

Informe sobre los criterios para establecer prioridades al incluir pacientes en lista de espera de cirugía

Juan Alcalde Escribano, Rafael Villeta Plaza, Pedro Ruiz López, Elías Rodríguez Cuellar, José I. Landa García, Eduardo Jaurrieta Mas, y participantes en el proyecto (anexo 2)
Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos.

Las listas de espera son un problema que afecta a la mayoría de los sistemas nacionales de salud que ofrecen a sus ciudadanos un libre acceso al sistema sanitario, pero que a su vez disponen de unos recursos limitados. En general, en un sistema público la atención más inmediata la reciben los pacientes con enfermedades urgentes y graves; sin embargo, los enfermos con problemas de salud menos urgentes han de esperar un período de tiempo y son los que sufren con mayor intensidad la limitación de recursos.

Tener que esperar para recibir procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos es una característica que se repite en la gran mayoría de los sistemas sanitarios públicos y, sobre todo, si éstos aseguran una cobertura universal y utilizan los sistemas de colas como procedimiento para racionar la provisión de servicios sanitarios limitados.

En general, existen dos listas de espera diferentes; una para visitar al especialista y otra para el correspondiente servicio diagnóstico o terapéutico. Esta última es la que suele considerarse usualmente como lista de espera¹, aunque en muchas ocasiones la espera preliminar es la más larga de las dos. Cada lista está asociada con un tiempo de espera desde que el paciente es introducido en la misma hasta que recibe el servicio. El tiempo, mucho más importante que el volumen de personas en la cola, está determinado por una serie compleja de factores, tanto de los pacientes como de la oferta de servicios.

La gravedad de los enfermos en la lista de espera se refiere a su grado de sufrimiento, limitación de actividades y riesgo de secuelas o de muerte súbita o prematura, mientras que la urgencia se refiere a la rapidez con la que se requiere una determinada actuación clínica. Sin embargo, la urgencia en las listas de espera no siempre se corresponde con la gravedad, ya que, además, también está relacionada con los beneficios esperados de la intervención, que pueden definirse como la probabilidad de que los resultados deseados excedan a los resultados adversos² y pueden ser muy variables en función de la gravedad y otras circunstancias. Por otra parte, la urgencia se relaciona directamente con la prioridad, pero usualmente bajo este concepto no sólo se incluyen cir-

cunstancias clínicas, sino también consideraciones y preferencias sociales.

Una de las consecuencias más importantes de la limitación de recursos es la necesidad de establecer prioridades. Cuando no es posible satisfacer al mismo tiempo las demandas de todas las personas, se hace necesario establecer unos criterios sobre quienes tienen preferencia. Existen algunos servicios que la sociedad considera que no deben asignarse mediante reglas de mercado, bien por razones de eficiencia al tratarse de bienes públicos, bien por razones de justicia, para evitar que la prioridad de las demandas se vea influida por la renta de las personas.

El principio de que la forma de repartir algunos recursos no debe estar relacionada con la renta se aplica de forma casi universal en el caso de los recursos sanitarios. Sin embargo, la aplicación de este principio aunque puede producir una distribución de los recursos sanitarios más justa, genera también problemas y uno de ellos es la necesidad de alternativas sobre las que basar las decisiones de priorización, esto es, de asignación de recursos.

En términos generales, puede esperarse que la enfermedad, más o menos modulada por diversos factores, llevaría a las personas a solicitar atención médica en presencia de un determinado problema. Ante esta demanda, el médico debe realizar un diagnóstico y aplicar un tratamiento que puede requerir la prescripción de determinados servicios. Si el volumen de servicios prescrito supera en un momento dado la capacidad productiva de la oferta instalada, se producirán las listas de espera.

Los principios de justicia bajo los que se puede organizar una lista de espera pueden ser de dos tipos: principios igualitarios, que no tienen en cuenta las características individuales de las personas, y principios no igualitarios, que sí lo hacen. Estos últimos se subdividen a su vez en dos tipos, dependiendo de que las características individuales puedan ser determinadas fácil y objetivamente o, por el contrario, dependan de acciones emprendidas o no por el individuo.

Todos los principios que se pueden aplicar para crear una lista de espera se definen en la tabla 1.

TABLA 1. Principios de justicia

Sistemas que aplican un principio único

Principios de igualdad

Igualdad absoluta: constituye el punto de partida más común aunque este principio no es muy usado en la práctica. Según éste los bienes deben distribuirse de forma que todas las personas tengan el mismo derecho

Sorteos: cuando la aplicación del principio de igualdad absoluta no es posible, puede utilizarse la alternativa del sorteo

Proporcionalidad: en este caso todos reciben de forma proporcional y el problema está en decidir en proporción a qué Rotación

Los principios relacionados con el tiempo son:

Hacer cola

Tiempo de espera en una lista

Antigüedad

Los principios definidos por el estatus se basan en:

Edad, sexo, características físicas, situación familiar y residencia

Los principios relacionados con otras propiedades son:

Necesidad: se realizan la distribución de recursos según la necesidad. Equivale a otorgar la prioridad a quienes parten de una situación inicial peor; y, por tanto, quienes quedarán en peor situación en caso de no recibir los servicios

Incrementos de bienestar: este principio se basa en una filosofía utilitarista. En este caso no se elige a quien parte de la peor situación, sino a quien más puede ganar, es decir, a aquel para el cual la diferencia entre la situación inicial y la final es mayor

Sistemas que combinan varios principios

Sistemas lineales de puntos: se escogen varios criterios que se consideran que son importantes para tomar decisiones sobre prioridades

Cada uno de esos criterios se mide en una escala y se asigna puntos a cada nivel de cada escala. Entre las ventajas de estos sistemas está la necesidad de combinar diversas características cuando no hay ninguna que sea la única importante.

Entre los inconvenientes está la necesidad de reducir estas variables a una cantidad que sea manejable

Sistemas compensatorios: si una persona con pocos puntos en una variable puede compensar esta desventaja con más puntos en otra variable se trata de un sistema compensatorio. En los no compensatorios, las diversas variables siguen un cierto orden

Principios lexicográficos: son también principios no compensatorios pero en este caso el orden entre las variables es mucho más estricto

Se decide qué variable es la más importante y se elige a quien más puntúe en dicha variable

Selección entre un grupo de elegibles: en este caso se utiliza un criterio para seleccionar a un grupo de personas y otro para elegir dentro de ese grupo

Experiencias internacionales en gestión de listas de espera

La escasez relativa de recursos y la necesidad de elegir partiendo de criterios consistentes es, por ejemplo en el caso de los trasplantes, más evidente que en el resto de las prácticas sanitarias. La aplicación de sistemas de puntos al ámbito de los trasplantes se inició hace 20 años en los EE.UU. y ha adquirido una implantación notable en aquel país para el trasplante renal³. En lo que se refiere al resto de órganos, las consideraciones estrictamente médicas aconsejan atender las situaciones más graves o urgentes, si bien existe algún intento de introducir los sistemas de puntuación en los trasplantes de hígado.

