

---

## **Calidad del informe de solicitud de estudio anatomopatológico y motivos de consulta en cirugía menor ambulatoria de atención primaria**

**Objetivos.** Determinar la proporción de biopsias procedentes de cirugía menor en

**Palabras clave:** Cirugía menor ambulatoria. Anatomía patológica. Control de calidad. Atención primaria de salud.

**Tabla 1 Diagnóstico anatomopatológico de las biopsias procedentes de cirugía menor en atención primaria**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Nevo (intradérmico, compuesto, etc.)	228	26,6%
Quiste de inclusión epidérmica, tricolemales y otros	132	15,4%
Queratosis seborreica	122	14,2%
Dermatofibroma	86	10,0%
Carcinoma de células basales	48	5,6%
Pólipo fibroepitelial	45	5,2%
Lipoma	26	3,0%
Tumores vasculares benignos	26	3,0%
Queratosis actínica	25	2,9%
Carcinoma de células escamosas	22	2,6%
Nevo displásico	18	2,1%
Lesiones virales	10	1,2%
Otras lesiones melanocíticas benignas	10	1,2%
Queratoacantoma	10	1,2%
Tumores anexiales benignos	10	1,2%
Hiperplasia epidérmica benigna	9	1,1%
Tumores fasciculados benignos	6	0,7%
Hiperqueratosis	4	0,5%
Granuloma a cuerpo extraño	3	0,4%
Melanoma	3	0,4%
Otros	13	1,5%
Total	856	100,0%

atención primaria (CMAP) que se reciben en un servicio hospitalario de anatomía patológica (SAP), la calidad de los informes de petición de estudio anatomopatológico (IPEAP) y la frecuencia de las diversas enfermedades remitidas para estudio.

**Diseño.** Descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (HUVRS).

**Participantes.** Se han analizado 856 IPEAP consecutivos recibidos entre enero de 2005 y junio de 2006, procedentes de 25 centros de atención primaria (CAP).

**Mediciones principales.** Se ha clasificado la calidad de los IPEAP según la tabla realizada por Irazábal y Gutiérrez<sup>1</sup> en 3 niveles: buena, aceptable y mala. Se han recogido la edad, el sexo, el centro de procedencia (urbano o no urbano) y el diagnóstico anatomopatológico (DAP).

**Resultados.** Las biopsias procedentes de CMAP supusieron en el período de estudio un 1,9% del total (43.976) y el 8,2% de las correspondientes a lesiones cutáneas (10.400). La media de edad de los pacientes cuyas muestras se remitieron fue de

46,5 ± 18,9 años), sin diferencias entre sexos ni CAP de procedencia. Predominaban las mujeres (57,7%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 54,3-61,0). La calidad del informe era buena en 689 casos (80,5%), aceptable en 106 (12,4%) y mala en 61 (7,1%), sin diferencias según la procedencia, el sexo o la edad de los pacientes. En el 7,3% (63 casos) de los IPEAP no constaba la localización de la lesión, en el 6% (52 casos), la edad y en el 5,1% (44 casos) no se reflejaban suficientes datos clínicos. El IPEAP resultó ilegible en 8 casos (0,9% del total). La relación de los DAP se expone en la tabla 1.

ban suficientes datos clínicos. El IPEAP resultó ilegible en 8 casos (0,9% del total). La relación de los DAP se expone en la tabla 1.

**Discusión y conclusiones.** La generalización de diversos programas de salud en los CAP, como es el caso de la CMAP, ha convertido a los médicos de familia en clientes de los servicios de anatomía patológica. El correcto funcionamiento de estos programas exige una adecuada comunicación entre los ámbitos de atención<sup>1</sup>.

La CMAP es un programa de salud seguro, eficiente<sup>2</sup> y que genera satisfacción en los usuarios y los profesionales sanitarios<sup>3</sup>. Las biopsias procedentes de CMAP suponen un pequeño pero significativo porcentaje del total de las recibidas en un SAP y presentan una gran variedad de lesiones, algunas de gran complejidad.

La calidad de los IPEAP provenientes de CMAP es, en general, buena y suficiente para el DAP. Sin embargo, hay algunos casos con información insuficiente.

El presumible aumento de la demanda de servicio hacia los SAP desde los CAP obliga a establecer vías de comunicación entre

dos ámbitos que hace unos años no tenían contacto. En este sentido, proponemos la elaboración de formularios protocolizados específicos para la solicitud de IPEAP desde la CMAP, consensuados entre ámbitos, que contengan una suficiente información y que sean fáciles y rápidos de cumplimentar en los CAP.

**Manuel Vicente Salinas Martín,  
Iván Muñoz Repeto,  
David Hernández Gonzalo  
y Manuela Cañadas de León**  
Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

1. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
2. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. *Aten Primaria*. 2002;30:86-91.
3. Arroyo Sebastián A, Tomas Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:371-5.