

4. Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, Held P, McMurray JJ, Michelson EL, et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet*. 2003;362:759–66.
5. McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K, Granger CB, Held P, Michelson EL, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: The CHARM-Added trial. *Lancet*. 2003;362:767–71.
6. Karch FEE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1977;21:247–54.

Carles Albaladejo Blanco^{a,*}, Juan Antonio García Vicente^b y Gisela Solsona Tomás^a

^aÁrea Básica de Salud Llefià, Badalona, Centro docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, España

^bServicio de Atención Primaria de Badalona y Sant Adrià de Besòs, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 24270cab@comb.es

(C. Albaladejo Blanco).

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.006

Cirugía menor en el ámbito urbano y en el ámbito rural de atención primaria

Minor surgery in the urban and rural primary care setting

Sr. Director:

Con el objetivo de analizar las posibles diferencias en el servicio de cirugía menor (CM) entre el medio rural y el medio urbano se diseñó un estudio retrospectivo que analiza las intervenciones de CM del año 2005 en un centro de salud (CS) urbano y en un CS rural del Área de Burgos, representativos y con acreditación docente.

La variable principal fue el tipo de centro de salud (urbano o rural); otras variables que se estudiaron fueron la edad, el sexo, el diagnóstico clínico, la técnica utilizada, las complicaciones, la histología y la concordancia clinicopatológica.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 11.0. Se describió la prevalencia de la utilización del servicio de CM. De las variables cuantitativas se obtuvieron la media y la desviación estándar y de las variables cualitativas, las frecuencias. La significación estadística de las asociaciones se estableció mediante el test de χ^2 con un valor de p inferior a 0,05.

La proporción de individuos que utilizaron el servicio de CM fue del 3,3‰ en el ámbito urbano y del 17,5‰ en el ámbito rural, con una edad media de $50,9 \pm 19,1$ años, más elevada en el ámbito rural ($61 \pm 22,6$) que en el ámbito urbano ($45 \pm 15,1$) y con una mediana de 50,5. No hubo diferencias significativas con respecto al sexo y a la técnica más utilizada (electrocirugía), pero sí con respecto al diagnóstico clínico según el ámbito de realización.

En el CS urbano hubo un porcentaje mayor de muestras enviadas al servicio de anatomía patológica; mientras que en el CS rural hubo un porcentaje menor de complicaciones y una mayor concordancia del diagnóstico clínico y anatomopatológico (tabla 1).

Una posible limitación del estudio es la ausencia de indicación precisa de CM en algunos casos (como en la cirugía estética), lo que puede influir en los diagnósticos.

En los diagnósticos clínicos destaca el elevado porcentaje de fibroma blando en el ámbito urbano con respecto a otros estudios^{1,2}. Un estudio en el medio rural³ presentó un

porcentaje similar al que se observa en nuestro estudio, aunque incluye un elevado porcentaje de heridas cutáneas. Si bien el grado de concordancia está muy influido por el número de muestras derivadas con un diagnóstico clínico evidente, la concordancia diagnóstica en el medio urbano está en sintonía con algunos estudios²⁻⁴, aunque en otros^{1,5} es superior al 80%. Es muy llamativa la alta concordancia diagnóstica en el medio rural en nuestro estudio con

Tabla 1 Tabla de contingencia entre el tipo de centro de salud (CS) y las otras variables cualitativas estudiadas

	CS rural	CS urbano	P
Sexo			
Hombre	57,8%	56,9%	0,929
Mujer	42,2%	43,1%	
Muestra histológica			
No	68,9%	23,1%	<0,001
Sí	31,1%	76,9%	
Complicaciones			
No	100%	95,4%	0,036
Sí	0%	4,6%	
Concordancia del diagnóstico			
No	7,1%	40%	0,025
Sí	92,9%	60%	
Diagnósticos clínicos de las intervenciones de cirugía menor			
Fibroma blando	15,6%	43,1%	0,004
Nevus melanocítico	8,9%	23,1%	0,053
Queratosis actínica	2,2%	1,5%	0,792
Queratosis seborreica	8,9%	3,1%	0,224
Quiste epidérmico	17,8%	10,8%	0,292
Quiste mucoide	2,2%	1,5%	0,792
Lipoma	4,4%	1,5%	0,566
Verruga vulgar	15,6%	7,7%	0,193
Verruga plantar	2,2%	0%	0,409
Uña encarnada	8,9%	0%	0,026
Otras patologías	13,3%	7,7%	0,332

CS: centro de salud.

respecto a estudios previos, ésta se acrecienta por el menor porcentaje de enfermedad con diagnóstico clínico evidente.

