

Gestión de calidad en el programa de cirugía menor en atención primaria

Juan Vicente Alfaro-González, Luis García-Giralda, Lorenzo Guirao, Isabel Casas, Concepción Sandoval y Lidia Buitrago

Centro de Salud de Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

Correspondencia: Juan Vicente Alfaro.

Centro de Salud de Alguazas.

San Onofre, s/n. Murcia. España.

Correo electrónico: jvalfaro@terra.es

Este trabajo ha surgido del EAP de Alguazas y no tiene financiación.

Resumen

Objetivo: Mejorar la calidad de un Programa de Cirugía Menor (PCM) en atención primaria.

Método: Dentro del proyecto de gestión de calidad en cirugía menor se identificaron problemas usando métodos de descripción de variables cuantitativas con estudios transversales y análisis antes-después de los criterios de calidad (Normas Técnicas Mínimas), y encuesta autoadministrada a 60 pacientes, explorando las dimensiones de accesibilidad, confianza, satisfacción instalaciones y cortesía. Para variables cualitativas se estimó el porcentaje de cumplimiento de criterios y diagrama de Pareto. En el análisis de problemas difícilmente cuantificables se utilizaron métodos como el análisis de causa-efecto de Ishikawa y el diagrama sistemático. Identificados los problemas, se priorizaron las situaciones mejorables a través del "formulario para facilitar la priorización de situaciones mejorables según diversos criterios".

Resultados: La realización de cirugía menor en atención primaria tiene buena aceptación entre los usuarios, obteniendo mejores porcentajes de aceptación que si la comparamos con una encuesta similar para la consulta de demanda de atención primaria, de forma que 9 de cada 10 pacientes elegiría nuevamente nuestro centro de salud para resolver problemas similares. No obstante, demandan mas intimidad durante la intervención y un tiempo de espera inferior a 15 días. Las actuaciones para solucionar los problemas consistieron en: 1) discrepancia diagnóstica: formación clínica de profesionales con sesiones clínicas y 3 talleres sobre cirugía menor; 2) procedimientos quirúrgicos: rotaciones por los servicios de dermatología quirúrgica del hospital de referencia y por otros servicios de cirugía menor; 3) Normas Técnicas Mínimas: elaboración de un impreso único, y 4) seguimiento de pacientes: sistema de registro de seguimiento de evolución de pacientes intervenidos.

Conclusiones: Se ha producido una mejora en los criterios de calidad de los que se componen las Normas Técnicas Mínimas del PCM.

Palabras clave: Gestión de calidad. Cirugía menor. Atención primaria. Satisfacción de usuarios.

Abstract

Objective: To improve the quality of a Surgery Program (PCM) in Primary Health Care.

Method: Inside the project of quality in PCM have identified problems using methods of description of quantitative variables before-later with traverse studies and analysis of the approaches of quality (Minimum Technical Norms), and self-administration interviews to 60 patients, exploring the dimensions of accessibility, trust, satisfaction facilities and courtesy. For qualitative variables we have estimated the percentage of execution of approaches and diagram of Pareto. In the analysis of quantitative problems has used methods like the analysis of cause-effect of Ishikawa and the systematic diagram difficultly. Identified the problems, we have prioritized the improvable situations through the one "form to facilitate the prioritization of improvable situations according to diverse approaches".

Results: The realization of Surgery in Primary Attention has good acceptance among the users, obtaining better rates of acceptance that if we compare it with a similar survey for the consultation of demand of Primary Attention (so that 9 of each 10 patients he/she would choose our Center of Health again to solve similar problems). Nevertheless they demand more intimacy during the intervention and a time of inferior wait to 15 days. The performances to solve the problems consisted in: 1) diagnosis discrepancy: professionals' clinical formation with clinical sessions and three shops has more than enough smaller surgery; 2) surgical procedures: rotations for the services of surgical dermatology of the reference hospital and for other surgery services; 3) Minimum Technical Norms: elaboration of an unique form, and 4) pursuit of patient: system of registration of intervened patients' evolution.

Conclusions: An improvement has taken place in the approaches of quality of those that they compose the Minimum Technical Norms of the PCM.

Key words: Quality management. Surgery. Primary Health Care. Users' satisfaction.

