

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en el Centro Médico Diagnóstico Integral de Pampán, Venezuela

Dr. Carlos Eleodoro Fernández Illas¹, Dr. Roberto Lantigua Barrios², Dr. Lázaro Rafael Fernández Illas³, Dra. Susel Velázquez Fernández⁴

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Cirugía General. Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio con el objetivo de caracterizar la cirugía mayor ambulatoria en el Centro de Diagnóstico Integral "Rafael Antonio Pérez Ruedas" del municipio Pampán, Venezuela, en el período comprendido entre febrero y octubre de 2011. Incluye los 115 pacientes intervenidos quirúrgicamente en este período de tiempo y que dieron su consentimiento a participar en el estudio. Se estudian las variables: edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, método anestésico, evolución, complicaciones y estadía hospitalaria. El 73.25 % de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente de forma ambulatoria con un mínimo de complicaciones y una gran aceptación por parte de los mismos, quedando demostrado el bienestar psicosocial que representa para el paciente y sus familiares este método y las ventajas del mismo.

Palabras clave: cirugía ambulatoria, intervención quirúrgica

INTRODUCCIÓN

En el año 2003 por decisión de los gobiernos de Cuba y Venezuela se inicia el plan Barrio Adentro, que posteriormente se convirtió en la misión Barrio Adentro, a la cual se incorporan progresivamente, un número considerable de colaboradores que imbuidos del sentido de solidaridad internacional no dudaron en ofrecer los servicios de la medicina gratuita en las comunidades más recónditas del país.¹

Barrio Adentro se ha convertido en símbolo, en nuevo paradigma de hermandad e internacionalismo, es un modelo mundial de atención primaria en salud (APS) que permitió en Venezuela la concreción de la APS como prioridad, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente aquella población excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertinencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida de los venezolanos.^{2,3}

La Misión Barrio Adentro se basa en el concepto aplicado en Cuba de Salud Integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista, que asocia la salud exclusivamente a la asistencia médica.²

Esta misión es concebida en los primeros momentos para la APS (Barrio Adentro I), y una vez conocidos los principales problemas de salud se insertan los Centros Médicos de Diagnóstico Integral y los Centros de Alta Tecnología (Barrio Adentro II), con el objetivo de ampliar los servicios de salud brindados a la población, los CMDI concebidos inicialmente para intervenciones quirúrgicas de urgencia y emergencia, hoy realizan intervenciones de forma electiva, lo que tiene gran aceptación y demanda en la población necesitada de estos servicios de salud gratuitos y brindados por personal altamente calificado y con gran experiencia.

La cirugía mayor ambulatoria surge como consecuencia de que el ser humano aprendió a operar a sus semejantes muchísimo antes de que aparecieran los hospitales como instituciones sanitarias importantes. Es en realidad la forma más antigua de cirugía que se conoce; pero con el desarrollo progresivo de la medicina y la sociedad, esta fue trasladada a las instalaciones sanitarias, quizás con el propósito de brindar una asistencia médica de mayor calidad.

En 1909 se operaron de forma ambulatoria a 9.000 pacientes pediátricos, y se sugirió el potencial de la cirugía sin ingreso. Sin embargo, este nuevo concepto apenas tuvo repercusión en la práctica clínica de aquella época.^{1,4}

La cirugía de corta estancia comenzó en los años cincuenta en Inglaterra, aunque fue en Estados Unidos donde se inauguró la primera unidad de cirugía sin ingreso en 1960. A partir de finales de los setenta y principios de los ochenta se extendió en dicho país, al introducirse el sistema de pago prospectivo mediante los grupos relacionados de diagnóstico (GRD).⁴

Con el decursar de los años se realizaron intentos para popularizar y difundir las ventajas de egresar al paciente el propio día de la operación, con un margen de tiempo que no excediera las 24 horas. Por tal razón, la era moderna de la cirugía y con ella la de tipo ambulatorio se inició en Estados Unidos de Norteamérica en 1961, cuando se presentó el primer programa de intervención ambulatoria en el Hospital "Grand Rapids" de Michigan.^{4,5}

