

CARTAS AL DIRECTOR

Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales?

Sr. Director: Hemos leído con atención el artículo publicado por López Santiago et al¹. Nos alegra comprobar cómo la cirugía menor (CM) se va desarrollando progresivamente como parte de las actividades rutinarias de los equipos de atención primaria (AP) y felicitamos a nuestros compañeros de Cartagena por el éxito de su funcionamiento. Tras la lectura detallada del artículo, y al vernos reflejados en él, deseáramos realizar algunas reflexiones por dos razones: una primera para matizar algunas cuestiones que quizás no quedan del todo claras, y una segunda para introducir un debate, en nuestra opinión de mucho interés, que venimos manteniendo en nuestro equipo desde hace tiempo.

Una primera matización viene dada por la necesidad de aclarar el punto en que reflejan las recomendaciones sobre el estándar numérico adecuado de remisión de muestras para biopsia, que sitúan en el 60-80%. En nuestro estudio referenciado no se establece ningún criterio cuantitativo de remisión como reflejan los auto-

res, sino cuatro criterios cualitativos, basados en la bibliografía y consensuados con nuestros patólogos de referencia (tabla 1)².

Un segundo aspecto de extraordinario interés, muy relacionado con el debate del que hablábamos previamente, es el de la concordancia clínico-patológica como parámetro de calidad del programa de CM. Aunque es, evidentemente, un criterio de calidad de los programas de CM, son necesarias algunas matizaciones. Los resultados de concordancia de los estudios de Arribas et al³ y de López Santiago et al¹ son efectivamente superiores al 80%, pero hay aspectos a valorar para poder establecer comparaciones homogéneas. En ambos estudios el porcentaje de lesiones de diagnóstico clínicamente sencillo o «evidente» (verrugas virales mayoritariamente, quistes epidérmicos y lipomas) supera el 30%, llegando en el estudio de Arribas et al hasta el 44,2%. En nuestro caso, aunque la concordancia fue del 68,85%, el porcentaje de este conjunto de lesiones que se remitió para biopsia fue del 4,52%. Resultados más parecidos a los nuestros presenta el estudio de McWilliam et al⁴ en el que el número de lesiones de diagnóstico clínico «evidente» fue también mucho menor. La concordancia desde nuestro punto de vista está muy condicionada por

el tipo de patología atendida y remitida, así como por el porcentaje de remisión de piezas. Los resultados son muy diferentes según se remitan para biopsiar todas las piezas o sólo aquellas de diagnóstico dudoso o en las que sospechamos que los resultados de la anatomía patológica puedan modificar nuestra actitud.

Otra matización importante resulta de la lectura detallada del artículo de Arribas et al³, que refiere textualmente remitir para biopsia todas las lesiones realizadas por exéresis. En nuestro medio utilizamos de forma casi sistemática la crioterapia para el tratamiento de lesiones virales y otros procesos⁵. Esta técnica, que como bien es sabido no permite la realización posterior de biopsia, está ampliamente recomendada en la bibliografía para el tratamiento de lesiones virales, estando documentada su indicación como técnica de primera elección frente a la exéresis o el uso de la electrocirugía. Podría suponer un problema de calidad el tratamiento de las verrugas virales con otras técnicas por su mayor morbilidad y riesgo de iatrogenia.

Llegado este punto, el debate se establece sobre: primero, la adecuación de los criterios cuantitativos para valorar la calidad de los programas de CM en AP, y segundo ¿qué piezas deben ser remiti-

TABLA 1. Criterios de calidad del programa de cirugía menor desarrollados en nuestro estudio²

	Criterios	Aclaraciones	Excepciones
Criterio n.º 1	Información suficiente	Cada solicitud debe incluir en todos los casos: nombre, edad, descripción, localización y diagnóstico previo	Ninguna
Criterio n.º 2	Remisión adecuada	Se remite para: descartar malignidad o aclarar diagnóstico. No cumple si el diagnóstico es «evidente»: verruga, lipoma, quiste	Ninguna
Criterio n.º 3	Resección completa	La extirpación debe respetar los límites de la lesión	- Biopsia de piel diagnóstica - Técnicas específicas como el rebanado + electrocoagulación
Criterio n.º 4	Concordancia clínico-patológica	Deben coincidir diagnóstico clínico y anatomopatológico	Diagnóstico anatomopatológico no concluyente

das para estudio biopsico? ¿Hay que solicitar estudio anatomopatológico de todas las muestras resecadas o sólo en aquellas en las que hay un objetivo concreto?

Si el criterio cuantitativo es global (número de piezas enviadas a anatomía patológica/número de procesos de CM) no sólo no es válido, sino que puede provocar una inadecuada elección de la técnica quirúrgica más eficiente para cada paciente, en aras de no alejarse de un estándar cuantitativo que además no está validado ni consensuado. Analizando nuestro último estudio referenciado⁵, más del 50% de la patología susceptible de resolver con CM en nuestro centro (verrugas vulgares, plantares, molluscus contagiosum, acrocordomas y queratosis seborreicas de diagnóstico clínico evidente) fue tratado con criocirugía. Si incluyéramos estas patologías en un criterio cuantitativo global, tendríamos que cambiar –aun con un diagnóstico clínico de seguridad– la técnica quirúrgica a exéresis de la lesión para no tener menos de un 50% de patologías susceptibles de CM sin remitir pieza a biopsia. En respuesta a las preguntas formuladas en segundo lugar, creemos que cualquier exploración complementaria debe ser realizada cuando vaya a cambiar la actitud diagnóstica, pronóstica o terapéutica. Las razones básicas por las que remitir las piezas son dos en nuestra opinión: cuando no tengamos un diagnóstico de seguridad o cuando exista la posibilidad de que sean lesiones malignas (sobre todo lesiones pigmentadas para descartar melanomas o nevus displásicos, o que clínicamente pudieran ser compatibles con epitelomas basocelulares o espinocelulares).

Probablemente, más que criterios cuantitativos, que lo único que analizan es la desviación de un número referente (no necesariamente el ideal de calidad), sería necesario establecer criterios cualitativos, es decir, habría que remitir determinadas lesiones con

ciertas características. Por poner un ejemplo, en ningún caso se nos plantearía realizar un cultivo de exudado faríngeo o un test de aglutinación rápido, para confirmar el diagnóstico de una amigdalitis estreptocócica, si estamos razonablemente seguros del diagnóstico. Un argumento adicional estriba en la capacidad de los criterios cualitativos para indicarnos la actitud a seguir ante la detección de problemas, permitiéndonos mejorar, en caso de que esté comprobada una relación con buenos resultados de la atención, la calidad de un servicio.

Desde nuestro punto de vista, sería más razonable buscar criterios de remisión de piezas a anatomía patológica según patologías o condiciones. Esto nos permitiría comparar la variabilidad inter e intraequipo, facilitando el análisis y la comprensión de variables diferenciales, como por ejemplo la disponibilidad de técnicas de cirugía dermatológica o formación clínica dermatológica.

Son muchos los autores que argumentan que la solución pasa más bien por mejorar las habilidades diagnósticas que por remitir todas las lesiones a biopsiar⁶. Aunque hay autores que sugieren que la retroalimentación que supone la recepción del informe biopsico mejora las habilidades diagnósticas⁴, nuestra experiencia es que esto es insuficiente, resultando más eficaz la formación continuada intraequipo (resultados significativos, datos propios no publicados). Una posible solución a este dilema que planteábamos podría resultar de remitir un mayor número de muestras al inicio de la actividad de cirugía menor y, conforme aumentaran las habilidades diagnósticas, ir seleccionando las muestras a remitir.

Aunque ni siquiera en nuestro equipo hemos llegado a un total acuerdo sobre este punto, creemos llegado el momento de plantearnos los consejos sobre remisión de piezas de cirugía menor para biopsia con espíritu crítico, hu-

yendo de asumir dogmáticamente, como en ocasiones hemos hecho los médicos de familias, las recomendaciones, por otra parte no demostradas empíricamente, de otros profesionales ajenos a nuestro medio de trabajo.

**J.F. Menárguez Puche
y P.A. Alcántara Muñoz**

Centro de Salud Virgen de la Consolación.
Molina de Segura (Murcia).

1. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez P, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de usuarios. *Aten Primaria* 2000; 26: 91-95.
2. Menárguez Puche JF, Martínez Bienvenido E, Robles Mondéjar J, Lorenzo Zapata MD, Martínez Fernández E, Raigal Jurado S. Cirugía menor en atención primaria ¿Es adecuado el nivel de calidad con que se desarrolla? Comunicación al V Congreso de Atención Primaria. *Alcantarilla*, 13 de junio de 1998.
3. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo S, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996; 17: 142-146.
4. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oorgahan P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ* 1991; 303: 1177-1179.
5. Alcántara Muñoz PA, Martínez Villalba MJ, Menárguez Puche JF, Rubio Espín A, Martínez González AB, Albaladejo Serrano AP. Crioterapia en atención primaria: eficaz y segura. Comunicación al XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Tenerife, 11 de diciembre de 1999.
6. Shrank AB. General practitioners and minor surgery. *Br J Dermatol* 1991; 125: 599-600.

Cardiopatía isquémica: ¿hacemos prevención secundaria en atención primaria?

Sr. Director: De todos es sabido el creciente interés que las actividades preventivas han suscitado en el ámbito de la atención primaria (AP). Si todas ellas se sustentan en la medicina basada en