos obtenidos de la bibliografía de los artículos y encontrados en Google Académico

(n = 15)

Artículos proporcionados por el tutor

(n = 5)

TOTAL ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

(n = 27)

4. LESIONES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA MENOR ASUMIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana especifica todas las patologías que pueden ser abordadas por Atención Primaria (**Tabla 1**), no obstante a nivel práctico consideramos que sólo se deberían efectuar aquellas para las cuales los médicos se sientan capacitados.

Lesiones epidérmicas	Lesiones dérmicas	Lesiones subdérmicas
Verrugas (Vulgar, plana, filiforme, plantar) Mollusco contagioso Queratosis Seborreica Queratosis Actínica Fibromas (acrocordones) Lentigo	Lesiones pigmentadas benignas Dermatofibromas	Quistes Triquilemicos Sebaceos Epidermoides Dermoides Lipomas
Cirugía de la uña	Cirugía Menor urgente	Otras lesiones
Uña encarnada Panadizo Paroniquia Hematoma subungueal Distrofia ungueal	Abscesos Heridas y laceraciones Cirugía ungueal urgente	Lesiones vasculares Angioma senil, punto rubí Nevus araneus o spider Granuloma piogénico Cuerpos extraños y subcutáneos Oreja rasgada

Tabla 1. Patología abordable por Cirugía menor en Atención Primaria

En el **ANEXO II** se adjuntan fotos de las lesiones cutáneas más frecuentes abordadas por cirugía menor en los centros de atención primaria.

En Atención Primaria pueden realizarse con seguridad las siguientes técnicas quirúrgicas:

Técnicas quirúrgicas que pueden realizarse con seguridad en Atención Primaria

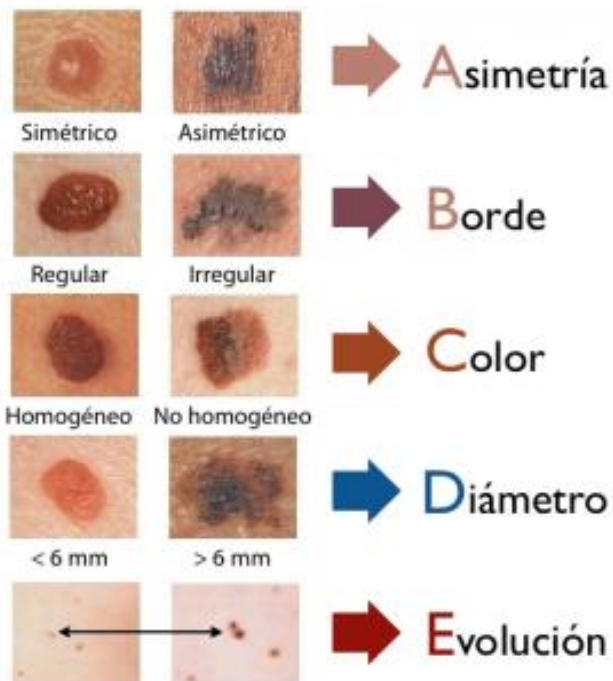
Escisión tangencial (Afeitado y curetaje)
Escisión cilíndrica (biopsia-punch)
Escisión fusiforme
Reparación y sutura de laceraciones cutáneas
Cirugía menor de la uña
Incisión-drenaje de abscesos
Plastias
Electrocirugía
Criocirugía
Trombectomía hemorroidal
Laserterapia
Quimiocirugía

Premisas fundamentales:

- No intervenir si dudamos o desconocemos el diagnóstico o la técnica a realizar
- Supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar
- Informar al paciente y obtener el consentimiento informado
- Evitar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos el diagnóstico previo

Cuando el médico de Atención Primaria se abstenga a actuar ante lesiones con sospecha de malignidad, éste deberá derivar al paciente.

Signos sugestivos de malignidad de lesiones dérmicas hiperpigmentadas



En definitiva: **“Hay que hacer todo aquello que se sepa hacer bien y que no se tengan dudas razonables sobre sus resultados satisfactorios”.**

5. LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

No todos los pacientes ni todas las lesiones superficiales aparentemente benignas en la valoración inicial deberían ser abordadas quirúrgicamente por el médico de atención primaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y los criterios de exclusión (contraindicaciones) de la Cirugía Menor en Atención Primaria quedan reflejados en las tablas de los **ANEXOS III.I** y **III.II** respectivamente.

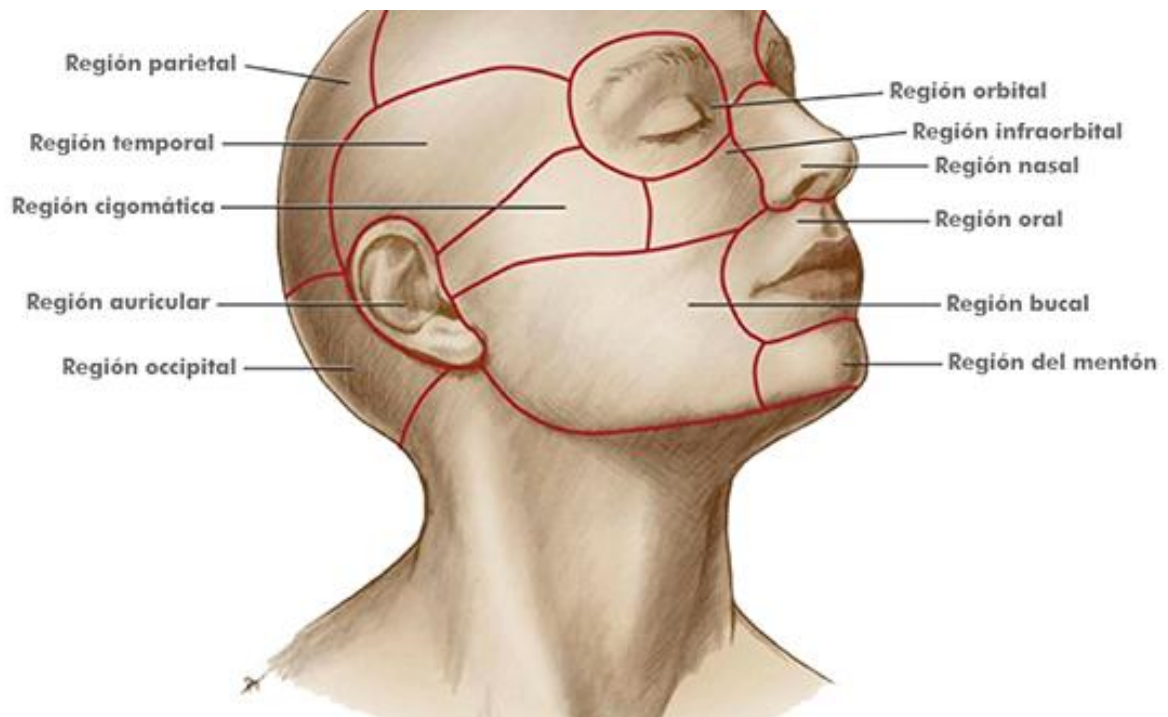
ZONAS ANATÓMICAS DE RIESGO QUIRÚRGICO

La Cirugía Menor no está exenta de riesgos. En determinadas ocasiones se pueden lesionar estructuras nobles, razón por la cual es de vital importancia conocer la anatomía del área que va a ser operada y trabajar con sumo cuidado sobre estas zonas, principalmente cuando se abordan lesiones subcutáneas o se aplican técnicas destructivas como la crioterapia.

Las regiones anatómicas con estructuras nobles que pueden lesionarse fácilmente en procedimientos quirúrgicos de Cirugía Menor quedan especificadas en la siguiente tabla:

Zonas anatómicas de riesgo quirúrgico

Cara y cuello
Ángulo mandibular
Sien
Zona retroauricular
Canto interno del ojo
Triángulo cervical posterior
Hueco supraclavicular
Axila
Epitróclea
Cara extensora de manos y pies
Cara lateral y palmar de los dedos
Región inguinal



6. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR

6.1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

RELACIONADAS CON LA ANESTESIA Y VASOCONSTRICTORES

Locales

❖ **Dolor**

Debido, generalmente, a una mala técnica de infiltración o a la corta espera de tiempo tras su administración.

Prevención: Realizar correctamente la infiltración del anestésico y respetar los tiempos de actuación del mismo.

❖ **Lesión neural**

Por infiltración directa del anestésico sobre la raíz nerviosa. Es temporal y reversible, aunque en ocasiones puede no serlo.

Prevención: Retirar la aguja inmediatamente cuando el paciente refiera un dolor lancinante o parestesias.

❖ **Daño tisular**

La administración de cantidades excesivas de vasoconstrictores puede producir necrosis tisular.

Prevención: Inyección lenta y subcutánea con el menor volumen posible de vasoconstrictor



Sistémicas

❖ **Toxicidad por sobredosis**

Manifestada en forma de síntomas neurológicos (vértigo, fasciculaciones, apnea...) o cardiovasculares (hipotensión, arritmias...), de debe a infiltración directa de un vaso sanguíneo o administración de dosis superiores a las máximas recomendadas.

Prevención: Aspirar antes de infiltrar la zona

❖ **Reacciones alérgicas/anafilácticas** (prurito, eritema, disnea...)

Poco frecuentes.

Prevención: Anamnesis previa que incluya antecedentes de reacciones alérgicas a anestésicos locales

❖ **Reacción psicógena**

Complicación más frecuente; consiste en una reacción vasovagal.

Prevención: Valorar continuamente al paciente mediante contacto verbal.

Tratamiento: Tranquilizar y posicionar al paciente en posición Trendelenburg.

RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

❖ **Hemorragia**

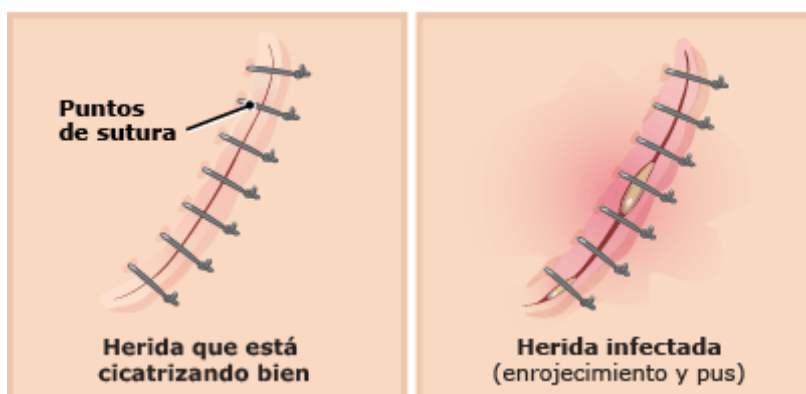
Debida a una hemostasia defectuosa, coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes.