La posibilidad de aplicar técnicas similares al sistema de puntos en los trasplantes de otros órganos diferentes del riñón es notablemente más discutible, aunque no totalmente imposible. La principal restricción a las políticas de asignación de órganos diferentes del riñón viene dada por la urgente necesidad médica del trasplante. Órganos como el hígado y, más aún, el pulmón y el corazón sirven para salvar vidas, mientras que los trasplantes de riñón mejoran la calidad de la vida. Ello da lugar a que, en muchas ocasiones, se tiende a aplicar la norma de tratar primero al más grave. Sin embargo, Jonasson⁴ defiende la inclusión de criterios de utilidad médica en las decisiones de asignación, principalmente por el grave problema de la escasez de órganos.

De nuevo, la cuestión nos remite al debate entre los criterios de utilidad o eficiencia, y a los aspectos de equi-

dad y las consideraciones éticas. En esta circunstancia, la población en general y los médicos difieren ampliamente en sus opiniones, a la vez que no comparten plenamente los principios defendidos por instituciones públicas como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones médicas como la American Medical Association⁵.

En Nueva Zelanda se implantó en 1992 un nuevo sistema para conseguir repartir prioridades a las personas que sufren determinadas enfermedades o que demandan determinados servicios médicos. Los objetivos que perseguía la reforma sanitaria era mejorar el reparto de los bienes sanitarios entre la población y un mayor control del gasto. Esta reforma consiguió rediseñar el papel de la sanidad pública neozelandesa, dando una mayor importancia a otros agentes que no sean el Estado a la hora de proveer salud. El Estado se dedica a financiar los mismos servicios sanitarios que antes, pero permitiendo que otros nuevos agentes aparezcan en escena a la hora de "generar" salud entre la población que se acoga a la sanidad pública. El nuevo Ministerio de Sanidad ya no es el ente generador de todos los servicios, sino que se limita a financiarlos, además, de analizar las necesidades de salud de la población y vigilar que dichas necesidades sean bien atendidas.

Ante el problema social de las listas de espera y en el marco de las reformas generales de la sanidad pública, se creó un Comité Asesor del Ministro. Este Comité decidió desde sus inicios no diferenciar entre qué servicios deben ser financiados por el Estado y cuáles no, sino distinguir qué pacientes deben ser tratados con cargo al

erario y cuáles deben afrontar personalmente el coste de la utilización de los servicios médicos. Por tanto, se decidió luchar contra las listas de espera restringiendo el acceso al uso de los servicios sanitarios a determinadas personas. A escala general, el Comité utiliza un criterio utilitarista a la hora de considerar qué personas pueden acceder a los servicios sanitarios públicos, ya que defiende el acceso de todos aquellos que tengan más posibilidades de mejorar y cuyo nivel de mejora sea más notable. Este hecho requiere de herramientas capaces de decidir qué ciudadanos merecen las atenciones sanitarias pertinentes. Por ello, se decidió elaborar unos sistemas lineales de puntos capaces de decidir qué personas pueden ser atendidas en el marco de la sanidad pública y qué personas no y, de entre las personas que han sido aceptadas, cuáles de ellas tienen mayor prioridad en el acceso a los servicios.

Un modelo lineal de prioridades consiste en una fórmula por la cual se valoran diferentes variables y se le da un peso específico a cada una de ellas. Cada paciente recibirá una serie de puntos basándose en qué nivel de dolencia tenga en cada una de las variables consideradas. La puntuación final determinará tres aspectos. El primero, el nivel de prioridad que tenga esa persona frente a las otras (aquel enfermo cuya puntuación sea más alta tendrá mayor prioridad, ya que significará que tiene más gravedad que el resto de los pacientes).

El segundo elemento que obtendremos de la puntuación será el margen de beneficio que obtendrá el enfermo al recibir el servicio sanitario. La puntuación total no sólo indicará la prioridad existente sino también el grado de mejora que se espera lograr al recibir el tratamiento médico. El tercer elemento que se conseguirá será determinar qué pacientes merecen recibir una terapia a cargo del presupuesto del Estado.

Al mismo tiempo que se implantó este sistema lineal de puntos, se decidió que cada enfermo supiera con exactitud en qué plazo sería atendido. Dicho sistema se conoce como sistema de reserva. Con ello se pretende no sólo que una persona necesitada de servicios médicos sepa la prioridad con la que cuenta frente al resto de los enfermos, sino también el número de días, semanas o meses que deberá esperar para ser curado de su dolencia.

En cada campo médico un sistema lineal de puntos valorará las variables médicas que considera importantes y oportunas. Sin embargo, debe incluirse también otro tipo de variables que se pueden denominar "sociales". Y es que soportar una enfermedad comporta males añadidos que no están directamente relacionados con la enfermedad en sí misma. El Comité Asesor sugiere que cada grupo de especialistas en cada enfermedad considere las variables sociales oportunas de su ámbito, pero a modo genérico cita algunas que pueden ser utilizadas por cada grupo que son: edad, autonomía personal/capacidad para desarrollar una vida laboral plena y tiempo de espera.

Las ventajas de estos sistemas lineales de puntuación se pueden resumir en:

1. Dar tiempos de espera diferentes a pacientes con necesidades diferentes.

2. El hecho de no considerar ningún elemento en exclusiva, sino que se valoran una combinación de situaciones que se sopesan en conjunto.

3. Al considerarse diferentes variables que dependen del comportamiento personal se incentiva a los pacientes a que sigan un determinado comportamiento que favorezca su salud y el éxito de la intervención.

4. En el sistema lineal de puntos, el enfermo sabe en qué nivel de prioridad se encuentra, sabe en qué grado comparativo está y sabe cuándo será llamado.

En definitiva, la confianza de los enfermos en el sistema sanitario y en su profesionalidad crece con un método de trabajo como éste, ya que obtiene mayores grados de claridad y transparencia⁶.

Ha habido otros casos⁷ donde se han desarrollado sistemas similares, de forma experimental, temporal o permanente. En Canadá, destaca el papel de Naylor et al en la realización de estudios que han intentado determinar las prioridades clínicas en las áreas de revascularización coronaria e intervenciones quirúrgicas coronarias. Tratan de averiguar cuáles son las variables médicas más importantes para los especialistas en los casos antes citados. También pretenden adecuar el grado de dolencia de los pacientes en una escala de prioridad ideada por ellos⁸⁻¹⁰. De esta manera, Naylor et al han elaborado unas escalas de puntos propuestas para ser aplicadas o para servir de referencia en cualquier sistema de salud que desee implantar un sistema de puntos para asignar prioridades a los enfermos con problemas coronarios.