Introducción

“El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a todos los niveles”, recogido en la Ley General de Sanidad¹ como una de las actuaciones a desarrollar en los servicios de salud, debe estar presente en cualquier actividad a realizar en los cen-

etros de salud y especialmente en los programas que tienen gran repercusión social y suponen una prioridad para la población.

El Programa de Cirugía Menor (PCM) en el Centro de Salud de Alguazas se inició en 1998 como programa prioritario en la cartera de servicios del INSALUD para atención primaria (AP). Las actividades relacionadas con la calidad en el PCM se

centraron, en una primera etapa, en los aspectos estructurales para poder realizar las actividades de cirugía con la suficiente garantía. Posteriormente, y de forma paralela al aumento de actividad e incorporación de nuevos profesionales al programa, se empezó a desarrollar la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica mediante el empleo de criterios explícitos.

La experiencia en estos años animó al Equipo de Atención Primaria (EAP) de Alguazas a establecer como prioridad en cirugía menor (CM) un programa de gestión de calidad, asumido por todos y liderado por los responsables del centro de salud.

Se intentó trabajar con las 3 dimensiones de "accesibilidad, calidad científicotécnica y satisfacción", definidas en el programa ibérico de 1990², que justifican nuestra aproximación para mejorar las actividades que realizamos en CM y nos acercan al concepto ético y social que tiene el concepto de calidad en los servicios de salud.

En nuestro programa, la dimensión central de calidad fue la "científicotécnica", la más utilizada y menos discutible, trabajando con la competencia profesional para mejorar el nivel de conocimientos aplicado a los problemas de salud y la satisfacción de los usuarios; sin embargo, también hemos querido introducir la "adecuación" en la medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente como sinónimo de correcto, conveniente o necesario para la patología concreta que se atiende³. La dimensión de accesibilidad se estimó en función de las "barreras organizacionales", en el sentido de facilidad de acceso al servicio de CM para cualquier usuario y de tiempos de espera⁴. En cuanto a la satisfacción o aceptabilidad, tratamos de tener en cuenta la manera en que el usuario recibe la atención y sus reacciones como consecuencia de ello⁵, y además teniendo en consideración la satisfacción de los profesionales del centro de salud como clientes internos de nuestra organización⁶, dada su relevancia para el correcto funcionamiento del programa de CM.

El programa de gestión de calidad en CM consiste en un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad. Estas actividades están clasificadas en ciclos de mejora, control y diseño de la calidad, "hechas a medida" para nuestro centro de salud, siguiendo las recomendaciones de Benson et al, para la búsqueda de la excelencia en cuidados ambulatorios⁷, y cuyas 3 características son:

- Elementos estructurales: la unidad responsable formada por un representante de cada una de las 3 categorías profesionales (médicos, enfermería y auxiliares) apoyados por el responsable de calidad en nuestro EAP y por coordinadores de enfermería y médico. La misión fundamental de estos profesionales es promover las actividades de gestión de calidad.

- Normas de funcionamiento: donde se distribuyen las responsabilidades de mantenimiento de quirófanos, de circuitos de información, de formación y de relaciones institucionales con la gerencia y el hospital de referencia (fundamentalmente, los servicios de cirugía, de dermatología y de anatomía patológica).

- Actividades de mejora de la calidad: de formación clínica, de mejora de procedimientos, de cambios en los sistemas de información y del desarrollo de diseños de circuitos de calidad.

El objetivo principal de este trabajo es valorar el impacto producido en la actividad del EAP por el programa de gestión de calidad en CM en nuestro centro de salud.

Como objetivos secundarios pretendemos valorar las actividades realizadas en los ciclos de mejora de calidad y su repercusión en los usuarios, los profesionales y el centro de salud.

Material y método

Para la identificación de problemas se emplearon métodos de descripción de variables cuantitativas con estudios transversales y análisis antes-después. Para criterios cualitativos se utilizaron el porcentaje de cumplimiento de criterios y el diagrama de Pareto⁸. En el análisis de problemas difícilmente cuantificables hemos usado métodos como el análisis de causa-efecto de Ishikawa⁹ y el diagrama sistemático¹⁰.

