

Actividades de cirugía menor en un Centro de Salud. Estudio descriptivo

M. Quintanilla Santamaría, C. Ortega Sánchez, I. Majolero Díaz y R. Bueno Algara

Centro de Salud Balconcillo. Área de Salud de Guadalajara. Guadalajara.

OBJETIVOS. Describir las actividades de cirugía menor (CM) registradas por el personal sanitario en nuestro Centro de Salud durante dos años.

Comparar el diagnóstico de sospecha clínica de la lesión con el resultado anatomopatológico.

Conocer la opinión del personal sanitario sobre la práctica de CM en Atención Primaria (AP).

MÉTODO. Realizamos un estudio descriptivo transversal de 158 registros no protocolizados de CM realizados en los años 1999 y 2000 por médicos de familia, residentes de tercer año y enfermería. Además recogemos la opinión de nuestro personal sanitario sobre la práctica de CM en AP a través de un cuestionario anónimo autoadministrado.

RESULTADOS. Analizamos variables descriptivas (edad, sexo, consentimiento informado, diagnóstico de sospecha clínica, tipo de intervención, tiempo de espera, resultados y tiempo histológico) y comparamos el diagnóstico de sospecha clínica con el anatomopatológico. El número de intervenciones realizadas fue 158 (72 hombres y 86 mujeres). La técnica más utilizada fue escisión de lesión superficial (60,1%) y la lesión histológica más frecuente el nevus (20,3%). El acuerdo diagnóstico con la sospecha clínica fue 59,6%. El tiempo medio de espera fue 1,89 días. En el cuestionario el 64,3% practica CM y el 92,9% estarían interesados en realizar cursos de formación.

CONCLUSIONES. Existe la posibilidad real de mejorar el estudio de la CM gracias a un registro protocolizado (consentimiento informado, secuelas, complicaciones, buen registro clínico e histológico). La cirugía en AP ofrece bajo tiempo de espera y respuesta histológica. Existe la necesidad de mejorar los medios técnicos y formativos.

Palabras clave: cirugía menor, Atención Primaria, anatomía patológica.

OBJECTIVES. Describe the minor surgery (MS) activities recorded by the health care personnel in our Health Care Center for two years.

Compare the diagnosis of clinical suspicion of the lesion with the pathological result.

Know the opinion of the health care personnel on the practice of MS in primary health care (PHC).

METHOD. We performed a descriptive cross-over study of 158 non-protocolized registry of MS performed in the years 1999 and 2000 by medical practitioners, third year residents and nursing staff. In addition, we gathered the opinion of our health care personnel on the practice of MS in PHC with a self-administered anonymous questionnaire.

RESULTS. We analyzed descriptive endpoints (age, gender, informed consent, diagnosis of clinical suspicion, type of intervention, waiting time, outcomes and histological time) and we compared the diagnosis of the clinical suspicion with the pathology. The number of interventions performed was 158 (72 male and 86 women). The most used technique was resection of the superficial lesion (60.1%) and the most frequent histological lesion was the nevus (20.3%). The diagnostic agreement with the clinical suspicion was 59.6%. The mean waiting time was 1.89 days. In the questionnaire, 64.3% performed MS and 92.9% would be interested in performed training courses.

CONCLUSIONS. There is the real possibility of improving the study of MS thanks to a protocalized registry (informed consent, sequels, complications, good clinical and histological registry). The surgery in PHC offers low waiting time and histological response. There is a need to improve the technical and training means.

Key words: minor surgery, primary health care, pathology.

INTRODUCCIÓN

La cirugía menor (CM) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes.

Correspondencia:
M. Quintanilla Santamaría.
Avda. de Murcia 1, 3º C.
San Sebastián de los Reyes.
28700 Madrid.

En Atención Primaria (AP) pueden abordarse con seguridad técnicas como biopsia-punch, curetaje, afeitado, excisión de lesión superficial, extirpación de lesiones subcutáneas, drenaje de abscesos, cirugía menor ungueal, criocirugía y trombectomía hemorroidal. Estas técnicas estarán dirigidas a lesiones, en general, menores de 5 centímetros de diámetro y en los tejidos subcutáneos¹.

En una encuesta de ámbito nacional² en 30 unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, la mitad de ellas realizaban algún tipo de CM que incluía básicamente tratamiento de las heridas y/o drenajes de abscesos, pero sólo el 4%-14% realizaba cirugía programada. Probablemente sea debido al exceso de demanda asistencial, a la falta de entrenamiento o competencia del médico, escasa motivación e infraestructura inadecuada.

En los últimos años ha aumentado el interés creciente por la CM en AP, lo que significa una recuperación de una práctica que era habitual del médico de cabecera desde hace años. De todas maneras sigue siendo una actividad minoritaria en AP. Así la CM es uno de los aspectos curriculares menos desarrollados en la mayoría de las unidades docentes de Medicina familiar y comunitaria³. En países anglosajones la práctica de CM y otras técnicas instrumentales más sofisticadas son habituales entre los médicos de AP, probablemente por varios motivos como la mayor accesibilidad a recursos de forma continuada, la amplia disponibilidad bibliográfica, la inclusión de entrenamiento reglado en la mayoría de programas de formación de residentes de familia y los incentivos económicos a la práctica en países de sanidad privada (EE.UU.) o pública (Reino Unido)¹.

Diferentes estudios han mostrado que la realización de cirugía menor por el médico de familia es más barata para el sistema, más accesible y reduce la lista de espera⁴. Así se ha demostrado que esta actividad es satisfactoria tanto para los pacientes como para los profesionales.

El objetivo de este estudio es presentar los resultados descriptivos de las actividades de cirugía menor realizada en nuestro centro de salud durante dos años. Se compara el diagnóstico de sospecha clínica con el resultado histológico y se pretende conocer la opinión de nuestro personal sanitario sobre la práctica de CM por el equipo de AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos el estudio en el centro de salud Balconcillo del área de salud de Guadalajara, con una cobertura de 22.000 habitantes; participaron 14 médicos, 4 residentes de tercer año y 9 enfermeras de este centro.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal de las 158 intervenciones realizadas durante un período de dos años que comprende 1999 y 2000. El registro no protocolizado de cirugía incluyó nombre, edad, sexo, consentimiento informado, diagnóstico de sospecha clínica, tipo de intervención y tiempo de espera. A través del número de historia clínica recuperamos los resultados histológicos, así como el tiempo de recepción de la histología y compara-

mos con el diagnóstico de sospecha clínica de la lesión dérmica para ver el porcentaje de resultados en que coinciden ambos diagnósticos (acuerdo simple).

Las variables cuantitativas se describieron mediante: media, mediana, rango y desviación estándar (DE). Las variables categóricas se describieron como porcentajes. El paquete estadístico utilizado fue SPSS 9.0.

Se ofreció un cuestionario de tipo autoadmitido diseñado por el equipo investigador y dirigido al personal sanitario, donde realizamos un primer acercamiento y recogimos información sobre la práctica de CM (si practican esta actividad, si son adecuados los medios materiales y hay suficiente personal de ayuda, si precisan cursos de formación teórica y práctica aumentando así la disposición para realizar cirugía), por lo que no creemos necesario determinar la validez de nuestro cuestionario.

RESULTADOS

El número total de intervenciones realizadas fue 158. Durante 1999 se realizaron 55 procedimientos de cirugía (34,8%) y 103 en 2000 (65,2%).

—Distribución por sexos: fue de 72 varones (45,6%) y 86 mujeres (54,4%) en la muestra.

—Edad: el rango de edad fue de 13 a 99 años, con una media de 42,89 años (DE: 19,00).

—Consentimiento: únicamente en un 7% de las intervenciones se realizó consentimiento informado escrito por el paciente.

—Procedimiento quirúrgico (tabla 1).

—En las intervenciones se registraron 25 casos que se realizaron con ayudante (15,8%); en el resto no se especificó (79,8%).