Otro estudio interesante es el realizado por Jason et al¹¹, que compara el sistema de puntuación de Nueva Zelanda para la implantación de *bypass* coronario con el sistema elaborado por Naylor et al propuesto para Ontario. En este estudio se sugiere que no hay grandes diferencias entre ambos sistemas de puntuación; sin embargo, estos autores se inclinan hacia el sistema propuesto por Naylor et al, al considerarlo más completo.

En Suecia se decidió en 1992 que en el caso de las cataratas habría un período máximo de espera de 3 meses. Un año más tarde este tiempo límite se había cumplido en el 75% de los casos.

En Italia se realizó un análisis dirigido por Mariotto et al¹² en Padua, sobre las prioridades que otorgarían los pacientes de un hospital de esa ciudad que esperan turno para ser intervenidos; en esta investigación existe un detalle importante: sólo se preguntó a los enfermos mayores y a las enfermeras que los atendían, y los resultados obtenidos sugerían una mayor generosidad por parte de los ancianos a la hora de otorgarse a sí mismos bajas prioridades debido a su edad. Sin embargo, las enfermeras no aceptaron esta merma en la prioridad de los ancianos basada exclusivamente en la edad.

En algunas administraciones se ha intentado limitar el tiempo máximo de demora en la lista de espera. En este sentido, en el Reino Unido se estableció que ningún paciente debía esperar más de 18 meses para ser intervenido, y en España el INSALUD estableció como objetivo de gestión para 2001 que ningún paciente permaneciese más de 6 meses en lista de espera sin ser intervenido¹³. Este tipo de decisiones tiene efectos favorables sobre la certeza que el paciente tiene en cuanto al tiempo máxi-

mo de espera; sin embargo, también genera problemas. Así, una de las principales preocupaciones que esta política ha generado en la clase médica ha sido la posible pérdida de importancia del criterio de prioridad clínica. El énfasis en el número de personas y en el tiempo de espera puede provocar que se prioricen aquellos casos que se supone tienen un período de convalecencia más corto. Esto podría reducir el número de pacientes en espera, pero también llegaría a olvidar a los enfermos más complejos. También, concentrarse en el tiempo de espera puede traer como consecuencia que un paciente en situación no grave, que lleva esperando mucho tiempo, salte al primer lugar de la lista de espera antes que otros enfermos con mayor gravedad clínica.

Por tanto, y dado que el enfoque basado en el tiempo se ha considerado insuficiente, ha habido intentos de aplicar otras fórmulas en el Reino Unido, tanto en Inglaterra como en Irlanda del Norte o en Gales. En este último sistema los puntos sirven para, en primer lugar, identificar a los pacientes que deben ir a la lista de espera (cociente inicial del paciente). El cociente de elegibilidad es una puntuación que relaciona el cociente anterior con el tiempo de espera, de forma que en principio son capaces de predecir la fecha aproximada de ingreso a partir de esos datos.

Los problemas de la espera

En algunos casos, aunque no siempre, las guías de práctica clínica y la bibliografía científica ofrecen suficiente información para valorar la importancia de las esperas¹⁴. En 1999 se publicó una revisión sistemática de estudios observacionales¹⁵ que incluía 87 trabajos publicados en diversos países para valorar la influencia de la espera en la supervivencia, y que ponía de manifiesto que los pacientes con más de 3 meses de demora quirúrgica veían reducida la supervivencia a los 5 años en más de un 10% respecto a las operaciones más tempranas. Otros trabajos evidencian resultados contradictorios, especialmente cuando incluían neoplasias en estadios iniciales, pero la mayoría de los estudios sugiere la existencia de un mayor tamaño tumoral, una mayor diseminación y una reducción de la supervivencia cuando se alargan los tiempos de espera, especialmente en enfermos en estadios intermedios de la enfermedad¹⁶.

En el cáncer colorrectal los estudios demuestran una débil asociación entre la demora desde el inicio de los síntomas y peores resultados, y las guías de práctica no establecen tiempos máximos para la cirugía¹⁷. No obstante, diversos trabajos han señalado los tiempos máximos aceptables hasta la cirugía¹⁸⁻²⁰. Algunas de estas publicaciones miden la demora desde la primera visita relacionada con el cáncer, mientras que otras lo hacen desde la indicación quirúrgica, aspecto que plantea el problema de cómo y desde cuándo se inició la espera.

Respecto a la cirugía cardiopulmonar, numerosos trabajos han analizado la influencia de la demora sobre la mortalidad. Aunque resulta difícil sistematizar trabajos tan diversos, probablemente los pacientes en espera de *bypass* no experimentan un incremento del riesgo atribuible a la espera cuando ésta se mantiene en cifras razonables que pueden variar desde pocos días a 2-3

meses. Más allá de este tiempo, parece existir un incremento del riesgo atribuible a la espera que puede situarse en torno a un fallecimiento mensual por cada 500-1.000 personas en espera²¹. A esto cabría añadir otros riesgos peor estimados y el sufrimiento durante la espera.

Ya en cirugía electiva, diversos estudios que utilizaron escalas funcionales y de calidad de vida han demostrado que los pacientes en espera de artroplastia de rodilla o cadera presentan una función y calidad de vida notoriamente degradadas. En lo referente a las cataratas, y tomando como referencia la función visual, se podría decir que los pacientes presentan de forma preoperatoria una reducción media del 25-30%, que mejora de forma importante tras la intervención del primer ojo y casi completamente tras la intervención del segundo²².

Medir la espera

Conocer el volumen y la significación de las listas de espera se considera, y no sólo en España, una tarea complicada. Al tradicional secretismo sobre el tema, se une una cierta confusión, debido al menos en parte a cambios en las definiciones operativas de espera y la ausencia de criterios de gravedad. Diversos autores han analizado la variedad de fórmulas para tratar o presentar las listas de espera y su significación y resultados²³⁻²⁷.

Los cambios en los criterios de inclusión en la lista de espera son una de las formas de maquillar los datos de estas listas. Del mismo modo, todos los dispositivos tienden a fraccionar las esperas midiendo de forma separada las sucesivas esperas del paciente.

Las depuraciones administrativas en las listas de espera son necesarias, aunque cuando se realizan producen descensos que no se deben a mejoras en la productividad o a una mejor gestión, sobre todo cuando las depuraciones se realizan sin asegurar que el paciente ya no requiere o no desea la intervención²³. Por este procedimiento, el INSALUD redujo en 1997 un 22% de sus listas de espera. Una variante es enviar a los pacientes a centros concertados y considerar que salen de la lista en el momento de la derivación y no cuando realmente son intervenidos. Otras veces los enfermos desaparecen temporalmente entre la retirada de una lista y el envío a otra y dejan de contabilizarse durante períodos más o menos largos. También se emplea el fraccionamiento de las listas.

Respecto a las fechas de inicio, aunque se suele considerar las esperas desde la fecha en que se decide la intervención, en la práctica las elecciones son muy diversas. En general, este tiempo debería tener una relación de lógica clínica con la enfermedad concreta.

Estrategias frente a la lista de espera

El principal criterio para juzgar la eficacia del sistema probablemente es que las personas con mayor necesidad sean atendidas antes, y no debería asumirse el hecho de establecer el turno en función de la fecha de entrada y tampoco que la suma de valoraciones implícitas de los clínicos sea un mecanismo suficiente para conseguir este objetivo. De hecho, algunos estudios

demuestran que los más desfavorecidos reciben menos intervenciones de *bypass* y esperan más para recibirlos²⁸ o se les asignan prioridades más bajas²⁹. Se ha comprobado que existe un grado de discriminación importante en función del sexo³⁰ o la edad³¹ y que los familiares del personal sanitario, personas populares y políticos consiguen sortear con gran habilidad las listas de espera³².

Las estrategias posibles frente a la lista de espera se especifican en la tabla 2 y pueden clasificarse según busquen la reducción de la lista o su gestión. Entre los primeros, y en primer lugar, hay que citar el "copago", que es una estrategia dirigida a reducir la utilización de servicios en general y, por tanto, las listas de espera. La bibliografía sobre los efectos del "copago" es amplia y controvertida, pero a los efectos de las listas de espera actúa más como una barrera para la obtención de un servicio que como una desincentivación del consumo de bienes de lujo. Otras estrategias genéricas de reducción de la utilización son el filtro por parte de los médicos de cabecera de las derivaciones a especialistas³³ y el uso de guías, segunda opinión u otros mecanismos de revisión de la utilización para evaluar la adecuación de las intervenciones o pruebas diagnósticas^{34,35}. Todos estos mecanismos tienen en común que se basan en la evaluación individual de la necesidad de la intervención por lo que, *a priori*, pueden desempeñar un papel importante en la reducción de la utilización inadecuada, salvaguardando la atención adecuada³⁶.

Los incrementos estructurales de recursos incluyen la apertura o ampliación de nuevos hospitales y servicios, pero también de modalidades de atención específicas así como las reformas sanitarias, tecnológicas y otras que tienen en común un incremento estable de la capacidad productiva; sea por aumento de los recursos, por aumento de la productividad o por ambos factores de forma conjunta. Los incrementos temporales de la oferta son las fórmulas más utilizadas en España para incrementar temporalmente los recursos y así actuar sobre listas de espera concretas.

Respecto a la gestión de las listas, diversos trabajos han demostrado una inflación del 20 al 30% en las listas de espera. Más allá del efecto tamaño, la principal tarea de la depuración es actualizar las listas de espera evitando intervenciones no deseadas o ya no requeridas.

Una buena gestión debe incluir información, tanto para los profesionales como para los ciudadanos, del tamaño de la lista y tiempo de esperas, acompañándose de una capacidad real de elección. Otra función que incumbe a la gestión de listas de espera es la priorización de los pacientes en función de la urgencia de la intervención. La función de auditar es hasta cierto punto similar, pero basándose en la revisión de la indicación y la situación clínica del paciente.

A modo de resumen, se podría citar que la principal razón para preocuparse por las listas de espera es que, en nuestra sociedad, se confía en que un sistema de salud financiado públicamente prestará los servicios de forma acorde con las necesidades de los ciudadanos. Las claves para conseguir estos objetivos son una asignación y una gestión eficientes de los recursos sanitarios. Una buena gestión de las listas de espera debe

TABLA 2. Estrategias frente a la lista de espera

Estrategias de reducción de la lista de espera
Sobre la demanda: copago
Imposición de barreras
Incremento estructural de recurso o de productividad
Incrementos temporales de recursos
Estímulos a la provisión privada y garantía de tiempo
Reducción de la incertidumbre
Estrategias de gestión de la lista de espera
Depuraciones administrativas
Auditar las listas de espera
Priorización

identificar a los pacientes con mayor riesgo y disponer de criterios sobre plazos máximos acordes con los riesgos, también debe asegurar que los enfermos serán reevaluados si sus circunstancias cambian y retirar de las listas a aquellos que ya no necesitan o no desean la intervención.

Cabe señalar, finalmente, que los estudios sobre variaciones en la práctica médica han demostrado que la valoración de la necesidad y la subsiguiente prescripción de una intervención médica varían extraordinariamente para la mayor parte de los procedimientos que generan listas de espera. En este sentido, diversos mecanismos para reducir la incertidumbre clínica y la variabilidad están también en la base de las políticas frente a las listas de espera y de la mejor atención sanitaria que nos podamos permitir.

La Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos ha desarrollado, en colaboración con distintos cirujanos españoles, con la intención de poner a disposición de los profesionales y de la administración sanitaria, si lo solicitara, un sistema de asignación de prioridades para los procesos quirúrgicos benignos más frecuentes en las listas de espera de cirugía general y del aparato digestivo, a fin de definir de una forma sencilla y práctica la prioridad que se recomienda asignar a cada uno de ellos.

Metodología

Para definir la prioridad de cada proceso quirúrgico en la lista de espera se han seguido las recomendaciones del Informe Técnico sobre Listas de Espera elaborado por el Grupo de Expertos sobre Listas de Espera del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) publicado en septiembre de 2001³⁷. Se ha definido la prioridad de los procesos quirúrgicos en la lista de espera, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad que motiva la indicación quirúrgica, así como la invalidez provocada por ella y la enfermedad concomitante, sin tener en cuenta otro tipo de características individuales de los pacientes. De esta forma se ha clasificado la prioridad quirúrgica en tres niveles:

– Pacientes con prioridad alta (PA): son enfermos cuyo tratamiento quirúrgico se puede plantear en cirugía programada, aunque no permite una demora superior a 30 días.

- Pacientes con prioridad media (PM): son aquellos cuyo tratamiento quirúrgico permite una demora algo mayor, pero siempre inferior a 90 días.
- Pacientes con prioridad baja (PB): en estos enfermos el tratamiento quirúrgico puede demorarse más de 90 días.

Con estas premisas, la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos ha desarrollado el proyecto mediante las siguientes etapas:

1. Revisión bibliográfica del tema.
2. Selección de los procesos quirúrgicos correspondientes a enfermedades benignas de alta prevalencia en la población española susceptibles de tratamiento quirúrgico, extraídos de los GRD más frecuentes publicados por el INSALUD en 1999³⁸.
3. Selección de criterios de inclusión, exclusión y factores agravantes que definen los procesos objeto de estudio³⁹⁻⁵¹.
4. Elaboración de un cuestionario específico por cada proceso analizado.
5. Aplicación de los cuestionarios a los profesionales participantes en el proyecto, solicitándoles que seleccionaran una prioridad (de entre las tres ofertadas) para cada proceso analizado.

Los participantes en el proyecto son profesionales con experiencia quirúrgica pertenecientes a distintas instituciones sanitarias del país. Todos ellos recibieron, junto con una carta de presentación y las aclaraciones pertinentes, los diferentes cuestionarios, el texto explicativo del proyecto y la bibliografía de referencia.

La remisión de los cuestionarios a los participantes se realizó en dos etapas sucesivas (marzo y junio de 2001) mediante correo electrónico, fax y correo postal. En primer lugar, se enviaron los correspondientes a: colelitiasis, hernia inguinal y crural, y sinus pilonidal; posteriormente se remitieron los procesos restantes (hernia umbilical, eventración laparotómica, hemorroides, fisura anal, fístula anal, lesiones benignas de la mama, bocio nodular eutiroideo e hipertiroidismo). Los procesos quirúrgicos analizados corresponden a 12 enfermedades benignas de alta prevalencia en la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo; todos ellos, junto con los criterios de inclusión, exclusión y de agravamiento, se encuentran detallados en el anexo 1.

La información obtenida se introdujo en una base de datos Access 97[®] desarrollada por Microsoft, otorgando la prioridad correspondiente a cada proceso según el porcentaje más alto de votos recibidos que se clasificó de la siguiente forma:

1. Acuerdo mayoritario: más del 80% de los votos.
2. Acuerdo evidente: más del 70% de los votos.
3. Acuerdo simple: más del 50% de los votos.

En un reducido número de casos la opción más votada no alcanzó un acuerdo simple en estos casos se tuvieron en cuenta las dos opciones más votadas y se seleccionó entre ellas la correspondiente a la prioridad más alta.

Resultados

La relación completa de los especialistas que han participado en una o en las dos etapas del proyecto se expone en el anexo 2. Los dos envíos de cuestionarios se remitieron a 100 profesionales, con un índice de contestación del 53% (53 participantes) en el primero de ellos y del 61% (61 participantes) el segundo. La valoración de las respuestas emitidas y el grado de consenso alcanzado se exponen a continuación.

Colelitiasis

Tras la revisión bibliográfica⁵²⁻⁵⁵ se planteó a los encuestados la ausencia de evidencia científica referente a la indicación quirúrgica en aquellos pacientes con colelitiasis asintomática y vía biliar normal sin existencia de factores de agravamiento asociados, y dicho planteamiento no ha sido cuestionado por ninguno de los participantes. En caso de asociarse factores de agravamiento se consideró mediante acuerdo simple (53,2%) una PB para la intervención quirúrgica.

El síndrome dispéptico o dispepsia biliar (sensación de plenitud epigástrica con intolerancia a las grasas) se votó mediante acuerdo mayoritario (89%) una PB cuando no existían factores de agravamiento. Si existen dichos factores se convino, mediante acuerdo simple (55,3%), también una PB.

Los casos de cólicos aislados sin factores agravantes asociados se han considerado con una PB mediante acuerdo simple (59,7%) y cuando coexisten factores agravantes se otorgó un PM también mediante acuerdo simple (57,3%).

En el caso de existir cólicos biliares de repetición se obtuvo mediante acuerdo simple (55,3%) una PM para el tratamiento quirúrgico si no coexistían factores de agravamiento. Si estos últimos se daban el 68% de los consultados (acuerdo simple), optaron por dar PA a estos enfermos.

Si ha sucedido un episodio reciente de colecistitis aguda sin existencia de factores de riesgo asociados los participantes otorgaron una PM mediante acuerdo simple (53,1%). Sin embargo, cuando se sumaban factores de agravamiento se obtuvo un acuerdo evidente (76,6%) al otorgar una PA de tratamiento.

Existe acuerdo simple (66,8%) al otorgar mediante una PA a los enfermos con episodios recientes de pancreatitis aguda y ha prevalecido una PA mediante acuerdo mayoritario (89,4%) en el caso de asociarse factores de riesgo.

La existencia de litiasis en la vía biliar principal o sospecha de ella sin factores agravantes asociados ha sido calificada mediante acuerdo simple (51%) como de PA y por acuerdo mayoritario (87%) con una PA si existen factores agravantes asociados.

La existencia de uno o más episodios recientes de ictericia obstructiva otorga una PA al proceso mediante acuerdo mayoritario, tanto si existen factores agravantes (99%) como si no los hay (87,3%).

Un episodio reciente de colangitis sin factores agravantes ha sido estimado mediante acuerdo mayoritario (89,3%) de PA, obteniéndose también por acuerdo ma-

yoritario (95,7%) PA en caso de asociarse factores agravantes.

Una vesícula en porcelana sin factores agravantes debe recibir una PM para el 62% (acuerdo simple) de los encuestados, mientras que cuando se asociaban factores agravantes no se alcanzó el acuerdo simple para ninguna de las opciones; la opinión del 80% los participantes se distribuyó entre prioridad media (46%) y prioridad alta (34%), por lo que se ha seleccionado PA al ser la mayor de ambas opciones.

Los cálculos acompañados de pólipos en la vesícula han obtenido PM mediante acuerdo simple, tanto si no existen factores agravantes (65,9%) como en el caso de que sí los haya (59,5%). La existencia de un cálculo único mayor de 3 cm se ha calificado de PM, existan o no factores de riesgo asociados, aunque ésta fue la opción más votada no se alcanzó la mayoría en ninguno de los casos; en caso de no existir factores agravantes, el 97,9% de los participantes distribuyó su voto entre prioridad media (48,9%) y prioridad baja (49%); cuando existían dichos agravantes el 78,2% de los participantes repartió sus opciones entre prioridad media (48,9%) y prioridad baja (29,3%).

Hernia inguinal primaria o recidivada

Se ha obtenido un acuerdo mayoritario (80,8%) de votos en dar una PB a los enfermos con hernia inguinal primaria o recidivada sin factores de riesgo, mientras que si éstos están presentes se ha concedido mediante acuerdo evidente (70,3%) una PA.

Hernia crural primaria o recidivada

En el caso de la hernia crural sin factores agravantes asociados se ha otorgado una PB mediante acuerdo simple (53,3%). Cuando existen dichos factores, un acuerdo evidente (80,8%) le concede una PA.

Sinus pilonidal primario o recidivado

El sinus pilonidal sin factores agravantes ha recibido mediante acuerdo mayoritario (85,2%) una PB para su tratamiento. Si existen dichos factores se ha considerado mediante acuerdo simple (53%) que dicha intervención debe poseer PM.

Hernia umbilical

Se ha obtenido acuerdo mayoritario (84,31%) al clasificar de PB a los enfermos portadores de esta enfermedad sin factores agravantes. Sin embargo, se ha clasificado también mediante acuerdo mayoritario (86,8%) como PA si se asociaban factores agravantes.

Eventración laparotómica

Se ha obtenido un acuerdo simple (66%) para aplicar una PB a los pacientes portadores de eventraciones laparotómicas sin factores de riesgo añadidos. Si éstos se asocian con la eventración, los participantes han concedido una PA mediante acuerdo mayoritario (84,9%).

Enfermedad hemorroidal

La enfermedad hemorroidal sin ningún factor de riesgo añadido se ha considerado mediante acuerdo mayoritario (80,77%) como un proceso de PB, mientras que si existen factores agravantes se le otorga mediante acuerdo simple una PA.

Fisura anal

Cuando no existan factores agravantes la opinión del 88% de los encuestados se repartió de la siguiente forma: el 48% prioridad baja y el 40% prioridad media, por lo que se ha seleccionado la PM para esta situación clínica. En caso de existir factores agravantes se ha estimado por acuerdo mayoritario (90,2%) una PA.

Fístula anal

Ha sido conferida una PB mediante acuerdo evidente (73,58%) si no existen factores que la agraven, mientras que si existen estos últimos se le concede una PM mediante acuerdo simple (56,6%).

Lesiones benignas de la mama

La enfermedad benigna de la mama se ha clasificado mediante acuerdo simple (57,6%) con una PB si no hay factores agravantes asociados, mientras que si existen se le concede una PM también mediante acuerdo simple (53,85%).

Bocio nodular eutiroideo

Se ha obtenido un acuerdo evidente (71,15%) al considerarlo como un proceso que debe recibir una PB si no hay factores agravantes asociados. Si éstos están presentes, existe un acuerdo mayoritario (90,2%) en considerar el proceso como de PA en su tratamiento.

Hipertiroidismo

En la enfermedad tiroidea hiperfuncionante sin factores de agravamiento asociados no ha habido ninguna opción claramente mayoritaria, el 86,4% de los participantes ha distribuido sus votos entre dos opciones: el 36,4% una baja prioridad y el 50% una prioridad media, por lo que se ha optado por conceder ha este proceso una PM. Si existen factores agravantes se ha considerado mediante acuerdo simple (63,4%) que le corresponde una PA.

Comentarios sobre los acuerdos

En los supuestos de vesícula en porcelana sin factores agravantes, cálculo vesicular único con o sin factores agravantes, fisura anal sin factores agravantes e hipertiroidismo sin factores agravantes no se logró un acuerdo simple por lo que fue preciso unir las dos opciones más votadas (que en todos los casos incluyeron > 80% de los votos) y escoger entre ellas la prioridad más alta.

Por último, en el anexo 3 se expone un resumen de las prioridades otorgadas por los participantes a cada uno de los procesos analizados.

Bibliografía

1. Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. INSALUD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, 1998.
2. Hadom DC. Steering Committee of the Western Canada Waiting list Project. *Can Assoc Med J* 2000;163:857-60.
3. Pinto Prades JL, Rodríguez Miguez E, Castells X, García Romero X, Sánchez Martínez FL. El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
4. Jonasson O. Waiting in line: Should selected patients ever be moved up? *Transplan Proc* 1989;21:3390-4.
5. Neuberger J, Adamns D, McMaster P, Maidwent A, Speed M. Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: survey of public and clinicians. *BMJ* 1998;317:172-5.
6. Kee F, McDonald P, Gaffney B. Prioritising the cardiac surgery waiting list: the angina patient's perspective. *Heart* 1997;77:330-2.
7. Frankel S, Eachus J, Pearson N, Greenwood R, Chan P, Peters TJ, et al. Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study. *Lancet* 1999;353:17.
8. Naylor DC, Levinton CM, Baigrie. Adapting to waiting lists for coronary revascularization. Do Canadian specialists agree on which patients come first? *Chest* 1992;101:715-22.
9. Naylor CD, Basinski A, Baigrie RS, Goldman BS, Lomas J. Placing patients in the queue for coronary revascularization: evidence for practice variations from an expert panel process. *Am J Public Health* 1990;80:1246-52.
10. Naylor C D, Baigrie RS, Goldman BS, Basinski A. Assessment of priority for coronary revascularization procedures. *Lancet* 1990;335:1070-3.
11. Jackson NW, Doogue MP, Elliot JM. Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery. *Heart*. 1999;81:367-73.
12. Mariotto A, De Leo D, Dello Buono M, Favaretti C, Austin P, Naylor CD. Will elderly patients stand aside for younger patients in the queue for cardiac services? *Lancet* 1999;354:467-70.
13. Objetivos de Gestión 2001. Atención Especializada. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.
14. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica Sanitaria* 2000;2:126-31.
15. Richards MA. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999;79:858-64.
16. Martín CM, Roman-Smith HM, Hadom DC. Literature review. Breast cancer. Edmonton: Western Canada Waiting List Project, 2000.
17. Banchy A, Roman-Smith HM, Hadom DC. Literature review. Colorectal cancer. Edmonton: Western Canada Waiting List Project, 2000.
18. Roncoroni L. Delay in the diagnosis and outcome of colorectal cancer: a prospective study. *Eur J Surg Oncol* 1999;25:173-8.
19. Goodman D, Irvin TT. Delay in the diagnosis and prognosis of carcinoma of the right colon. *Br J Surg* 1993;80:1327-9.
20. Potter MA, Wilson RG. Diagnosis delay in colorectal cancer. *J Royal Col Surg Edim* 1999;44:313-6.
21. Seddon ME, French JK, Amos DJ, Ramanathan K, McLaughlin SC, White HD. Waiting times and prioritization for coronary artery bypass surgery in New Zealand. *Heart* 1999;81:586-92.
22. Branchy A, Roman-Smith HM, Hadom DC. Literature review. Cataract extraction. Edmonton: Western Canada Waiting List Project, 2000.
23. Yates J. Lies, damned lies and waiting list. Or dies, damned lies and politicians. *Br Med J* 1991;303:802.
24. Johnson AJ. Lies, damned lies and waiting lists. 1991;303:1025.
25. Radical Statistics Health Group. NHS Reforms: the first six months - proof of progress or a statistical smokescreen? *BMJ* 1992;304:705-9.
26. Radical Statistics Health Group. NHS indicators of success: what do they tell us? *BMJ* 1995;310:1045-50.
27. Black N. Potential biases were not taken into account in study of waiting times. *BMJ* 1998;316:150.
28. Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socio-economic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999;341:1359-67.
29. Pell JP, Pell AC, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socio-economic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ* 2000;320:15-8.
30. Naylor CD, Levinton CM. Sex-related differences in coronary revascularization practices: the perspective from a Canadian queue management project. *CMAJ* 1993;149:965-73.
31. Naylor CD, Levinton CM, Baigrie RS, Goldman BS. Placing patients in the queue for coronary surgery: do age and work status alter Canadian specialists decisions? *J Gen Intern Med* 1992;7:492-8.
32. Alter DA, Basinski AS, Naylor CD. A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario. Canada. *Ann Intern Med* 1998;129:567-72.
33. Kammerling RM, Kinnear A. The extent of the two tier service for fundholders. *BMJ* 1996;312:1399-401.
34. Finkel ML, Finkel DJ. The effect of a second opinion program on hysterectomy performance. *Med Care* 1990;28:776-83.
35. Axt-Adam P, Van de Wouden JC, Van der Does E. Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study. *Med Care* 1993;31:784-94.
36. Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997;12:122-36.
37. Informe Técnico sobre Listas de Espera. Grupo de Expertos sobre Listas de Espera. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, septiembre de 2001.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/estadisticas_sanitarias/home.htm.
39. Persson GE. Expectant management of patients with gallbladder stones diagnosed at planned investigation. A prospective 5- to 7 year follow-up study of 153 patients. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:191-9.
40. Schwesinger WH, Diehl AK. Changing indications for laparoscopic cholecystectomy. Stones without symptoms and without stones. *Surg Clin North Am* 1996;76:493-504.
41. Middelfart HV, Jensen PM, Hojgaard L, Kehlet H. Uncomplicated gallstones: who should be operated on? *Ugeskr Laeger* 1997;12:2992-8.
42. Terzi C, Sokmen S, Seckin S, Albayrak L, Ugurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000;127:622-7.
43. Daradkeh S, Sumrein I, Daoud F, Zaidin K, Abu-Khalaf M. Management of gallbladder stones during pregnancy: conservative treatment or laparoscopic cholecystectomy? *Hepatogastroenterology* 1999;46:3074-6.
44. O'Riordan DC, Kingsnorth AN. Groin hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1998;78:1129-39.
45. Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1146-56.
46. Ledó Matoses S. Sinus pilonidal e hidrosadenitis. En: Sección de Coloproctología Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Colorrectal. Madrid: Arán Editores, 2000; p. 161-7.
47. Martínez Díez M, Aguilera Diago V. Cirugía de la eventración postoperatoria. Empleo de materiales protésicos. En: Tamames Escobar S, Martínez Ramos C, editores. Avances, controversias y actualizaciones en cirugía general y del aparato digestivo. Tomo I. Madrid: Editorial Médica Internacional, 1994; p. 141-51.
48. Ledó Matoses S. Hemorroides. En: Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía colorrectal. Madrid: Arán Editores, 2000; p. 75-87.
49. Ledó Matoses S. Fisura anal. En: Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía colorrectal. Madrid: Arán Editores, 2000; p. 91-100.
50. Ledó Matoses S. Abscesos y fistulas de ano. En: Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía colorrectal. Madrid: Arán Editores, 2000; p. 109-24.
51. Pera C. Cirugía de los síndromes endocrinos de origen tiroideo. En: Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Barcelona: Masson, 1996; p. 1005-36.
52. Pinto Prades JL, Rodríguez Miguez E, Castells X, García Romero X, Sánchez Martínez FI. El establecimiento de prioridades en cirugía electiva. Centre de recerca en economia i salut. Universitat Pompeu Fabra. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones, 2000.
53. Ginney EJ. Asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 1990;77:368-72.
54. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 1993;165:399-404.
55. Fendrick AM, Gleeson SP, Cabana MD, Schwartz JS. Asymptomatic gallstones revisited. Is there a role for laparoscopic cholecystectomy? *Arch Fam Med* 1993;2:959-68.