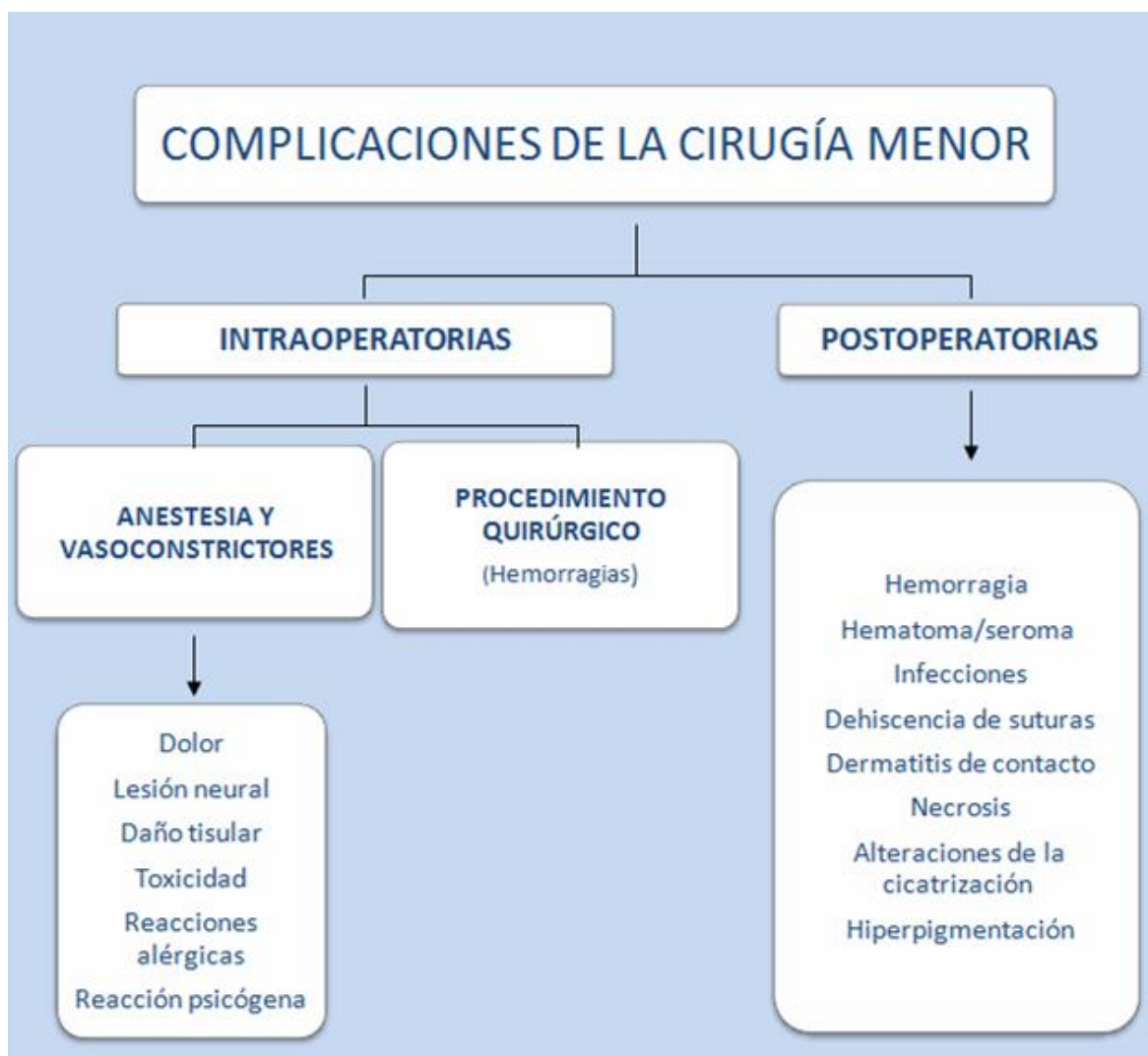
Prevención: Anamnesis previa que incluya antecedentes de coagulopatías y tratamiento del paciente, realizar una adecuada técnica hemostática y suturar por planos (evitando la aparición de espacios muertos)

6.2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

- ❖ Hemorragia
- ❖ Hematoma/seroma
- ❖ Infecciones
- ❖ Dehiscencia de suturas
- ❖ Granuloma de sutura
- ❖ Dermatitis de contacto
- ❖ Necrosis
- ❖ Alteraciones de la cicatrización
- ❖ Hiperpigmentación cutánea

Signos de infección de la herida quirúrgica





En general, si la técnica quirúrgica se ha efectuado correctamente y se han aplicado las medidas de prevención adecuadas, las complicaciones postoperatorias suelen ser mínimas.

Profilaxis de las complicaciones postoperatorias

- Irrigar el campo con povidona-iodada, cubrir con cura oclusiva y realizar la primera cura en el tiempo considerado (generalmente a las 24-48 h)
- Higiene diaria de la herida con jabón y agua
- Pauta analgésica con paracetamol/metamizol
- Retirar los puntos lo antes posible (**Tabla 2**)

Región anatómica	Sutura	Retirada de los puntos (días)
Cuero cabelludo	Grapas Seda 2-3/0	7-9
Orejas	Monofilamento 4-5/0 Seda 4-5/0	4-5
Cara	Monofilamento 4-5/0	4-6
Cuello	Seda 4-5/0	4-6
Tórax y abdomen	Monofilamento 3-4/0	7-12
Espalda	Monofilamento 2-3/0	12-14
Extremidad superior	Monofilamento 4-5/0	8-10
Extremidad inferior	Monofilamento 3-4/0	8-12

Tabla 2. Elección de suturas y retirada de los puntos

En el **ANEXO VI** se adjuntan fotos sobre los tipos de hilos y suturas.

7. REQUISITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO

Para que el protocolo de Cirugía Menor pueda implantarse será necesario contar con profesionales debidamente formados y con la infraestructura y recursos materiales, a fin de garantizar las condiciones técnicas y de seguridad necesarias.

Asimismo éste **deberá implantarse en el centro de salud de forma progresiva**, y los horarios de las intervenciones fijarse, en gran medida, en función de la carga laboral del médico de Atención Primaria y el modelo organizativo adoptado por cada centro.

- Sistema Organizativo
- Profesionales
- Formación y capacitación técnica
- Infraestructura y recursos materiales
- Coordinación entre ámbitos asistenciales

7.1. SISTEMA ORGANIZATIVO

El equipo quirúrgico deberá contar, como mínimo, con un médico y un enfermero. En su defecto, podrían combinarse dos médicos (uno de ellos, con más experiencia, que ejerciera de mentor).

Teóricamente, para la implantación y el desarrollo del programa de Cirugía Menor en el Centro de Salud sería conveniente adoptar inicialmente un modelo de "**líderes quirúrgicos**", en el cual un profesional considerado como referente, dirija y colabore en las intervenciones y formación de sus compañeros.

Posteriormente debería continuarse con un "**modelo colectivo**", donde cada médico se encargara de la Cirugía Menor de su población adscrita.

NUEVAS PROPUESTAS: SISTEMA SEMI-CENTRALIZADO

No obstante, aunque todo lo expuesto hasta ahora es lo que refiere la literatura consultada, el sistema organizativo perfecto no existe.

Basándonos en nuestra experiencia, podemos decir que otros sistemas que cumplieran las exigencias generales de nuestro protocolo podrían ser más eficientes, en algunos casos, según el ámbito en el que se apliquen.

Así pues, además de los modelos de líderes quirúrgicos y colectivo, sería razonable proponer un sistema semi-centralizado de atención quirúrgica, donde las intervenciones relativas a varios centros de salud quedarán delegadas en uno solo (centralización de los recursos).

La finalidad de este sistema intermedio consistiría **establecer determinados centros de salud de atención primaria como centros de referencia**, dotándoles de los recursos necesarios, para que pudieran acudir a ellos los profesionales de medicina familiar y sus pacientes a efectuar las intervenciones.



Ventajas del sistema Semi-centralizado	Desventajas del sistema Semi-centralizado
Desarrollo continuo de la Cirugía menor por los profesionales de atención primaria	Desplazamientos de los profesionales y pacientes de los centros de salud que no fueran de referencia
Ahorro de recursos	Complejidad de la gestión y organización

7.2. PROFESIONALES

En cada centro de salud se examinará la posibilidad de llevar a cabo la Cirugía Menor, bien individualmente por los profesionales de Atención Primaria o bien por medio del modelo de "líderes quirúrgicos".

Sería conveniente garantizar la continuidad de los profesionales que integren dicha actividad con el fin de lograr una optimización de la misma.

La carga de trabajo deberá ajustarse, para que la práctica de la Cirugía Menor no suponga un incremento de la presión asistencial, revisando el volumen del cupo asignado y organizando la actividad de la manera que mejor se adapte a las características de cada equipo.



Las actividades que debe realizar el personal sanitario implicado en la Cirugía Menor se recogen en el **Esquema 3**.

Actividades del personal médico

- Diagnóstico, elección y aplicación de la técnica quirúrgica adecuada
- Información sobre el proceso y obtención del consentimiento informado.
- Cumplimentación de la historia del paciente, la hoja de evolución y la hoja de petición del estudio Anatómico-patológico.
- Control del paciente durante el postoperatorio y en la consulta de alta
- Indicación de actividades preventivas

Actividades del personal de enfermería

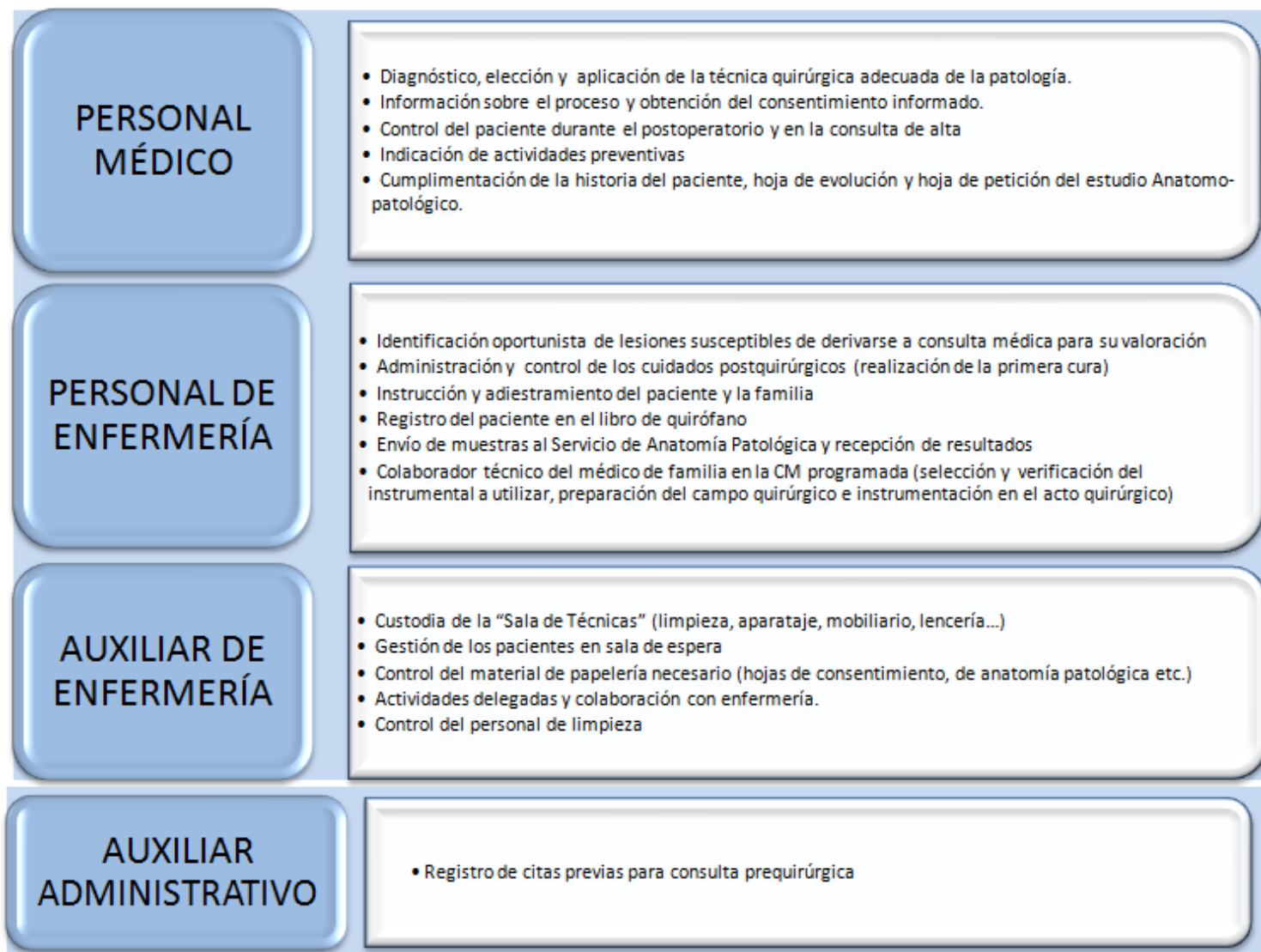
- Identificación oportunista de lesiones susceptibles de ser derivadas a consulta médica para su valoración quirúrgica
- Colaborador técnico del médico de familia en la Cirugía Menor programada (selección y verificación del instrumental a utilizar, preparación del campo quirúrgico e instrumentación en el acto quirúrgico)
- Administración y control de los cuidados postquirúrgicos (primera cura)
- Instrucción y adiestramiento del paciente y la familia
- Registro del paciente en el libro de quirófano
- Envío de muestras al Servicio de Anatomía Patológica y recepción de resultados