Posiblemente, el envío de más muestras a anatomía patológica y la concordancia menor en el medio urbano reflejen una mayor incertidumbre en el diagnóstico clínico.

Como han apuntado algunos autores², quizás haya que remitir a anatomía patológica las piezas con diagnóstico dudoso o, cuando sospechemos que el resultado pueda modificar nuestra actitud, establecer unos criterios cualitativos y, al aumentar las habilidades diagnósticas, seleccionar las muestras para remitir.

La inexistencia de complicaciones en el medio rural también aparece en otro estudio⁶. Las complicaciones en el medio urbano pueden indicar una mejor calidad de registro. Se necesitan estudios de seguimiento para confirmar los datos iniciales.

Agradecimientos

Al servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Yagüe de Burgos por las facilidades prestadas para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. Efectividad de la

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.009

cirugía menor dermatológica en la consulta de médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:772-5.

2. Menarguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA. Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales?. *Aten Primaria*. 2001;28:80-1.
3. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA, Médicos de atención Primaria zona 6 de Albacete. Cirugía menor en un centro de atención primaria rural: 2 años de experiencia. *MEDIFAM*. 2003;13:285-90.
4. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;28:320-5.
5. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez P, Pérez López P, Ribas Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de usuarios. *Aten Primaria*. 2000;26:91-5.
6. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blanco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. *Aten Primaria*. 2002;30:86-91.

Ángel Carlos Matía Cubillo*, Francisco Javier de Juana Izquierdo, Olena Zhygálova y Maria Antonia Udaondo Cascante

Centro de Salud Pampliega, Pampliega, Burgos, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelcmatia@gmail.com (A.C. Matía Cubillo).

Aceptación de la vacunación contra el virus del papiloma humano por parte de padres de niñas de sexto de primaria

Acceptance of the HPV vaccine by parents of 11-year old

Sr. Director:

La Food and Drug Administration ha aprobado la comercialización de la vacuna contra los serotipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) con la finalidad de reducir la prevalencia de cáncer de cérvix en la población de Estados Unidos. De la misma manera, recientemente las autoridades sanitarias de nuestro país han aprobado su entrada en el calendario de vacunación y, más concretamente en Cataluña, se ha aprobado su administración en niñas de 11 a 12 años mediante estrategia comunitaria en las escuelas en sexto curso de primaria.

Actualmente se puede afirmar que la vacuna contra el VPH previene la infección por VPH, pero no se ha demostrado todavía protección frente a la progresión hacia la neoplasia intraepitelial cervical¹.

Las vacunas frente a VPH proporcionan un alto grado de protección contra la infección persistente y las lesiones cervicales precancerosas asociadas. Sin embargo, todavía

hay muchas cuestiones por resolver². Parece demostrado que la administración de la vacuna ofrecerá protección contra la infección de VPH en el 70% de los casos³, pero la vacunación no puede sustituir el desarrollo de los programas de cribado mediante el frotis de cérvix⁴. Estos programas de prevención mediante el cribado de cáncer de cérvix deberán permanecer como intervenciones secundarias importantes, incluso en poblaciones vacunadas, ya que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH. También hay controversia sobre el desconocimiento sobre la duración del efecto⁵.

Con las pruebas actuales se puede pensar que la vacuna frente a VPH podría ser capaz de prevenir la aparición de cáncer de cérvix, pero esta asociación todavía está por demostrarse. En la aplicación de las actividades preventivas hay que tener un especial cuidado no sólo con la efectividad, sino también con la falta de maleficencia de las novedades terapéuticas y más cuando se trata de una enfermedad de la que ya hay medidas preventivas efectivas⁶.

La introducción de una novedad preventiva debería basarse en pruebas sólidas, y en este caso todavía hay muchas dudas por resolver: ¿variará la prevalencia de cáncer de cérvix en nuestra población?, ¿se deberá revacunar?, ¿cambiará la vacuna el valor predictivo del Papanicolaou?, ¿es esta prueba costeefectiva?, etc.

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha decidido la administración de las vacunas contra el VPH (sólo en sexo femenino), la hepatitis A, la hepatitis B y