



ORIGINAL

Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de atención primaria[☆]



María Gabriela Ramírez Arriola^{a,*}, Naima Hamido Mohamed^b,
Juan José Abad Vivás-Pérez^c, Juan José Bretones Alcaráz^c,
Juan Manuel García Torrecillas^d y Evelyn Huber^e

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Almería, Almería, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Distrito Poniente, Almería, España

^c Medicina de Familia, Centro de Salud Almería Centro, Almería, España

^d Medicina de Familia, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^e Pediatría, Centro de Salud Almería Centro, Almería, España

Recibido el 14 de diciembre de 2015; aceptado el 12 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 26 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Cirugía menor;
Atención primaria;
Correlación
clinicopatológica;
Satisfacción del
paciente

Resumen

Objetivo: Describir las características de la cirugía menor (CM) en un centro de atención primaria (AP) evaluando la concordancia anatomopatológica y clínica, así como la satisfacción del paciente.

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo.

Emplazamiento: Atención primaria, Centro de Salud (CS) urbano en Almería.

Participantes: La población fueron los usuarios pertenecientes al CS urbano derivados por sus médicos de familia o pediatras para realización de CM a la consulta durante el año 2013 que consintieron la intervención. Se obtuvo una muestra de 223 pacientes.

Mediciones principales: Las variables analizadas fueron: sexo, edad, localización de las lesiones, tipo de intervención realizada, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, complicaciones y satisfacción del paciente. Los datos fueron extraídos de la historia clínica, de los informes de anatomía patológica y mediante encuesta de satisfacción realizada vía correo y telefónica a los pacientes.

[☆] El resumen del proyecto fue presentado como comunicación tipo póster en el 23.º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFYC-Almería celebrado del 23 al 25 de octubre de 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisnati1702@gmail.com (M.G. Ramírez Arriola).

Resultados: En nuestra población la mayoría fue del sexo masculino 53,8%, la edad media fue de 51,12 años con desviación típica de 19,02, la localización de las lesiones que más se intervinieron fue en la cabeza (35,4%). El procedimiento más utilizado fue la electrocirugía (62,8%), biopsiándose solo el 16,9% de las lesiones, de las cuales las más frecuentes fueron los fibromas (32,3%), obteniéndose una correlación clinicopatológica > 80% con un índice Kappa de 0,783 ($p < 0,001$). El número de complicaciones fue bajo. La satisfacción del paciente fue alta.

Conclusiones: Aunque se han generalizado técnicas sencillas de CM, como la electrocoagulación, en AP la CM sigue siendo segura y satisfactoria para el usuario.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Minor surgery;
Primary care;
Clinical pathological
concordance;
Patient satisfaction

Description of clinical pathological concordance and patient satisfaction in minor surgery in a Primary Care centre

Abstract

Aim: To describe the minor surgery (MS) characteristics in a Primary Care (PC) centre, and to evaluate the clinical pathological concordance and patient satisfaction.

Design: Descriptive and retrospective study.

Setting: Primary Care, urban health care centre, Almería, Spain.

Participants: The population were the patients belonging to urban Primary Health Care centre, referred by their family physicians or paediatricians for the performing of MS during year 2013, and who consented to the intervention. A sample of 223 patients was obtained.

Main measurements: Variables analysed were: sex, age, locations of the lesions, type of intervention, clinical diagnosis, histopathology diagnosis, complications, and patient satisfaction. The data were extracted from the medical history, the histopathology reports, and by using a satisfaction questionnaire completed by post or telephone by the patients.

Results: The population consisted of 53.8% males, and had a mean age of 51.12 years (SD 19.02). The location of the most intervened lesions was in the head (35.4%). Electro-surgery was the most used procedure (62.8%), with only 16.9% of the lesions being biopsied, of which the most frequent was fibroids (32.3%). The clinical pathological concordance was > 80% and the Kappa index was 0.783 ($P < .001$). The complications presented were low. The patient's satisfaction was high.