Actividades del auxiliar de enfermería

- Custodia de la "Sala de Técnicas" (limpieza, aparataje, mobiliario, lencería...)
- Gestión de los pacientes en sala de espera
- Control del material de papelería necesario (hojas de consentimiento, de anatomía patológica etc.)
- Actividades delegadas y colaboración con enfermería.
- Control del personal de limpieza

Actividades del auxiliar Administrativo:

- Registro de citas previas para consulta prequirúrgica



Esquema 3. Actividades del personal sanitario implicado en la Cirugía Menor

7.3. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN TÉCNICA

Competencia, capacitación técnica, conocimientos diagnósticos, seguridad, motivación y medios técnicos son los factores que determinarán, en general, el tipo de procedimiento a realizar en Cirugía Menor en Atención Primaria.

Como se ha comentado anteriormente, **en nuestro medio no existen instituciones que acrediten y reciclen la competencia de los médicos de Atención Primaria en Cirugía Menor.**

Los contenidos formativos en Cirugía Menor quedan especificados, a partir de la convocatoria 2004/2005, en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, en el cual se establece lo que se debe saber hacer:

- Incisión y escisión de lesiones superficiales.
- Extirpación de lesiones subcutáneas.
- Drenajes.
- Biopsias por afeitado.
- Suturas.
- Cirugía de la uña.

A pesar de lo anterior, la situación ideal y hacia la que hay que tender es que la formación se inicie en el pregrado, se complete durante la formación especializada (con rotaciones y contenidos claramente especificados) y se mantenga mediante la formación continuada en la práctica diaria.

CURSOS DE FORMACIÓN ACTUAL Y FUTURA EN CIRUGIA MENOR

Actualmente existen muy pocos cursos disponibles destinados a la formación y capacitación de los médicos de familia en cirugía menor.

La mayoría combinan contenidos prácticos y teóricos, difiriendo entre sí en lo referente al porcentaje de los mismos: unos priman la teoría y otros se centran más en la práctica.

Los cursos más conocidos son los siguientes:

- o **Curso propuesto por la SemFYC** (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)
- o **Taller de cirugía menor en atención primaria**

En el **ANEXO VIII** se adjunta la organización de los Cursos de la SemFYC y el Taller de cirugía menor en atención primaria.

Como novedad, se pretende poner en marcha un **Curso piloto de cirugía menor vía EVES**, basado en una gran formación práctica con intervenciones reales bajo la supervisión de Médicos de Familia expertos en Cirugía Menor.

Los resultados de su pilotaje en el departamento de "La Fe" de Valencia, bajo la dirección del actual coordinador del grupo de trabajo de Cirugía menor de la SVMFiC, son alentadores, pues han conseguido la incorporación de un buen número de médicos a las actividades propias de la cirugía menor.

Los autores de este protocolo apostamos por este tipo de enseñanza fundamentada en intervenciones reales supervisadas por médicos de familia expertos en cirugía menor.

7.4. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

Montaje y distribución de la sala de Cirugía Menor (ANEXO IV.I)

Aunque no imprescindible, es recomendable disponer de una sala específica para la cirugía menor de unas dimensiones adecuadas (15-20 m²), bien ventilada y con una temperatura apropiada.

La sala, necesariamente, debe permanecer siempre limpia (mas no precisa aislamiento estéril) y debe ser limpiada correctamente al finalizar cada sesión quirúrgica.

La infraestructura y mobiliario de la sala de Cirugía Menor queda reflejada en la **Tabla 3**.

Infraestructura y mobiliario de la sala de Cirugía Menor

Camilla
 Mesa auxiliar con ruedas para el instrumental
 Fuente de luz dirigible
 Silla sin respaldo regulable en altura
 Lavabo con grifo y aplicador automático de jabón
 Vitrinas y armario para material
 Contenedores para material desechable y productos biológicos
 Zona habilitada para que el paciente se desvista en la intimidad (biombo y silla)
 Equipo de resucitación cardiopulmonar

Tabla 3. Infraestructura y mobiliario de la sala de Cirugía Menor

Recursos materiales (ANEXO IV.II)

Para la realización de procedimientos de Cirugía Menor no es necesaria la colocación de bata quirúrgica estéril, calzas ni gorros especiales.

Tanto el instrumental quirúrgico como el material fungible que se emplean en los procedimientos de Cirugía Menor se recogen en las **Tablas 4 y 5** respectivamente

Instrumental quirúrgico

Mango de bisturí del número 3, con hojas desechables del número 10 y 15
 Porta-agujas estándar (de 14 cm)
 Pinzas hemostáticas curvas sin dientes (Mosquitos)
 Pinzas de disección de Adson con dientes
 Tijeras de Metzenbaum curvas de punta roma de 14 cm
 Tijeras de Mayo curvas de punta recta de 14 cm
 Cureta para moluscum contagiosum

Tabla 4. Instrumental quirúrgico en Cirugía Menor



Material fungible

Anestésicos locales

Suero fisiológico

Povidona yodada/Clorhexidina

Jeringas y agujas

Punch de biopsia

Curetas y rasuradoras

Drenajes

Mascarillas

Gafas protectoras

Guantes estériles

Formaldehído al 10%

Electrobisturí

Criosprays

Set de suturas (reabsorbibles y no reabsorbibles)

Suturas adhesivas

Grapadora

Gasas y compresas estériles

Vendas

Tabla 5. Material fungible en Cirugía Menor

7.5. COORDINACIÓN ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES

Para proporcionar una buena calidad asistencial, es de vital importancia mantener una relación activa y fluida con otros niveles asistenciales.

El circuito de envío de las muestras obtenidas para su estudio anatomo-patológico es un requisito prioritario para la puesta en marcha de cualquier actividad de cirugía menor, pero no hay que olvidar que, además de con anatomía patológica, se deberían establecer protocolos de colaboración con otros servicios, fundamentalmente con las especialidades de dermatología y cirugía del hospital de referencia.

En relación a la práctica de Cirugía Menor, la Atención Primaria debe abstenerse de actuar ante lesiones con sospecha de malignidad. Si tras extirpar una lesión (total o parcialmente) el resultado histológico es dudoso o sugestivo de malignidad, esta será susceptible de seguimiento por el nivel asistencial correspondiente.

8. CIRCUITO ASISTENCIAL. GESTIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Se debe realizar un sistema de registro común y unificado de todas aquellas actividades quirúrgicas en las que interviene el equipo de atención primaria, así como clarificar el número de personas implicadas y el modelo organizativo a seguir.

Las actividades de Cirugía Menor deben ir acompañadas de un adecuado sistema de registro que permita recoger los datos imprescindibles que garanticen la cobertura legal necesaria, la información sobre la actividad y su evaluación.

Sistemas de registro (ANEXO V)

- Historia clínica
- Libro de registro (libro de quirófano)
- Hoja de valoración quirúrgica
- Consentimiento informado
- Hojas de anatomía patológica y microbiología
- Hojas informativas para el paciente (prequirúrgica y postquirúrgica)



ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Captación al programa

Los pacientes subsidiarios de Cirugía Menor serán captados por todo el personal del equipo de Atención Primaria (médicos y enfermería), siendo en la consulta médica en donde se valorará la indicación de su intervención.

Previo a la realización del procedimiento o derivación del paciente, se deberá:

- 1) Cumplimentar de la hoja de valoración preoperatoria **(Anexo V.I)**
- 2) Informar y entregar al paciente, junto con la hoja informativa **(Anexo V.II)**, el consentimiento informado **(Anexo V.III)**
- 3) Si el paciente no tuviera historia clínica, crearla, incluir en ella el diagnóstico y clasificar la intervención con el código CIE-9: V50.8 **
- 4) Consensuar la cita programada de Cirugía Menor

*** Aunque el código CIE-9: V50.8 engloba todos los procedimientos para facilitar su recuperación posterior, sería conveniente crear en el sistema informático una hoja de registro específica.*

Si existe contraindicación para la Cirugía Menor, se tendrá que remitir al paciente al servicio de dermatología o cirugía general mediante una hoja de interconsulta.

EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Es requisito imprescindible que el paciente aporte el firmado consentimiento informado para ser intervenido.

Previo a la intervención:

- 1) Retirar todos los objetos metálicos y prótesis dentales removibles.
- 2) Colocar al paciente en la posición más cómoda para él y que permita una técnica quirúrgica adecuada, siendo preferible la posición de decúbito.
- 3) Ocultar/apartar el campo quirúrgico de la vista del paciente

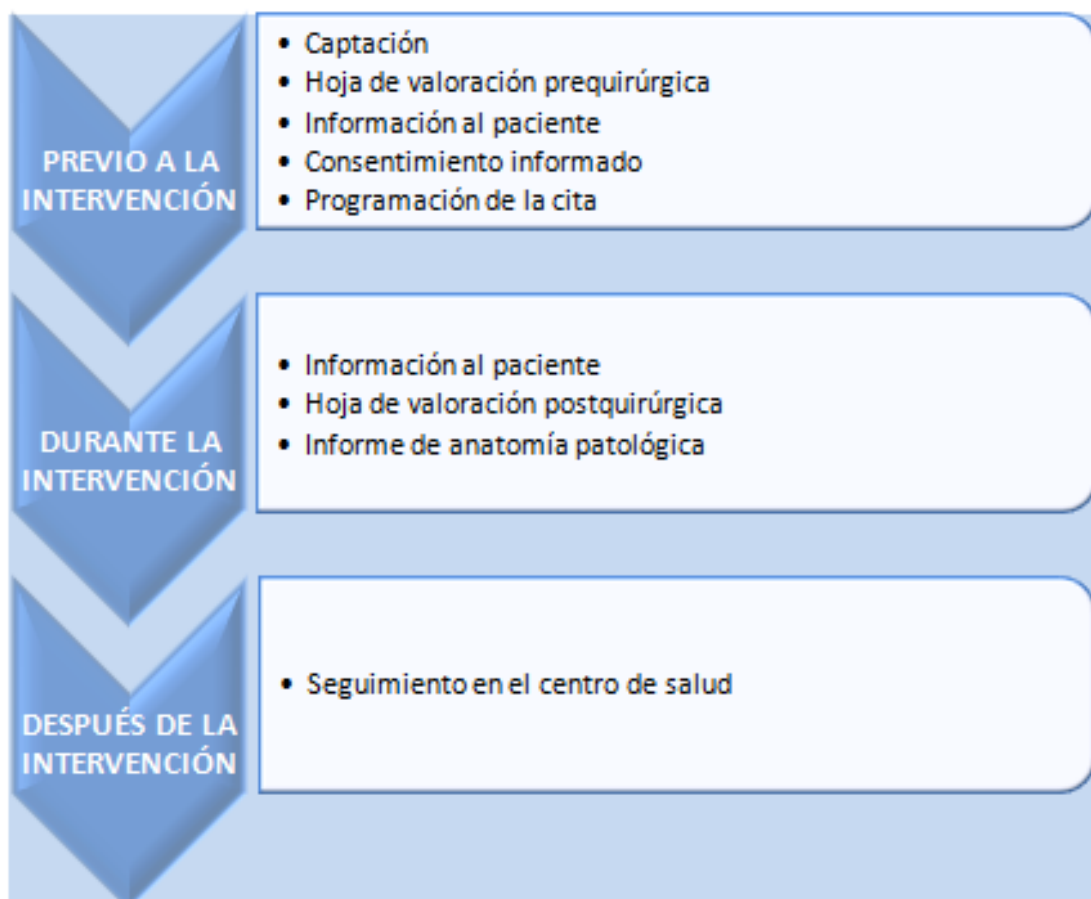
Una vez intervenido el paciente:

- 1) Registrar en el libro de registro de Cirugía Menor (**Anexo V.IV**) el nombre del paciente, nº de historia, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, intervinientes y petición de anatomía patológica
- 2) Complimentar la hoja de valoración postoperatoria
- 3) Si es preciso, preparar y remitir la muestra al servicio de Anatomía Patológica del hospital de referencia (Hospital General Universitario de Castellón)
- 4) Entregar al paciente la hoja informativa sobre las recomendaciones postquirúrgicas (**Anexo V.V**)
- 5) Citar para seguimiento posquirúrgico por enfermería y para revisión de alta en la consulta programada de Cirugía Menor

SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Todo el seguimiento se efectuará en el centro de salud:

- El seguimiento por parte de enfermería se realizará a las 48-72 horas.
- En la consulta programada de Cirugía Menor para alta, el médico informará al paciente sobre los resultados de Anatomía Patológica y, en caso de haberlas, se registrarán las complicaciones y/o secuelas postquirúrgicas en la hoja de evolución.



9. RECOGIDA Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA EL ESTUDIO HISTOLÓGICO

Todas las muestras obtenidas en las intervenciones deberán remitirse al Servicio de Anatomía Patológica del hospital de referencia (Hospital General Universitario de Castellón), a excepción de las obtenidas por:

- Cirugía destructiva (criocirugía, electrocirugía, quimiocirugía)
- Avulsión ungueal
- Drenaje de abscesos
- Reparación de heridas cutáneas

Para remitir la muestra al Servicio de Anatomía patológica será necesario rellenar y adjuntar una Hoja de petición con los datos de identificación (**Anexo V.VI**), del médico y de la propia muestra.



Recomendaciones para el envío de las muestras

- Introducir la muestra en formol tamponado al 10%
- Utilizar un envase por cada muestra a analizar
- Identificar cada frasco
- Realizar gráficos sencillos en el volante de petición de estudio de Anatomía Patológica para facilitar la localización topográfica de la lesión

Es fundamental que tanto la cumplimentación de la hoja de petición como la identificación del frasco se realicen delante del paciente para evitar el intercambio accidental de muestras.

No se cerrará ningún episodio sin el resultado de Anatomía Patológica

10. NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS

Toda persona incluida en el servicio que forme parte del equipo quirúrgico deberá estar informada acerca de los siguientes datos:

Normas técnicas mínimas

Diagnóstico clínico

Anamnesis (antecedentes personales y alergias a medicamentos/anestésicos locales)

Identificación del equipo quirúrgico (profesional responsable y ayudantes)

Hoja de consentimiento informado firmada

Exploración física previa (TA, AC y pulsos periféricos)

Valoración de la herida en las visitas de seguimiento

Informe anatomo-patológico de las muestras obtenidas

Fecha de la intervención

11. SISTEMA DE EVALUACIÓN. INDICADORES

Para monitorizar y evaluar la calidad y eficiencia de la puesta en marcha del programa de cirugía menor en atención primaria se utilizan una serie de indicadores.

INDICADOR DE COBERTURA

- Porcentaje de intervenciones efectuadas anualmente para cada población estimada**

$$\frac{\text{Número total de intervenciones en 1 año}}{\text{Población estimada}} \times 100$$

INDICADORES DE CALIDAD (DE PROCESO)

- Porcentaje de intervenciones efectuadas con consentimiento informado**

$$\frac{\text{Número de intervenciones con consentimiento informado}}{\text{Total de intervenciones realizadas}} \times 100$$

* El estándar recomendado es del 100% (ninguna intervención debe realizarse sin la hoja de consentimiento informado sin firmar)

- Porcentaje de intervenciones efectuadas con muestra remitida a Anatomía Patológica**

$$\frac{\text{Número de intervenciones con muestra remitida a anatomía patológica}}{\text{Total de intervenciones realizadas}} \times 100$$

* El estándar recomendado es del 100% * (Todas las muestras obtenidas en la intervención deben remitirse al servicio de anatomía patológica, excepto aquellas que se efectúen con técnicas destructivas)

INDICADOR DE ACTIVIDAD

- Porcentaje de intervenciones no asumidas** (derivadas a otros niveles asistenciales)

$$\frac{\text{Número de derivaciones a otros niveles asistenciales (dermatología y cirugía)}}{\text{Total de intervenciones programadas}}$$

INDICADORES DE RESULTADO

- Porcentaje de intervenciones efectuadas con complicaciones**

$$\frac{\text{Número de intervenciones con complicaciones}}{\text{Total de intervenciones realizadas}} \times 100$$

- Porcentaje de intervenciones efectuadas con secuelas**

$$\frac{\text{Número de intervenciones con secuelas}}{\text{Total de intervenciones realizadas}}$$

- Encuesta de satisfacción a los usuarios intervenidos**
(Diseñada específicamente, se realizará a posteriori telefónicamente)

OTROS INDICADORES. Se realizarán tras la revisión del presente protocolo después de la primera evaluación:

- Tiempo medio de demora para realizar la intervención
- Tiempo medio por procedimiento
- Tiempo de anatomía patológica

12. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

- Práctica de la Cirugía Menor en Atención Primaria
- Competencia profesional
- Información al paciente y Consentimiento informado
- Seguridad laboral

12.1. PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

La práctica de la Cirugía Menor en el ámbito de Atención Primaria está **incluida y avalada por la legislación.**

Este ejercicio viene recogido en el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Del mismo modo, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en la que se mantiene la Cirugía Menor como prestación y el procedimiento para su actualización.

En la Comunidad Valenciana, la Cirugía Menor fue incluida en el año 2000 en la Cartera de Servicios de AP de la Consellería de Sanidad. **(ANEXO VII)**

12.2. COMPETENCIA PROFESIONAL

En España, la licenciatura en Medicina y Cirugía legitima al médico para la práctica de Cirugía Menor, existiendo además un programa de formación específica en esta materia en la especialidad de medicina de Familia y comunitaria.

No obstante, a efectos prácticos parecen existir **deficiencias en el proceso continuo de aprendizaje de las habilidades** necesarias para un mejor desempeño de la misma.

En relación con lo expuesto, conviene reseñar que la legalidad real para la práctica de la Cirugía Menor viene dada por los conocimientos que se poseen, por la buena práctica médico-quirúrgica y por la prudencia; por eso ante cualquier duda, tanto diagnóstica como de resultados quirúrgicos, el médico debe abstenerse y derivar el caso.

12.3. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado constituye la condición esencial para la realización de cualquier procedimiento, primando la **autonomía y derecho a decidir** por parte del paciente o tutor legal.

La Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana define el consentimiento informado como:

La conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa a la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y, en general, siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud.

Como norma general este **tendrá que constar por escrito**, pudiendo prestarse verbalmente sólo en caso de atención urgente, y se deberá registrar una copia del mismo en la historia clínica del paciente.

Datos que deben constar en el Consentimiento Informado

- Identidad del paciente o tutor legal
- Explicación breve y sencilla (comprensible) del procedimiento y objetivo del mismo
- Información sobre los riesgos típicos e infrecuentes graves.
- Declaración del paciente o tutor legal en la que se expresa su consentimiento y satisfacción con la información recibida.

En cualquier momento antes de la intervención, **el paciente** podrá cambiar de opinión y **negarse a la intervención** cumplimentando la hoja de Revocación del Consentimiento Informado.

12.4. SEGURIDAD LABORAL

Aunque las medidas de protección son generales para todos los profesionales sanitarios, aquellos que efectúen la Cirugía Menor de manera rutinaria deberán tener especial atención por su propia seguridad.

Para ello deberán tomar las siguientes medidas:

- ✱ Pauta correcta de **vacunación para el tétanos y el Virus de la Hepatitis B**
- ✱ Conocimiento, y aplicación en su caso, del protocolo de su centro de salud ante una inoculación accidental.

13. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del protocolo declaran no tener ningún conflicto de intereses, ni haber recibido ninguna financiación externa para su realización.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 201; 43 (2): 58-60. PubMed
2. Arribas JM et al. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Jarpyo Editores. 2000.
3. Arribas JM, Hernández M. Skills in Minor Surgical Procedures for General Practitioners. In: *Primary Care at a Glance – Hot topics and New Insights*. Edited by Oreste Capelli; 2012.

4. Arribas JM, Rodríguez N. Cirugía menor y procedimientos en Medicina de Familia. Ed. Madrid: Jaipo; 1999.
5. Arroyo A, et al. Programme to Introduce and Develop Minor out-Patient Surgery in Primary Care. *Aten. Primaria*, 2003 oct. 32(6):371-5.
6. Batalla M, Beneyto F, Ortiz F, et al. Manual Práctico de Cirugía Menor. Ed Obrapropia. Valencia 2012.
7. Blanco A, María J. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. :58-60.
8. Caballero F, Gómez O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (I). *FMC* 1997. Vol. 4, supl. 1
9. Caballero Martínez F, Gómez O, Protocolo de Cirugía menor en Atención Primaria. *FMC*. 1997 4 (1) 5-37
10. Cano JG, Dechent RS, Martínez EG, Tarin MVB. Guía de Actuación Clínica en AP. [citado 22 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www2.san.gva.es/docs/dac/guiasap010cma.pdf>
11. Comunidad Valenciana, Consejería de Sanidad. Cartera de servicios: Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2000.
12. Ferguson HJM, Fitzgerald JEF, Reilly J, Beamish AJ, Gokani VJ, Council of the Association of Surgeons in Training. A cross sectional study of surgical training among United Kingdom general practitioners with specialist interests in surgery. *BMJ Open*. 8 de abril de 2015;5(4):e007677.

13. Fisterra. Guías Clínicas en la Red. Arribas Blanco, JM. Rodríguez Pata, N. Castelló Fortet, JM. Guía de Cirugía Menor en Atención Primaria. Última revisión 29/09/2014. Accesible en internet: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/cirugia-menor-atencion-primaria/>
14. Gokani VJ, Ferguson HJM, Fitzgerald JEF, Beamish AJ. Surgical training in primary care: Consensus recommendations by the Association of Surgeons in Training. *International Journal of Surgery*. 1 de noviembre de 2014;12:S1-4.
15. Humphreys H, Coia JE, Stacey A, Thomas M, Belli A-M, Hoffman P, et al. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. *J Hosp Infect*. febrero de 2012;80(2):103-9.
16. Klein R. [Minor surgery in the family practice - basic of minor operations]. *MMW Fortschr Med*. 12 de mayo de 2016;158(9):56-9.
17. López A et al. Minor Surgery in Primary Care: Consumer Satisfaction. *Aten. Primaria* 2000 jun 30; 26(2):91-5.
18. Menéndez C, Núñez MC, Fernández JM; García A. Evaluación de las Actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Atención Primaria* 1998; 22(2): 125-
19. Menéndez Villalba C, Núñez Losada MC, Fernández Domínguez MJ, García Machi A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria*. :125-6.
20. Menon MK. Minor surgery in general practice. *The practitioner*. 1986; 230: 917-920
21. Oliveras Puig, A. Dalfó Baque, A. Cirugía Menor en Atención Primaria. *AMF*. Vol 8, nº 11. Dic 2012. Último acceso Mayo 2017. Accesible en internet: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1092

22. Pfenninger JL, Fowler GC. Procedures for Primary Care. 3rd.ed. St Louis, Missouri: Elsevier-Mosby; 2011.
23. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. INSALUD. Área 1. Madrid. 1998.
24. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización.
25. Romero, F. Implantación de la cirugía menor en atención primaria, una apuesta de calidad. El Médico nº 676, Mayo 1998.
26. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. JRSM Short Rep [Internet]. 28 de septiembre de 2010 [citado 17 de enero de 2017];1 (4). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2984354/>
27. Vázquez Cruz MI. Análisis de la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un programa de cirugía menor en atención primaria. 2016 [citado 22 de marzo de 2017]; Disponible en:
<https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/38771>

15. ANEXOS

ÍNDICE

ANEXO I. ESTUDIO: Situación actual de la práctica de la Cirugía Menor en el departamento de salud de Castellón	56
ANEXO II. LESIONES ASUMIBLES POR CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	69
ANEXO III. LIMITACIONES DELA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	70
Anexo III.I Criterios de Inclusión.....	70
Anexo III.II Criterios de Exclusión	70
ANEXO IV. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO DE LA SALA DE CIRUGÍA MENOR	71
Anexo IV.I Distribución de la sala de Cirugía Menor	71
Anexo IV.II Materiales quirúrgicos.....	72
ANEXO V. SISTEMAS DE REGISTRO	¡Error! Marcador no definido.4
Anexo V.I Hoja de valoración preoperatoria.....	¡Error! Marcador no definido.4
Anexo V.II Hoja informativa para Cirugía Menor	75
Anexo V.III Consentimiento informado y revocación del consentimiento informado.....	76
Anexo V.IV Libro de registro	77
Anexo V.V Hoja de recomendaciones postquirúrgicas.....	78
Anexo V.VI Hoja de petición de anatomía patológica.....	79
ANEXO VI. SUTURAS.....	80
ANEXO VII. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA	83
ANEXO VIII. CURSOS DE FORMACIÓN EN CIRUGÍA MENOR.....	86

ANEXO I. ESTUDIO

Situación actual de la práctica de Cirugía Menor en el Departamento de Salud de Castellón

ÍNDICE

1. RESUMEN	57
1.1. Justificación.....	57
1.2. Objetivos.....	57
1.3. Instrumento.....	57
1.4. Conclusiones	58
2. INTRODUCCIÓN.....	58
3. OBJETIVOS.....	59
3.1. Objetivos generales	59
3.2. Objetivos específicos.....	59
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	60
4.1. Tipo de estudio	60
4.2. Participantes	60
4.3. Criterios de inclusión	60
4.4. Criterios de exclusión	60
4.5. Muestra	60
4.6. Instrumento.....	611
4.7. Análisis de los datos	611
5. RESULTADOS.....	611
6. DISCUSIÓN.....	64
7. LIMITACIONES	66
8. CONCLUSIONES.....	66
9. PLANTILLA ENCUESTA.....	67

1. RESUMEN

1.1. Justificación

Como bien establece la cartera de servicios de atención primaria, son muchas las lesiones susceptibles de Cirugía Menor ambulatoria, realizadas hospitalariamente que podrían ser perfectamente asumidas por los médicos de familia si existieran protocolos, medios adecuados y algún un documento que estableciera un marco específico de actuación.

Basándonos exclusivamente en la literatura vigente podemos afirmar que, en España, la cirugía menor programada no se efectúa de forma rutinaria en atención primaria. Con este trabajo pretendemos conocer la situación actual de la práctica de la cirugía menor en nuestro departamento.

1.2. Objetivos

El principal objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de la práctica de cirugía menor por los médicos de atención primaria de los centros de salud del departamento de Castellón de la Plana, comprobando si realmente existen diferencias significativas en cuanto a su realización, y contrastar los resultados con los estudios publicados hasta la fecha con el fin de justificar la necesidad de desarrollar un protocolo de Cirugía Menor adaptado.

1.3. Instrumento

El estudio se efectuó por medio de una encuesta "ad hoc" autoaplicada y de respuestas cerradas, en un período de tiempo que abarcó desde el 14/10/2016 hasta el 5/12/2016.

La población diana fueron los médicos especialistas en medicina familiar de 9 centros de salud de la provincia de Castellón.

1.4. Conclusiones

Más de la mitad de los médicos de familia consideran que la formación en Cirugía Menor debería ampliarse y/o complementarse.

Las principales "barreras" que impiden su incorporación en la práctica diaria del médico de familia son la sobrecarga laboral, la falta de apoyo por parte del sistema y el propio desinterés.

La mayor parte de las intervenciones programadas de Cirugía Menor se mantienen sobre la base de pocos médicos.

Con todo esto, podemos concluir que es necesario protocolizar la actividad de Cirugía Menor en Atención Primaria para estandarizar su práctica, dotar de mayor capacitación técnica a los médicos de familia, hacerla más accesible a la población y mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Esto será posible si la práctica de Cirugía Menor se adapta a los recursos disponibles y al horario laboral de los médicos de familia, se incentiva su realización, se impulsa la formación continuada en ella y se establecen un marco legal y unos criterios definidos para efectuarla de forma segura.

2. INTRODUCCIÓN

En los países anglosajones la práctica de Cirugía Menor resulta habitual entre los médicos de Atención Primaria, lo que contribuye a dotar a este nivel asistencial de una mayor capacidad resolutive y a generar confianza y prestigio ante la población. No sucede lo mismo en España, donde a pesar de que las instituciones sanitarias avalan su implantación, la Cirugía Menor no forma parte de la práctica habitual del médico de Atención Primaria, y en los casos de efectuarse, se lleva a cabo de manera heterogénea, desinteresada y por médicos prácticamente "voluntarios" en los centros de salud.

Actualmente son múltiples las patologías susceptibles de Cirugía Menor que se efectúan hospitalariamente por especialistas y que, como bien evidencian numerosos estudios, podrían ser abordadas de manera ambulatoria por los médicos de familia si existieran protocolos, medios adecuados y algún un documento que estableciera un marco específico de actuación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos generales

El principal objetivo es determinar la prevalencia de cirugía menor efectuada por los médicos de atención primaria de los centros de salud del departamento de Castellón de la Plana, comprobando si realmente existen diferencias significativas en cuanto a su práctica, y contrastar los resultados con los estudios publicados hasta la fecha con el fin de justificar la necesidad de desarrollar un protocolo de Cirugía Menor adaptado.

3.2. Objetivos específicos

- Determinar si los profesionales son conocedores de que pueden ofrecer este servicio
- Determinar la frecuencia de cirugías menores
- Determinar el % de centros de salud de castellón en los que se realiza Cirugía Menor (% Urgente/programada y la frecuencia con la que se efectúan)
- Determinar los motivos principales por los cuales los profesionales de AP se abstienen a realizar Cirugía Menor
- Determinar el % de médicos que practicarían la Cirugía Menor si existieran las condiciones adecuadas de espacio, materiales y personal sanitario auxiliar.
- Determinar cuáles son las preferencias de los médicos de Atención Primaria respecto al sistema organizativo (cambios que efectuarían para mejorar su práctica)
- Determinar el % de médicos de Atención Primaria que ha recibido formación adicional sobre Cirugía Menor

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en un cuestionario autoaplicable de 10 ítems.

4.2. Participantes

Médicos especialistas en medicina familiar de los centros de salud correspondientes al área/departamento de Castellón de la Plana.

En el estudio se incluyeron 9 centros de salud (Rafalafena, Paelleter, 9 d'Octubre, Illes Columbretes, Pintor Sorrolla, el Raval Universitari, el Grao, Fernando el Católico y Benicásim) y participaron un total de 65 médicos de familia.

4.3. Criterios de inclusión

Especialistas en medicina familiar (hombres y mujeres) laboralmente activos de los centros de salud de Castellón de la plana.

4.4. Criterios de exclusión

Residentes de medicina familiar y médicos especialistas en medicina familiar de centros de salud que no pertenezcan al área de Castellón de la plana.

4.5. Muestra

El tamaño muestral determina qué tan grande debe ser la muestra para estimar correctamente la población.

Previo a la elaboración, reparto y recogida de las encuestas se calculó el tamaño muestral para una supuesta población finita de 800 médicos de familia, asumiendo un 95% de confianza, un margen de error del 5% y una distribución de las respuestas del 50%.

Para estimar correctamente los resultados, en la muestra deberían incluirse, como mínimo, de 86 médicos de familia.

Obtención de la muestra

Se efectuó un muestreo por conveniencia, donde finalmente se obtuvieron un total de 65 encuestas (tras desestimar aquellas completadas erróneamente o por residentes).

4.6. Instrumento

Encuesta autoaplicada, elaborada especialmente para el estudio ("ad hoc"), de respuestas cerradas y preguntas de opción múltiple sobre la práctica y formación respecto a la cirugía menor en atención primaria.

El cuestionario fue realizado por los participantes en los centros de salud, de manera autoaplicada y en un período de tiempo que abarcó los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2016 (desde el 14/10/2016 hasta el 5/12/2016).

4.7. Análisis de los datos

El análisis y procesamiento de los datos fue realizado con el SPSS Statistics versión 20 para Windows.

Se aplicó estadística descriptiva, obteniéndose principalmente frecuencias y porcentajes.

5. RESULTADOS

De un total de 65 médicos encuestados, el 42 % fueron varones y el 58 % mujeres.

La mediana de edad fue de 47 años, teniendo el 75 % de ellos una edad superior a los 40 años.

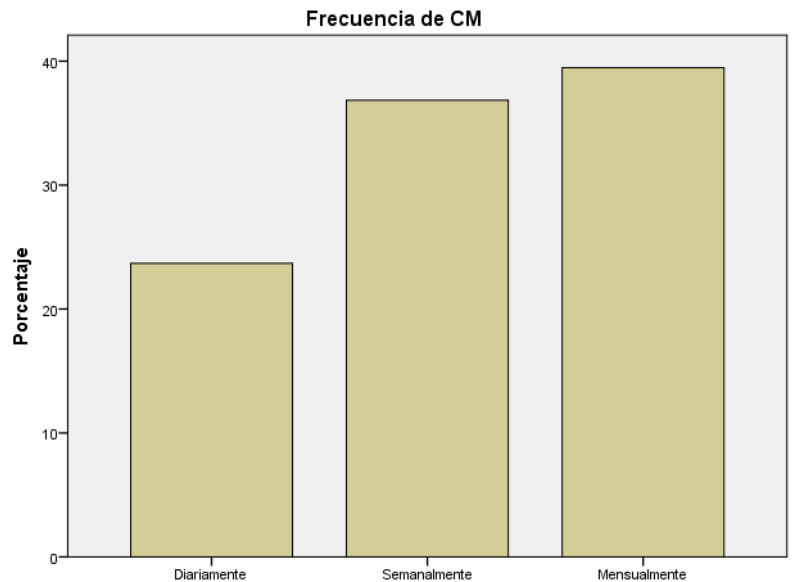
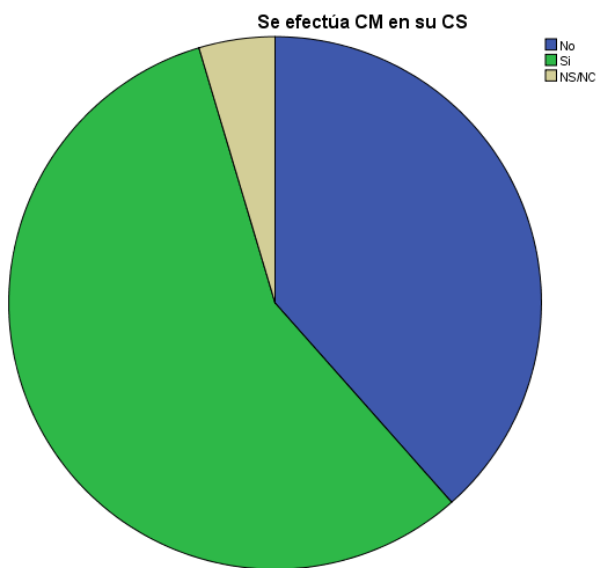
La mediana de los años de servicio profesional fue de 26 años.

En cuanto a la situación laboral, el 57 % eran titulares (el resto eran interinos)

La mayoría de los médicos de familia (96.6%) son conscientes de que la Cirugía Menor está incluida en la cartera de servicios, habiendo recibido el 76,9% de ellos formación adicional en Cirugía Menor.

Sin embargo, más de la mitad consideraron que es necesaria mayor formación en Cirugía Menor, siendo los talleres (41,3%) y la creación de protocolos los métodos idóneos para tal fin.

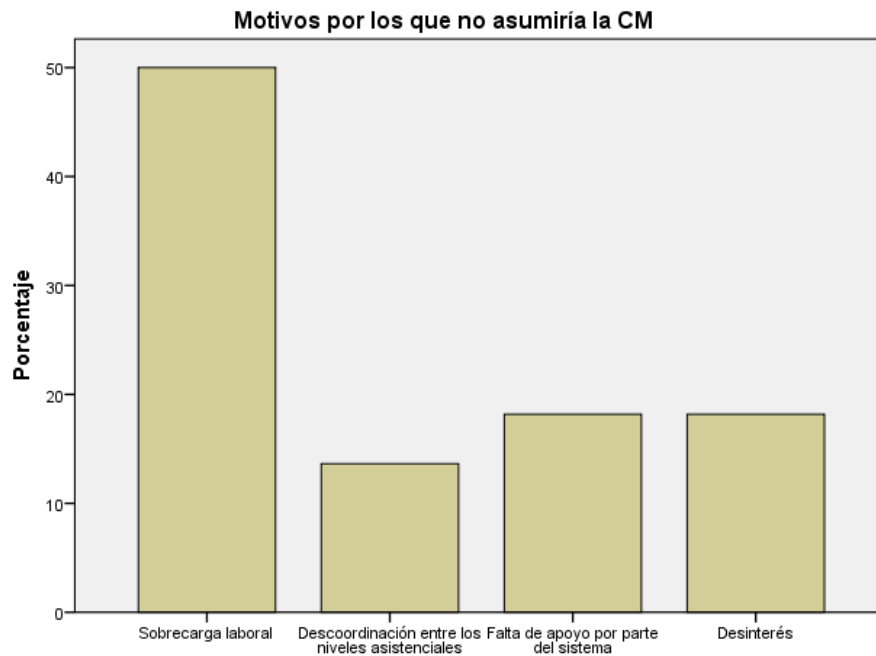
En el 56,9% de los centros de salud de Castellón se efectúa algún tipo de cirugía menor (programada o urgente), practicándose esta mensual (39´9%) o semanalmente (36´8%).



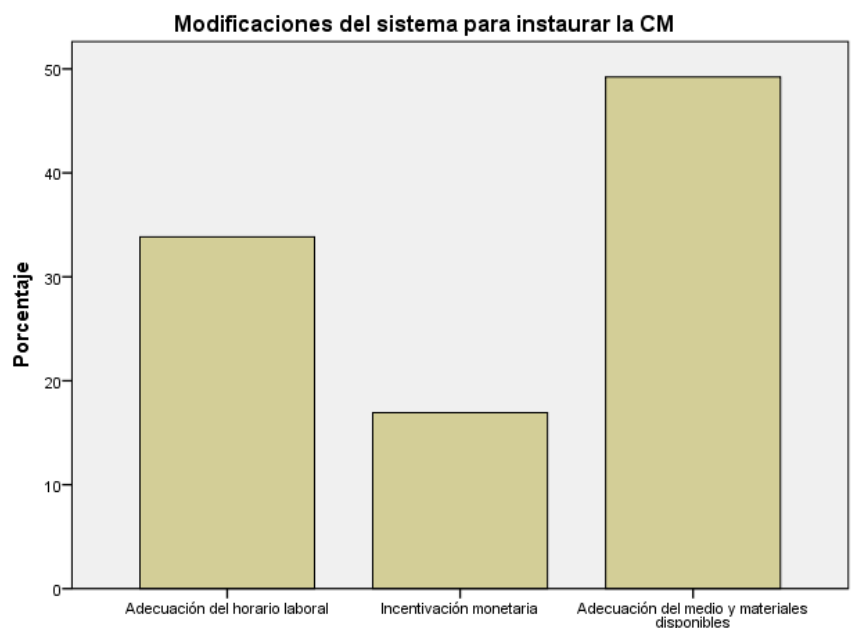
La Cirugía Menor urgente constituye más del 50% del volumen.

Más de la mitad de los encuestados (53,8%) coincidieron en que la Cirugía Menor debería llevarse a cabo por un grupo multidisciplinar integrado por médicos de familia, cirujanos y enfermeros; siendo los médicos de familia sobre los cuales recayó el deber de abarcar el mayor porcentaje de procedimientos de Cirugía Menor ambulatoria (30,8%).

La principal limitación que perciben los MF a la hora de incorporar la Cirugía Menor en su centro de salud es, con diferencia, la sobrecarga de trabajo (50%). En segundo lugar se encuentran la falta de apoyo por parte del sistema y el propio desinterés (18,2%)



Según ellos, la adecuación del medio y materiales disponibles (49´2%) y la adecuación del horario laboral (33´8%) constituyeron las premisas imprescindibles para implantar y desarrollar un programa de Cirugía Menor en condiciones. De hecho, más de la mitad de los MF (61,7%) asumiría la CM dentro de su horario laboral si existieran las condiciones de espacio, material y personal sanitario auxiliar adecuados.



Como se ha comentado anteriormente, en el 56,9% de los centros de salud de Castellón se efectúa algún tipo de cirugía menor, siendo el centro de salud Rafalafena el que abarcó el mayor volumen de procedimientos quirúrgicos ambulatorios (del 56,9%, se encarga del 15,4%). El centro de salud de Pintor Sorolla ocupó la segunda posición con un porcentaje correspondiente al 10,8%. Igualmente, de todos los centros de salud encuestados de Castellón, es el centro de salud Rafalafena quien realizó el mayor número de Cirugía Menor programada (del 5,3% de Cirugía Menor programada, éste realiza el 2,6%).

6. DISCUSIÓN

Hasta el momento no se tiene constancia de datos numéricos que representen volumen de Cirugía Menor que se practica a nivel de la provincia de Castellón, por lo que es muy difícil contrastar resultados de forma precisa. No obstante, basándonos en los artículos revisados, los cuales afirman que en España el porcentaje de Cirugía Menor que se practica es muy inferior al que debiera, podemos afirmar que los resultados obtenidos a partir de nuestra encuesta coinciden con los pocos datos publicados hasta la fecha; es decir, la gran mayoría de los médicos de familia son conscientes de que la Cirugía Menor forma parte de la cartera de servicios del SNS, pero sólo la mitad de ellos la realiza de forma regular.

Como se ha comentado, la mayoría de los médicos de familia son conscientes de que la CM está incluida en la cartera de servicios, habiendo recibido el 76,9% de ellos formación adicional en Cirugía Menor. Sin embargo, más de la mitad consideraron que esta formación debería complementarse con talleres (41,3%) y la creación de protocolos.

Basándonos en estos datos, podemos deducir que la formación en Cirugía Menor concluye al finalizar la carrera y la especialidad en MF, perdiéndose la soltura con los años debido a la falta de implantación, desarrollo y continuidad de la misma en los centros de salud.

Todo ello hace **imprescindible establecer una formación continuada en Cirugía Menor para los médicos de familia mediante talleres o la instrucción por un médico de referencia del centro de salud (“líder quirúrgico”)**.

Puesto que son los médicos de familia los profesionales sobre los cuales recae el deber de abarcar la mayoría de procedimientos de Cirugía Menor ambulatoria, es lógico reiterar la **necesidad de crear programas y protocolos de Cirugía Menor, destinados a los médicos de familia, validados y adaptados para cada uno de los centros de salud.**

Coincidiendo con los resultados de los estudios publicados hasta la fecha sobre Cirugía Menor, la sobrecarga laboral, la falta de apoyo por parte del sistema y el desinterés médico (debido a la poca incentivación y reconocimiento) son las principales limitaciones que perciben los médicos de familia a la hora de incorporar la Cirugía Menor en su jornada laboral.

Así pues, podemos afirmar que la adecuación de los medios y horario laboral facilitarían la implantación de la Cirugía Menor en los centros de salud, así como la incorporación de la Cirugía Menor en la práctica diaria del 61,7% de los médicos de familia

Finalmente destacar que la mayor parte de procedimientos quirúrgicos en Atención Primaria se deben a la Cirugía Menor urgente y, como muestran los resultados, el número de intervenciones de Cirugía Menor programada se mantiene sobre la base de pocos médicos que realizan muchas intervenciones, como es el caso de los centros de salud de Rafalafena y Pintor Sorolla.

Esta circunstancia hace **indispensable la protocolización de dicha actividad, especialmente en aquellos centros de salud que abarquen la mayor parte de la actividad quirúrgica ambulatoria programada.**

7. LIMITACIONES

Las principales limitaciones del estudio han sido la circunscripción a un área territorial limitada (en este caso la provincia de Castellón) y el escaso tamaño de la muestra seleccionada.

Otros problemas que aparecieron durante la elaboración del estudio fueron la escasa colaboración y participación de los médicos encuestados y la escasez de recursos, medios y tiempo para llevarlo a cabo.

Otra dificultad añadida es el hecho de no disponer de datos numéricos concretos de otros estudios sobre el tema tratado para poder comparar los resultados obtenidos y extraer conclusiones más interesantes.

Por consiguiente, los resultados obtenidos probablemente hayan estado sesgados, viéndose afectada la validez externa e interna y la confiabilidad del estudio.

De cara a próximos trabajos, sería conveniente captar un tamaño muestral mayor (abarcando más centros de salud, ampliando el periodo de recopilación de datos y efectuando las encuestas por internet simultáneamente) y entrenar específicamente a determinados individuos para encuestar personalmente a los médicos de familia.

8. CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir que es necesario protocolizar la actividad de Cirugía Menor en Atención Primaria para estandarizar su práctica, dotar de mayor capacitación técnica a los MF y hacerla más accesible a la población.

Esto será posible si la práctica de Cirugía Menor en Atención Primaria se adapta a los recursos disponibles y al horario laboral de los médicos de familia, se incentiva su realización, se impulsa la formación continuada en ella y se establecen un marco legal y unos criterios definidos para efectuarla de forma segura.

9. PLANTILLA ENCUESTA



ENCUESTA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio: Medicina Familiar	Fecha:
Centro de Salud:	Localidad:
Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Edad:
Años de servicio profesional:	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Interino

CUESTIONARIO

- ① ¿ Sabe/conoce qué es la CM ? SI NO NS/NC
- ② ¿ Dónde considera que debería practicarse ?
 Centro de salud Hospital (quirófano) Otros (especificar)
- ③ ¿ Qué profesionales piensa que la deberían llevar a cabo ?
 Médicos de Familia Enfermeros
 Cirujanos Todos
- ④ ¿ Sabe usted si la CM está incluida como prestación en la cartera de servicios del médico de atención primaria ?
 SI NO NS/NC
- *
- ⑤ ¿ Se efectúa CM en su centro de salud ? SI NO NS/NC
- * En caso afirmativo:*
- ¿ Cúal de las siguientes modalidades de CM se realiza en su centro de salud, la CM urgente (suturas, curas...) o la CM programada (extirpación de quistes, lipomas...) ?
 CM Urgente CM Programada Ambas
- ¿ Con qué frecuencia se efectúa ? Todos los días Alguna vez a la semana Alguna vez al mes
- ⑥ ¿ Cree usted que dicha práctica debería implantarse en todos aquellos centros de salud que no cuenten con ella ?
 SI NO NS/NC

⑦ ¿Piensa usted que es necesaria mas formación en CM? *
 SI NO NS/NC

* En caso afirmativo: ¿Qué métodos deberían emplearse para tal fin?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Talleres | <input type="checkbox"/> Creación de protocolos |
| <input type="checkbox"/> Ciclos formativos | <input type="checkbox"/> Otros (especificar)..... |

⑧ ¿Ha recibido alguna formación adicional sobre cirugía menor (cursos, talleres...)?

SI NO NS/NC

⑨ Suponiendo que en su centro de salud se dispusieran de las condiciones, el material y la formación profesional necesarios para efectuar CM ¿La asumiría usted?

SI NO NS/NC

* En caso negativo: ¿Marque el motivo o los motivos principales?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabajo | <input type="checkbox"/> Falta de apoyo por parte del sistema |
| <input type="checkbox"/> Descoordinación entre los niveles asistenciales | <input type="checkbox"/> Desinterés |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) | |

⑩ Con el fin de instaurar y mejorar la prestación de CM, marque qué modificaciones de las propuestas aplicaría usted en el sistema organizativo para conseguirlo:

- Adecuación del horario laboral
- Incentivación monetaria
- Adecuación del medio y materiales disponibles
- Otros (especificar)

ANEXO II. LESIONES ASUMIBLES POR CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA



Quiste epidermoide

Uña encarnada

Absceso cutáneo



Dermatofibroma

Fibroma péndulo

Nevus



Verrugas

Queratosis Seborreica

Queratosis Actínica

ANEXO III. LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Anexo III.I Criterios de Inclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> • 14 años o más
PROCEDIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia local • Sutura • Punción-drenaje • Extracción de cuerpos extraños • Afeitado y curetaje • CM ungueal
LESIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Herida cutánea • Absceso cutáneo • Dermatofibroma • Quistes epidérmico o mucoide • Verruga • Molluscum contagiosum • Fibroma • Extirpación ungueal • Panadizo • Uña encarnada
DOCUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Hoja de valoración quirúrgica

Anexo III.II Criterios de Exclusión

CONTRAINDICACIONES	
RELATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de la coagulación (patológicas o farmacológicas) • Enfermedad intercurrente aguda (diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia suprarrenal) • Vasculopatía periférica grave. • Coronariopatía • Embarazo • Déficits inmunitarios que aumenten los riesgos de infección
ABSOLUTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloide • Sospecha de malignidad. • Infección cutánea en la zona de intervención • Antecedentes de reacción alérgica a los anestésicos locales • Sujetos no colaboradores. • Riesgo de lesión de estructuras nobles • Lesiones puramente estéticas

ANEXO IV. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO DE LA SALA DE CIRUGÍA MENOR

Anexo IV.I Distribución de la sala de Cirugía Menor



Fuente de luz dirigible con ruedas



Vitrinas y armarios para guardar el material



Anexo IV.II Materiales quirúrgicos

Instrumental quirúrgico



Envases estériles para muestras quirúrgicas

Grapadora quirúrgica



Bisturí eléctrico



Material de RCP



Equipo desechable para cirugía menor



ANEXO V. SISTEMAS DE REGISTRO

Anexo V.I Hoja de valoración preoperatoria

Fecha:
 Nº Historia:

Nombre y apellidos:..... Edad:.....

Diagnóstico inicial de la lesión:

Propuesta de procedimiento

MOTIVO.DE.LA.INDICACION.QUIRURGICA:.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES (especificar en observaciones):

1. Alergias conocidas NO SÍ (especificar)

Anestésicos: ¿Exposición previa?:

Antisépticos con yodo, cremas, etc.:

Apósitos, esparadrapos:

Medicamentosas (ANES, analgésicos, antibióticos.):

- | | | |
|--|----|--------------------------|
| 2 Alteraciones de coagulación (ante sospecha se recomienda analítica) | SI | <input type="checkbox"/> |
| 3 Cardiopatías (CI, arritmias...) | SI | <input type="checkbox"/> |
| 4 Portador de marcapasos | SI | <input type="checkbox"/> |
| 5 Diabetes | SI | <input type="checkbox"/> |
| 6 Insuficiencia vascular periférica | SI | <input type="checkbox"/> |
| 7 Inmunosupresión | SI | <input type="checkbox"/> |
| 8 Embarazo | SI | <input type="checkbox"/> |
| 9 Enfermedades intercurrentes agudas | SI | <input type="checkbox"/> |
| 10 Antecedentes de alteraciones en cicatrización (queloides, etc.) | SI | <input type="checkbox"/> |
| 11 Infecciones de piel cercanas a la zona de intervención | SI | <input type="checkbox"/> |
| 12 Medicamentos que pueden influir en el desarrollo de la intervención | | |
| Tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios | SI | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento con betabloqueantes | SI | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento con neurolépticos /antidepresivos | SI | <input type="checkbox"/> |
| 13 Posible comportamiento conflictivo (nervioso, etc...): | SI | <input type="checkbox"/> |
| 14 Alteraciones Neuro-psiquiátricas (epilepsia, etc.) | SI | <input type="checkbox"/> |
| 15 Posibles problemas en postoperatorio (sociales, viajes, etc...) | SI | <input type="checkbox"/> |

RESULTADO DE LA VALORACIÓN PREOPERATORIA:

Se indica la posible intervención: SI NO

OBSERVACIONES DEL

MÉDICO:.....

Anexo V.II Hoja informativa para Cirugía Menor

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AV **VALENCIANA DE SALUT**
HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ
ADSCRIBIT A LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

DEPARTAMENT DE SALUT 2- CASTELLÓ

Centro de Salud Rafalafena

CIRURGIA MENOR

..... haurà de presentar-se el dia de
..... a leshores a la Sala d'Exploracions Quirúrgiques (Planta
Baixa del centre de Salut)

..... *deberá presentarse el día de*
..... *a lashoras en la Sala d'Exploracions Quirúrgiques (Planta*
baja del centro de Salud)

INSTRUCCIONS PRÈVIES A LA INTERVENCIÓ:

- Es recomana dutxa el dia de la intervenció. *Se recomienda ducha el día de la intervenció.*
- Pot desdejurar i/o dinar amb normalitat. *Puede desayunar y/o comer normalmente.*
- Prenga tots els fàrmacs habituals, EXCEPTE que ha de deixar de prendre.....dies abans de la intervenció.
Tome todos los fármacos habituales, EXCEPTOque debe dejar de tomar días antes de la intervenció.
- No porte joies o altres objectes metàl·lics. *No lleve joyas u otros objetos metálicos.*
- En cas de no poder assistir a la intervenció, avise amb la major antelació possible al telèfon del centre de salut (964399170)
En caso de no poder acudir a la intervenció, adviértalo con la mayor antelación posible al teléfono (964399170)

DESPRÉS DE LA INTERVENCIÓ:

1. Cura diària amb *Cura diaria con.....*
2. Retirar punts al Centre de Salut (infermeria) d'ací a dies.
Retirar puntos en el Centro de Salud (enfermería) dentro de días.
3. Demanar cita per a revisió pel seu metje de família
Pedir cita para revisión por su medico de familia
4. Altres consells:
Otros consejos:

DEPARTAMENT DE SALUT 2 – CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ
Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964 7 26500 - Fax 964 7 26645/3

1

Anexo V.III Consentimiento informado y revocación del consentimiento informado

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGENCIA VALENCIANA DE SALUT
Departament de Salut de Castelló

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DERMATOLOGÍA:
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR BENIGNO EN LA PIEL O ANEJOS CUTÁNEOS

El paciente D/Dª _____
DNI nº _____ SIP nº _____

DECLARO QUE:

El DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR BENIGNO EN LA PIEL O ANEJOS CUTÁNEOS.

- 1.- El objetivo de la técnica es eliminar el tumor.
- 2.- El tratamiento consiste en la extirpación del tumor.
- 3.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como que los márgenes de la extirpación no fueran suficientes, la persistencia o la recidiva del tumor u otras lesiones, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas.

El médico me ha advertido que son posibles complicaciones poco frecuentes, que incluyen sangrado e infección de la herida y reacción a los anestésicos empleados, que pueden provocar una reacción alérgica ocasionalmente grave y que la calidad de la cicatriz depende, además de la técnica de sutura realizada y de los cuidados de la herida, de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética.

También sé que tras la extirpación del tumor, la pieza operatoria será examinada por el Laboratorio de Anatomía Patológica para confirmar el diagnóstico clínico.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:

Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.

- 4.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.
5. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos (en este caso se informará previamente al paciente). Se tomarán todas las medidas para que no se pueda identificar al individuo fotografiado.

Por todo ello, doy mi consentimiento al tratamiento propuesto.

Fecha: _____
Firma del paciente (o firma, DNI y nombre del representante legal) _____ Firma del médico _____

REVOCACIÓN
Nombre.....
(paciente o representante legal), con DNI nº en la fecha de hoy retiro mi autorización para ser sometido al procedimiento para el que di mi consentimiento anteriormente.
Firma del paciente (o representante legal) _____

RS

DEPARTAMENT DE SALUT DE CASTELLÓ. HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ
Avgda. Benicàssim, s/n. 12004 CASTELLÓ - Tel. 964 7 26500 - Fax 964 7 26645/3

1. EJEMPLAR PARA LA HISTORIA CLÍNICA

Anexo V.IV Libro de registro

____ | ____ | Nº REG

____ | ____ | ____ | FECHA: Nº de ____ | ____ | ____ |
Historia

Nombre y apellidos

Médico

Ayudante

Enfermera/o

Diagnóstico

Procedimiento

Hora inicio Hora finalización

Solicitud Anatomía Patológica SI NO

Observaciones.....

.....

Anexo V.V Hoja de recomendaciones postquirúrgicas

ANEXO IX: CONSEJOS AL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO

CONSEJOS AL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR. DEL CENTRO DE RAFALAFENA.

1.-Molestias postoperatorias:

- En general es probable y normal que tenga molestias tras la intervención. Puede tomar cualquier analgesico que tolere como Paracetamol 650 mg, un comprimido cada 6 horas. Las molestias deben ir a menos, si no es así acuda o pongase en contacto con el Centro de Salud

2.- Cuidados del vendaje

- Deberá ser retirado en las primeras 24 – 48 horas
- Mantener limpio y seco. Si se ha mojado retirelo y seque con suavidad la herida, volviendo a colocar uno seco, por ejemplo, con gasa estéril.
- Cambiar el apósito cada 2 días hasta la retirada de puntos, a menos que se le indique otra cosa.

2.- Baños

- Evitar baños o duchas en las primeras 24 horas.
- A partir del 2º día podrá ducharse con agua y jabón y secar la zona sin traccionar la herida.
- Evitar la humedad durante periodos prolongados.
- Conviene no humedecer los puntos de suturas adhesivas.

3.- Signos de infección

- Los bordes de la herida pueden aparecer ligeramente enrojecidos: Es normal
- Si aparece alguno de estos signos o síntomas, acuda a su médico:
 - Bordes de la herida enrojecidos en más de 1 cm. de margen
 - Herida dolorosa y caliente
 - Supuración
 - Líneas rojas localizadas por encima de la herida, si se trata de una extremidad.
 - Fiebre o escalofríos.

4.- Hemorragias

- Si la herida drena una colección sanguinolenta, conviene presionar durante unos minutos.
- Si no cede, deberá acudir al Centro de Salud.

5.- Tensión y esfuerzos

- Evite las actividades que puedan hacer que su herida se abra durante la primera semana, así como realizar ejercicios y deportes bruscos durante un mes.

6.- Exposición al sol

- Evite la exposición durante los próximos 6 meses. Utilice cremas solares protectoras.

7.- Revisión:

Acudira a las siguientes revisiones:

1ª - el día..... a las..... en.....

2ª - el día.....a las..... en.....

Consulta Medica de Cirugía en el Centro de Salud Aprox el.....

En caso de precisar consulta médica puede usted llamar a los siguientes teléfonos:
cita previa: Atención Continuada:

Fecha..... de del 200...

ANEXO VI. SUTURAS

Hilos de sutura



Patrones de sutura y anudado

Sutura continua



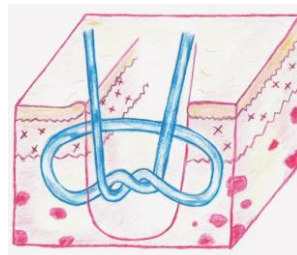
Sutura continua intradérmica



Sutura discontinua simple



Punto simple con nudo enterrado



Puntos de colchonero

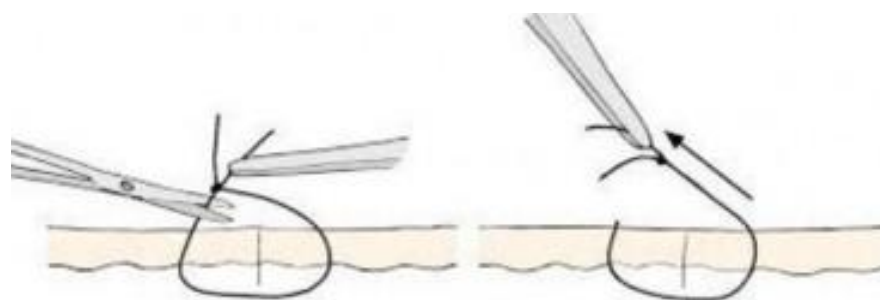
Vertical



Horizontal



Técnica de retirada de los puntos



Procedimiento de cirugía menor

Identificación y marcaje de la lesión



Infiltración de anestésico local y delimitación del campo quirúrgico



Incisión y disección de la lesión



Sutura



ANEXO VII. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA



Índice

- 0/01 Presentación.
- 0/02 Prólogo.
- 0/03 Introducción.
- 0/04 Índice.

Población Infantil

- 1/01 Consulta de niños.
- 1/02 Vacunaciones infantiles.
- 1/03 Detección precoz de metabopatías.
- 1/04 Supervisión del desarrollo infantil.
- 1/05 Salud bucodental.
- 1/06 Educación para la salud en la escuela.

Población General

- 2/01 Consulta de adultos.
- 2/02 Vacunación contra la gripe.
- 2/03 Vacunación contra el tetanos-difteria.
- 2/04 Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- 2/05 Prevención, control y seguimiento de la hipertensión arterial.
- 2/06 Prevención, control y seguimiento de la dislipemia / hiperlipemia.
- 2/07 Prevención, control y seguimiento de la diabetes.
- 2/08 Prevención, control y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- 2/09 Prevención, control y seguimiento de personas VIH+.
- 2/10 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- 2/11 Atención a pacientes terminales.
- 2/12 Prevención y detección de problemas de salud en el anciano (frágil o de alto riesgo).
- 2/13 Prevención y detección de problemas en salud mental.
- 2/14 Prevención y control de la tuberculosis.
- 2/15 Cirugía menor.
- 2/16 Captación y valoración de la mujer embarazada.
- 2/17 Preparación al parto.
- 2/18 Visita en el primer mes postparto.
- 2/19 Educación sexual y planificación familiar (información y seguimiento de métodos anticonceptivos).
- 2/20 Conocimiento del estado vacunal de la rubeola.
- 2/21 Atención a la mujer en el climaterio.
- 2/22 Prevención del cáncer de cervix.
- 2/23 Prevención del cáncer de mama.
- 2/24 Prevención del cáncer de endometrio.
- 2/25 Tratamientos fisioterapéuticos básicos.

Bibliografía

- 3/01 Bibliografía.





Atención sanitaria de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones que cumplan los criterios de inclusión especificados en el protocolo, que se realizan en tejidos superficiales. Generalmente, precisan anestesia local y tienen escaso riesgo y complicaciones postquirúrgicas. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia.

Procesos incluidos:

- Abscesos (incluye forúnculos y panadizos).
- Uñas encarnadas.
- Verrugas.
- Lipomas.
- Desbridamiento herida.
- Cuerpo extraño de piel y subcutáneo.
- Fibroma.
- Papiloma.
- Quiste sebáceo.
- Otros: Especificando tipos de procesos y procedimientos.

Excluye:

- Suturas y lavados de heridas.

- **Oferta básica asistencial**
 - Debe de existir en el centro un Protocolo de Cirugía Menor incluyendo: procesos, técnicas, procedimientos y plan de seguimiento.
 - Asegurar en los casos necesarios el análisis anatomopatológico.
- **Sistema de información y registro**
 - Historia Clínica (manual o informática).
 - Existencia en el centro un sistema de registro centralizado de intervenciones y en la Historia Clínica del paciente según protocolo.
- **Población diana**
 - Población total.
 - Población estimada: un 0,60 % de la población total es susceptible de este servicio.*
- **Indicador de cobertura**
 - Nº total de intervenciones realizadas en un año x 100 / Población estimada.*

ANEXO VIII. CURSOS DE FORMACIÓN EN CIRUGÍA MENOR

CURSO PROPUESTO POR LA SemFYC

Objetivos:

- 1) Analizar la situación actual de la Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria (AP).
- 2) Revisar las claves de seguridad médico-legales, estructurales y organizativas para implantar la oferta asistencial de CM en AP.
- 3) Identificar y delimitar la actuación quirúrgica asumible en AP.
- 4) Desarrollar desde un punto de vista práctico, las bases del proceso quirúrgico: higiene, valoración preoperatoria, usos de anestésicos locales, técnicas quirúrgicas a utilizar, cuidados postoperatorios.
- 5) Adquirir destreza y seguridad en el manejo del instrumental y en las maniobras y técnicas quirúrgicas elementales mediante su práctica paso a paso.
- 6) Conocer los procedimientos quirúrgicos y las técnicas adecuadas en CM programada (extirpación de lesiones, biopsias, etc.) y urgente (heridas, abscesos).
- 7) Conocer las técnicas de quirúrgicas frecuentes aplicables en patología ungueal.
- 8) Identificar y manejar adecuadamente los riesgos y posibles complicaciones en el proceso quirúrgico.

Temario:

Módulo 1

- Actuación quirúrgica en AP: principios básicos de CM en AP
- Conceptos médico-legales
- Gestión de la CM en AP
- Protocolo de actuación en CM. Precauciones para CM segura
- Planteamiento de una sala de CM: infraestructura para realizar CM
- Higiene quirúrgica en CM
- Anestesia tópica, local y bloqueo regional
- Maniobras quirúrgicas elementales: técnicas quirúrgicas básicas

Módulo 2

- Escisión-biopsia de piel y mucosas: técnicas
- Cirugía destructiva de lesiones superficiales: criocirugía
- Electrocirugía básica dentro de un programa de CM
- CM programada: lesiones epidérmicas, dérmicas y subdérmicas.
- Cirugía de la uña
- Cirugía menor urgente
- Cuidados postoperatorios y complicaciones de las heridas en CM

Presencial: Sesiones para grupos reducidos (aprox. 25 personas)

Tendrá como finalidad el adiestramiento en el manejo del instrumental y en las maniobras y técnicas quirúrgicas elementales mediante su práctica paso a paso.

Con finalidad práctica, ofrecerá a los/as asistentes la oportunidad de hacer cirugías reales y manejar instrumental en las condiciones habituales de la práctica clínica.

Acreditación: Por la OMC (organización médica colegial) ó con 7 créditos CFC (como en la anterior edición)

TALLER DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo general:

Facilitar a los asistentes los conocimientos teóricos básicos y las habilidades necesarias (entrenamiento manual e instrumental) para la práctica de técnicas Básicas de CM en AP.

El Taller consta de dos partes: una teórica (1h y 30 min) y otra práctica (2 h)

TEORIA (1h y 30 min)

- Actuación Quirúrgica en Atención primaria: Principios básicos, Conceptos médico-legales, gestión de la cirugía menor y protocolos en Centros de salud
- Infraestructura para la realización de la Cirugía menor. La sala de cirugía y material necesario.
- Higiene en Cirugía menor: Desinfección, preparación del cirujano.
- Anestesia tópica y loco/regional
- Cirugía menor urgente: Heridas y Abscesos
- Cirugía menor de la uña en atención Primaria

* La explicación teórica se intentará que sea lo más participativa posible.

Descanso de 20-30 minutos.

PRACTICA (2 h)

- Montaje y desmontaje correcto del bisturí.
- Formas incorrectas y correctas de manejo del instrumental básico
- Formas, diseño y realización de la Incisión lineal y fusiforme
- Practica de los patrones de anestesia
- Hemostasia, Ligadura.
- Punto Simple, instrumental y manual.
- Punto Enterrado.
- Punto de Colchonero.
- Sutura Continua Intradérmica.
- Cirugía básica de la uña. Evacuar hematoma, matricectomía

Dependiendo del nivel de los asistentes se valorará la introducción de otras actividades prácticas (como la Técnica de Friedrich, Sutura de Scalps o Plastias Básicas)

ASISTENTES: El Taller está pensado para 20/24 asistentes, los cuales se dividirán en 2 grupos de 10 personas para la parte práctica, atendidas cada una por uno de los ponentes para aclarar dudas y practicar con ellos las técnicas.