En estos análisis se usaron con listados de "situaciones mejorables" con métodos basados en los profesionales (escucha activa de los profesionales, cribado basado en criterios y monitorización de indicadores) y métodos basados en la perspectiva del usuario (encuestas de opinión, análisis de reclamaciones, análisis de sugerencias, escucha activa del usuario, y métodos indirectos: falta a la cita quirúrgica, incumplimiento de citas posquirúrgicas, solicitud de derivación a otros servicios: urgencias, dermatología o cirugía).

En la muestra estudiada, en los análisis cuantitativo y cualitativo, se ha utilizado la totalidad de la población atendida en el PCM en nuestro centro de salud. Se realizó un test de comprobación de datos con el fin de corroborar si los datos que estamos analizando reflejan correctamente la información contenida en las historias clínicas, debido básicamente a "problemas de interpretación" de entidades clínicas y procedimientos aplicados con su correspondiente codificación. Para este análisis cualitativo se estimó en el primer ciclo una muestra de 57 pacientes, con un intervalo de confianza (IC) del 95% para proporciones desconocidas (0,5), y con una precisión del 10%. En el segundo ciclo, y a la vista de los resultados del primer ciclo, donde el porcentaje de errores era inferior al 20%, se calculó una muestra de 51 pacientes, con un IC del 95%, proporción esperada del 70% y precisión del 10%.

Hemos recogido la opinión de los usuarios del PCM¹¹ a través de una encuesta anónima autoaplicable¹² a la salida de la intervención, que explora las dimensiones de accesibilidad, confianza, satisfacción, instalaciones y cortesía, y un apartado para observaciones y sugerencias¹³. Al tratarse de un análisis cualitativo, calculamos una muestra de 50 pacientes ($\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,20$), que incrementamos hasta 60 encuestas previendo que se pueda producir un 15% de cuestionarios nulos (por falta de respuesta o por respuesta múltiple).

Una vez identificados los problemas, se ordenaron las situaciones mejorables a través del "formulario para facilitar la prioridad de situaciones mejorables según diversos criterios" de la Comissió de Millora de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitària¹⁴.

Como herramientas estadísticas para el análisis de datos, hemos usado la hoja de cálculo Excel y el programa estadístico Iqual.

Resultados

Se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos antes y después de las actividades de mejora diseñadas después del primer ciclo de mejora de calidad.

Análisis cuantitativo

Los datos obtenidos en el primer análisis de la situación correspondiente al primer año de la puesta en marcha del servicio de CM mostraron que se intervino a 136 pacientes, 53 (42%) varones y 83 (58%) mujeres, con una edad media de 51 años. El diagnóstico inicial preoperatorio y los procedimientos usados se describen en la tabla 1.

Los procesos susceptibles de anatomía patológica¹⁵ fueron 32 y las muestras enviadas a laboratorio, 10 (31,2%). La concordancia diagnóstica fue del 100% para quistes sebáceos y del 0% en el caso de queratosis actínica, cuyo diagnóstico anatomo-patológico fue de carcinoma basocelular y fue la única derivación a

Tabla 1. Patologías más frecuentes y procedimientos usados

Patología	Procedimiento	%
Absceso cutáneo (n = 28)	Punción-drenaje	27,2
	Escisión de lesión superficial	27,2
	Extirpación de lesión subcutánea	45,4
Nevo melanocítico (n = 69)	Extirpación de la lesión subcutánea	4,35
	Criocirugía	87
	Electrocirugía	8,7
Queratosis actínica (n = 43)	Extirpación de lesión subcutánea	3,8
	Criocirugía	88,4
	Electrocirugía	7,6
Molusco contagioso (n = 10)	Extirpación de lesión subcutánea	100
Queratosis seborreica (n = 58)	Criocirugía	66
	Electrocirugía	33
Quiste epidérmico (n = 36)	Extirpación de lesión subcutánea	76
	Escisión de lesión superficial	16
	Criocirugía	8
Lipoma (n = 79)	Extirpación de lesión subcutánea	100
Verruga plantar (n = 27)	Criocirugía	80
	Extirpación de lesión subcutánea	10
	Electrocirugía	10
Verruga vulgar (n = 286)	Criocirugía	68,5
	Electrocirugía	23,4
	Escisión de lesión superficial	2
Fibroma blando (n = 38)	Extirpación de lesión subcutánea	0,8
	Escisión de lesión superficial	8,1
	Extirpación de lesión subcutánea	2,7
Uña encarnada (n = 35)	Criocirugía	14,8
	Electrocirugía	74,4

n: número de casos.