ANEXO 1. Relación de procesos analizados. Criterios de inclusión, exclusión y factores agravantes que los definen

Colelitiasis

Criterios de inclusión

Colelitiasis simple y asintomática con vía biliar principal normal (no existe evidencia científica de indicación quirúrgica)

Colelitiasis con:

- Cólicos biliares
- Síndrome dispéptico
- Antecedentes recientes de pancreatitis aguda
- Antecedentes recientes de colecistitis aguda
- Antecedentes recientes de ictericia obstructiva
- Antecedentes recientes de episodio de colangitis
- Litiasis en la vía biliar principal (VBP) o sospecha de la misma
- Vesícula en porcelana (alta incidencia de neoplasias)
- Cálculos acompañados de pólipos
- Cálculo único mayor de 3 cm (mayor frecuencia de neoplasias)

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Presencia actual de: pancreatitis aguda, colecistitis aguda, ictericia obstructiva o colangitis
- Esfercitosis hereditaria

Factores agravantes

- Diabetes, otras enfermedades inmunodeficientes o tratamientos inmunodeficientes prolongados

Hernia inguinal primaria o recidivada

Criterios de inclusión

- Hernia inguinal primaria
- Hernia Inguinal recidivada

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Presencia actual de oclusión intestinal total o parcial
- Presencia actual de encarceración o estrangulación herniaria

Factores agravantes

- Antecedente reciente de crisis suboclusiva de origen herniario
- Episodios repetidos de encarceración
- Dolor que ocasiona limitación funcional considerable

Hernia crural primaria o recidivada

Criterios de inclusión

- Hernia crural primaria
- Hernia crural recidivada

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Presencia actual de oclusión intestinal total o parcial
- Presencia actual de encarceración o estrangulación herniaria

Factores agravantes

- Antecedente reciente de crisis suboclusiva de origen herniario
- Episodios repetidos de encarceración
- Dolor que ocasiona limitación funcional considerable

Sinus pilonidal

Criterios de inclusión

- Sinus pilonidal primario situado en región sacrococcígea
- Sinus pilonidal recidivado situado en región sacrococcígea

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Sinus pilonidal asociado a defectos en el canal raquídeo
- Sinus pilonidal no localizado en región sacrococcígea

Factores agravantes

- Episodios frecuentes de abscesificación
- Diabetes, otras enfermedades inmunodeficientes y tratamientos prolongados que produzcan inmunodeficiencia

Hernia umbilical

Criterios de inclusión

- Hernia umbilical primaria o recidivada

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Presencia actual de oclusión intestinal total o parcial o cualquier otro proceso que indique cirugía urgente

- Embarazo
- Dialisis peritoneal
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal

Factores agravantes

- Crisis suboclusivas de repetición
- Episodios recidivantes de encarceración
- Dolor que ocasiona limitación funcional
- Ulceración de la piel

Eventraciones laparotómicas

Criterios de inclusión

Eventración laparotómica media, lateral o periférica primaria o recidivada

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal

Factores agravantes

- Crisis suboclusivas de repetición
- Episodios recidivantes de encarceración
- Dolor que ocasiona limitación funcional
- Ulceración de la piel

Hemorroides

Criterios de inclusión

Enfermedad hemorroidal de cualquier grado

Criterios de exclusión

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Embarazo
- Prolapso hemorroidal irreductible agudo
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal
- Enfermedades mieloproliferativas y agranulocitosis (existen lesiones en pacientes con dichas enfermedades que simulan hemorroides, siendo en realidad manifestaciones locales de la infiltración linfomatosa)

Factores agravantes

- Proctorragia que ocasiona anemia
- Dolor crónico que ocasiona limitación funcional importante
- Prolapso hemorroidal crónico (hemorroides de grado IV/IV)

Fisura anal

Criterios de inclusión

Pacientes con ulceración del epitelio escamoso del canal anal (fisura anal)

Criterios de exclusión

- Fisura anal secundaria de causa fácilmente identificable (p. ej., secundaria a exploraciones endoscópicas, necrosis posradiación, traumatismos, ETS, etc.)
- Enfermedades inflamatorias intestinales

Factores agravantes

Dolor anal incapacitante

Fístula anal

Criterios de inclusión

- Fístula anal primaria
- Fístula anal recidivada

Criterios de exclusión

- Pacientes en edad pediátrica
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Hidrosadenitis supurativa perineal

Factores agravantes

- Diabetes mellitus
- Enfermedades inmunodeficientes
- Episodios frecuentes de abscesificación

Lesiones benignas de la mama

Criterios de inclusión

Lesiones benignas de mama

Criterios de exclusión

- Sospecha de malignidad en mayor o menor grado
- Mastitis relacionadas con la lactancia

Factores agravantes

Infección local (abscesos y fístulas periareolares, etc.)

Bocio nodular eutiroideo

Criterios de inclusión

Bocio nodular eutiroideo

Criterios de exclusión

Hipertiroidismo

Factores agravantes

- Disfonía
- Dificultad respiratoria por compresión traqueal
- Punción-aspiración con aguja fina (PAAF) con proliferación folicular
- PAAF con sospecha de malignidad

Hipertiroidismo

Criterios de inclusión

Enfermedad de Graves-Basedow

Bocio nodular tóxico

Criterios de exclusión

Ninguno

Factores agravantes

Hipertiroidismo de difícil control con tratamiento médico

ANEXO 2. Relación de especialistas que han participado en el proyecto

Abad Barahona A (Madrid)	García Grimaldo E (Albacete)	Molina Sánchez A (Cáceres)
Abril Vega C (León)	García-Sancho Martín L (Madrid)	Moncada Iribarren E (Pontevedra)
Adell Carjeler R (Castellón)	Gómez Fleitas M (Santander)	Montes López C (Madrid)
Aguayo Albasini JL (Murcia)	González Hermoso F (Tenerife)	Morales Cuenca G (Murcia)
Alcalde Escribano J (Madrid)	González Moreno S (Madrid)	Morales Gutiérrez C (Madrid)
Alcaide Matas F (Menorca)	Guerrero Vaquero A (Madrid)	Mugüerza Huguet JM (Madrid)
Alonso Casado A (Madrid)	Hernández Juara P (Madrid)	Olivera Domínguez J (Madrid)
Álvarez Caperochipi FJ (San Sebastián)	Herreros Rodríguez J (Orense)	Ortiz Aguilar M (Madrid)
Ardavin García M (Orense)	Hijas Mirón E (Madrid)	Pellicer Castell V (Castellón)
Artuñedo P (Madrid)	Ibarra Pelaez A (Madrid)	Piñero Madrona A (Murcia)
Ballesteros Sáez D (Madrid)	Jaurrieta Mas E (Barcelona)	Quadros Borrajo M (Madrid)
Ballón Lara AM (Castellón)	Jiménez Miramón J (Madrid)	Ramía Ángel JM (Granada)
Bengochea Cantos JM (Cáceres)	Jover Navalón JM (Madrid)	Ramírez Romero P (Murcia)
Butrón Vila T (Madrid)	Landa García JI (Madrid)	Ramos Rodríguez JL (Madrid)
Canales Lopez M (Castellón)	Lasa Unzue I (Madrid)	Rafecas Renau A (Barcelona)
Cogolludo Hernández C (Madrid)	Legido Morán APE (Valladolid)	Rodríguez Cuéllar E (Orense)
Cruz Vigo F (Madrid)	Limonos Esteban M (Madrid)	Rodríguez Dapena S (Orense)
Delgado Millán MA (Madrid)	Lomas Espada M (Madrid)	Rodríguez Romano D (León)
Enríquez Sammaned C (Orense)	López Herrero J (Madrid)	Romero A (Madrid)
Fabra Ramis R (Valencia)	López-Yarto J (Madrid)	Rueda Chimeno JC (Pontevedra)
Fernández Lobato R (Madrid)	Marcote Valdivieso E (Castellón)	Ruiz de Achan JC (Madrid)
Fernández Muínelo A (Orense)	Marín Lucas FJ (Madrid)	Ruiz López P (Madrid)
Fernández Sánchez R (Madrid)	Martín Lorenzo JG (Murcia)	Ruiz Tartas A (Madrid)
Ferrero Herrero E (Madrid)	Martínez Gomez D (Murcia)	Serrano Sánchez P (Madrid)
Ferrón Orihuela JA (Granada)	Martínez Santos C (Orense)	Sánchez Blanco JM (Sevilla)
Figueroa Andollo JM (Madrid)	Martínez Pueyo JI (Madrid)	Sánchez Bueno F (Murcia)
Flores Pastor B (Murcia)	Martín Muñoz J (Murcia)	Sánchez-Bustos Cobaleda F (Madrid)
Gallego Lago JL (Valladolid)	Martín Álvarez JL (Madrid)	Soria Aledo V (Murcia)
Gamón Giner RL (Castellón)	Martín Duce A (Madrid)	Trullenque Peris R (Valencia)
García Ayllón J (Murcia)	Menchen Trujillo BJ (Ciudad Real)	Valeiras Domínguez E (Orense)
García Borda FJ (Madrid)	Menéndez Rubio JM (Madrid)	Villeta Plaza R (Madrid)

ANEXO 3. Prioridades otorgadas a cada proceso

	Factores de riesgo No	Factores de riesgo Sí
Proceso 1: colelitiasis con sus diferentes subprocesos		
1.1. Colelitiasis simple con VBP normal y asintomática	No existe evidencia científica de indicación quirúrgica	PB
1.2. Síndrome dispéptico	PB	PB
1.3. Cólicos aislados	PB	PM
1.4. Cólicos de repetición	PM	PA
1.5. Episodio reciente de colecistitis aguda	PM	PA
1.6. Episodio reciente de pancreatitis aguda	PA	PA
1.7. Litiasis en VBP o sospecha de ella	PA	PA
1.8. Episodio reciente de ictericia obstructiva	PA	PA
1.9. Episodio reciente de colangitis	PA	PA
1.10. Vesícula en porcelana	PM	PA
1.11. Cálculos acompañados de pólipos en vesícula	PM	PM
1.12. Cálculo único mayor de 3 cm	PM	PM
Proceso 2: hernia inguinal primaria o recidivada	PB	PA
Proceso 3: hernia crural primaria o recidivada	PB	PA
Proceso 4: sinus pilonidal primario o recidivado	PB	PM
Proceso 5: hernia umbilical	PB	PA
Proceso 6: eventración laparotómica	PB	PA
Proceso 7: enfermedad hemorroidal	PB	PA
Proceso 8: fisura anal	PM	PA
Proceso 9: fístula anal	PB	PM
Proceso 10: lesiones benignas de la mama	PB	PM
Proceso 11: bocio nodular eutiroides	PB	PA
Proceso 12: hipertiroidismo	PM	PA

PA: prioridad alta (permite una demora inferior a 30 días).
 PM: prioridad media (permite una demora entre 30 y 90 días).
 PB: prioridad baja (permite una demora superior a 90 días).