—Diagnóstico clínico: se recogieron 143 diagnósticos y se perdieron 15 al no registrarse. Se clasificaron en 11 categorías diagnósticas (tabla 2).

—Diagnóstico histológico: se enviaron el 65,8% de las intervenciones. Se clasificaron en nevus melanocíticos 32; queratosis actínica 2; queratosis seborreica 10; quiste epidérmico 16; lipoma 1; verruga plantar 1; verruga vulgar 2; fibroma blando 15; y un apartado otros donde se recogieron 13 registros (3 angiomas; 1 nevus azul; 1 neuroma; 1 granuloma; 2 carcinomas epidermoides; 3 epitelomas ba-

Tabla 1. Procedimiento quirúrgico

Procedimiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Punción-drenaje	12	7,6
Afeitado-curetaje	1	0,6
Excisión lesión superficial	95	60,1
Extirpación de lesión subcutánea	20	12,7
Punch	2	1,3
Extracción de cuerpo extraño	1	0,6
Cirugía de la uña	3	1,9
Criocirugía	16	10,1
Otros (infiltraciones)	8	5,1
Total	158	100

Tabla 2. Diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	Frecuencia	Porcentaje
Absceso cutáneo	8	5,1
Nevus melanocítico	38	24,1
Queratosis actínica	1	0,6
Queratosis seborreica	4	2,5
Quiste epidérmico	19	12
Lipoma	1	0,6
Verruga plantar	9	5,7
Verruga vulgar	10	6,3
Fibroma blando	29	18,4
Uña encarnada	2	1,3
Otra patología ungueal	1	0,6
Otras patologías	21	12,7
Perdidas	15	10,1
Total	158	100

Tabla 5. Localización anatómica

Localización anatómica	Frecuencia	Porcentaje
Abdomen	9	5,7
Cabeza y cuello	35	22,2
MMII	25	15,8
MMSS	23	14,6
Tórax	22	13,9
Desconocida	44	27,8
Total	158	100

MMII: miembros inferiores; MMSS: miembros superiores.

socelulares, 1 absceso y 1 cuerpo extraño). Pendientes de informe existían 12 registros. (tablas 3 y 4).

—Dependiendo de la localización anatómica el 22,2% se situaron en cabeza y cuello; el 15,8% en miembros inferiores; el 14,6% en miembros superiores; 13,9% en tórax; 5,7% fue en abdomen y 27,8% de localización desconocida. (tabla 5).

—Tiempo de espera para intervención: la media fue de 1,89 días con una DE de 5,25 con un intervalo de 0 a 38 días y con una moda y mediana de 0.

—Tiempo de espera de histología: la media fue de 6,72 días, con una DE de 4,28 con una moda de 5 y mediana de 6 días.

Tabla 3. Diagnóstico histológico

Diagnóstico histológico	Frecuencia	Porcentaje
No procede	54	34,2
Pendiente informe	12	7,6
Nevus melanocítico	32	20,3
Queratosis actínica	2	1,3
Queratosis seborreica	10	6,3
Quiste epidérmico	16	10,1
Lipoma	1	0,6
Verruga plantar	1	0,6
Verruga vulgar	2	1,3
Fibroma blando	15	9,5
Otras patologías	13	8,2
Total	158	100

Tabla 4. Otros diagnósticos histológicos

Otro diagnóstico histológico	Frecuencia	Porcentaje
Angioma	3	23
Nevus azul	1	7,9
Neuroma	1	7,9
Granuloma	1	7,9
Carcinoma epidermoide	2	15,4
Epiteliooma basocelular	3	23
Absceso	1	7,9
Cuerpo extraño	1	7,9
Total	13	100

—Confirmación de sospecha clínica según histología: se enviaron a anatomía patológica 94 muestras (enviadas para confirmar sospecha clínica). Nuestro bajo porcentaje de muestras enviadas a anatomía patológica fue debido al número de intervenciones no subsidiarias de envío como son las infiltraciones, abscesos, cirugía menor ungueal y crioterapia. El porcentaje de confirmación fue del 59,6% (acuerdo diagnóstico simple).

—Con respecto al cuestionario autoadministrado fue repartido al 100% del personal sanitario del centro, con un 60,8% de respuesta. El 64,3% practicaba cirugía menor. El 100% consideraba inadecuada la sala de cirugía, el 71,4% afirmaba que existía escaso material y el 28,6% aseveraba que existía falta de personal de ayuda. Un 92,9% estarán interesados en realizar cursos de formación, aumentando así la disposición a realizar cirugía en un 21,4%.

DISCUSIÓN

En la literatura médica destaca la gran diferencia en el número de días que el paciente debe permanecer en lista de espera hasta la intervención comparando con la práctica especializada. Nuestro grupo tiene un bajo tiempo de espera de 1,89 días, mucho más incluso que el referido en otros estudios^{5,6}.

Pocas muestras procesadas para estudio histológico, erróneo diagnóstico clínico y resección quirúrgica incompleta son constantes en los estudios de estas características^{5,6}. Nosotros participamos de estos mismos errores que se podrían subsanar con la recogida sistematizada de datos en un registro protocolizado⁷.

Nuestro estudio demuestra la posibilidad de detectar lesiones malignas en AP; este hecho justifica la necesidad de remitir para diagnóstico histológico todas las muestras extirpadas⁶.

Llama la atención que la localización anatómica más frecuente sea cabeza y cuello, a pesar de que sea muy discutida su práctica por el médico de familia. Quizá por la gran demanda, el tipo de lesiones (fibromas en cara y cuello) y técnica utilizada (crioterapia y escisión superficial), sea una de las localizaciones más frecuentemente realizadas (22,2%), al igual que en otros estudios⁵.

Por otro lado, con respecto a la confirmación de la sospecha clínica comparando el resultado histológico, sólo 94 muestras fueron enviadas, de las cuales el 59,6% coincidían. Estos datos son mucho más bajos que en otros estu-

dios. Creemos que esto se debe a una deficiente recogida de las variables en el protocolo. En un 10% no se recogió el diagnóstico de sospecha clínica y un 8,9% de las histologías remitidas al patólogo no se recibieron.

Cabe destacar que el consentimiento informado es un elemento del proceso que está siendo especialmente descuidado y que es preciso corregir. En nuestros registros sólo consta en un 7% de los casos, cifras muy por debajo a otros estudios. Probablemente la razón que motiva este incumplimiento viene determinada por la relación de confianza existente entre el médico y paciente en AP. En cualquier caso, también podría ser indicador de una deficiencia en la información ofrecida a los pacientes⁸.

Con respecto al test autoadministrado a nuestro personal parece clara la necesidad de mejora de las instalaciones y de cursos de formación continuada para la realización de un mayor número de CM en nuestro centro.

Podemos concluir que es necesario un sistema de registro conciso y suficiente de la CM realizada con fines clínicos, evaluadores docentes y médico-legales y para ello sería necesario una hoja de consentimiento informado y un registro de intervenciones único para todo el equipo, llevado a la práctica por todo el personal que realice CM. No hay que olvidar la necesidad de formación continuada del per-

sonal sanitario y la mejora técnica de los centros de salud². Si se lograran estos objetivos, unido a la baja lista de espera en AP para CM y aumentando el estudio histológico de las lesiones, sería la mejor opción para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. Formación Médica Continuada, 1998.
2. Arribas Blanco JM. Cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia: Situación en España. Ponencia del 14º Congreso Nacional de MFyC.; 1994.
3. Zalla MJ. Basic cutaneous surgery. Cutis 1994;53:172-86.
4. Foulkes A. Minor surgery in general practice. Br Med J 1993;307: 685.
5. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria 1996;17(2):142-6.
6. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchanté I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente relación con la cirugía ambulatoria. Med Clin (Barc) 1996;107:772-5.
7. Cortes JA, Penlver C, Alonso J, Arroyo A. Cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 1993;11(7):375-6.
8. 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;26:91-5.