Tabla 2. Complicaciones, secuelas y derivaciones

Evolución	Descripción	%
Complicaciones, n = 36 (3%)	Sangrado de herida	1,1
	Infección herida	0,5
	Reapertura herida tras retirada sutura	0,2
	Alergia a sutura	0,1
	Recidiva de lesión	0,4
	Quemaduras con ulceración por crioterapia	0,5
Secuelas, n = 12 (1,4%)	Cicatrices hipertróficas	0,2
	Pigmentaciones	1
Derivaciones especializadas, n = 3 (0,2%)	Angioleiomioma sangrante	0,1
	Carcinoma espinocelular	0,1
	Epiteloma basocelular	0,1

n: número de casos.

especializada (0,7%). Las complicaciones registradas fueron 3 (2,2%): 2 infecciones de herida y un sangrado postintervención. Finalmente, fue registrada como secuela una cicatriz hipertrófica.

Respecto a la perspectiva del paciente, no se produjo ninguna reclamación ni se recogió ninguna sugerencia en el primer período estudiado y el incumplimiento a la cita quirúrgica fue del 2,2% (3 pacientes).

Después de haber aplicado las acciones de mejora, desde octubre de 1999 a diciembre de 2002, se intervino a 1.126 pacientes, de los que 472 (42%) fueron varones y 654 (58%), mujeres; la mayoría de los pacientes (47%) tenía edades comprendidas entre 40 y 69 años.

Las complicaciones de la intervención, secuelas y derivaciones a atención especializada (AE) se recogen en la tabla 2.

De 238 intervenciones, se analizaron histológicamente 158 (66,3%). La correlación anatomo-patológica se dio en el 67,2% de los casos, y la principal dificultad fue el sistema de codificación hospitalario que recoge bajo el mismo código procesos como pólipos fibroepiteliales, fibroma blando, lesión epidérmica, lesión epitelial e hiperplasia epitelial (COD-70), y que no coinciden con la codificación de CM en AP. Las entidades diagnósticas más correlacionadas han sido los fibromas blandos (87,4%), los quistes epidérmicos (83,2%) y los quistes sebáceos (79,3%) y las que menos, las "verrugas" (39,3%), cuya histología variaba desde acrocordón, pasando por lesión papilomatosa, nevo melanocítico, queratosis actínica y carcinoma epidermoide. Se han producido 3 (0,2%) derivaciones a cirugía, cuyas causas han sido: un angioleiomioma sangrante, un carcinoma espinocelular y un epiteloma basocelular. Las complicaciones han surgido en el 3% (36) de los casos y se corresponden con sangrado de la herida (14), infección de herida (6), reapertura de herida tras retirada de sutura (3), alergia a sutura (1), recidiva de la lesión (5) y quemaduras con ulceración por crioterapia (7). En cuanto a las secuelas, se han producido 3 cicatrices hipertróficas y 12 pigmentaciones (de cicatriz o en puntos de infiltración).

La edad de mayor frecuentación a la consulta de cirugía menor está entre los 40 y 49 años, y la infiltración de diversas patologías osteotendinosas es la más frecuente (33%). En edad infantil, el 54% de las intervenciones en menores de 9 años es

para la intervención de verrugas virales. Los mayores de 70 años (16,3%) acuden básicamente por patologías osteotendinosas y en segundo lugar por queratosis actínicas.

En el segundo período tampoco se produjo ninguna reclamación, se recibió una sugerencia sobre el horario del programa de cirugía y 2 sobre la conveniencia de separar la cita a los pacientes que acuden por vez primera de los que acuden para revisión, y sólo faltaron a su cita quirúrgica 28 (2,4%) pacientes.