Conclusions: Although a simple MS technique like electro-surgery has become more extensive, MS in PC remains safe and satisfactory for the user.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Como parte del plan de mejoras y competencias del plan de salud de las distintas comunidades autónomas, los médicos de familia ampliamos progresivamente nuestras competencias y habilidades. Por ello, dentro de la cartera de servicios de muchos centros de salud (CS) se incluye la cirugía menor (CM) como una herramienta más a disposición del usuario.

La CM se define como aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración que se realizan sobre tejidos superficiales y estructuras accesibles, bajo anestesia local, y de los que no se derivan complicaciones importantes. No ha de realizarse sobre lesiones en las que se sospeche etiología maligna, ni en pacientes con antecedentes de cicatriz hipertrófica o queloide; tampoco en zonas con riesgo de lesión de estructuras nobles o donde no

se pueda garantizar un buen resultado estético. Tampoco deben intervenir pacientes con antecedentes de alergia a anestésicos locales, coagulopatías o tratamientos anticoagulantes y antiagregantes sin las precauciones pertinentes. Deben tenerse en cuenta las situaciones específicas de pacientes con tendencia a infecciones o mala cicatrización, déficit inmunitario, vasculopatías periféricas, porfirias o esclerodermias^{1,2}.

Realizamos, pues, procedimientos de los que se tiene seguridad técnica de un resultado satisfactorio^{3,4} y tras informar adecuadamente al paciente y obtener su consentimiento informado.

La CM ha demostrado ser coste-efectiva^{5,6}, evitando numerosas derivaciones a atención especializada, dando solución más rápida, efectiva y satisfactoria a los pacientes en un medio más cercano, familiar y conocido como lo es la atención primaria (AP)^{7,8}.

Como criterios de calidad se estiman el envío de muestras a anatomía patológica, la concordancia entre el diagnóstico *de visu* y el de anatomía patológica⁹, así como la satisfacción del usuario¹⁰⁻¹⁴. Según la literatura, el estándar óptimo de envío de muestras a anatomía patológica es del 60-80% de las lesiones. El estudio de concordancia entre el diagnóstico presuntivo y la anatomía patológica según la bibliografía oscila entre el 55 y el 86%¹⁵⁻¹⁸. Los estudios describen un alto grado de satisfacción, y múltiples trabajos describen los beneficios de la CM en AP^{19,20}.

Si bien en España la CM forma parte de la asistencia, docencia²¹ e investigación, se debería incentivar aún más.

Objetivos

Evaluar y describir la evolución de la CM en nuestro CS urbano, las características de su población, los motivos de consulta del paciente, las técnicas más utilizadas, las características de las lesiones más frecuentemente intervenidas, la concordancia anatomopatológica y la satisfacción de los usuarios mediante encuesta de satisfacción.

Materiales y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo a fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

La población diana fueron los pacientes pertenecientes al CS Almería Centro perteneciente al Distrito Sanitario Almería. Dicha población fue de 15.551 personas en 2013, de las cuales 3.548 fueron mayores de 65 años (22,8%). Esta población es asistida por 11 médicos, 3 pediatras y 11 enfermeros. Los pacientes son derivados desde la consulta de su médico y/o pediatra.

Las actividades de CM se efectúan los lunes a primera y última hora por 2 médicos, un enfermero y un auxiliar, interviniéndose un promedio de 5-6 pacientes en cada tramo horario. Intervienen también 3 médicos residentes. En dicha consulta, una vez derivado el enfermo desde el propio médico, se realiza evaluación preoperatoria del paciente y, acto seguido, intervención quirúrgica de CM en acto único. El seguimiento de los cuidados posquirúrgicos lo realizan ambos médicos mediante la consulta a demanda.

La actividad se realiza en un quirófano adaptado para dicha actividad que existe en las instalaciones del CS, adecuadamente equipado.

La población de estudio fueron todos los usuarios atendidos en el programa de CM en el CS durante el año 2013, excluyendo los meses de verano (julio y agosto), en los que se suspende el programa.

