

# Cirugía y traumatología menor, ¿podemos?, ¿podremos?

J.J. Rodríguez Alonso<sup>a</sup> y J.M. Arribas Blanco<sup>b</sup>

## Planteamiento del problema

En los últimos años asistimos a discusiones constantes sobre la calidad en los actos médicos y sobre los costes que supone la asistencia sanitaria a todos los niveles.

Asumiendo el enorme desarrollo tecnológico y la diversidad de posibilidades que, potencialmente, son posibles en el abordaje de los problemas de salud de los pacientes, es lógico valorar las diferentes competencias que pueden desarrollarse, razonablemente y con garantía, en cada nivel asistencial (y por cada profesional) para la resolución de dichos problemas. Dentro de esas competencias, que se nutren de tecnología sencilla y habilidades perfectamente asumibles por los médicos de cabecera, están los procedimientos básicos quirúrgicos y traumatológicos (cirugía y traumatología menor).

Hace más de 15 años, Menon NK<sup>1</sup> se refiere a la cirugía menor como aquellos procedimientos que tienen como característica común la aplicación de técnicas quirúrgicas, u otras intervenciones sencillas y de corta duración, que se realizan habitualmente en los tejidos superficiales y accesibles y que, precisando en general de

anestesia local, tienen bajo riesgo y presentan escasas complicaciones posquirúrgicas.

La traumatología menor aún carece de parcela concreta<sup>2</sup>, aunque podríamos definirla como el conjunto de procedimientos y habilidades que engloban el diagnóstico y tratamiento de aquellas dolencias y traumatismos del aparato locomotor, especialmente localizados en tejidos blandos, como estructuras ligamentosas o musculotendinosas, que pueden y deben manejarse, en principio, sin tratamiento quirúrgico.

Dentro de los múltiples motivos de consulta que encontramos en el centro de salud, con frecuencia surgen problemas que requieren exploraciones específicas para su diagnóstico o técnicas quirúrgicas o traumatológicas para su tratamiento.

Parece lógico pensar que una pequeña laceración deba ser adecuadamente valorada y tratada en el centro de salud y no enviada al hospital. Por otra parte, sería temerario e incorrecto tratar, en atención primaria, laceraciones complejas en manos o una quemadura subdérmica en la cara. Sin embargo, también en estos casos existe una adecuada forma de recepción del paciente con dicha lesión, de realizar una primera valoración y de proporcionar un correcto envío al hospital.

Igual sucede con pequeños traumatismos, que sin precisar estudio radiológico se puedan atender y seguir en la consulta del médico de familia. No sólo en la inmovilización inicial, sino en la recuperación y rehabilitación posterior con la fisioterapia adecuada. En traumatismos más severos, es importante conocer el manejo ante la sospecha de fracturas y cómo estabilizarlas para su derivación.

En definitiva, el conocimiento de las técnicas básicas de cirugía menor y traumatología permiten la resolución *in situ* o la derivación apropiada de numerosos problemas de salud de los pacientes que acuden a atención primaria.



LECTURA RÁPIDA

## Planteamiento del problema

La cirugía menor engloba procedimientos sencillos y de corta duración, que se realizan habitualmente en los tejidos superficiales y accesibles y que, precisando en general de anestesia local, tienen bajo riesgo y presentan escasas complicaciones posquirúrgicas.

Aunque la traumatología menor carece de parcela concreta, puede considerarse que engloba el diagnóstico y tratamiento de aquellas dolencias y traumatismos del aparato locomotor, especialmente localizados en tejidos blandos que pueden y deben manejarse, en principio, sin tratamiento quirúrgico.

El conocimiento de las técnicas básicas de cirugía menor y traumatología permiten la resolución *in situ* o la derivación apropiada de numerosos problemas de salud de los pacientes que acuden a atención primaria.

<sup>a</sup>Coordinador del Grupo de Traumatología en Atención Primaria (GTAP). Médico de Familia. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón (Madrid). España.