Análisis cualitativo

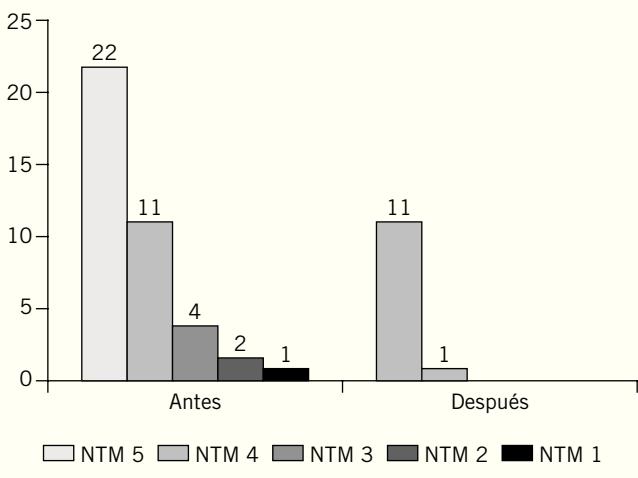
En este apartado se valora el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos para la cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud (SMS) antes y después de haber realizado el primer ciclo de mejora.

El test de contraste antes-después sobre cumplimiento de criterios de las normas técnicas mínimas (NTM) muestra:

- Diagnóstico normas técnicas (NT): 317-1: el cumplimiento previo era del 99,3% y el posterior, del 99,9%, con una mejoría relativa del 85,5%, aunque no significativa.
- Anamnesis NT: 317-2: el cumplimiento previo era del 98,5% y el posterior, del 99,7%, con una mejoría relativa del 80%, no significativa.
- Procedimiento quirúrgico NT: 317-4: el porcentaje previo era del 97,1% y el posterior, del 99,4%, con una mejoría relativa del 79,3%, no significativa.
- Consentimiento informado NT: 317-3: el porcentaje previo era del 91,9% y el posterior, del 99,6%, con una mejoría relativa del 95,1%, que era significativa ($p < 0,001$).
- Estudio histológico NT: 317-5: el cumplimiento previo era del 31,2% y el posterior, del 66,4%, con una mejoría relativa del 51,5%, muy significativa ($p < 0,001$).

El diagrama de Pareto muestra el nivel de esfuerzo para mejorar los criterios representados en la figura 1.

Figura 1. Cambios en el cumplimiento de las normas técnicas mínimas (NTM).



Los resultados de la encuesta de satisfacción se muestran en la tabla 3.

Las áreas susceptibles de mejora se ordenaron siguiendo el formulario para priorizar de situaciones mejorables, y las actuaciones para solucionar los problemas detectados consistieron en:

1. Discrepancia diagnóstica:

a) Formación clínica de profesionales:

– Se estableció una serie de sesiones clínicas distribuidas en: diagnóstico de lesiones y patologías susceptibles de CM en AP, crioterapia, electrocirugía y cirugía estándar.

– Se realizaron 3 talleres de CM.

– Se presentaron y se discutieron los datos de nuestro centro en un curso sobre CM de AP y AE en Bigastro (Alicante).

b) De clarificación diagnóstica: se revisaron los códigos de AP y AE y se expusieron las dificultades de concordancia en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

2. Procedimientos quirúrgicos: se realizaron rotaciones por los servicios de dermatología del hospital de referencia y por el PCM de referencia en AP (CS El Palmar) y cursos de CM en la Gerencia de AP.

3. NTM: se elaboró un impreso único que recoge los datos de filiación, antecedentes, entidad diagnóstica, procedimiento quirúrgico, necesidad de estudio histológico y consentimiento informado, para disminuir la burocracia y eliminar los posibles "olvidos" (anexo 1).

4. Seguimiento de pacientes: se elaboró una hoja de registro de seguimiento de enfermería para anotar la evolución posquirúrgica y de las posibles complicaciones y secuelas.

Discusión

Al inicio del ciclo de mejora, los principales problemas eran el estudio histopatológico y el consentimiento informado. Después del ciclo había desaparecido el problema del consentimiento informado y se había mejorado mucho en la concordancia diagnóstica histopatológica.

A pesar de las actuaciones llevadas a cabo en el ciclo de mejora de calidad, han persistido problemas que se pueden clasificar en:

– Problemas diagnósticos por persistencia de compatibilidad de los sistemas y códigos de clasificación en AP y AE, y por "limitación del número de muestras de tejidos para su remisión" para su análisis histopatológico al hospital de referencia.

– Falta de registro de seguimiento adecuado de los pacientes hasta el alta (fig. 2).

– Problemas con la "intimidad" de los pacientes en las salas de cirugía (fig. 3).

– El tiempo de espera, que aumenta considerablemente en los períodos vacacionales, de forma que puede ser superior a 30 días para el 7% de los pacientes, cuando no hay demora mayor de 15 días en el resto del año.

