

Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria

A. Arroyo Sebastián^a, A.J. Tomás Gómez^a, J. Andreu Gálvez^a, P. García Peche^a, M.A. Arroyo Sebastián^b, D. Costa Navarro^a, J. Lacueva Gómez^a, H. Schwartz Chavarri^c, F. Leyn van der Swalm^d y R. Calpena Rico^e

Introducción. A pesar de su priorización, la realización de la cirugía menor (CM) en atención primaria (AP) es deficitaria.

Objetivo. Creación y evaluación de un programa de implantación y desarrollo de CM en AP adecuado a los problemas de nuestra área sanitaria.

Diseño. Prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Emplazamiento. Área Sanitaria 19 (Servicio Valenciano de Salud): Servicio de Cirugía del Hospital de Elche y tres centros de Salud (CS) (Altabix, Crevillente y Santa Pola).

Participantes. Médicos de AP y médicos especialistas en cirugía.

Fases. Se establecieron las siguientes fases: a) selección de CS. Protocolización del tipo de paciente, patología, documentación y establecimiento de circuitos de trabajo; b) realización de sesiones quirúrgicas en los CS a cargo de dos cirujanos ayudados por médicos de AP («líderes quirúrgicos»), con instrumental quirúrgico de hospital, y c) realización de la cirugía por médicos de AP supervisados por un cirujano, con instrumental y circuito de esterilización en los CS. El programa finaliza con la autonomía quirúrgica del médico de AP y de los medios del CS.

Resultados. Se han realizado 41 sesiones quirúrgicas (14 en Altabix, 14 en Crevillente y 13 en Santa Pola). Se intervino a 335 pacientes, practicándose 398 procedimientos quirúrgicos (un 55,5% escisiones, un 34,9% electrocoagulación y un 9,6% otras). No se presentó ninguna complicación inmediata. La evolución mensual del número de pacientes fue constante, con una media de 10,22 programaciones/sesión. Remitieron pacientes 36 médicos y de ellos 24 realizaron actividad quirúrgica.

Conclusiones. Se consiguió un programa práctico y seguro de implantación y desarrollo de la CM en AP, con satisfacción tanto del médico como del paciente.

Palabras clave: Cirugía menor. Atención primaria. Programa.

PROGRAMME TO INTRODUCE AND DEVELOP MINOR OUT-PATIENT SURGERY IN PRIMARY CARE

Introduction. Despite the priority placed on it, minor surgery is not performed enough in primary care (PC).

Objective. To create and evaluate a programme to introduce and develop minor out-patient surgery in primary care in a way that matches our health area's needs.

Design. Prospective, longitudinal and descriptive study.

Setting. Health Area 19 (Valencian Health Service): Surgery Department of Elche Hospital and 3 health centres (HC) (Altabix, Crevillente and Santa Pola).

Participants. PC doctors and specialist surgeons.

Stages. a) Selection of HC. Working out protocol of kind of patient, pathology, paper-work and establishment of work circuits; b) surgical sessions at the HC, performed by two surgeons assisted by PC doctors («surgical leaders») and with surgical instruments from the hospital; c) surgery performed by PC doctors supervised by a surgeon, with instruments and the sterilisation circuit in the HC. The programme ends up with the PC doctor's surgical autonomy and with use of the HC's own resources.

Results. 41 surgical sessions took place (14 in Altabix, 14 in Crevillente and 13 in Santa Pola). 335 patients were operated on in 398 surgical procedures (55.5% excisions, 34.9% electrocoagulation, 9.6% others). There were no immediate complications. The monthly evolution in the number of patients was constant, with a mean of 10.22 interventions per session. 36 doctors referred patients and 24 of them performed a surgical procedure.

Conclusions. A practical and safe programme to introduce and develop minor surgery in PC, to the satisfaction of doctors and patients.

Key words: Minor surgery. Primary care. Programme.

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario. Elche. Alicante. España.

^bMédico de Atención Primaria. Área de Salud 19 del SVS. Elche. Alicante. España.

^cDirector de AP. Área de Salud 19 del SVS. Elche. Alicante. España.

^dDirector Gerente. Hospital General Universitario. Elche. Alicante. España.

^eJefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario. Elche. Alicante. España.

Correspondencia:
Antonio Arroyo Sebastián.
Avda. Óscar Esplá, 35,
Esc. 4, 6.º D.
03007 Alicante. España.
Correo electrónico:
arroyocir@hotmail.com

Manuscrito recibido el 6 de junio de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de julio de 2003.

Introducción

En los últimos años se han suscitado discusiones sobre la calidad y los costes que supone la asistencia sanitaria en todos los niveles. El médico de atención primaria (AP) ha ido adaptándose a los cambios organizativos, docentes y asistenciales, enriqueciendo progresivamente su perfil de actuación¹. Por ello, la cirugía menor (CM) ha sido priorizada en este nivel asistencial ante la gran demanda de la población y como solución al largo tiempo de espera y baja accesibilidad de derivación a la atención especializada (AE), con la consiguiente insatisfacción de la población^{2,3}.

En nuestro medio su implantación es todavía muy baja debido a: *a)* inadecuación de medios, material o espacio físico para realizar la actividad quirúrgica; *b)* falta de vías normalizadas de acceso a anatomía patológica, esterilización, etc.; *c)* insuficiente interrelación con otras especialidades implicadas (cirugía, dermatología, traumatología, entre otras), y *d)* dificultades de los profesionales para asumir la CM, debido a motivos tales como elevada presión asistencial, falta de reconocimiento institucional, falta de organización de la actividad, falta de formación continuada, etc. Sin embargo, programas previos de colaboración entre médicos de AP y AE en el Área 19 del Servicio Valenciano de Salud para la derivación de pacientes potencialmente quirúrgicos han ofrecido unos resultados excelentes desde un punto de vista de eficacia, eficiencia y calidad asistencial⁴. Por ello, la colaboración entre la AP y AE aplicada en CM puede ser la solución a los problemas citados.

Objetivos y desarrollo del programa

El propósito fue crear y evaluar un programa de implantación y desarrollo progresivo de CM en AP adecuado a los problemas de nuestra área sanitaria.

Para ello se llevó a cabo un análisis prospectivo, longitudinal y descriptivo en el Área Sanitaria 19 del Servicio Valenciano de Salud (Elche) entre marzo de 2002 y julio de 2003, en el que participaron tres centros de salud (CS) del área y el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario de Elche (centro de referencia).

La implantación y el desarrollo del programa se llevaron a cabo en tres fases, que se describen a continuación.

Primera fase (marzo-mayo de 2002)

– Selección de tres CS (CS Altabix de Elche, CS de Creyente y CS de Santa Pola) que cumplieran los siguientes requisitos: atender urgencias médicas, ofrecer al menos dos médicos de AP interesados por el proyecto, facilitar personal de enfermería y poseer instalaciones adecuadas para el desempeño de la actividad quirúrgica.

TABLA 1

Clasificación del estado físico del paciente de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)

ASA I: paciente sano

ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve que no limita su actividad (hipertensión arterial leve, diabetes mellitus controlada con dieta, broncopatía crónica controlada, etc.)

ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero no incapacitante (enfermedad arterial coronaria con angina, diabetes mellitus insulino dependiente, insuficiencia respiratoria, obesidad mórbida, etc.)

ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave incapacitante que es una amenaza constante para su vida (insuficiencia cardíaca, angina inestable, arritmia cardíaca intratable, insuficiencia respiratoria, hepática, renal o endocrina avanzada, etc.)

ASA IV: paciente moribundo cuya supervivencia probablemente no supere las 24 h, con o sin intervención

U: cuando el procedimiento quirúrgico se realiza con carácter urgente se añade una U al estado físico previamente definido

TABLA 2

Patologías o procesos incluidos en cirugía menor

Lesiones dérmicas no sospechosas de malignidad (verrugas, papilomas, fibromas, nevus, etc.)

Lipomas

Quistes sebáceos

Uñas encarnadas

Cuerpo extraño en piel y subcutáneo

Frenillo lingual

Control de abscesos (forúnculos, panadizos, etc.)

Control y cura de heridas

Control de sondas de alimentación

Control de ostomías

– Selección de cirujanos participantes en el proyecto. Finalmente se integraron al programa 5 miembros pertenecientes al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario de Elche.

– Determinación de los criterios de inclusión: tipo de pacientes (riesgo anestésico ASA I-II) (tabla 1) y patologías de CM que requiriesen procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que presentasen bajo riesgo y tras los que no eran esperables complicaciones posquirúrgicas significativas (tabla 2). Los criterios de exclusión quedan reflejados en la tabla 3.

– Preparación de la documentación necesaria: *a)* historia clínica (aportada por el propio CS), con datos y antecedentes personales, diagnóstico y tratamiento a realizar, solicitud o no de preoperatorio y consentimiento

TABLA 3
Criterios de exclusión

Lesiones que sobrepasen la epidermis en zonas anatómicas de alto riesgo (cara, región parotídea, arco zigomático, región retroauricular, triángulo cervical posterior, fosa supraclavicular, borde interno del codo – epitroclea –, cara anterior del codo, cara ventral de la muñeca, cara lateral de los dedos, cara anteroexterna de la rodilla, dorso de pies y manos, zona axilar, zona inguinal)
Alergia a anestesia local
Sospecha de malignidad
Cicatrices queloideas previas
Coagulopatía (cirrosis, déficit de factores de la coagulación, pacientes anticoagulados o en tratamiento con antiagregantes, etc.)
Patologías crónicas no compensadas o insuficientemente estudiadas (diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia suprarrenal, etc.)
Pacientes terminales
Ausencia de firma del consentimiento informado

TABLA 4

Lesiones Caja de cirugía menor
1 pinza de disección con dientes
1 pinza de disección sin dientes
2 pinzas osquito curvo
1 tijera de Metzembaum
1 tijera de hilos
1 mango de bisturí n.º 3 o 4
1 portaagujas de Mayo
Caja contenedor
Paquete doble bolsa estéril
2 pinzas de Allis
1 juego de separadores de garfio, Farabeuf, Senn-Miller
2 cangrejos
1 pinza de Pean de 14 cm
Cauterío OP-TEMPS oftálmico portátil

informado; b) parte quirúrgico en el que debían hacerse constar el número de historia clínica o SIP y nombre del paciente, médico que había propuesto al paciente, diagnóstico y tratamiento efectuado, solicitud o no de estudio anatomopatológico y cirujano/s que habían intervenido, y c) informe de instrucciones al alta, a entregar al paciente, con referencia del circuito a seguir en caso de duda o complicación.

- Determinación de los circuitos de trabajo referentes a esterilización del instrumental quirúrgico y remisión de piezas quirúrgicas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Elche.
- Inspección de las instalaciones a utilizar.
- Solicitud de material quirúrgico (tabla 4).

Segunda fase (junio-octubre de 2002)

Inicio de las primeras sesiones quirúrgicas, con asistencia de dos cirujanos junto a médicos de AP del CS (dos como máximo por sesión quirúrgica), con realización de una o dos sesiones por mes/centro, en horario de tarde (16 a 21 h). Durante este período el instrumental quirúrgico necesario se suministró desde el Hospital de Elche.

Tercera fase (noviembre de 2002-febrero de 2003)

En esta fase tan sólo asistía un cirujano por sesión quirúrgica junto a los médicos de AP.

Las intervenciones se practicaron con material quirúrgico perteneciente al propio CS, y los circuitos de esterilización se llevaron a cabo únicamente en él.

El programa finalizó con la realización de sesiones quirúrgicas en los CS sin la presencia del cirujano.

Evaluación

En los 9 meses transcurridos desde junio de 2002 a febrero de 2003, se realizaron 41 sesiones quirúrgicas en los tres centros seleccionados (14 en el CS de Altabix, 14 en Crevillente y 13 en Santa Pola). Se programaron 419 pacientes, 37 para consulta quirúrgica (8,8%) y el resto para intervención (382 pacientes, el 91,2% de las programaciones).

De los pacientes programados para intervención, ésta se suspendió en 25 casos por no comparecencia del enfermo (6,5%) y en otras 22 (5,7%) por falta de indicación quirúrgica, contraindicación funcional en ese momento o remisión a otras unidades diferentes de la de CM en AP. El número total de suspensiones fue, por tanto, de 47 (el 12,3% de las programaciones de quirófano).

Así pues, se intervino a 335 pacientes, a los que se practicaron 398 procedimientos quirúrgicos (63 pacientes [19%] presentaban al menos doble patología que precisaba tratamientos diferentes). En 221 casos se realizaron escisión de la lesión y sutura primaria (un 55,5% de las intervenciones); en 139 (34,9%), electrocoagulación/electrofulguración única o múltiple (verrugas simples, fibromas, etc.), y en 38 (9,6%), otro tipo de intervención (drenajes, remoción ungueal, extracción de cuerpo extraño, entre otras).

La evolución mensual del número de pacientes programados e intervenidos fue constante desde el inicio del programa, estando en relación directa con el número de sesiones realizadas (tres mensuales al inicio del programa y 6 a partir del tercer mes). Aumentó progresivamente el porcentaje de pacientes citados para consulta (de uno por sesión en los primeros 4 meses a 2,5 por sesión en los 4 últimos).

Los índices obtenidos por sesión quirúrgica fueron de 10,22 programaciones/sesión (8,17 pacientes intervenidos con 9,71 procedimientos, 1,44 consultas y 0,61 suspensiones o remisiones a otros centros).

Remitieron pacientes al programa 36 médicos de AP de los tres centros, y de ellos 24 actuaron como cirujanos y ayudantes en las sesiones quirúrgicas.

Discusión

La CM practicada en la consulta del CS se viene realizando con buenos resultados de coste-efectividad en países como Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, etc.^{5,6}. En España se encuentra incluida como prestación sanitaria en AP del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 63/1995). En los últimos años se ha producido un aumento importante de la CM en AP, que pasó de 5.217 intervenciones en 1997, en 118 centros de AP, a 70.332 intervenciones en el año 2000 participando al menos un centro por área de salud².

Sin embargo, en nuestro país la realización de esta actividad por los profesionales de AP está limitada por la insuficiente formación continuada de los profesionales en este campo y por los medios disponibles en cada centro.

Con respecto a la formación adecuada de los profesionales de AP en CM, en la bibliografía se proponen varios modelos^{2,7-9}. De ellos, el más utilizado es el modelo «líderes quirúrgicos», donde los profesionales que ofertan CM atienden a sus pacientes y a los de sus compañeros del equipo, existiendo un médico o «líder quirúrgico» con más experiencia. En nuestro programa, facultativos especialistas en cirugía general han contribuido a la formación adecuada tanto en el diagnóstico como en la indicación y tratamiento quirúrgicos.

Por otra parte, con respecto a la infraestructura mínima requerida, la organización de estos programas especiales precisa del respaldo y control de los distintos organismos sanitarios competentes, lo que permite dotar al inicio del programa de los medios para su realización (quirófano, material quirúrgico, etc.) y establecer los circuitos necesarios de relación con otras áreas (anatomía patológica, esterilización, documentación, entre otras) y con los facultativos de la AE^{2,8-10}.

La división en fases del programa ha tenido para nosotros una clara motivación: la primera fase era fundamentalmente teórica, con el propósito de establecer los mínimos requeridos, tanto de personal como de instrumental e instalaciones, así como de valorar el interés despertado por la iniciativa.

La segunda fase fue de comprobación práctica de lo acertado de estas presunciones y demostró lo factible de la programación e intervención en los CS, la alta incidencia de estas patologías en la población, la fiabilidad de los diagnósticos y las propuestas quirúrgicas y la ausencia de complicaciones importantes. Por otra parte, se daba a conocer a los usuarios/pacientes la realización del programa y se valoraban los medios realmente utilizados, con lo que se evitaban dispendios innecesarios.

Es en la tercera fase cuando el programa alcanza su completo desarrollo desde el punto de vista de eficacia quirúrgica y a la vez docente, minimizando también las posibles dudas o reservas en cuanto a seguridad de los pacientes y respaldo de los médicos participantes.

La implantación de un programa totalmente autónomo de CM en los CS es el resultado esperable tras la finalización del programa.

La inclusión de la CM en la oferta de servicios del CS ofrece importantes ventajas para pacientes, profesionales y el propio sistema sanitario¹¹⁻¹⁶:

- Servicio rápido, accesible y adecuado a las necesidades del paciente.
- Atención integrada: familiaridad con el ámbito sanitario y los profesionales.
- Ampliación de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del CS.
- Resultados clínicamente satisfactorios, con muy baja o nula incidencia de complicaciones.
- Refuerzo de la relación médico-paciente.
- Potencial reducción de listas de espera en determinadas patologías, liberando la AE.

Se han detectado ciertos inconvenientes o problemas en el ámbito de la AP, que pueden dificultar su instauración¹¹⁻¹⁶. Entre ellos cabe mencionar los siguientes:

- Coste inicial del equipamiento y mantenimiento, de tiempo y de personal.
- Sobreutilización de este sistema más accesible.
- Aumento de niveles de responsabilidad con las consiguientes reclamaciones médico-legales.
- Resistencia al cambio de la función profesional, añadida a la falta de tiempo por sobrecarga asistencial y mínimo reconocimiento profesional y económico.

En resumen, los médicos incrementan su satisfacción profesional gracias a una mayor capacidad resolutoria, al refuerzo en la relación con los pacientes y a la diversificación de su práctica diaria. Los usuarios, al evitar la derivación, se ahorran desplazamientos y demoras innecesarias para intervenciones sencillas y manifiestan una satisfacción alta. El sistema sanitario, por su parte, logra un sustancial ahorro respecto al mismo servicio prestado en un entorno hospitalario.

Agradecimientos

A nuestros colaboradores: A. Fernández, A. Sánchez, F. Pérez-Vicente (Servicio Cirugía de Cirugía del Hospital de Elche); J. González, M.^a Teresa Pérez, M.A. Seijo (CS Crevillente); G. Palazón, C. de la Sen, D. Peñarroja (CS Altabix); E. Cases, S. Miralles, A. Ortega (CS Santa Pola).

Bibliografía

1. Thomas Mulet V. Medicina de familia, ¿próxima estación? Aten Primaria 2001;28:367-70.
2. Arribas JM, Caballero F, editores. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en medicina de familia (tomos I y II). Madrid: Jarpyo Editores S.A., 2000.

3. Beneyto F, Moreno JM, Navarro J, García JM, Pascual L. Cirugía menor en atención primaria. *Revista SVMFyC* 2000;8:57-62.
4. Arroyo A, Andreu J, García-Peche P, Arroyo MA, Fernández A, Costa D, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001;28:381-5.
5. Finn L, Crook S. Minor surgery in general practice-setting the standards. *J Pub Hlth Med* 1998;20:169-74.
6. Foulkes A. Minor surgery in general practice. *BMJ* 1993;307:685.
7. Berchid M, Martínez V, Illana J, López MA, Rodríguez ME. Cirugía menor programada y urgente en atención primaria. Principios básicos y técnicas elementales. *Salud Rural* 2000;17:23-48.
8. Stuart J, Ridsdill R, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery –a success store? *Br J Gen Pract* 1997;47:205-10.
9. Urraca J, Ayuso R, Olasagasti C. Cirugía menor en el centro de salud. *Cuadernos de Gestión* 1995;1:165-74.
10. Vergara J. Electrocirugía básica dentro de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Medifam* 1998;8:252-5.
11. Brown JS. Should general practitioners perform minor surgery? *Br J Hosp Med* 1988;39:103.
12. Fernández JM, Pérez P, García Cruces J, Paulino A, Lozano C. Experiencia con la cirugía menor: seis meses de trabajo. *Centro de Salud* 1998;2:464-6.
13. López A, Lara R, De Miguel A, Pérez P, Ribes E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000;26:91-5.
14. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, William B. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993;307:413-7.
15. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992;42:13-7.
16. Vaquero JJ, García JM, Díaz J, Blasco D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria acorde con el costo. *Aten Primaria* 2002;30:86-91.