La cirugía ambulatoria se ha incrementado durante las dos últimas décadas hasta ocupar actualmente un 60 % de la cirugía programada según el reporte de algunos autores.^{1,4} Con esta tendencia a realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios, la seguridad de una recuperación rápida y sin complicaciones está adquiriendo suma importancia.¹

Al respecto, la literatura revisada sostiene que "la seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio. La seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios de selección del paciente por el cirujano, con evaluación pre anestésica cuidadosa^{6,7}, no hay motivo para esperar más complicaciones que las que se pudieran presentar en pacientes hospitalizados.

Existen enfermedades muy frecuentes en cualquier servicio de cirugía, las cuales pudieran ser tratadas mediante la cirugía ambulatoria, cabe destacar por su frecuencia en el medio donde el autor desarrolló la investigación como motivo de consulta quirúrgica algunas enfermedades como: hernias, apendicitis aguda, nódulos de mama y otras que serán expuestas más adelante.

Por la frecuencia de estas enfermedades y otras que son atendidas en el Centro Médico de Diagnóstico Integral del municipio Pampán, las cuales se corresponden con las estadísticas y los reportes mundiales, existen elementos para desarrollar un estudio sobre el comportamiento y los beneficios de la cirugía ambulatoria en este contexto.

MÉTODO

Se realiza un estudio con el objetivo de describir los resultados de la cirugía ambulatoria en el Centro Médico de Diagnóstico Integral del municipio Pampán, estado Trujillo, Venezuela, en el período comprendido de febrero a octubre de 2011.

El universo de estudio está constituido por los 115 pacientes que son intervenidos quirúrgicamente de forma ambulatoria.

Se estudian las variables: edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, método anestésico, evolución, complicaciones y estadía hospitalaria.

Se tiene en consideración los siguientes criterios del riesgo operatorio, clasificándose en ASA I, II, III, IV y E

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se observa que no hubo predominio de sexo, sin embargo la mayor cantidad de pacientes del sexo masculino en el estudio se encuentra comprendida en los pacientes que oscilan entre 46 y 55 años, con un total de 19, que representa el 12.11 %, lo que contrasta con el 12.74 % en las edades comprendidas entre 26 y 35 años que fue el dominio en las féminas, estos datos coinciden con la bibliografía revisada ^{4,6,7}

En este estudio la edad promedio fue de 50,07 años, la edad extrema máxima fue de 89 años, correspondió a un paciente intervenido de urgencia por presentar una hernia inguinal atascada, su evolución fue satisfactoria, la edad mínima fue de 13 años.

Este trabajo no coincide con los resultados obtenidos en estudio realizado en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Andalúz en España, donde existió predominio del sexo femenino con un 63.5 % sobre el sexo masculino⁸⁻¹⁰, existe además contradicción con los resultados publicados por Pérez Baltasar en su trabajo sobre caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital, en el que hubo predominio del sexo masculino⁵, es criterio del autor que el sexo y la edad no son factores que contraindiquen la realización de este método, lo que fue corroborado con los resultados obtenidos.

Considera además que es la cirugía factible sobre todo para los adultos mayores ya que disminuye la estadía en un centro donde pueden existir infecciones nosocomiales que pudieran complicarlo, y donde no está

rodeado del afecto de sus familiares, aspecto tan importante en esa edad.

En la Tabla 2 se aprecia que de un total de 157 pacientes operados el 73.25 % de los mismos son intervenidos de forma ambulatoria, demostrando que la cirugía ambulatoria, aun cuando no está concebida como un proceder quirúrgico a realizar en los CMDI es factible y tiene aceptación popular, además de los resultados positivos que se muestran en tablas posteriores.

La mayor cantidad de los intervenidos por el método ambulatorio fueron casos diagnosticados como hernia de la región inguinocrural y hernia epigástrica, con un total de 48 pacientes, lo que representa el 30.5 % de los pacientes operados, estos datos coinciden con las bibliografías revisadas que reportan a las hernias de la pared abdominal como la entidad más frecuente de las intervenciones electivas.^{4-6,11-16} Estas además representaron el mayor porcentaje dentro de las ambulatorias, con 28.66 %. Hay que destacar que el 33.12 %, correspondió a las intervenciones urgentes, de las cuales el 21.15 % fueron realizadas de forma ambulatoria.

El autor desea enfatizar en que aunque no existen reportes de este tipo en la bibliografía revisada, este tipo de cirugía puede realizarse sin grandes riesgos con una buena selección de los pacientes y un buen seguimiento pos-operatorio de los mismos, garantizado por el médico del consultorio popular del área de salud al cual pertenece el paciente, en plena coordinación con el cirujano del Centro Médico Diagnóstico Integral donde se realizó la intervención.¹²⁻¹⁵

Es opinión del autor que de seguirse las orientaciones anteriores, las complicaciones que pudieran presentarse en la cirugía ambulatoria en las urgencias quirúrgicas, sigue el mismo patrón de riesgo de la cirugía tradicional, e incluso los beneficios socioeconómicos son superiores ya que el paciente se reincorpora a su medio familiar antes de las 24 horas de operado, sus gastos y los de la institución son menores, el período post operatorio se desarrolla en su hogar, donde las condiciones de convivencia son favorables y puede percibir el cariño y apoyo de familiares y amistades.

En la estadía hospitalaria de los intervenidos por cirugía ambulatoria tanto en casos electivos como de urgencia (Tabla 3) se muestra que el mayor número de pacientes fueron egresados antes de las 24 horas de la intervención, tanto en los casos de urgencia como en los electivos, donde la casuística estuvo constituida por el 14.01 y el 59.23 % respectivamente, se demuestra que el método ambulatorio se puede aplicar con efectividad en ambos casos independientemente del

diagnostico al ingreso, cobrando gran significación, la valoración preoperatoria y anestésica en cada paciente.

Al realizar la sumatoria de los casos con estadía hospitalaria mayor a las 24 horas, se observa que solo el 26.75 % de los pacientes intervenidos quirúrgicamente no cumplieron con los requisitos establecidos para ser considerados dentro de este grupo y de estos solo el 12.1 % de los pacientes tuvo una estadía hospitalaria mayor de 72 horas, la causa de una estadía más prolongada, en los casos estudiados fue debido fundamentalmente a factores sociodemográficos más que a dificultades en el proceder quirúrgico aunque en un número limitado de casos la complejidad de la intervención fue un factor determinante en la estadía.

El autor desea recordar que para que sea considerada cirugía ambulatoria, la estadía hospitalaria debe ser inferior a las 24 horas, no fue posible establecer comparaciones debido a lo inédito de este trabajo. Cirujanos de centros especializados en cirugía ambulatoria como los doctores Hair y Davidson⁷ reportan que una buena selección y seguimiento postoperatorio del paciente influye definitivamente en el éxito de la cirugía y evolución de cada uno.^{5-7,16}

En la Tabla 4 se analizan las complicaciones presentadas, en los pacientes intervenidos por los 2 métodos, debe apreciarse que el mayor número de estas se presentó en el grupo de pacientes operados de forma no ambulatoria lo que representa un 4.5 % del total de intervenciones, versus el 1.8 % presentadas en los que fueron sometidos a la Cirugía Ambulatoria.

Una de estas complicaciones fue la dehiscencia de la herida de forma parcial en un paciente al que se le practicó herniorrafia umbilical, la otra complicación presentada fue el hematoma de la herida, está en el caso de una herniorrafia inguinal y un seroma que fue la complicación presentada en una apendicetomía. Ninguno de estos pacientes requirió de ingreso para tratamiento y las complicaciones fueron tratadas también de forma ambulatoria.