Las propuestas de mejora para la solución de estos problemas están siendo discutidas y analizadas en el momento de redactar este manuscrito.

Tabla 3. Encuesta de satisfacción realizada a 50 usuarios de la consulta de cirugía menor (CM)

	Sí	No	No siempre	NS/NC	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal	Suficiente	Insuficiente	Muy insuficiente	Mucho	Bastante	Poco	Muy poco
1. ¿Tiene suficiente confianza en el médico para la solución de su problema?	93,3%	4,5%	2,2%													
2. ¿Son suficientemente claros los tratamientos que le indica el médico?	91%	2,2%	6,8%													
3. El sistema de pedir cita en CM, ¿es sencillo?	97,7%	0%		2,2%												
4. ¿Qué le parece el horario de CM?					2,2%	36,3%	43,1%	18,1%	0%							
5. ¿Cómo considera el trato que recibe de los profesionales que le atienden en la consulta de CM?					2,2%	72,7%	25%	0%	0%							
6. ¿Qué opinión le merece el ambiente de la consulta de CM?					2,2%	54,5%	4,1%	2,2%	0%							
7. ¿Tiene suficiente confianza en el enfermero para el seguimiento de su problema?	95,4%	2,2%	2,2%													
8. Las explicaciones que le dio el médico sobre lo que le iban a hacer le han parecido...									95,4%	2,2%	2,2%					
9. ¿Son suficientemente claras las recomendaciones que le indica el enfermero?	97,7%	0%	2,2%													
10. El tiempo transcurrido desde la primera vez que fue al médico con el problema hasta que se lo han resuelto le ha parecido...				2,2%									9%	6,8%	45,4%	36,3%
11. La limpieza e higiene de la sala de CM le ha parecido...					2,2%	47,7%	47,7%	2,2%	0%							
Otros:																
12. En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?																

Al 4,5% le da igual dónde se lo resuelvan; el 2,2% preferiría acudir a un especialista ambulatorio; el 91,8% elegiría nuevamente el centro de salud, y el 1,5% NS/NC.

NS/NC: no sabe/no contesta.

Figura 2. Diagrama de Isikawa de ausencia de registro de seguimiento.

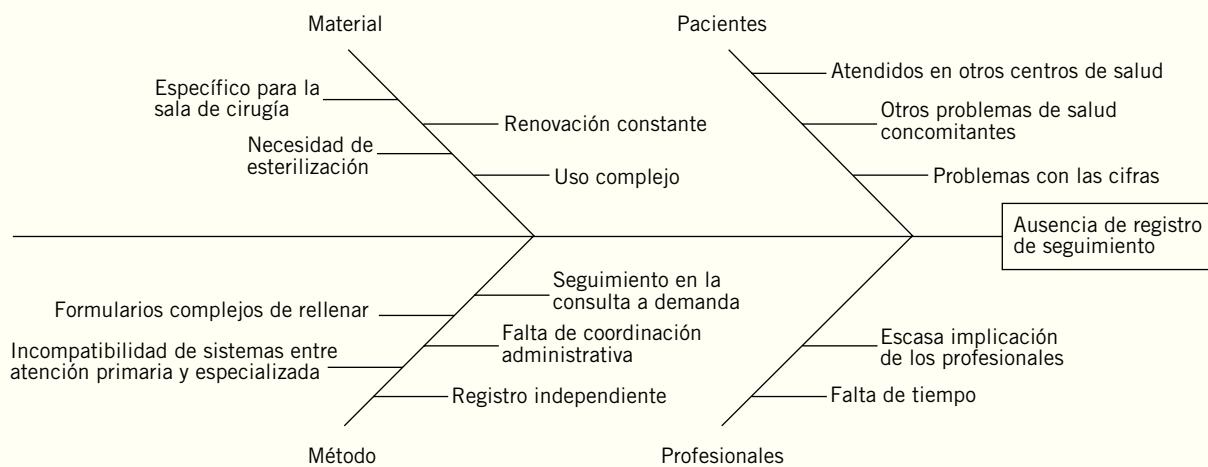
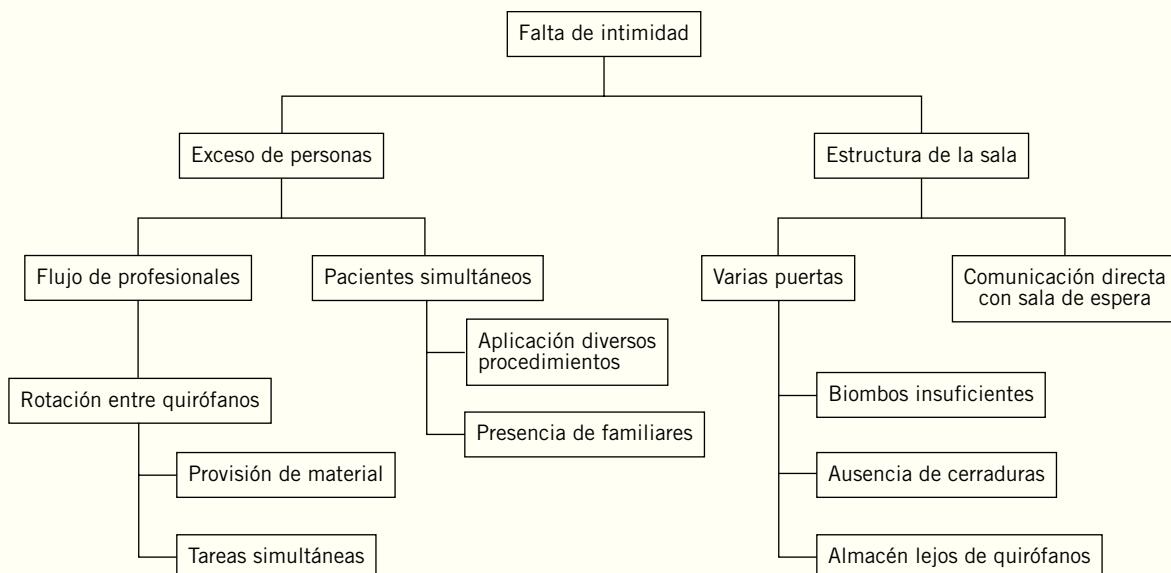