<sup>b</sup>Coordinador del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. Profesor Asociado de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Médico de Familia del Centro de Salud Universitario Cerro del Aire. Majadahonda (Madrid). España.

Correspondencia:  
Juan José Rodríguez Alonso.  
C/ Miró, 8.  
28290 Las Matas (Madrid). España.

Correo electrónico:  
jjrodrigueza@papps.org

Manuscrito recibido el 15 de mayo de 2002.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 22 de mayo de 2002.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
**Posicionamiento de los autores**

▼  
Podemos y debemos realizar cirugía y traumatología menor de calidad.

**Argumentos a favor**

▼  
La realización de cirugía menor y el manejo exhaustivo de la traumatología de partes blandas por el médico de familia mejora la accesibilidad de los pacientes a la utilización de los recursos sanitarios.

▼  
Los sistemas sanitarios se benefician de que estos procesos se atiendan en los centros de salud. Disminuyen las listas de espera y se abaratan los costes.

▼  
Los profesionales perfeccionan la calidad de su actuación clínica. Sin duda ello contribuye a mejorar la autoestima del profesional y la relación médico-paciente.

Por ello, el aprendizaje y la experiencia en estas disciplinas deben ser elementos fundamentales para la formación completa del médico de familia.

**Posicionamiento de los autores**

El médico de familia cuida de forma integral y continua a los pacientes, en colaboración con todos los componentes del sistema sanitario, realizando actividades de prevención, otras veces de diagnóstico y, sin duda, acciones terapéuticas.

El médico de familia que realiza cirugía menor contribuye a la prevención del melanoma o del carcinoma espinocelular, con el diagnóstico y la exéresis adecuados de los nevos displásicos o de queratosis actínica. Asimismo, diagnostica correctamente entidades clínicas (vasculitis cutáneas, enfermedad de Bowen, etc.) en la propia consulta con una biopsia, y trata eficazmente lesiones antiestéticas como verrugas, queratosis seborreicas, quistes epidérmicos o procesos patológicos indiscutibles como hemorroides trombosadas o uñas encarnadas, sin olvidar la sutura de laceraciones o drenaje de abscesos<sup>3</sup>.

El médico de familia que aborda la traumatología menor diagnostica aquellas dolencias del aparato locomotor que pueden aliviarse y, en muchos casos, resolverse en atención primaria, con medidas físicas como la inmovilización rígida (férulas de escayola o de otros materiales sintéticos como la resina de fibra de vidrio), los vendajes funcionales que permiten una recuperación precoz<sup>4</sup>, fisioterapia o incluso las infiltraciones articulares o periarticulares.

Por lo tanto, contamos con más herramientas para la práctica profesional de calidad del médico de familia en el primer nivel asistencial. *Podemos y debemos realizar cirugía y traumatología menor de calidad.*

**Argumentos a favor***Los pacientes*

Agradecen que su médico de familia se ocupe de la mayoría de sus problemas de salud. Ello condiciona seguridad hacia su médico como profesional, a la par que aumenta la comodidad. Los resultados diagnósticos y terapéuticos de la cirugía menor y la traumatología se ven rápidamente y la satisfacción, confianza y reconocimiento

del paciente son patentes durante todo el proceso al solucionar eficazmente su problema.

La realización de cirugía menor y el manejo exhaustivo de la traumatología de partes blandas por el médico de familia mejora la accesibilidad de los pacientes a la utilización de los recursos sanitarios. Por otra parte ahorra tiempo y dinero del propio paciente y enriquece la relación médico-paciente<sup>5-7</sup>.

*Los sistemas sanitarios*

Se benefician de que estos procesos se atiendan en los centros de salud. En diversos artículos se ha indicado que se disminuirían las listas de espera en las consultas de cirugía general<sup>6-9</sup>, traumatología, rehabilitación y reumatología; abarata los costes y permitiría que los recursos del hospital se empleen en procedimientos y consultas más complejos.