Fuente de información. Los datos fueron recogidos de la historia clínica digital (DIRAYA) y de los informes en papel remitidos desde el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Torrecárdenas como centro de referencia.

Criterios de inclusión. Se incluyeron todos los pacientes del CS que consultaron por lesiones en piel tributarias de tratamiento mediante CM ambulatoria que fueron derivados por su médico durante el año 2013 (excepto el periodo vacacional) y que presentaron lesiones de

etiología benigna y aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Fueron excluidos los pacientes cuyas lesiones no presentaron sospecha de benignidad, lesiones complejas o susceptibles de presentar complicaciones importantes (siendo en este caso derivadas al especialista), negativa a realización de la misma por parte del paciente o a firmar consentimiento informado, existencia de alergias o patología que impidieran una segura realización de la cirugía o de sus resultados (antecedentes de cicatrización queloide, lesiones periorificiales, alergia a anestésicos locales, tratamiento anticoagulante sin previo aviso).

Satisfacción del paciente. Se evaluó mediante el procedimiento de encuesta. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50% y que el tamaño total de la población es de 223, será necesario incluir 142 sujetos en el estudio. Teniendo en cuenta un porcentaje de no respuesta del 10%, se consideró necesario obtener un número mínimo de 156 sujetos.

Variables de estudio. Se analizaron variables sociodemográficas (edad y sexo), localización de las lesiones, tipo de intervención, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, complicaciones y satisfacción del paciente.

El diagnóstico clínico tuvo en cuenta los siguientes ítems: fibroma, nevo melanocítico, queratosis actínica, queratosis seborreica, quiste epidérmico, quiste mucoide, lipoma, verruga vulgar, otras verrugas, uña encarnada y otras. Este fue obtenido bien de los informes de CM, bien de los informes de anatomía patológica o de la historia clínica en la que el médico que efectuó la intervención quirúrgica reflejó el diagnóstico presuntivo.

Envío de muestras a anatomía patológica. Sí/no.

Localización de las lesiones. Espalda, cabeza, cuello, extremidad superior, extremidad inferior y otras.

Tipos de intervención. Cirugía uña, criocirugía, electrocirugía, escisión, drenaje, reparación de heridas y extracción de cuerpo extraño.

Diagnóstico anatomopatológico (según informe de anatomía patológica). Fibroma, nevo melanocítico, queratosis actínica, queratosis seborreica, quiste epidérmico, quiste mucoide, lipoma, verruga vulgar, otras verrugas, uña encarnada y lesiones no clasificadas. Se valora la concordancia con diagnóstico clínico o *de visu*.

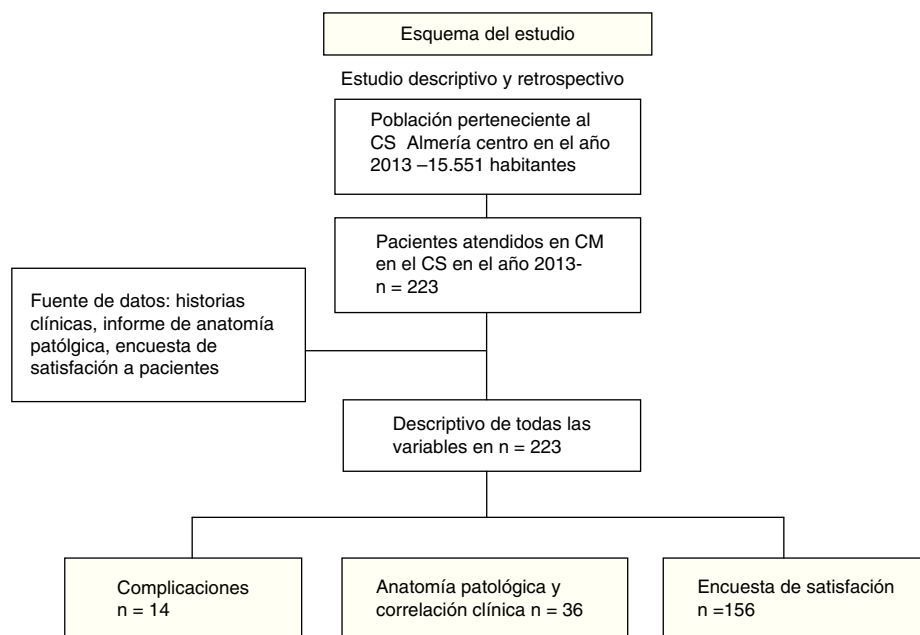
Complicaciones. Prurito cicatriz, queloide, herida abierta, infección y otras.

Evaluación de la satisfacción del paciente. Se efectuó mediante encuesta realizada retrospectivamente por correo o telefónicamente a los pacientes o familiares. Se consideró un máximo de llamadas (3 ocasiones). En la encuesta se indagó si recordaba haberse intervenido quirúrgicamente en su CS y 5 preguntas con 4 o 5 ítems como respuesta (anexo).

Recogida de datos. Los registros se extrajeron del listado de CM del programa DIRAYA. Se obtuvo el consentimiento informado según protocolo. Se realizó revisión en forma retrospectiva entre las 2-3 semanas de efectuada la intervención, con el resultado de anatomía-patológica si lo hubiera, en consulta de seguimiento.

Análisis de datos. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables: las cuantitativas (media, moda, varianza, máximos y mínimos y desviación típica) y las cualitativas (frecuencias y porcentajes). Se realizó análisis bivalente de correlación entre las variables diagnóstico clínico previo y resultado de anatomía patológica, se utilizó una tabla de contingencias calculándose el coeficiente *Kappa*. Se utilizó el programa estadístico SPSS 2.0.

Se biopsiaron el 16,9% de los casos (36). Las lesiones más frecuentes diagnosticadas clínicamente fueron fibromas (32,3%), seguidas de quiste epidérmico (13,9%), verruga vulgar (13%), otros (11,7%), queratosis seborreica (9%), nevo melanocítico (7,6%), otras verrugas (3,6%), quiste mucoide (3,1%), uña encarnada (3,1%), lipoma (2,2%) y queratosis actínica (0,4%) (fig. 3). El diagnóstico «otros» incluyó, por orden de frecuencia: angiomas y cuerno cutáneo, tumores o nódulos sin especificar, reparación de heridas y —poco frecuente— molusco contagioso y absceso.



Esquema general del estudio.

Resultados

Sexo masculino 53,8%(120); 46,2% mujeres (103). La edad media en años 51,12, mediana 49, moda 47, varianza 361,81, mínimos 5 y máximo 90, con desviación típica de 19,02. Se observó una distribución normal según Kolmogorov-Smirnov de 1,249, con una significación de 0,088.

Varios pacientes repiten las intervenciones en 16 casos; 6 de ellos en 2 ocasiones. Veintiséis pacientes (11,6%) se intervinieron por múltiples lesiones en el mismo acto quirúrgico, siendo por orden de frecuencia: fibromas, verrugas, queratosis seborreica, nevo-angiomas, otras (3 pacientes), quiste mucoide (2 pacientes) y lipoma.

La localización de las lesiones más intervenidas radicó en la cabeza (35,4%), seguida de espalda (16,6%), cuello (14,8%), otras localizaciones (9%), tórax (9%), extremidad inferior (6,3%) y extremidad superior (3,1%) (fig. 1). En la categoría «otras localizaciones» lo más frecuente fue axila y glúteo, y con menor frecuencia ingle, hombro y abdomen.

El procedimiento más utilizado fue la electrocirugía (62,8%), seguida por la escisión (28,7%), la cirugía de uña (2,7%), la reparación de heridas (2,2%), la criocirugía (1,8%), la extracción de cuerpo extraño (1,3%) y, por último, el drenaje (0,4%) (fig. 2).

Los diagnósticos anatomopatológicos recibidos fueron: quiste epidermoide (36,11%), nevo melanocítico (22,22%), otros (19,44%), verruga vulgar (8,33%), fibroma (2,7%) y lipoma (2,7%) (fig. 4). Dentro de «otros» se describen: dermatofibroma, fibrohistiocitoma, hiperplasia de glándula sebácea, reacción tipo cuerpo extraño, carcinoma espinocelular y espirodermoide.

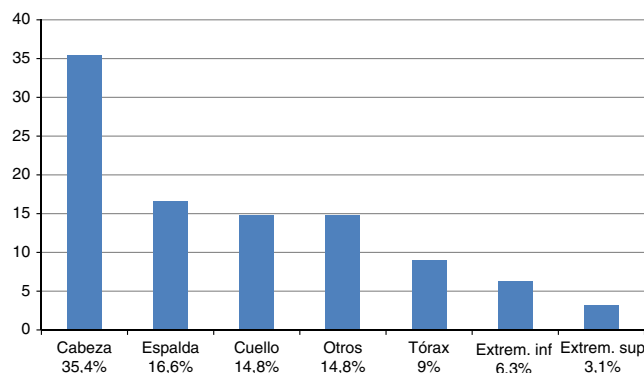


Figura 1 Localización de las lesiones: 1, cabeza 35,4% (frecuencia 79); 2, espalda 16,6% (37); 3, cuello 14,8% (33); 4, otros 14,8% (33); 5, tórax 9% (20); 6, extremidad inferior 6,3% (14); 7, extremidad superior 3,1% (7).

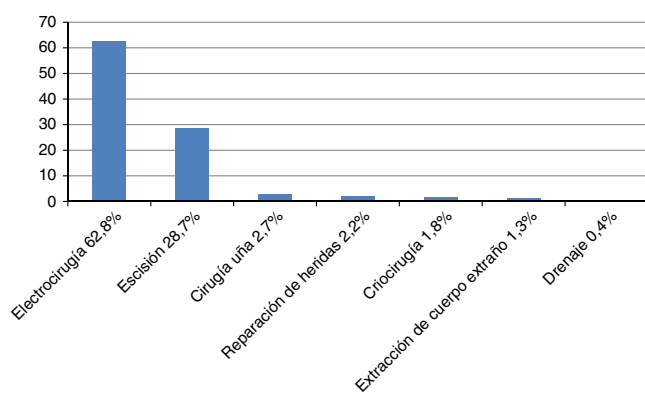


Figura 2 Tipo de procedimientos: 1, electrocirugía 62,8% (frecuencia 139); 2, escisión 28,7% (64); 3, cirugía uña 2,7% (6); 4, reparación de heridas 2,2% (5); 5, criocirugía 1,8% (4); 6, extracción de cuerpo extraño 1,3% (3); 7, drenaje 0,4% (1).

Se valoró la concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico, obteniéndose una correlación clínico-patológica superior al 80%, con un índice *Kappa* de 0,783 ($p < 0,001$), por lo que se rechaza la H_0 , aceptándose la alternativa de relación.

Las complicaciones estuvieron presentes en el 6,3% (14) de los pacientes, de los cuales el 98,2% consistieron en infección de la herida, queloide en un paciente, y otras en 3 pacientes.

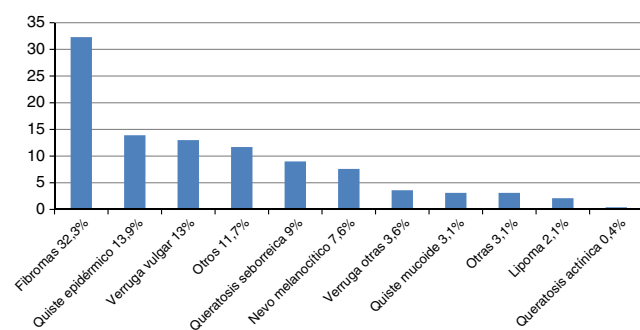


Figura 3 Diagnóstico clínico: 1, fibroma 32,7% (frecuencia 73); 2, quiste epidérmico 14,3% (32); 3, verruga vulgar 13% (29); 4, otros 11,7% (26); 5, queratosis seborreica 8,5% (19); 6, nevo melanocítico 7,2% (16); 7, verrugas otras 4% (9); 8, uñas encarnadas 3,1% (7); 9, quiste mucoide 3,1% (7); 10, lipoma 1,8% (4); 11, queratosis actínica 0,4% (1).

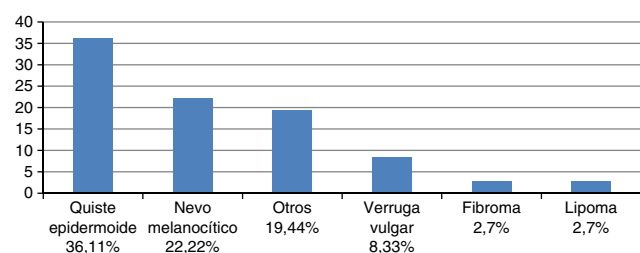


Figura 4 Diagnóstico anatomopatológico: 1, quiste epidermoide 36,1% (frecuencia 13); 2, nevo melanocítico 22,2% (8); 3, otros 19,4% (7); 4, verruga vulgar 8,3% (3); 5, fibroma 2,7% (1); 6, lipoma 2,7% (1).

En cuanto a la satisfacción del paciente, se obtuvo respuesta en el 70% (156) de los pacientes. Tan solo el 10% respondieron a la encuesta por correo, por lo que en la mayoría de los casos fue necesario efectuarla en forma telefónica. El 1,2% no recordaban haber sido intervenidos en el CS. Con respecto al tiempo que transcurrió entre que su médico lo derivó con el problema y se le resolvió, el 66% (103) respondieron que les pareció poco, el 17,3% (27) muy poco, sumando ambos el 83,3% (130); el 14,7% (23) no recordaban, y solo al 1,9% (3) les pareció bastante o mucho.

Acerca de las explicaciones recibidas de su médico, al 71,8% (112) le parecieron bastantes, el 10,3% (16) consideraron que eran muchas (en total 82,1%), el 10,9% (17) no recordaban o no sabían, y el 7,1% (11) respondieron que fueron pocas.

Atendiendo a la higiene de la sala, al 78,8% (123) les pareció buena, y al 10,3% (16) muy buena. El 9,6% (15) no recordaban, y el 0,6% (1) respondieron mala y muy mala, respectivamente.

A la pregunta 4 sobre cómo piensa que le han atendido en relación con su problema en el CS, el 64,1% (100) respondieron bien, y al 24,4% (38) les pareció muy bien. El 9,6% (15) respondieron no recordar, el 1,3% (2) mal, y el 0,6% (1) muy mal.

Finalmente, la última cuestión acerca de si elegiría nuevamente el CS en caso similar, el 82,7% (129) respondieron que elegiría nuevamente el CS, el 10,3% (16) no sabían y el 7% (11) afirmaron que preferirían un especialista.

Discusión

Un dato a tener en cuenta es la existencia de duplicidad de pacientes, es decir, que un mismo paciente realice varias intervenciones en distintas oportunidades.

La principal limitación del estudio es que para la recogida de datos dependemos de registros ya hechos, faltando algunas variables de las que proponemos, como el motivo de consulta del paciente, que no se encontraba reflejado en la mayor parte de las historias clínicas.

Otra limitación radicó en el listado de CM, el cual presenta el inconveniente de autoborrado antes del año. Muchos pacientes de la lista no asistían, o al ser reevaluados no eran susceptibles de CM (por ejemplo, abscesos que habían drenado espontáneamente al momento de la consulta).

Con respecto a la edad media, esta fue algo superior en el presente trabajo que en la literatura revisada^{7,10,11,17}. Una posible explicación es que nuestra población cuenta con el predominio de ancianos, como lo es la población de referencia, lo cual también podría condicionar el tipo de lesiones más frecuentes y esto, a su vez, otros parámetros.

Acerca de la localización, se muestra un claro predominio de cabeza, coincidiendo con otros autores^{17,19}.

Entre los tipos de procedimientos más utilizados destaca la electrocirugía, seguida de la escisión, y esto está en consonancia con la literatura publicada, evidenciando una predisposición al uso de técnicas más

sencillas de CM²². En algunos trabajos se considera separada la electrocirugía de la biopsia por rebanado-electrodesecación superficial (BR + EDS)¹⁷, que se consideran conjuntamente.

Llama la atención el bajo porcentaje de biopsias realizadas: el 10% en el presente estudio, frente a casi el 60% de la literatura¹¹. Creemos que este hecho puede deberse al tipo de lesiones por el que se deriva en nuestra población, viéndose un claro predominio de lesiones benignas (fibromas, quistes epidérmicos y verrugas vulgares) que no requieren biopsia.

Dentro del diagnóstico «otros» figuran nódulos y lesiones de aspecto no claramente definido, siendo el cáncer de piel (como el cuerno cutáneo) uno de ellos. De hecho, las lesiones con sospecha de malignidad no deben ser resueltas habitualmente mediante CM, salvo en los casos de personas de edad avanzada, donde el pronóstico de vida sea corto y con factores de riesgo para una cirugía de mayor envergadura.

Creemos que la concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico aumentaría si se enviaran todas las muestras a estudio patológico, pero consideramos que esto solo aumentaría los costes, y considerando que es imposible enviar las muestras que requieren electrocoagulación, pudiera considerarse una buena medida teórica pero poco eficiente. Nuestros resultados de concordancia (superiores al 80%) entre el diagnóstico clínico y la anatomía patológica son altos y se enmarcan dentro de lo descrito por la literatura (60-84%)^{7,10,11,17}. Las complicaciones presentadas están dentro del rango asumible (6,3%) y principalmente dadas por infección de herida o queloide.

Un trabajo que describe diferencias entre una población urbana y otra rural²³ encuentra mayor envío de muestras a anatomía patológica con menor concordancia diagnóstica y mayor número de complicaciones en el centro urbano respecto al rural²⁴. En nuestro caso encontramos escaso envío de muestras a anatomía patológica, con alta concordancia y bajo número de complicaciones.

Con respecto a la satisfacción, al realizarse la encuesta de forma retrospectiva y tanto tiempo después a veces el paciente no responde o no recuerda lo ocurrido, lo que influye negativamente en los resultados. La encuesta es satisfactoria en la mayor parte. En otros trabajos la satisfacción es mayor del 80%, lo que coincide con nuestros hallazgos^{4,10,11,19}. Nos parece interesante comentar que los pacientes que no estuvieron satisfechos coinciden con la presencia de complicaciones en 2 casos (cicatriz queloide y mácula hipocrómica).

Conclusiones

Aunque se han generalizado técnicas sencillas de CM, como la electrocoagulación, tanto esta como otras técnicas realizadas en AP siguen siendo seguras y satisfactorias para el usuario. A pesar del bajo porcentaje de envío de muestras a anatomía patológica, la concordancia es buena. Consideramos que debe seguir incentivándose su práctica entre los médicos de AP y valorar más sus beneficios.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

1. La cirugía menor (CM) es eficaz y coste-efectiva, pero aún no se encuentra suficientemente incentivada en nuestro medio.
2. La CM es satisfactoria para el usuario.
3. La concordancia diagnóstica es alta.
4. Aumenta el número de médicos que practican CM, a la vez que se ha generalizado el uso de algunas técnicas sencillas.

Qué aporta este estudio

1. Conocer las características de la población que se somete a cirugía menor (CM) en nuestro medio.
2. La CM es segura y satisfactoria en nuestro medio.
3. Si bien el envío de muestras a anatomía patológica es muy bajo, la concordancia en el diagnóstico es alta.
4. A pesar de la generalización del uso de algunas técnicas sencillas de CM, debería incentivarse más la CM en AP.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a todo el personal del Centro de Salud Almería Centro, al servicio de Anatomía Patológica del Hospital Torrecárdenas, así como a todos nuestros pacientes.

Anexo. Encuesta de satisfacción a los pacientes de cirugía menor

¿Recuerda haber sido intervenido en el CS en el último año?: Sí/no

1. El tiempo que pasó desde que fue la primera vez al médico con el problema, hasta que se lo han resuelto, ¿le ha parecido?
 - Mucho/bastante/poco/muy poco/NS-NC.
2. Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido?
 - Muy pocas/pocas/bastantes/muchas/NS-NC.
3. La limpieza e higiene de la sala ¿le ha parecido?
 - Muy mala/mala/buena/muy buena/NS-NC.
4. ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud?

- Muy mal/mal/bien/muy bien/NS-NC.
5. En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?
 - Le da igual donde se lo haga/preferiría acudir a un especialista ambulatorio/elegiría nuevamente al CS/NS-NC.

Bibliografía

1. Arribas JM, Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del Médico de Familia. Madrid: Editorial JARPYO; 1993.
2. Caballero F, Gómez O. Cirugía menor en atención primaria. FMC. 1997;4 Supl. I y II.
3. Grossman JA. Minor Injuries and Repairs. Nueva York: Gower Medical; 1993.
4. Hunt AC, Sherwood A. Competence for GP surgery. Br Med J. 1990;301:495.
5. 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.
6. Tárraga López PJ, Marín Nieto E. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2001;27:335-8.
7. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Ceráan 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.
8. Serra M, Arévalo A, Ortega S. La actividad de cirugía menor en atención primaria. JRSM corto Rep. 2010;3:6.
9. Caballero Martínez F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. Aten Primaria. 2005;36:535-6.
10. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000;26:61-9.
11. Estopà Dueso J, Hernández Velasco MA. Cirugía menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. Med Gen. 2003;52:191-6.
12. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía menor ambulatoria. Med Clin (Barc). 1996;107:772-5.
13. Berenguer Tarín MV, González Cano J. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. Centro de Salud. 2002;6:341-7.
14. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2008;40:263-9.
15. Gallego Ruiz A, Peces Morate FJ, Elvira García P, Sierra Garrido C. Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria. MEDIFAM. 2003;13:19-22.
16. Salinas Martín MV, Muñoz Repeto I, Hernández Gonzalo D, Cañadas de León M. Calidad del informe de solicitud de estudio anatomopatológico y motivos de consulta en cirugía menor ambulatoria de atención primaria. Aten Primaria. 2007;39:105-6.
17. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. Semergen. 2013;39:12-7.
18. Guereña MJ, Perma C. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. Aten Primaria. 2001;28:320-5.
19. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria. 1996;17:142-6.
20. Quintanilla Santamaría M, Ortega Sánchez C. Actividades de cirugía menor en un centro de salud. Estudio descriptivo. Semergen. 2002;28:465-8.
21. Programa Formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2005. [consultado 25 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/formación/docs/medifamiliar.07>
22. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I. Pasado, presente y futuro de la CM en AP. Centro de Salud Universitario Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid, España. Aten Primaria. 2011;43:58-60.
23. Matías Cubillo AC, de Juana Izquierdo FJ, Zhygalova O, Udaondo Cascante MA. Centro de salud Pampliega, Pampliega, Burgos. Cirugía menor en el ámbito urbano y en el ámbito rural de atención primaria. [consultado 10 Oct 2015]. Disponible en: doi: 10.16/j.aprim.2008.11.009
24. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un centro de atención primaria rural. Semergen. 2004;30:164-8.