Figura 3. Diagrama sistemático de falta de intimidad.



La instauración de la gestión de calidad en CM ha provocado cambios significativos en la organización del centro, algunos cambios estructurales y, lo más importante, cambios en la actitud de todos los profesionales del EAP, contraviniendo la opinión de algunos autores en el sentido de que muchos estudios sobre estos temas sólo sirven para mantener el *status quo* sin promover cambios en la prestación de los servicios sanitarios¹⁶.

Las actividades desarrolladas en los ciclos de mejora en la gestión de calidad se han mostrado eficaces para conocer de forma rápida y sencilla la calidad con que realizamos nuestro trabajo, a la vez que nos permite ir mejorando e introduciendo medidas correctoras. A modo de ejemplo, uno de los exponentes más claros del estudio que nos ocupa, la remisión de piezas para estudio histológico, ha mejorado sustancialmente, de manera que en el segundo período se equipara a la bibliografía

consultada^{17,18}, que recomienda analizar entre el 60 y el 80% de las lesiones tratadas.

Desde la perspectiva del paciente, la falta de asistencia a la cita quirúrgica ha sido muy baja en los 2 períodos estudiados y muy inferior a la de estudios de similares características¹⁹. Lo mismo ocurre con el tiempo de espera: incluso en los períodos vacacionales, más del 85% de los pacientes han sido intervenidos en un plazo menor de 15 días, muy inferior al de otros trabajos²⁰. Los datos derivados de las encuestas de satisfacción reflejan una estrecha similitud con los realizados en otros centros de salud¹², lo que nos lleva a considerar que los aspectos estructurales y de funcionamiento son percibidos de forma parecida por los pacientes entre los equipos de AP.

La ausencia de reclamaciones desde que se inició el PCM en 1998, junto con el escaso incumplimiento a la cita quirúrgica, así como los buenos resultados de la encuesta de satisfacción, hablan por sí mismos de la buena aceptación de la CM en los usuarios del centro de salud.

Como conclusión, hemos intentado ofrecer nuestro enfoque práctico e integrador del programa de gestión de calidad en CM con la finalidad de mejorar nuestro trabajo diario y dar la máxima calidad a los usuarios de nuestro centro de salud.