*Los profesionales*

Al poseer más herramientas y habilidades, tanto terapéuticas como diagnósticas, perfeccionan la calidad de su actuación clínica. Sin duda ello contribuye a mejorar la autoestima del profesional y la relación médico-paciente. No debemos olvidar el «deseable» aumento de retribuciones que supondría la realización de un servicio nuevo a la población. Además, estas actividades –junto con muchas otras en la medicina de familia– nos pueden ayudar a huir del «encorsetamiento» funcional que, lejos de motivar la buena práctica clínica, nos dirige cada vez más hacia una actuación profesional con demasiados matices de insatisfacción y de aburrida rutina. Por otra parte, se presentan nuevas líneas de trabajo en la docencia e investigación de la medicina de familia y de la atención primaria en general; circunstancias esenciales para mejorar la calidad del acto médico, el enriquecimiento del perfil profesional y la autovvaloración profesional y personal del médico de familia.

El conocimiento y aprendizaje práctico de recursos terapéuticos en el aparato locomotor, como los vendajes funcionales, las infiltraciones, o el consejo de medidas de higiene postural o ejercicios para determinadas dolencias como la lumbalgia, o la recuperación de un esguince de tobillo, ha-

cen más gratificante la consulta del médico de familia.

### *Los futuros profesionales*

Como son los residentes de medicina de familia, tienen como una de sus preferencias en la elección de centro y tutor la realización de cirugía menor y la práctica de otras habilidades como las infiltraciones. Otros recursos, como los vendajes funcionales o los conocimientos de fisioterapia básica, aún no atraen lo suficiente a los residentes, al no estar lo suficientemente extendidos o asumidos por los médicos y se delega a otros profesionales de atención primaria como enfermería o fisioterapeutas o de atención especializada.

### **Argumentos en contra**

En los años noventa, pese a que el programa de la especialidad de medicina de familia contempla la formación en distintas habilidades quirúrgicas, eran muy pocos los médicos de familia que lo realizaban<sup>10</sup>. En ese momento las razones que se aducían eran: exceso de demanda asistencial, falta de entrenamiento o competencia del médico y las nulas motivaciones (profesionales y económicas), o incluso, no disponer de una infraestructura adecuada.

Está claro que en la actualidad persisten algunos de los motivos que en esa encuesta nacional se indicaban como causa de la nula existencia de la cirugía menor. Curiosamente otra razón que no se refería como posible causa apareció con gran agresividad y fue un argumento muy beligerante en contra del desarrollo de la cirugía menor: la interacción con otras especialidades.

Respecto a la traumatología menor, la falta de formación posgrado en estos aspectos, así como la ausencia de orientación en las rotaciones posgrado por servicios de especialidades en aparato locomotor, consultas más centradas en traumatismos más severos o enfermedades más complejas, hace que la preparación sea escasa o incluso nula. Asumir más funciones que incluso exigen un esfuerzo formativo, y además realizan ya otros profesionales, sin otros beneficios que asumir el riesgo de las complicaciones de tales técnicas, hace que sea poco apetecible embarcarse en nuevos retos.

Además, el paciente tiene asumido, y nos hemos encargado durante muchos años de que fuera así, que el cirujano es quien se encarga de las intervenciones quirúrgicas sean de la magnitud que sean, que los traumatismos precisan estudio radiológico casi siempre y que luego es el traumatólogo quien se encarga de su seguimiento. Por si fuera poco, contamos con el reumatólogo o el rehabilitador por si el paciente insiste. Tendríamos que reeducar al paciente, soportar su escepticismo al comentarle que nosotros le vamos a extirpar el nevus o le vamos a infiltrar el hombro, reconducir la temible y abrumadora pregunta: «y para esto, ¿no sería mejor que me enviara al especialista?».

### **Interacciones negativas con otros profesionales**

Lamentablemente, y de igual manera que sucedió antes en el Reino Unido<sup>11</sup>, en España se produjo una polémica desmesurada y graves acusaciones de intrusismo y mala praxis hacia los médicos de familia, que desembocaron en actitudes de rechazo a la formación de los residentes de medicina de familia en algunas rotaciones. Afortunadamente la historia ha demostrado que los malos augurios y profecías sobre el «desastre de la cirugía menor» eran invenciones con nula consistencia. La cirugía menor es hoy un elemento más de interacción positiva entre la atención primaria y el segundo nivel asistencial.

En el caso de la traumatología, apenas se ha creado incertidumbre, ya que salvo en el caso de las infiltraciones se ve con buenos ojos que los médicos de familia asuman y ofrezcan un atención de calidad en dolencias y traumatismos menores.


### **Déficit de formación**

Se cuestiona la capacitación y habilidad para la realización de estos procedimientos por los médicos de familia españoles<sup>12</sup>. Ciertamente, al principio del desarrollo de la cirugía menor en España había claras deficiencias. Sin embargo, los numerosos programas de formación en forma de textos, sistemas audiovisuales y cursos presenciales han proporcionado una intensa capacitación a miles de médicos de familia españoles en los últimos años. En todo caso, es la capacitación adecuada en estos


#### LECTURA RÁPIDA

##### **Argumentos en contra**


En los años noventa, pese a que el programa de la especialidad de medicina de familia contempla la formación en distintas habilidades quirúrgicas, eran muy pocos los médicos de familia que lo realizaban.

 Asumir más funciones que incluso exigen un esfuerzo formativo, y además realizan ya otros profesionales, sin otros beneficios que asumir el riesgo de las complicaciones de tales técnicas, hace que sea poco apetecible embarcarse en nuevos retos.

##### **Interacciones negativas con otros profesionales**

 La cirugía menor es hoy un elemento más de interacción positiva entre la atención primaria y el segundo nivel asistencial. En el caso de la traumatología, apenas se ha creado incertidumbre.

##### **Déficit de formación**

 Se cuestiona la capacitación y habilidad para la realización de estos procedimientos por los médicos de familia españoles.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
La capacitación adecuada en estos procedimientos es el argumento más importante y limitante, junto con el sentido común, para la realización o no de cirugía menor.

**Sobrecarga asistencial/ausencia de incentivos**

▼  
En la actualidad, con consultas inundadas de patología banal y burocracia, es difícil despertar el interés por el aprendizaje y la práctica de habilidades que lo «único» que van a aportar es satisfacción profesional y beneficio al paciente.

▼  
**Déficit de infraestructura y materiales apropiados**

▼  
En la mayoría de los centros de salud no existe la dotación idónea para realizar la cirugía menor con garantías óptimas. Tampoco contamos con el material apropiado para realizar inmovilizaciones adecuadas.

▼  
**Conclusiones**

▼  
Podemos y debemos realizar cirugía y traumatología menor en medicina de familia como una herramienta más de nuestra práctica profesional, que enriquece nuestro perfil profesional

procedimientos el argumento más importante y limitante, junto con el sentido común, para la realización o no de cirugía menor.

Más reciente es el interés por la traumatología. En los últimos años han aparecido material docente y cursos-talleres, patrocinados tanto por la industria farmacéutica como por las instituciones públicas o por las sociedades médicas, en temas relacionados con la patología del aparato locomotor.

Los grupos que coordinamos han impartido cursos que han llegado a cerca de 8.000 médicos en cirugía y a 5.000 en traumatología.

**Sobrecarga asistencial/ausencia de incentivos**

En la actualidad, situados en un marco que entristece nuestro presente y ensombrece nuestro futuro como es el «síndrome de *burn out*», con consultas inundadas de patología banal y burocracia, es difícil despertar el interés por el aprendizaje y la práctica de habilidades que lo «único» que van a aportar es satisfacción profesional y beneficio al paciente, monedas de incalculable valor en los años de la reforma, pero que en los días que vivimos cada vez se alejan más de la práctica diaria del médico de familia.

Es bueno que la administración sanitaria nos proponga dentro de su cartera de servicios la cirugía menor; sin embargo, ha podido faltar una valoración de la situación real de partida y ha sobrado prisa, con el riesgo que ello conlleva de *efecto bumerán*. Pero, sobre todo, se puede agotar la escasa motivación por trabajar más y asumir más riesgos... gratis y con las consultas demasiado desbordadas. De todos es sabido que el salario es similar si se realiza cirugía menor —u otras actividades dentro de la atención primaria— que si no se hace (*sic*).

**Déficit de infraestructura y materiales apropiados**

En la mayoría de los centros de salud no existe la dotación idónea para realizar la cirugía menor con garantías óptimas. Tampoco contamos con el material apropiado para realizar inmovilizaciones adecuadas. Es cierto que en la propia consulta, con mínimo instrumental y material aceptable,

se pueden realizar bien procedimientos de cirugía menor y traumatología; sin embargo, se debe exigir la existencia de una consulta específica para cirugía menor con mobiliario —lámpara quirúrgica, camilla de altura regulable, lavabo, etc.— adecuado y material quirúrgico de media-alta calidad, suturas mecánicas, hilos sintéticos, electrobisturí, nitrógeno líquido, así como material de inmovilización adecuado: *tape*, vendas elásticas adhesivas de calidad contrastada, *tape-cutters*, tijeras apropiadas, *pretape*, aerosoles específicos, vendas enyesadas, vendas de resina de fibra de vidrio para determinados casos, ortesis, etc.

**Conclusiones**

*Podemos* y debemos realizar cirugía y traumatología menor en medicina de familia como una herramienta más de nuestra práctica profesional, que enriquece nuestro perfil profesional y aumenta nuestra autovaloración —es gratificante y divertida.

Dicha actuación ha demostrado ser buena y bien acogida por los pacientes, así como ha mostrado ser eficiente para el sistema sanitario.

*Podremos* si insistimos en la formación progresiva y de calidad —acreditación institucional de niveles de capacitación, reto que está por hacer—, en la dotación de materiales e infraestructura óptimas, en la correcta interrelación con otros especialistas y, sobre todo, en incentivar este trabajo —que no está exento de riesgos.

Si las consultas siguen aumentando, es materialmente imposible realizar este tipo de procedimientos u otras actuaciones de nuestra especialidad y se burocratizará de nuevo, más si cabe, la consulta del médico de familia. Estamos convencidos de que esto no sucederá...

**Bibliografía**

1. Menon NK. Minor surgery in general practice. *The Practitioner* 1986;230:917-20.
2. Rodríguez Alonso JJ. ¿Traumatología «menor» en atención primaria? *Aten Primaria* 2000;2:657-96(editorial).
3. Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo, 2000.
4. Hazañas Ruiz S, Gálvez Alcaraz L, Cepas Soler JA. Estabilización funcional frente a inmo-

- vilización ortopédica en el esguince de tobillo grado I-II (leve). *Aten Primaria* 1999;23:425-8.
5. O'Cathain JE, Brazier PC, Milner M, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992;42:13-7.
  6. Arribas JM, Gil ME, Sanz C, Morón I, Muñoz-Quirós S, López A, et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Bar)* 1996;107:772-5.
  7. Vázquez García VM, Pérez Laorden A, De-traux Viguera M, Barea Peinador F, Arquiga Thireau, Méndez Calvo MJ, et al. Evaluación de las infiltraciones como técnica terapéutica habitual en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998;21:627-30.
  8. Lowy A, Brazier I, Fall M, Thomas K, Jones N, Willians BT. Minor surgery by general practitioner under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993;307:413-7.
  9. Tárraga PJ, Marín E, García D, Celada A, Solera J, Cerdán M, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:335-8.
  10. Arribas Blanco JM. Cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia: situación en España. Ponencia del XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria; 23-26 de noviembre de 1994. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1994.
  11. Brown JS. Should general practitioners perform minor surgery? *Br J Hosp Med* 1988;39:103.
  12. Sánchez Yus E, Camacho Martínez F. Cirugía dermatológica [carta]. *Med Clin (Bar)* 1997;109:44-5.