Los pocos casos de cirugía ambulatoria complicados demuestran una de las ventajas de este método, que consiste en la aparición de un índice menor de infecciones postoperatorias, en este caso solo se presentó una dehiscencia de la herida como complicación de envergadura, que se debió a trastornos nutricionales del paciente, coincidiendo los resultados con los reportes de otros autores.^{3,4,7,8} Pérez Fouce también reporta un porcentaje de complicaciones que es similar al encontrado por el autor de este trabajo.¹⁷

En la Tabla 5 se muestra el porcentaje de cirugía ambulatoria realizada teniendo en cuenta el diagnóstico, de un total de 157 pacientes, a 115, que representa un 73.25 %, le fue aplicado este tipo de cirugía, es significativo que en la litiasis vesicular, el prolapso uterino, nódulo de tiroides y los nódulos de mama el 100 % de las intervenciones se realizó de forma ambulatoria y sin complicaciones, sin embargo otras enfermedades cuya intervención es menos complicada desde el punto de vista técnico como la cirugía de hernia inguinal y la epigástrica, no fueron seleccionados por el autor para integrar su grupo de estudio, ya que al realizar la selección, presentaban desde el punto de vista personal algún criterio que el autor consideró que requerían de una estadía superior a las 24 horas, por las razones siguientes: la distancia del hogar de estos pacientes respecto al centro médico diagnóstico y en otros casos por presentar enfermedades asociadas.

En varios estudios se describe la realización de cirugía ambulatoria en casos como los intervenidos por el autor de forma ambulatoria con la diferencia de que estos otros autores las realizaron en centros preparados y especializados para este tipo de cirugía.^{9, 10,12-18}

CONCLUSIONES

- No hubo predominio de sexo en los pacientes intervenidos por cirugía ambulatoria y el mayor número de casos estuvo comprendido entre los 46 y los 55 años, con edad promedio de 50.07 años.
- Predominaron los pacientes intervenidos con alta antes de las 24 horas de operados, y la enfermedad más presentada fue la hernia de la región inguino-crural.
- En los pacientes intervenidos de forma ambulatoria solo se presentaron tres complicaciones: seroma, hematoma y dehiscencia de la herida.

RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer los resultados de este estudio con el objetivo de promover la utilización de la cirugía ambulatoria como una alternativa para satisfacer la creciente demanda de pacientes con enfermedades quirúrgicas que acuden a estos centros.
2. Diseñar a partir de los resultados de este trabajo, estrategias futuras para el desarrollo por parte de las instituciones gubernamentales de salud, de centros especializados en cirugía ambulatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mahler H. El sentido de la salud para todos en el año. 2000. Foro Mundial de la Salud. 1981; 2 (1):5-25.
2. Puentes-Markides C. Salud para Todos en las Américas: El escenario preferido. 1998. En: Bezolt C, Frenk J, McCarthy S. Atención a la salud en América latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr Salud para Todos. México Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la salud. 171.
3. Urologist Ownership of Ambulatory Surgery Centers and Urinary Stone Surgery Use John M Hollingsworth, Zaojun Ye, Seth A Strobe, Sarah L Krein, Ann T Hollenbeck, Brent K Hollenbeck Health Serv Res. 2009 August; 44(4): 1370–1384. doi:10.1111/j.1475-6773.2009.00966.x PMID: PMC2739033
4. Histological investigations in ambulatory oral surgery practice. Szövevény vizsgálatok az ambuláns szájsebészeti gyakorlatban. Kivovics M; Mihályi S; Suba Z; Gyulai-Gaál S Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Oktatási Centrum, Dento-alveoláris Sebészeti Osztály, Budapest. Fogorvosi Szemle [Fogorv Sz] 2012 Mar; Vol. 105 (1), pp. 9-12.
5. Predicting recovery at home after Ambulatory Surgery Juan Viñoles, Maía V Ibáñez, Guillermo Ayala BMC Health Serv Res. 2011; 11: 269. Published online 2011 October 13. Doi:10.1186/1472-6963-11-269 PMID: PMC3219581
6. Medicare Reimbursement Changes for Ambulatory Surgery Centers and Remuneration to Urologic Physician-Owners Seth A. Strobe, Stephanie Daignault, John M. Hollingsworth, John T. Wei, Brent K. Hollenbeck. J Urol. J Urol. 2008 September; 180(3): 1070–1074. Published online 2008 July 17. Doi: 10.1016/j.juro.2008.05.051 PMID: PMC2724316
7. A Twelve-Year Experience in Ambulatory Surgery within Urology Pedro Navalón, Yoni Pallás, Victor Navalón, Felipe Ordoño, Elisa Monllor ISRN Urol. 2012; 2012: 383642. Published online 2012 February 16. Doi: 10.5402/2012/383642 PMID: PMC3302059
8. Over a thousand ambulatory hernia repairs in a primary care setting R Dhumale, J Tisdale, N Barwell Ann R Coll Surg Engl. 2010 March; 92(2): 127–130. Doi: 10.1308/003588410X12518836439281 PMID: PMC3025236
9. Physician ownership of ambulatory surgery centers and practice patterns for urological surgery: Evidence from the State of Florida Seth A. Strobe, Stephanie Daignault, John M. Hollingsworth, Zaojun Ye, John T. Wei, Brent K. Hollenbeck Med Care. Author manuscript; available in PMC 2010 April 1. Published in final edited form as: Med Care. 2009 April; 47(4): 403–410. PMID: PMC2743534

10. Benchmarks for the Durations of Ambulatory Surgical Procedures in Otolaryngology. Bhattacharyya, Neil Annals of Otology, Rhinology & Laryngology; Nov2011, Vol. 120 Issue 11, p727-731, 5p
11. Complications of ambulatory major dermatological surgery in patients older than 85 years. Paradela S; Pita-Fernández S; Peña C; Fernández-Jorge B; García-Silva J; Mazaira M; Fonseca E JEADV [J Eur Acad Dermatol Venereol] 2010 Oct; Vol. 24 (10), pp.1207-13.
12. A Comparative Study of Quality Outcomes in Freestanding Ambulatory Surgery Centers and Hospital-Based Outpatient Departments: 1997–2004 Askar S Chukmaitov, Nir Menachemi, L Steven Brown, Charles Saunders, Robert G Brooks Health Serv Res. 2008 October; 43(5p1): 1485–1504. Doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00809.x PMID: PMC2653888
13. Day Surgery Activities 2009: International survey on ambulatory Surgery conducted 2011. Toftgaard, ambulatory surgery; Jan2012, Vol. 17 Issue 3, p53-63, 11p
14. Sato, Masami Shirakami, Gotaro Tazuke-Nishimura, Misako Matsuura, Shogo Tanimoto, Keiji Fukuda, Kazuhiko Effect of single-dose dexmedetomidine on emergence agitation and recovery profiles after sevoflurane anesthesia in pediatric ambulatory surgery journal of anesthesia; 2010, vol. 24 issue 5, p675-682, 8p, 4
15. Edward R. Mariano, Larry F. Chu, Christopher R. Peinado, William J. Mazzei. Anesthesia-controlled time and turnover time for ambulatory upper extremity surgery performed with regional versus general anesthesia. J Clin Anesth. PMC 2010 June 1. 2009 June; 21(4): 253–257. Published online 2009 June 6. PMID: PM2745934
16. Fuentes Valdés E, Jiménez Paneque R. Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. 2000. Rev. Cub. Cir. 39 (1): 73-81.
17. Memtsoudis, Stavros G. Ma, Yan Swamidoss, Cephas P. Edwards, Alison M. Mazumdar, Madhu Liguori, Gregory A Factors influencing unexpected disposition after orthopaedic ambulatory surgery. Journal of clinical anesthesia; Mar2012, Vol. 24 Issue 2, p89-95, 7p
18. Edward R. Mariano, Larry F. Chu, Christopher R. Peinado, William J. Mazzei. Anesthesia-controlled time and turnover time for ambulatory upper extremity surgery performed with regional versus general anesthesia. J Clin Anesth. Author manuscript; available in PMC 2010 June 1.. 2009 June; 21(4): 253–257. Published online 2009 June 6. doi: 10.1016/j.jclinane.2008.08.019 PMID: PMC2745934

Recibido: 11 de mayo de 2012

Aprobado: 23 de junio de 2012

Dr. Carlos Eleodoro Fernández Illas. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** carlucho@infosol.gtm.sld.cu

Tabla 1. Edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 15	3	1.91	1	0.64	4	2.55
16 - 25	15	9.56	15	9.56	30	19.1
26 - 35	11	6.01	20	12.74	31	19.75
36 - 45	9	5.63	17	10.83	26	16.56
46 - 55	19	12.11	15	9.56	34	21.66
56 - 65	18	11.46	1	0.64	19	12.1
66 y más	5	3.18	8	5.73	13	8.28
Total	80	50.96	77	49.04	157	100

Tabla 2. Diagnóstico y tipo de intervención

Diagnóstico	Número de operaciones		Urgente		Electiva		Ambulatoria	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hernia región inguinocrural	28	17.8	-	-	28	17.8	26	16.5
Hernia epigástrica	20	12.7	5	3.1	15	9.5	19	12.1
Apendicitis aguda	18	11.4	18	11.4	-	-	3	1.9
Litiasis vesicular	9	5.7	-	-	9	5.7	9	5.7
Hernia región inguinocrural atascada	9	5.7	9	5.7	0	0	6	3.8
Nódulo de mama	9	5.7	0	0	9	5.7	9	5.7
Quiste de ovario	7	4.4	1	0.6	6	3.8	5	3.1
Colecistitis aguda	4	2.5	4	2.5	-	-	1	0.6
Herida por arma blanca o de fuego	5	3.1	5	3.1	-	-	1	0.6
Total	157	100.0	52	33.12	105	66.88	115	73.25

Fuente: Dato primario

Tabla 3. Estadía hospitalaria y tipo de intervención

Estadía hospitalaria	Urgente		Electiva		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 24	22	14.01	93	59.23	115	73.25
24 - 48 horas	7	4.45	6	3.82	13	8.28
Hasta 72 horas	9	5.73	1	0.63	10	6.37
Más de 72 horas	14	8.91	5	3.18	19	12.10
Total	52	33.12	105	66.87	157	100.00

Fuente: Dato primario

Tabla. 4. Relación de complicaciones en operaciones ambulatorias y no ambulatorias

Complicación	Ambulatoria		No Ambulatoria	
	No.	%	No.	%
Seroma	1	0.6	1	0.6
Sepsis de la herida	-	-	3	1.9
Dehiscencia de la herida	1	0.6	-	-
Hematoma	1	0.6	1	0.6
Sangramiento posoperatorio	-	-	1	0.6
Hematocele	-	-	1	0.6
Total	3	1.8	7	4.5

Tabla 5. Distribución de cirugía ambulatoria por patología

Diagnóstico	Total		Ambulatoria	
	No.	%	No.	%
Hernia inguinoocrural	28	18.40	26	92.86
Hernia epigástrica	20	13.15	19	95.00
Apendicitis aguda	18	11,84	3	16.67
Litiasis vesicular	9	5.92	9	100.00
Nódulo de mama	9	5.92	9	100.00
Hernia inguinoocrural atascada	9	5.92	6	66.67
Quiste de ovario	7	4.6	5	71.43
Rectocistocele	6	3.94	5	83.33
Miomatosis uterina	6	3.94	3	50.00
Heridas por armas	5	3.28	1	20.00
Colecistitis aguda	4	2.63	1	25.00
Prolapso uterino	3	1.97	3	100.00
Nódulo de tiroides	2	1.31	2	100.00
Otras	26	17.1	23	88,46
Total	157	100.0	115	73.25

Fuente: Dato primario