Agradecimientos

Quisiéramos manifestar nuestro agradecimiento a Julio López Picazo, de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, y al equipo EMCA de la Consejería de Sanidad de Murcia, por sus aportaciones para la mejora de este trabajo.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE de 29 de abril de 1986.
2. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial de Atención Primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Characteristics of clinical indicators. *Q Rev Biophys* 1989;15(11):330-9.
4. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; p. 124-37.
5. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25-36.
6. Batalden PB, Buchanan ED. Industrial models of quality improvement. En: Goldfield N, Nash DB, editors. *Providing quality care: the challenge to physicians*. Philadelphia: American College of Physicians, 1989; p. 133-59.
7. Benson DS, Townes PG. Development a framework for quality assurance. En: *Excelence in ambulatory care. A practical guide to developing effective quality assurance programs*. San Francisco: Josey Bass, 1990; p. 147-63.
8. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad en los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
9. Kume H. *Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad*. Bogotá: Parramón, 1992.
10. Oseki K, Asaka T. *Manual de herramientas en calidad*. En: *El enfoque japonés*. Madrid: Tecnologías de Gerencia y Producción, 1992.
11. García MR, Garrido CN, Val A, Rubio C, Torres A. Problemas: ¿cómo abordarlos? *Rev Calidad Asistencial* 1995;4:224.
12. Evaluación de experiencia piloto de cirugía menor en AP. Dirección General de AP y Especializada. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
13. 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. *Atención Primaria* 26;2:61-9.
14. Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat a l'Atenció Primària de Salut*. En: *Guia Pràctica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*. Barcelona: EDIDE, 1994.
15. González Delgado R, Hormigo Pozo AE, Blanca Barba F, Baca Osorio A, Pérez Sánchez JC, García Ruiz I. Encuesta sobre satisfacción de los usuarios de una Zona Básica de Salud. *Salud Rural* 2002;19:13.
16. Bass R, Abdouch I, Halm D, Harrison JD, Smith J. Office Surgery. *Am Acad Family Phys* 1999;232:13-49.
17. Netleman MD. Patient's satisfaction. What's new? *Clin Perform Qual Health Care* 1998;6:33-7.
18. Arribas Blanco JM. Cirugía menor en medicina de familia. En: *Curso básico teórico-práctico*. Madrid: Jarpyo, 1999; p. 19.
19. Menéndez C, Núñez MC, Fernández MJ, García A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998;22:125-6.
20. González Cano J, Aliaga Abad F, Belenguer Tarín MV. Cirugía menor. Correlación entre diagnóstico clínico e histológico. *Estudio de complicaciones*. *Centro de Salud* 2002;9:401-7.

Anexo 1. Hoja de cirugía menor del EAP de Alguazas

Identificación de usuario: Nombre: Apellidos:

Número de historia clínica:(usar etiquetas TAIR)

Médico de cabecera: Dr.

Criterios de inclusión: se contabilizarán todos los procedimientos quirúrgicos realizados, incluyendo: reparación de laceración cutánea, drenaje de absceso, cirugía ungueal, extirpación de lesión cutánea o subcutánea, crioterapia y electrocirugía cutáneas e infiltraciones.

Normas técnicas (NT):

NT: 317.1	Diagnóstico:	Código:
NT: 317.2	Anamnesis preoperatoria referida a:	
	– Alergia conocida a anestésicos locales: sí/no	
	– Alteraciones de la coagulación y/o consumo de antiagregantes o anticoagulantes: sí/no	
	– Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica: sí/no	
NT: 317.3	Consentimiento informado firmado por el paciente o tutor (ver abajo)	
NT: 317.4	– Procedimiento quirúrgico realizado:	
	Código:	
	– Utilización de anestésicos locales: sí/no Producto:	
	– Plan de cuidados postoperatorios:	
NT: 317.5	– Precisa estudio anatomopatológico: sí/no	Código:
	– Resultado del estudio anatomopatológico:	Código:

Consentimiento informado:

Se me ha informado correctamente de la intervención que se me va a realizar, así como sus alternativas, por el médico abajo firmante.

Estoy de acuerdo en el tipo de anestesia que se me va a suministrar.

Firmado:

Médico:

He informado al paciente del tipo de intervención y las posibles complicaciones habituales de forma clara y comprensible.

FIRMA:

FECHA: