

ORIGINALES

Cirugía oral ambulatoria. Experiencia en una unidad de salud bucodental en atención primaria

M.C. Gómez González, J.E. Esteban Piquero, M.J. Teomiro Calleja, J.F. Pérez Castán* y E. García Puente

Gerencia de Atención Primaria de Don Benito. Unidad de Salud Bucodental de Villanueva de la Serena (Badajoz). Servicio de

Objetivo. Describir los resultados obtenidos de la realización de la actividad de cirugía oral ambulatoria en una unidad de salud bucodental, evaluar la calidad asistencial y monitorizar su evolución a lo largo de los 2 años de implantación.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo, metodología de evaluación de la calidad.

Participantes. Intervenciones de cirugía oral realizadas durante 1998 y 1999.

Emplazamiento. Atención primaria. Unidad de Salud Bucodental de Villanueva de la Serena.

Mediciones y resultados principales. Se realizan 140 intervenciones en 1998 y 1999. Se analizan 12 variables descriptivas. Se elaboran 10 criterios de calidad, normativos y explícitos. Se evalúa la calidad científico-técnica, utilizando tasas de cumplimiento.

Los restos radiculares (28,6%) y los cordales incluidos o retenidos (24,3%) son los diagnósticos más frecuentes. Los procedimientos quirúrgicos más utilizados son: extracción de raíz residual (28,6%) y extracción quirúrgica de diente incluido (24,3%). Un 100% de los usuarios tenía firmado el consentimiento informado.

Se realizó biopsia en un 9,9% de los procedimientos. La concordancia con el diagnóstico se produjo en un 92,8%.

En 1998, 6 de los 10 criterios presentan valores superiores al 90%. La media de los criterios cumplidos por intervención es de 7,4 criterios. Hay claras deficiencias en la recogida de datos de anamnesis (9,24%) y en el registro de las complicaciones postoperatorias (0% de cumplimiento). Un 60% de los criterios no alcanzó el estándar. En 1999, un 40% de los criterios tiene un valor del 99-100%. Un 70% de los criterios ha alcanzado el estándar. La cuantificación de la mejora es significativa en la anamnesis ($p < 0,001$), analítica ($p < 0,001$) y complicaciones postoperatorias ($p < 0,001$).

Conclusiones. La realización de cirugía oral es una prestación factible de forma ambulatoria. El ciclo de calidad instaurado ha demostrado ser muy eficaz.

Palabras clave: Atención primaria. Cirugía ambulatoria. Cirugía oral. Calidad asistencial.

NON-HOSPITAL MOUTH SURGERY. THE EXPERIENCE OF A BUCCAL-DENTAL HEALTH UNIT IN PRIMARY CARE

Objectives. To describe the results obtained from conducting non-hospital mouth surgery in a buccal-dental health unit, to evaluate the quality of care and to monitor its evolution over two years.

Design. Descriptive, retrospective study with quality assessment methodology.

Participants. Oral surgery interventions conducted during 1998 and 1999.

Setting. Primary care. Buccal-Dental Health Unit at Villanueva de la Serena.

Measurements and main results. 140 interventions took place in 1998 and 1999. 12 descriptive variables were analysed. 10 explicit standard quality criteria were worked out. Scientific and technical quality was measured through compliance rates. The radicular remains (28.6%) and the cordal remains included or retained (24.3%) were the most common diagnoses. The most frequently employed surgical procedures were: residual root extraction (28.6%) and the surgical extraction of included tooth (24.3%). 100% of users had signed an informed consent. In 9.9% of procedures a biopsy was performed: it gave 92.8% concordance with the diagnosis. In 1998, 6 of the 10 criteria scored above 90%. The mean of criteria satisfied per intervention was 7.4. There were clear deficiencies in anamnesis data collection (9.24%) and recording of post-operative complications (0% compliance). 60% of criteria did not achieve the standard. In 1999, 40% of criteria had a figure between 99 and 100%. 70% of criteria achieved the standard. The quantification of the improvement was significant in anamnesis ($p < 0.001$), analysis ($p < 0.001$) and post-operative complications ($p < 0.001$).

Conclusions. Performing mouth surgery is a feasible non-hospital service. The quality cycle installed was highly effective.

Key words: Primary care. Non-hospital surgery. Mouth surgery. Quality of care.

(Aten Primaria 2001; 28: 227-233)

Correspondencia: M. Carmen Gómez González.
Paseo de Extremadura, 5. 06700 Villanueva de la Serena (Badajoz).

Manuscrito aceptado para su publicación el 9-V-2001.

Introducción

El inicio de las actividades de cirugía oral ambulatoria nace en el contexto del Programa de Cirugía Menor en Atención Primaria. La primera experiencia piloto surge en el año 1997, a partir de un protocolo previo, en el que participaron odontólogos y responsables del Programa de Cirugía Menor del Área 9 de Madrid, Lorca (Murcia) y Don Benito-Villanueva (Badajoz), y en el que se definían las líneas generales en cuanto a estructura, proceso y criterios de evaluación que debían contener los protocolos de todas las unidades de salud bucodental (USB) que iniciasen esta actividad a modo de experiencia piloto, desarrollando al igual que en cirugía menor aquellos procesos e intervenciones sencillas que pueden ser llevados a cabo de forma ambulatoria con los recursos existentes, se desarrollan bajo anestesia local, tienen corta duración y muy pocas complicaciones^{1,2}.

Esta actividad se puso en marcha en esta gerencia a través de un protocolo de calidad específico en enero de 1998, aunque la actividad se realizaba desde 1996. La adecuada estructuración de las actividades, tras el desarrollo del protocolo, permitió asegurar un estándar de calidad a través de criterios de idoneidad de uso y aplicación apropiada de procedimientos asistenciales³, asegurar una prestación con un nivel alto de calidad, sujeta a una evaluación continua, que permita introducir periódicamente elementos

TABLA 1. Oferta de servicios: diagnóstico y tratamiento de:

Cordales incluidos
Molares incluidos
Diente retenido
Restos radiculares
Quistes radiculares
Apófisis alveolar
Lesiones de tejidos blandos intraorales
Otras patologías

Cirugía oral. USB Villanueva de la Serena.

de mejora y realizar el ciclo evaluativo o de mejora de la calidad⁴.

La USB del área reorganizó sus actividades, incorporándose la cirugía oral a la oferta de servicios⁵ que además abarca el Programa de Prevención de Caries Infantil y atención a la demanda. Se delimitaron 2 días a la semana, durante 2 horas, para el desarrollo de las actividades; se dotó de infraestructura y recursos específicos, y se estableció un plan de formación específica de sus profesionales.

La actividad la llevan a cabo un médico odontoestomatólogo y una enfermera.

El campo de acción de la cirugía oral en el ámbito de la atención primaria engloba un amplio rango de habilidades que constituyen la oferta de servicios que se explicitan en la tabla 1 y que son susceptibles de ser ampliadas o modificadas en función del desarrollo y evolución del protocolo que define las actividades realizadas en el mismo y de la capacidad de la USB de hacer posible y efectiva la atención en materia de salud dental a la población a través de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento⁶.

El planteamiento inicial que llevó al desarrollo de esta actividad era mejorar la eficiencia, optimizando el uso de recursos en atención primaria, hacia una oferta de servicios que tradicionalmente están reservados en parte para la atención especializada, responder a la

creciente demanda sentida por la población que acude a la USB en atención primaria y mejorar la accesibilidad⁷.

El objetivo de este trabajo es describir los resultados obtenidos de la realización de la actividad cirugía oral en el ámbito de la atención primaria en la USB, evaluar la calidad asistencial de las intervenciones de cirugía oral en su dimensión científico-técnica y analizar su evolución a lo largo de los 2 años de implantación.

Material y métodos

La USB desarrolla sus actividades en la totalidad del área sanitaria, como unidad de apoyo a la atención primaria, con una cobertura de más de 139.000 habitantes. Se encuentra ubicada físicamente en las dependencias del Centro de Salud urbano de Villanueva de la Serena.

El estudio se ha realizado sobre los datos obtenidos de practicar cirugía oral durante los años 1998 y 1999.

Sujetos del estudio, mediciones y materiales

Entran a formar parte del estudio todos los pacientes (procedentes de cualquier punto del área sanitaria) que acudieron a consulta de la USB, en los que se estableció la indicación de aplicar un procedimiento de cirugía oral. Se excluyeron todos los pacientes con algún tipo de contraindicación quirúrgica o con indicación de cirugía pero que a 31 de diciembre de 1999 no se les había aplicado procedimiento alguno. El protocolo define detalladamente las contraindicaciones.

Para la realización del estudio se utilizó la revisión de las historias clínicas. El modelo de historia se diseñó específicamente para la realización del programa. Se recogieron en la historia clínica las siguientes variables: fecha de intervención, fecha de nacimiento, sexo, anamnesis, realización de analítica, realización de radiografía, diagnóstico, procedimiento, complicaciones, fecha de revisión y de alta, profilaxis antibiótica preoperatoria y recomendaciones postoperatorias.

La codificación inicial que se hace constar en la historia, establecida en el protocolo, incluye 7 categorías de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos. Tras

un primer análisis de la serie, se procedió a una depuración de los datos con revisión de todas las historias cuyo diagnóstico correspondía a «otras patologías y otros procedimientos», por agrupar al mayor porcentaje de usuarios, realizando una reclasificación posterior y codificación. Asimismo se revisaron y corrigieron los diagnósticos y sus correspondientes procedimientos cuando no eran coincidentes o concordantes.

Se estableció un circuito de derivación de muestras a anatomía patológica y un circuito de derivación a cirugía maxilofacial de las posibles complicaciones o de las posibles patologías que estuviesen fuera de los objetivos de la USB.

Elaboración de los criterios de calidad del proceso

Su elaboración se ha realizado a través de la metodología más utilizada en la actualidad^{4,8-14}. Se han establecido criterios explícitos, elaborados consensuadamente con la USB. Los criterios de calidad definidos fueron tener registrado:

- Criterio 1: diagnóstico, según codificación.
- Criterio 2: anamnesis que incluya al menos antecedentes o sospecha de reacción alérgica previa, alteraciones de la coagulación, tratamiento farmacológico con anticoagulantes/antiagregantes, diabetes mellitus, vasculopatías, afectación cardíaca, hipertensión, enfermedad psiquiátrica, otros.
- Criterio 3: perfil analítico básico preoperatorio.
- Criterio 4: profilaxis antibiótica preoperatoria en pacientes en riesgo de endocarditis bacteriana (según pauta estándar de protocolo).
- Criterio 5: radiografía diagnóstica.
- Criterio 6: procedimiento, según codificación.
- Criterio 7: fecha de la revisión en la que se produce el alta.
- Criterio 8: presencia/ausencia de complicaciones postoperatorias, según clasificación.
- Criterio 9: consentimiento informado.
- Criterio 10: recomendaciones postoperatorias según protocolo.

Cada criterio se definió con sus aclaraciones y excepciones. Su contenido fue pormenorizado y detallado. Se consensó el estándar de cada criterio. La evaluación del cumplimiento del protocolo es anual y comprende del 1 de enero al 31 de diciembre de ambos años.

Tipo de estudio

Para el primer objetivo, el diseño del estudio es descriptivo, retrospectivo, de las intervenciones de cirugía oral realizadas en 2 años. Las variables categóricas se describieron como porcentajes, con intervalos de confianza. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana), de dispersión (rango y desviación estándar). Para el estudio de calidad, se ha utilizado la metodología de mejora de la calidad^{12,13}.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba χ^2 de comparación de proporciones, con un intervalo de confianza del 95%. Como paquete estadístico se utilizó el SPSS 6.1.

Resultados

De la actividad

El número total de intervenciones fue de 140, con 139 usuarios (uno de ellos fue objeto de 2 intervenciones simultáneamente). La distribución fue: 42 intervenciones en el año 1998 y 98 en 1999.

En la figura 1 se muestra el número de episodios atendidos de cirugía oral, en función de la edad a lo largo del período de 2 años. Un 44% de las intervenciones ha sido realizada a pacientes de 15-34 años. La media de edad fue de 35 años (rango, 6-79; mediana, 27; DE, 18,2 años), realizándose un 51,8% en mujeres.

Los diagnósticos prequirúrgicos se muestran en la tabla 2, siendo los más frecuentes: restos radiculares, 40 casos (28,6%); cordales incluidos o retenidos, 34 (24,3%), y molares incluidos, 27 (19,3%). Las lesiones de partes blandas representan un 12,1% del total.

Los procedimientos quirúrgicos utilizados con más frecuencia fueron: extracción de raíz residual (28,6%), extracción quirúrgica de diente incluido (27,8%) y extracción quirúrgica de molares (19,3%) (tabla 3).

Se realizó radiografía diagnóstica en un 70,7% de los usuarios.

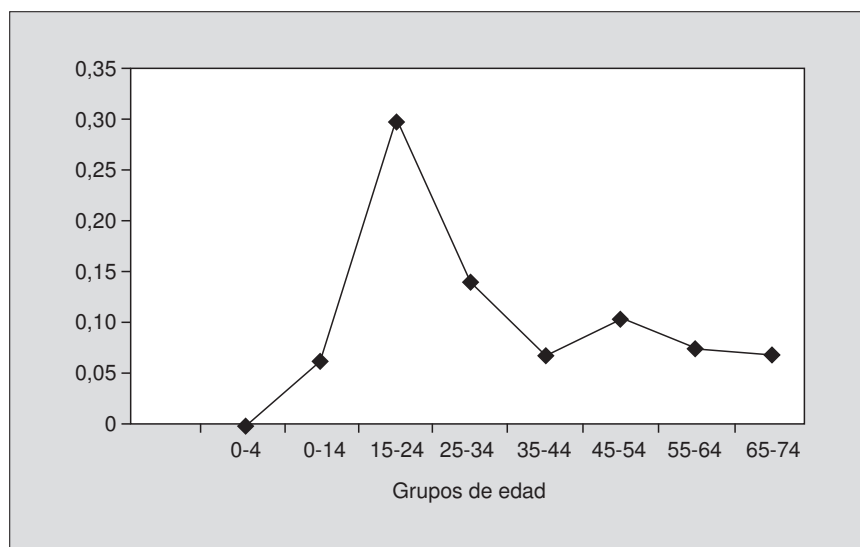


Figura 1. Distribución por edad.

TABLA 2. Diagnóstico prequirúrgico

Diagnóstico	Total	%	1998	%	1999	%
Cordales incluidos	17	12,1	3	7,1	14	14,3
Cordales retenidos	17	12,1	1	2,4	16	16,3
Diente retenido	5	3,6	3	7,1	2	2,0
Restos radiculares	40	28,6	14	33,3	26	26,5
Molares incluidos	27	19,3	1	2,4	26	26,5
Torus mandibular	12	8,6	6	14,3	6	6,1
Fibroma yugal	9	6,4	5	11,9	4	4,1
Epulis	3	2,1	1	2,4	2	2,0
Mucocele	1	0,7	1	2,4	0	0,0
Frenillo	3	2,1	2	4,8	1	1,0
Leucoplasia	1	0,7	1	2,4	0	0,0
Sepsis bucal	5	3,6	4	9,5	1	1,0
Total	140	100,0	42	100,0	98	100,0

Cirugía Oral. USB Villanueva de la Serena.

No se practicó en lesiones de partes blandas, torus, y sepsis bucal. De todas la radiografías realizadas, un 34% fue ortopantomografías, realizadas principalmente en cordales incluidos o retenidos (58,8%). El resto de radiografías (66%) fueron laterales, oblicuas o panorámicas.

El consentimiento informado se firmó en la totalidad de los 140 procedimientos quirúrgicos practicados.

En un 81,4% de los intervenidos no hubo antecedentes dignos de

interés en la anamnesis. La hipertensión y las vasculopatías fueron los antecedentes más frecuentemente encontrados. Hubo 2 casos de alteraciones en la coagulación que no fueron contraindicación de la cirugía.

Diagnóstico anatomopatológico. Se tomaron 14 muestras de partes blandas para realizar examen por anatomía patológica (9,9% de los diagnósticos), con objeto de realizar confirmación diagnóstica. La concordancia con el diagnóstico inicial se produjo en un 92,8%. Se

TABLA 3. Procedimientos

	Total	%	1998	%	1999	%
E.q. de diente impactado	8	5,7	1	2,4	7	7,1
E.q. de diente incluido	31	22,1	6	14,3	25	25,5
E. de raíz residual	40	28,6	14	33,3	26	26,5
Regularizaciones óseas	12	8,6	6	14,3	6	6,1
Biopsia de encía o alveolo	14	10,0	8	19,0	6	6,1
E.q. molares incluidos	27	19,3	1	2,4	26	26,5
Frenectomía	3	2,1	2	4,8	1	1,0
Extracciones múltiples	5	3,6	4	9,5	1	1,0
Total	140	100,0	42	100,0	98	100,0

Cirugía Oral. USB Villanueva de la Serena.

TABLA 4. Resultado del cumplimiento de los criterios de calidad del Protocolo de Cirugía Oral. Comparación con el estándar

Criterios	1998	1999	Estándar
1. Diagnóstico	100	100	100
2. Anamnesis	9,24	87,7	75
3. Analítica	73,81	98,63	85
4. Profilaxis antibiótica preoperatoria	92,86	86,7	100
5. Radiografía diagnóstica	83,33	88,8	100
6. Procedimiento	95,24	100	100
7. Fecha de revisión con el alta	92,86	92,9	85
8. Complicaciones postoperatorias	0	92,9	100
9. Consentimiento informado	100	100	100
10. Recomendaciones postoperatorias	92,86	99	85

Resultado expresado en porcentajes.

TABLA 5. Incumplimiento de criterios 1998-1999

Criterios	Rango	1998	Rango	1999
Diagnóstico	9	0	8	0
Anamnesis	2	34,86	2	11,06
Analítica	3	10,09	6	1,23
Profilaxis antibiótica preoperatoria	5	2,75	1	11,96
Radiografía diagnóstica	4	6,42	3	10,07
Procedimiento	8	2	9	0
Fecha de revisión con el alta	6	2,75	4	6,38
Complicaciones postoperatorias	1	38,53	5	6,38
Consentimiento informado	10	0	10	0
Recomendaciones postoperatorias	7	2,75	7	0,9

Porcentaje respecto al total de incumplimientos.

detectó una lesión con malignidad.

Complicaciones. Se presentaron 2 complicaciones (1,4%), que en ambos casos fueron alveolitis.

El alta se dio a la semana, coincidiendo con la revisión protocolizada, en un 93,5% de los casos.

Profilaxis. Se estableció profilaxis preoperatoria en el 67% de las intervenciones en 1999. De éstas un 13% fue con antibiótico y el resto solamente con antiséptico oral. No se han valorado los datos de 1998 por irregular recogida de éstos.

Evaluación de la calidad

El análisis y evaluación de los 10 criterios de calidad, pertenecientes a las 140 intervenciones revisadas en 1998 y 1999, se reflejan en la tabla 4.

Resultado de 1998. El número de intervenciones de cirugía oral que cumplen cada uno de los criterios se refleja en la tabla 4. Hay dos criterios: 1, «diagnóstico», y 9, «consentimiento informado», que se cumplen en todas las intervenciones. Los resultados son superiores al 90% en un 60% de los criterios.

La media de los criterios cumplidos por intervención es de 7,4 criterios (DE, 3,74)

Hay claras deficiencias en el criterio 2, «recogida de datos de anamnesis», con un 9,24% de cumplimiento y en el 8, donde en ninguna historia existía constancia de la existencia o no de complicaciones. El 60% de los criterios no alcanzó el estándar establecido.

Resultado de 1999. Los criterios 1, «diagnóstico»; 6, «procedimiento», y 9, «consentimiento informado», se cumplen en el 100% de las intervenciones. Un 85% de los criterios tiene un valor de cumplimiento por encima del 85%. El 40% de ellos muestra un valor comprendido entre el 99 y el 100%. La media de los criterios cumplidos por intervención es de 9,4 (DE, 0,55).

Un 70% de los criterios ha alcanzado un adecuado cumplimiento acorde a los objetivos planteados: lograr el valor estándar. Los criterios 4, 5 y 8 han obtenido valores inferiores al estándar.

Medida de los defectos o criterios no cumplidos por intervención. Respecto al total de posibles cumplimientos, se detectó un 25,9% de defectos en 1998 y el 5,3% en 1999.

En la tabla 5 se reflejan el número de los defectos que corresponden a cada criterio y el porcentaje relativo sobre el total de

defectos, pudiendo destacar que en 1998 el mayor peso lo representan «complicaciones postoperatorias» y «anamnesis», y en 1999 «profilaxis antibiótica» y «anamnesis».

Cuantificación de la mejora. Respecto a 1998, en 1999 se han obtenido valores superiores en 7 criterios. En el 4, «profilaxis antibiótica», se ha obtenido un valor inferior en 1999 respecto a 1998, no siendo significativa la diferencia. La mejora ha sido significativa en los criterios 2, «anamnesis» ($p < 0,001$); 3, «analítica» ($p < 0,001$), y 8, «complicaciones postoperatorias» ($p < 0,001$).

Evaluación de las medidas correctoras. Se establecieron 2 medidas correctoras y 2 indicadores correspondientes definiendo el valor estándar de ellos. El cumplimiento de los objetivos de mejora en 1999 fue del 100%.

Discusión

La introducción de actividades de cirugía oral en atención primaria ha sido posible por una reorganización de la unidad de salud bucodental, para asumir el incremento de una actividad nueva que ha representado un 1,6% de todos los procesos atendidos en consulta a demanda o programada en 1999, y que ha podido ser realizada, sin merma en las actividades previas.

Se ha duplicado la actividad, en más de un 100% en un año, de 42 a 98 usuarios en 1998 y 1999, respectivamente, debido posiblemente a una adecuación de funciones, la experiencia de la USB, el conocimiento de la existencia de esta actividad por los profesionales de atención primaria, así como por parte de los usuarios.

La población atendida es joven (un 30% tiene 15-24 años) y sigue el mismo patrón que en la serie presentada por Gilthorpe¹⁵, con un pico claro a los 15-24 años y otro, aunque menos elevado, a los 25-34 y una edad media similar a

otras series de cirugía menor¹. Son usuarios pertenecientes a edades laboralmente activas, que conllevan un aumento del gasto en ILT, como así lo demuestran otros estudios¹⁶, con el incremento de coste económico y social que esto conlleva y que será objeto de futuros estudios.

Las diferencias de actividad de ambos años estudiados obedecen a que el primer año se realizaron técnicas más básicas y a medida que ha evolucionado la USB se han ido introduciendo otras técnicas quirúrgicas más complejas. Por ello en 1998 la actividad principal eran los restos radiculares, con un 33,3%, y la extracción quirúrgica de cordales y molares incluidos y retenidos fue de un 14,3%, mientras que en 1999 esto supuso un 56,6% y los restos radiculares fueron un 26,3%. La mayor actividad en 1999 corresponde a extracción quirúrgica de cordales, lo que se corresponde con otras series encontradas en la bibliografía¹⁵.

En la generalidad de los pacientes, en cuya anamnesis no se refleja existencia de patología previa conocida, se realiza analítica sistemática o estudio de coagulación sin precisar otras pruebas diagnósticas preoperatorias, pues el riesgo es prácticamente inexistente², ya que la mayoría de las intervenciones se realizan en menores de 40 años con historia clínica sin antecedentes conocidos, no suponiendo un incremento importante de gasto respecto a la actividad de la USB, pues las pruebas radiológicas, como la ortopantomografía ya se venía realizando como diagnóstico, previa a la derivación de los pacientes a cirugía maxilofacial.

Las complicaciones detectadas en la bibliografía¹⁷ sobre cirugía menor encuentran un tasa de infección del 5,5% en un estudio canadiense.

La evaluación de la calidad de 1998 conllevó la aplicación de medidas correctoras que se determi-

naron consensuadamente y que fueron la base de los cambios organizacionales en la actividad, que se llevaron a cabo tras la evaluación. Éstos consistieron en: a) redefinir los criterios 2, 5, 7 y 8 del protocolo, y b) reelaborar una hoja de recogida de datos de la actividad. Los indicadores de cumplimiento de ambas medidas correctoras fueron del 100%, ambas consensuadas con la USB y el responsable del programa de calidad de la gerencia.

La mejora es patente en el criterio 2, donde se ha pasado de un 9,24% de cumplimiento a un 87,7% en 1999, así como en el criterio 8, donde se ha pasado del 0% al 92,9% en 1999.

Los criterios 1, «diagnóstico»; 6, «procedimiento», y 9, «consentimiento informado», presentan un valor del 100%, en 1999, siendo clave en el desarrollo del protocolo el que siempre en todo proceso de cirugía oral esté registrado el diagnóstico y procedimiento y exista un consentimiento informado.

Solo el criterio 4, «profilaxis antibiótica preoperatoria», presenta un valor inferior a 1998.

Los criterios que no alcanzan el valor del estándar para el año 1999 son tres: criterios 4, 5 y 8. Se ha comprobado que dichos criterios presentan ambigüedades en algunos puntos de su definición, y no están ajustados a la realidad del proceso que definen.

Se evidencia que la media de defectos de las intervenciones ha tenido un cambio notable en 1999 tras la introducción de las medidas correctoras. En 1998: 2,60 (DE, 3,74), y en 1999: 0,53 (DE, 0,55).

La comparación de los resultados de 1999 respecto a 1998 se ha establecido teniendo en cuenta las limitaciones que podrían derivarse de la instauración de las medidas correctoras tras la evaluación de 1998. Éstas han servido para aumentar la precisión de los criterios, adecuar la definición de és-

tos y mejorar el registro de la actividad, adecuando la historia clínica, ya que es la principal fuente de información para las actividades de garantía de calidad^{4,8-10}. Esta primera evaluación ha servido de base para mejorar la asistencia, permitiéndonos reflexionar sobre los fallos encontrados en ella y nos ha permitido comprobar los resultados de la aplicación del ciclo de calidad y la idoneidad del mismo⁸.

El ámbito de acción de la cirugía oral y maxilofacial es muy diverso¹⁸ y gran parte de la práctica clínica puede llevarse a cabo de forma ambulatoria, como actividad asumible por la unidad de salud bucodental, con una adecuada formación en la misma^{6,18}; asimismo es susceptible de ser revisada y redefinida, ya que la prestación se ha comprobado como factible en nuestra experiencia y con unos niveles de calidad que consideramos como muy buenos, aunque habría que estudiar otras dimensiones de la calidad.

Concluimos que la introducción de la cirugía oral es una prestación novedosa en atención primaria y su instauración como experiencia piloto permite dar respuesta a una demanda sentida de la población y detectada por la USB en su trabajo habitual; es asimismo un claro ejemplo de que la prestación de un servicio especializado, adaptado al marco de la atención primaria, por una unidad de apoyo de atención primaria, es posible y que la optimización del uso de recursos hacia una oferta de servicios reservada a la atención especializada hospitalaria, cuya accesibilidad es limitada por la distancia y el tiempo de espera en ser atendidos, ha hecho posible adaptar mejor el servicio a la demanda de los ciudadanos, que junto con el aumento de la eficiencia se constituyen como los dos elementos estratégicos fundamentales en todo cambio o introducción de prestaciones sanitarias¹⁹.

Los resultados obtenidos han supuesto la mejoría realizada tanto en actividad como en calidad, con unas medidas correctoras adecuadas y en el corto espacio de un año, por lo cual creemos que esta experiencia podría ser factible en otras áreas de salud con características similares de dispersión. En esta área, el acceso al servicio de cirugía maxilofacial especializado está limitado geográficamente (más de 100 km y en algunas zonas hasta 200) y con grandes listas de espera (un año). Es eficiente, ya que con una inversión económica moderada se obtienen importantes resultados en actividad y calidad, se aumenta mucho la accesibilidad (tiempo de espera 2-3 meses) y produce una elevada satisfacción, como han demostrado otros estudios²⁰. Sería interesante conocer el coste real de la actividad y tener datos de satisfacción de los usuarios de la USB.

Tras la evaluación de 1999, la discusión de los resultados, el análisis de éstos y las propuestas de mejora realizada con la USB, está pendiente la revisión de los criterios y la instauración de medidas correctoras, dentro del objetivo de mejora continua y sistemática, con evaluación periódica de los resultados, que define a la calidad total²¹.

Agradecimientos

A Amelia Sánchez Calderón, por su inestimable ayuda en el procesamiento de los datos.

Bibliografía

1. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amanteguis Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996; 17: 142-146.
2. Arribas Blanco JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: jarpyo, 1999.

3. Guarda Rojas A, Marquet Palomer R, Jovell Fernández A. Recomendaciones para la práctica clínica: protocolos y guías. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria* (4.ª ed.). Madrid: Harcourt, 1998; 292.
4. Palmer R. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
5. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
6. Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. 1986. Ley 10/86 del 17 de marzo (BOE del 20); 78-81.
7. García Boró S, Agra Varela Y. Evaluación y mejora de la calidad asistencial. Bases conceptuales. *MEDIFAM* 1998; 8: 105-112.
8. Nutting PA, Burkhalter BR, Hjon P, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. Guía para clínicos. Barcelona: S.D. Ed., 1991.
9. Abedis Donabedian MD. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (I). *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6 (1): 1-6.
10. Abedis Donabedian MD. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (I). *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6 (2): 1-6.
11. García Boró S, Agra Varela Y. Evaluación y mejora de la calidad asistencial (IV). Estudio de evaluación. *MEDIFAM* 1998; 8.
12. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
13. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, López Montesinos MJ, Gaona Ramón JM, y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Evaluación de la calidad de los denominados protocolos clínicos de fisioterapia elaborados en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 204-210.
14. Medina i Mirapeix F, Torres Vaquero AI, Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, y Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. Evaluación de la calidad de los denominados protocolos clínicos de atención primaria elaborado en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1999; 23: 520-525.

15. Gilthorpe MS, Bedi R. An exploratory study combining hospital episode statistics with sociodemographic variables, to examine the access and utilisation of hospital oral surgery services. *Community Dental Health* 1997; 14: 209-213.
16. Fernández Núñez JM, Pérez Gómez P, Cruces Méndez JG, Paulino Herrera A, Lozano Izquierdo C. Experiencia con la cirugía menor: seis meses de trabajo. *Centro de Salud* 1998; 6: 464-466.
17. Finn L, Crook S. Minor surgery in general practice—setting the standards. *J Pub Health Med* 1998; 2: 169-174.
18. McArdele LW. Specialisation in oral surgery. *Br Dental J* 1997; 183: 392-394.
19. Freire Campo JM. Las preferencias del consumidor. *Nivel práctico. Mapfre Medicina* 1991; 2 (3): 141-150.
20. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero 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 (Barc)* 1996; 107: 772-775.
21. INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid: INSALUD, 1999.