



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



DOCUMENTO DE CONSENSO

Proceso de atención a las personas con lesiones quísticas y tumorales benignas. Documento de consenso de la sección territorial andaluza de la Academia Española de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología



D. Moreno-Ramírez^{a,*}, R. Ruiz-Villaverde^b, M. de Troya^c, V. Reyes-Alcázar^d,
M. Alcalde^e, M. Galán^f, E. García-Lora^b, E.I. García^g, M. Linares^h, L. Martínezⁱ,
Á. Pulpillo^j, C. Suárez^k, A. Vélez^l y A. Torres^d

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^d Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla, España

^e Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^f Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^g Facultad de Enfermería, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^h Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

ⁱ Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Regional de Málaga, Málaga, España

^j Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^k Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Complejo Hospitalario de Huelva, Huelva, España

^l Unidad de Gestión Clínica de Dermatología MQyV, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 5 de septiembre de 2015; aceptado el 29 de octubre de 2015

Disponble en Internet el 28 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Lesiones
melanocíticas
benignas;
Quistes;
Tumores cutáneos
benignos;

Resumen Las lesiones cutáneas benignas representan un motivo de consulta frecuente, tanto en atención primaria como en las consultas de dermatología. Sin embargo, existe una amplia variabilidad en el acceso de los usuarios al diagnóstico y tratamiento de las lesiones cutáneas benignas, debido principalmente a que no se establecieron criterios explícitos y homogéneos para el abordaje de los pacientes con lesiones benignas. Con el objetivo principal de reducir la variabilidad en la atención a las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas la Sección

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.moreno.ramirez.sspa@juntadeandalucia.es (A. Torres).

Queratosis
seborreicas;
Cáncer de piel;
Cirugía
dermatológica;
Sistemas públicos de
salud

KEYWORDS

Benign melanocytic
lesions;
Cysts;
Benign skin tumors;
Seborrheic keratoses;
Skin cancer;
Dermatological
surgery;
Public health systems

Territorial Andaluza de la AEDV ha desarrollado un proceso de atención en el que se describen el recorrido del paciente, las características de calidad de las actuaciones y las recomendaciones para la toma de decisiones en este tipo de lesiones.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

Process of Care for Patients With Benign Cysts and Tumors: Consensus Document of the Andalusian Regional Section of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV)

Abstract Benign skin lesions are a common reason for visits to primary care physicians and dermatologists. However, access to diagnosis and treatment for these lesions varies considerably between users, primarily because no explicit or standardized criteria for dealing with these patients have been defined. Principally with a view to reducing this variability in the care of patients with benign cysts or tumors, the Andalusian Regional Section of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) has created a Process of Care document that describes a clinical pathway and quality-of-care characteristics for each action. This report also makes recommendations for decision-making with respect to lesions of this type.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of AEDV.

Introducción

Las lesiones cutáneas benignas representan un motivo de consulta frecuente, tanto en atención primaria (AP) como en las consultas de dermatología. La casuística y el impacto de la atención a personas con lesiones banales en el ámbito público no ha sido estudiada en profundidad. Sin embargo, Macaya et al. observaron que hasta el 25% de las visitas al dermatólogo se relacionaban con la «demanda de tratamiento estético» de acrocordones, nevus melanocíticos intradérmicos, queratosis seborreicas no irritadas, lentigos solares, puntos rubí o arrugas¹. Cabe destacar, en cuanto a la demanda que estos pacientes pueden generar, el hecho de que se trata de lesiones que como en el caso de los nevus melanocíticos pueden estar presentes en el 100% de la población.

Durante la última década la inclusión en la cartera de servicios de AP de la cirugía menor ambulatoria, y la priorización normativa de los procesos oncológicos en el ámbito hospitalario, ha obligado al rediseño organizativo y funcional de los servicios asistenciales. Este hecho ha originado una amplia variabilidad en el acceso de los usuarios al diagnóstico y tratamiento de las lesiones cutáneas benignas debido principalmente a que no se establecieron criterios explícitos y homogéneos para el abordaje de los pacientes con lesiones benignas^{2,3}. En ausencia de criterios clínicos algunos centros aplicaron el articulado del Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), que en su artículo 2.3c explicita que «...no se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios en los que se trate de actividades de mejora estética o cosmética...»^{4,5}. Posteriormente, el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, describe entre las exclusiones de la

cartera de servicios comunes aquellas prestaciones «Que tengan como finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales u otras similares»⁶. En cualquier caso, y desde un punto de vista clínico y organizativo, este respaldo normativo debe acompañarse de forma explícita del recorrido que deben seguir estos pacientes, así como de las decisiones a tomar en cada situación y en cada ámbito asistencial (AP y unidades de gestión clínica de dermatología).

A las dificultades derivadas de esta variabilidad, y el consecuente riesgo de inequidad, se une un factor clínico de especial trascendencia: la dificultad diagnóstica de algunos tipos de lesiones benignas, y especialmente la dificultad del diagnóstico diferencial entre las lesiones melanocíticas benignas y el melanoma. Este aspecto debe ser incorporado a cualquier guía o recomendación orientada a normalizar la atención a las personas con lesiones cutáneas benignas.

La Sección Territorial Andaluza de la AEDV promovió en 2014 la creación de un grupo de trabajo con el objetivo de desarrollar la cartera de servicios de las unidades de gestión clínica de dermatología médico-quirúrgica y venereología de los centros del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA)⁷. El desarrollo del proyecto de cartera de servicios consistió en primer lugar en la definición de unidades funcionales (cáncer cutáneo no melanoma, psoriasis, melanoma, infecciones de transmisión sexual, etc.) y áreas asistenciales transversales (dermatología general, cirugía dermatológica). A continuación se identificaron, e incluyeron en cada una de las unidades funcionales, las enfermedades atendidas y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos desarrollados por el dermatólogo en cada una de estas estructuras organizativas. Finalmente, se identificaron y desarrollaron procesos asistenciales en aquellos

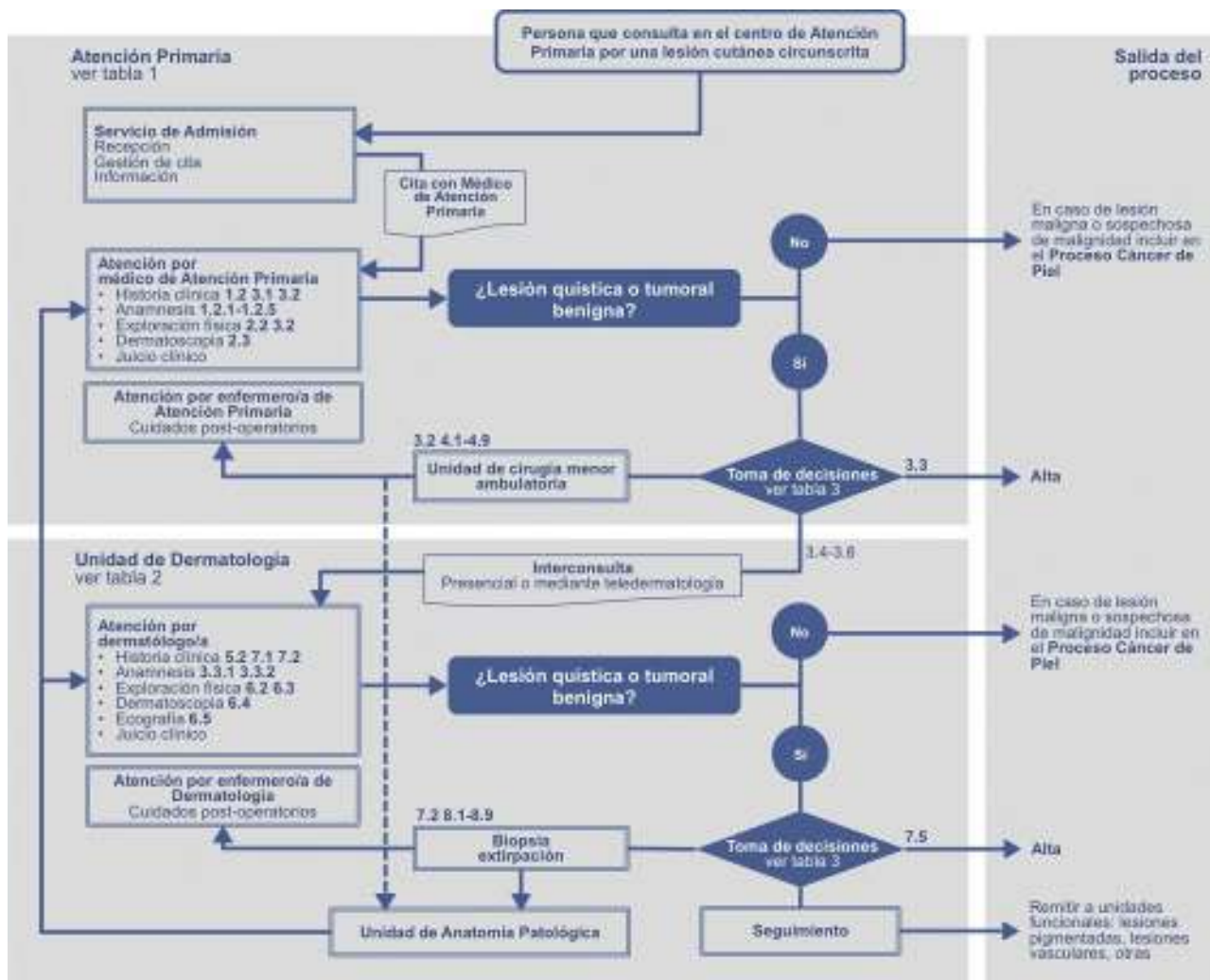


Figura 1 Recorrido de la persona con lesión quística o tumoral benigna a través de los diferentes ámbitos asistenciales. Las referencias numéricas remiten a las tablas de las características de calidad de las actuaciones en las unidades de gestión clínica de atención primaria y dermatología (tablas 1 y 2). En aquellos pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en la unidad de cirugía menor, o en la unidad de dermatología, el flujo remite de nuevo al paciente a la consulta del médico de familia o dermatólogo que lo atendió en primera instancia para la recogida del resultado anatomopatológico.

ámbitos de atención considerados prioritarios y en los que no existía este soporte documental y que fueron los siguientes: proceso dermatitis atópica, urticaria, infecciones de transmisión sexual y proceso de atención a las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas.

Concepto y objetivos del proceso asistencial

Un proceso asistencial o proceso de atención (PA) constituye un documento en el que se describe con detalle el quién-dónde-cómo y cuándo de la atención a un paciente con una enfermedad concreta o grupo de enfermedades afines. El PA incluye cada una de las actuaciones o actividades necesarias para esta atención, descritas de manera secuencial y temporal, siguiendo el recorrido que realiza el paciente en todas las fases de su proceso de atención, e identificando a los profesionales responsables de cada una de ellas. El objetivo principal del PAI es garantizar la continuidad asistencial en

todo momento, independientemente de las interfases (AP-atención hospitalaria) y profesionales que intervengan. En su descripción se incorporan los elementos y dimensiones de la calidad asistencial, como son la efectividad clínica, la seguridad y la información al paciente y/o cuidadores. Por ello, los componentes principales de todo proceso asistencial son los siguientes: el recorrido del paciente, los criterios de calidad de las actuaciones, los puntos críticos de seguridad y los indicadores de calidad⁸.

La atención a las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas presenta un cierto grado de heterogeneidad en cuanto a la posible procedencia del paciente, las motivaciones del mismo, los profesionales implicados, etc. Sin embargo, y en tanto que en la actualidad la atención a este grupo de pacientes está polarizada en los centros de AP y las unidades de gestión clínica de dermatología, el presente documento se centra en consensuar las decisiones y actuaciones a realizar en ambos entornos asistenciales, AP y unidades de dermatología.

Tabla 1 Características de calidad de las actuaciones a desarrollar en las unidades de gestión clínica de atención primaria para la atención de las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas

Atención en la unidad de atención primaria

Médico/a de familia. Enfermero/a de atención primaria. Pediatra de atención primaria

1. Anamnesis

- 1.1 Se aplicarán los procedimientos establecidos para verificar la identificación inequívoca de la persona **PCS**
- 1.2 Realización de la historia clínica personal que incluya los siguientes apartados:
 - 1.2.1 Anamnesis sobre antecedentes personales y familiares de cáncer de piel (melanoma y no melanoma)
 - 1.2.2 Anamnesis sobre antecedentes personales de otras enfermedades, tratamientos previos y actuales
 - 1.2.3 Anamnesis sobre la evolución de la lesión y factores asociados con su desarrollo (traumatismos, pinchazo, etc.)
 - 1.2.4 Anamnesis sobre tratamientos previos de la lesión (cirugía, crioterapia, etc.)
 - 1.2.5 Anamnesis sobre la sintomatología del paciente (prurito, dolor, sangrado, etc.) e impacto funcional de la lesión (limitación mecánica, dificultad para la deambulacion, etc.)

2. Exploración

- 2.1 Se realizará una higiene adecuada de manos antes y después de la exploración física **PCS**
- 2.2 Exploración dermatológica orientada a la identificación de las características de la lesión: tipología —pápula, nódulo—, consistencia, color, dimensiones, localización anatómica, profundidad
- 2.2 Examen dermatoscópico de la lesión en aquellos casos en los que exista disponibilidad del equipo y profesionales con conocimientos y habilidades específicas para el diagnóstico dermatoscópico

3. Documental e información

- 3.1 Registro en la historia clínica de la anamnesis, exploración, juicio clínico y plan de actuación **i**
- 3.2 Identificación y descripción inequívoca en la historia clínica de la lesión motivo de consulta, diferenciándola de forma clara de otras lesiones presentes en la misma región anatómica **PCS**. Las unidades de cirugía menor ambulatoria contarán con procedimientos orientados a evitar la exéresis de lesión errónea **PCS**
- 3.3 En los casos de lesión benigna sin indicación de tratamiento se informará al paciente y cuidador/a sobre la naturaleza de la misma y de la no necesidad de tratamiento. En todos los casos se proporcionará, junto con el informe de alta, consejos de fotoprotección y sobre hábitos saludables de exposición solar **i**
- 3.4 Se realizará, si procede la derivación, un informe completo para la remisión del/la paciente a la unidad de gestión clínica de dermatología, garantizando la transmisión de información entre profesionales de los 2 ámbitos de atención y asegurando la continuidad asistencial **PCS**
- 3.5 El diagnóstico de las lesiones quísticas y tumorales benignas es clínico en la mayoría de las ocasiones. En aquellos casos de diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna se procederá a la derivación del paciente a la Unidad de Dermatología. En este caso se gestionará la interconsulta en el mismo acto. Es obligatorio establecer un procedimiento prioritario de derivación al especialista en función de los síntomas y signos, con el objeto de optimizar la eficiencia y la utilización de los recursos sanitarios **i**
- 3.6 En las unidades de gestión clínica de atención primaria y dermatología que dispongan de sistemas de tele dermatología se procederá mediante teleconsulta. En estos centros se recomienda la consulta telemática de cualquier lesión sobre la que proceda tratamiento quirúrgico en la unidad de cirugía menor ambulatoria de AP. En ausencia de disponibilidad de tele dermatología, y ante la sospecha de una lesión maligna, se procederá a la derivación del paciente mediante los circuitos establecidos por el proceso asistencial cáncer de piel

4. Tratamiento quirúrgico

En los casos de lesiones tributarias de tratamiento quirúrgico en unidades de cirugía menor ambulatoria de atención primaria (tabla 3)

- 4.1 En el área quirúrgica se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona **PCS**
- 4.2 Se realizará una higiene adecuada de manos siguiendo el procedimiento de lavado de manos quirúrgico **PCS**
- 4.3 Se aplicarán los procedimientos establecidos en las unidades para verificar la identificación inequívoca de la lesión a extirpar **PCS**
- 4.4 Se cumplimentará el listado de verificación de seguridad quirúrgica siguiendo el procedimiento establecido en las unidades **PCS**
- 4.5 En el ámbito de las unidades de cirugía menor ambulatoria se realizarán intervenciones (quirúrgicas o por otros medios) sobre lesiones tumorales benignas y quistes con *intención terapéutica*, en aquellas lesiones que debido a su localización, dimensiones o sintomatología ocasionan dificultades mecánicas o funcionales que impiden el normal desarrollo de las actividades habituales de la persona
- 4.6 Identificación inequívoca de los contenedores en los que se trasladan las lesiones extirpadas a la unidades de gestión clínica de anatomía patológica **PCS**. Cada contenedor transportará una única lesión, remitiendo a la unidad de anatomía patológica tantos contenedores como lesiones sean extirpadas **PCS**
- 4.7 El cirujano cumplimentará la hoja quirúrgica en la que describirá el diagnóstico de la lesión, localización, técnica anestésica y quirúrgica, material de sutura empleado, n.º de lesiones extirpadas, n.º de contenedores remitidos a anatomía patológica con identificación de las lesiones
- 4.8 Se proporcionará al paciente un informe de continuidad de cuidados en el que se describirán los cuidados y tratamientos necesarios para el postoperatorio, ámbito de cuidados (AP, hospital), signos de alarma y procedimiento de acceso en caso de complicaciones **i**
- 4.9 Se proporcionará al paciente una cita para la recogida de resultados **i**

AP: atención primaria; ASA: clasificación de riesgo de la *American Society of Anesthesiologists*; **i** característica de calidad relacionada con la información al paciente y/o cuidadores; **PCS** característica de calidad relacionada con puntos críticos de seguridad del paciente.

Tabla 2 Características de calidad de las actuaciones a desarrollar en las unidades de gestión clínica de dermatología para la atención de las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas

Atención en la unidad de dermatología médico-quirúrgica

Profesionales: dermatólogo/a. Enfermero/a de la unidad de dermatología MQ

5. Anamnesis

5.1 Se aplicarán los procedimientos establecidos para verificar la identificación inequívoca de la persona **PCS**

5.2 Se actualizará y ampliará la historia clínica, según lo descrito en el punto 1.2, con la siguiente información:

5.3.1 Antecedentes de quemadura solar y hábitos de exposición solar (profesional, recreativa, crónica, intermitente)

5.3.2 Anamnesis orientada a la definición de la operabilidad del paciente (índice de Karnofsky, ASA) y a la identificación de antecedentes de interés perioperatorio (anticoagulación-antiagregación, coagulopatía, cardiopatía, marcapasos, riesgo de infección, etc.)

6. Exploración

6.1 Se realizará una higiene adecuada de manos antes y después de la exploración física **PCS**

6.2 Exploración dermatológica orientada a la identificación de las características de la lesión: tipología —pápula, nódulo—, consistencia, color

6.3 Exploración dermatológica orientada a la identificación de la localización, profundidad y dimensiones de la lesión al objeto de definir la reseabilidad de la misma y las posibles consecuencias cosméticas y funcionales de la intervención. El estudio sobre reseabilidad se podrá completar con el examen ecográfico

6.4 Examen dermatoscópico, de contacto y luz polarizada

6.5 Examen ecográfico con sonda de 14-20 MHz para la identificación del contenido, dimensiones, profundidad y relaciones de la lesión con estructuras vecinas

6.6 En lesiones subcutáneas de grandes dimensiones, con indicación quirúrgica, o en las que no es posible establecer la reseabilidad mediante exploración y/o ecografía se solicitarán otras pruebas de imagen, especialmente RMN

7. Documental e información

7.1 Registro en la historia clínica de la anamnesis, exploración, juicio clínico y plan de actuación **I**

7.2 Identificación y descripción inequívoca en la historia clínica de la lesión motivo de consulta diferenciándola de forma clara de otras lesiones presentes en la misma región anatómica **PCS**. Las unidades contarán con procedimientos orientados a evitar la exéresis de lesión errónea **PCS**

7.3 El diagnóstico de las lesiones quísticas y tumorales benignas es clínico en la mayoría de las ocasiones. En aquellos casos de diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna se procederá a la toma de biopsia escisional de la lesión.

En lesiones de gran tamaño o ante otras circunstancias que dificultan la exéresis completa de la misma se recomienda biopsia incisional. Se informará al paciente y cuidador/a de los objetivos de la biopsia y de los posibles riesgos asociados **I** **PCS**. La toma de biopsia requiere de consentimiento informado por escrito **I**

7.4 Se recomienda la toma de imágenes clínicas y dermatoscópicas, especialmente de las lesiones remitidas para exéresis o biopsia. La toma de imágenes requiere de consentimiento informado por escrito **I**

7.5 En los casos de lesión benigna sin indicación de tratamiento se informará al paciente y cuidador/a sobre la naturaleza de la misma y de la no necesidad de tratamiento. En todos los casos se proporcionará, junto con el informe de alta, consejos de fotoprotección y sobre hábitos saludables de exposición solar **I**

8. Tratamiento quirúrgico

8.1 En el área quirúrgica se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona **PCS**

8.2 Se realizará una higiene adecuada de manos siguiendo el procedimiento de lavado de manos quirúrgico **PCS**

8.3 Se aplicarán los procedimientos establecidos en las unidades para verificar la identificación inequívoca de la lesión a extirpar **PCS**

8.4 Se cumplimentará el listado de verificación de seguridad quirúrgica siguiendo el procedimiento establecido en las unidades **PCS**

8.5 Los objetivos de la intervención (quirúrgica o por otros medios) de las lesiones tumorales benignas y quistes son los siguientes:

- *Intención diagnóstica* en aquellas lesiones de diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna.
 - *Intención terapéutica* en aquellas lesiones que debido a su localización, dimensiones o sintomatología ocasionan dificultades mecánicas o funcionales que impiden el normal desarrollo de las actividades habituales de la persona
- 8.6 Identificación inequívoca de los contenedores en los que se trasladan las lesiones extirpadas a las unidades de gestión clínica de anatomía patológica **PCS**. Cada contenedor transportará una única lesión, remitiendo a la unidad de anatomía patológica tantos contenedores como lesiones sean extirpadas **PCS**

8.7 El cirujano cumplimentará la hoja quirúrgica en la que describirá el diagnóstico de la lesión, localización, técnica anestésica y quirúrgica, material de sutura empleado, n.º de lesiones extirpadas, n.º de contenedores remitidos a anatomía patológica con identificación de las lesiones

8.8 Se proporcionará al paciente un informe de continuidad de cuidados en el que se describirán los cuidados y tratamientos necesarios para el postoperatorio, ámbito de cuidados (AP, hospital), signos de alarma y procedimiento de acceso en caso de complicaciones **I**

8.9 Se proporcionará al paciente una cita para la recogida de resultados **I**

AP: atención primaria; ASA: clasificación de riesgo de la *American Society of Anesthesiologists*; **I**: característica de calidad relacionada con la información al paciente y/o cuidadores; **PCS**: característica de calidad relacionada con puntos críticos de seguridad del paciente.

Tabla 3 Decisiones recomendadas en las unidades de gestión clínica de atención primaria y dermatología para la atención de personas con lesiones quísticas o tumorales benignas

Juicio clínico	Decisiones en la unidad de atención primaria	Decisiones en la unidad de dermatología
Nevos melanocíticos	Interconsulta a dermatología: nevo melanocítico con criterios ABCDE. Nevo clínicamente atípico. Nevos melanocíticos múltiples. Antecedentes personales o familiares de melanoma. Nevo congénito. Nevo azul. Cualquier lesión melanocítica o pigmentada de diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Tratamiento: no procede	Tratamiento y estudio anatomopatológico: cualquier lesión pigmentada con sospecha de melanoma
Queratosis seborreica	Alta: nevo melanocítico común adquirido sin criterios ABCDE Interconsulta a dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Tratamiento: no procede Alta: queratosis seborreica de presentación clínica típica	Seguimiento (mapeo y dermatoscopia digital): paciente con nevos melanocíticos múltiples y antecedentes de melanoma. Nevos clínicamente atípicos. Nevo congénito Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica Tratamiento y estudio anatomopatológico: cualquier lesión pigmentada con sospecha de melanoma o cáncer cutáneo no melanoma Seguimiento: no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica
Dermatofibroma	Interconsulta a dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Tratamiento: no procede Alta: dermatofibroma de presentación clínica típica	Tratamiento: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Seguimiento: no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica
Acrocordones Fibromas blandos	Interconsulta a Dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Tratamiento y estudio anatomopatológico: fibromas péndulos de gran tamaño localizados en regiones corporales en las que representa una dificultad funcional objetiva (p. ej.: región perineal, inguinal) Alta: acrocordón de presentación clínica típica sin criterios de tratamiento quirúrgico	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Seguimiento: no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica
Lesiones vasculares	Interconsulta a dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna. Lesiones vasculares del recién nacido. Lesiones vasculares infantiles. Granuloma piogénico. Angioqueratomas Tratamiento: no procede Alta: puntos rubí. Lago venoso (labios). Nevos arácnos (arañas vasculares)	Tratamiento y estudio anatomopatológico diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna. Granuloma piogénico. Angioqueratomas Seguimiento: lesiones vasculares del recién nacido. Lesiones vasculares infantiles. Hemangiomas y malformaciones vasculares del adulto Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica. No necesidad de seguimiento
Quistes	Interconsulta a Dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica Tratamiento y estudio anatomopatológico: quiste epidérmico sintomático, con episodio inflamatorio o impacto funcional. Quiste triquilemal (cuero cabelludo) Alta: quiste epidérmico de pequeño tamaño, asintomático y sin impacto funcional	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Seguimiento: no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica

Tabla 3 (Continuación)

Juicio clínico	Decisiones en la unidad de atención primaria	Decisiones en la unidad de dermatología
Lipomas	Interconsulta a dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de proceso neoplásico. Lipoma de gran tamaño o con impacto funcional Tratamiento: no procede en lipomas de pequeño diámetro, escasamente visibles, sin impacto funcional Alta: resto de situaciones	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto. Lipoma de gran tamaño o con impacto funcional Seguimiento: no procede Alta: lipoma de pequeño diámetro, escasamente visibles, sin impacto funcional
Verrugas vulgares, plantares, molluscum contagiosum	Interconsulta a Dermatología: diagnóstico incierto. Verrugas vulgares o plantares recidivantes después de tratamiento tópico. Molluscum resistentes a tratamiento Tratamiento: tratamiento tópico queratolítico de verrugas plantares. Tratamiento tópico, curetaje o extrusión de molluscum Alta: verrugas vulgares asintomáticas (tratamiento tópico domiciliario) localizadas	Tratamiento: crioterapia de verrugas vulgares. Tratamiento local, intralesional o quirúrgico de verrugas plantares con impacto funcional Seguimiento: no procede Alta: verrugas vulgares asintomáticas (tratamiento tópico domiciliario) localizadas
Onicocriptosis Uña encarnada	Interconsulta a dermatología: onicocriptosis recidivante después del tratamiento quirúrgico. Diagnóstico incierto Tratamiento y estudio anatomopatológico: onicocriptosis con diagnóstico confirmado sintomática con impacto funcional Alta: después de tratamiento efectivo y confirmación clínica y anatomopatológica	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Seguimiento: no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica
Otras lesiones benignas I: Nevo epidérmico, nevo sebáceo, pilomatricoma, hidrocistoma, condrodermatitis nodular del hélix, tumores anexiales	Interconsulta a dermatología: en todos los casos Tratamiento: no procede Alta: no procede	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna. Valorar en condrodermatitis nodular del hélix sintomática Seguimiento: valorar en nevo epidérmico y nevo sebáceo. Resto no procede Alta: después de confirmación clínica o anatomopatológica
Otras lesiones benignas II: Quiste de millium, hiperplasia sebácea, pápula fibrosa, siringomas, xantelasmas	Interconsulta a dermatología: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Tratamiento: no procede Alta: resto de situaciones	Tratamiento y estudio anatomopatológico: diagnóstico incierto o sospecha de lesión neoplásica maligna Seguimiento: no procede Alta: resto de situaciones

Por todo ello, el *objetivo principal* de este documento es reducir la variabilidad en la atención a las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas mediante la aplicación de unas recomendaciones consensuadas y avaladas por la Sección Territorial Andaluza de la AEDV. La consecución de este objetivo se basará en la aplicación de los siguientes valores del IV Plan andaluz de salud⁹:



- Búsqueda de resultados en salud, evitando actuaciones terapéuticas sin beneficio para la salud individual ni colectiva.

- Eficiencia de las actuaciones priorizando la inversión en aquellas actuaciones con resultados en salud y abandonando aquellas otras sin valor intrínseco.
- Respuesta a las demandas de los usuarios en un ámbito comunitario y de proximidad, siempre que esto sea posible.

Finalmente, y lejos de representar un planteamiento restrictivo, el proceso de atención a las personas con lesiones quísticas o tumorales benignas pretende garantizar y fomentar el acceso del paciente a todos los medios necesarios para

un correcto diagnóstico y tratamiento, siempre que este último sea pertinente.

Recorrido del paciente, características de calidad de las actuaciones y toma decisiones

La **figura 1** describe las etapas y ámbitos de la atención a la persona con lesiones benignas (**fig. 1**). Este recorrido del paciente se completa con las **tablas 1 y 2**, en las que se describen las actuaciones a realizar en AP y en la unidad de gestión clínica de dermatología en los pacientes con este tipo de lesiones (**tablas 1 y 2**). Estas características de calidad incluyen aspectos clínicos como son el contenido de la anamnesis y de la exploración clínica. Además, se identifican los puntos críticos de seguridad de la estrategia de seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía  así como aspectos relacionados con la información al paciente y/o cuidadores  ¹⁰.

La **tabla 3** describe las recomendaciones en cuanto a las decisiones a tomar ante una persona que consulta por una lesión cutánea quística o tumoral benigna en cada ámbito asistencial (**tabla 3**). Estas recomendaciones se resumen en las siguientes recomendaciones clave:

- Proceder a la derivación al dermatólogo de cualquier paciente con una lesión en la que no se alcance un diagnóstico clínico de certeza.
- Ofrecer tratamiento quirúrgico ante cualquier lesión en la que el dermatólogo no descarte con certeza absoluta la posibilidad de una lesión maligna.
- Cualquier lesión cutánea intervenida quirúrgicamente en cualquier ámbito asistencial (unidad de gestión clínica de AP, unidades de gestión clínica de dermatología) y cualquiera que sea la intención de la intervención (diagnóstica o terapéutica) será remitida a las unidades de gestión clínica de anatomía patológica para su confirmación diagnóstica.

Metodología y limitaciones

El presente documento ha sido redactado a partir del consenso alcanzado entre dermatólogos con conocimiento y experiencia en el ámbito clínico y de gestión, siguiendo un abordaje grupal mediante la metodología Metaplán. El Metaplán es un método de moderación grupal que a partir de la evidencia disponible, o a partir de las propuestas del moderador, plantea preguntas al grupo de trabajo, promoviendo a continuación la emisión de opiniones individuales. El consenso final se alcanza mediante la selección de aquellas ideas individuales que más se repiten durante la sesión de trabajo. En el desarrollo del mismo han participado especialistas de dermatología con representatividad de todas las provincias y de los diferentes tipos de centros sanitarios existentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, con el soporte metodológico de profesionales de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Debido a la ausencia de literatura al respecto se trataba de aportar unas directrices basadas en la arquitectura funcional del SSPA, y que permitiera resolver las numerosas incidencias relacionadas con el ámbito de la atención y actuaciones en este numeroso grupo de pacientes.

La ausencia de evidencia científica en relación con los criterios de tratamiento, derivación, etc. de las lesiones benignas obliga a la elaboración de recomendaciones basadas en consenso de profesionales con conocimiento y experiencia en el ámbito clínico y de gestión, lo que representa la principal limitación del documento (nivel de evidencia IV).

Conclusiones

Durante la última década el debate sobre la atención a las personas con lesiones quísticas y tumorales benignas se ha centrado en definir el ámbito asistencial en el que deben tratarse estas lesiones (atención primaria, unidades de dermatología, etc.). Sin embargo, las instituciones sanitarias públicas priorizan actualmente aquellos procedimientos con claros resultados en salud y tienden a recomendar el abandono de las intervenciones sin valor sanitario. Este nuevo paradigma obliga a reorientar las prioridades de las unidades de gestión clínica de dermatología hacia la atención integral de aquellos procesos con impacto sobre la salud del paciente, sin perjuicio de que se garantice en todo momento los medios necesarios para el correcto diagnóstico de cualquier tipo de lesión que se consulte.

Agradecimientos

A la profesora Rosa Ortega, Presidenta de la Sección Territorial Andaluza de la AEDV.

Bibliografía

1. Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifilogr.* 2006;97:569-72.
2. Ferrándiz L, Alcalde M, Armario JC, Correa R, de Troya M, Galdeano R, et al. Proceso asistencial integrado cáncer de piel (2.ª ed). Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía; 2014 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cancer_piel_nuevo/cancer_piel_septiembre_2014.pdf
3. Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifilogr.* 2007;98:236-9.
4. Betlloch-Mas I. Patología cutánea benigna banal y sistema público. Experiencia en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana. *Actas Dermosifilogr.* 2008;99:233-40.
5. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 35 de 10 de febrero de 1995 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>
6. 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. BOE n.º 222 de 16 de septiembre de 2006 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

7. Moreno-Ramírez D, Torres A, Reyes V, García El. Cartera de servicios de dermatología médico-quirúrgica y venereología. Propuesta para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Sociedad Española de Calidad Asistencial-AEDV Sección Territorial de Andalucía; 2015.
8. Dotor M, Fernández E. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2009 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3.p_3.procesos_asistenciales_integrados/guia_diseno/guia_diseno_mejora.pdf
9. Ruiz-Fernández J, Rabadán A, Fernández A. IV Plan andaluz de salud. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
10. Barrera C, del Río S, Dotor M, Santana V, Suárez G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011 [consultado 31 Agos 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf