

Cirugía menor en adulto mayor: 10 años de experiencia

C. Lermenda

Médico-Cirujano. Diplomado en Geriátría y Gerontología. Universidad de Concepción. Concepción. Profesor Auxiliar de Medicina Integrada. Facultad de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción. Jefe del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Centro de Salud Hualpencillo. Talcahuano. Chile.

Sr. Editor:

La demanda asistencial creciente, conforme crece la población mundial, de servicios medicosanitarios hace que actualmente se acepte la realización de cirugía menor en forma ambulatoria e incluso extrahospitalaria¹, así como su ejecución por médicos de atención primaria, tanto médicos generales como médicos de familia, lo que incrementa la resolutivez de dicho nivel asistencial², mejorando además el cribado de la enfermedad dermatológica maligna^{3,4}, debido al gran número de pacientes comúnmente atendidos en este ámbito. Además de mejorar la resolutivez y el cribado, la ejecución de procedimientos quirúrgicos menores en este ámbito permite reducir considerablemente los tiempos de espera en la atención, así como el grado de satisfacción de los pacientes^{5,6}.

El Centro de Salud Hualpencillo, Talcahuano, Región del Bío-Bío, Chile, inició en 1993 la atención de pacientes con enfermedad quirúrgica menor en un policlínico, que desde junio de 1993 a diciembre de 2002 ha efectuado 3.040 intervenciones menores. Dado que existen muy pocas referencias e investigación sobre este tema en adultos mayores, nos ha parecido interesante dar a conocer nuestra experiencia de 10 años en este ámbito.

En un estudio descriptivo retrospectivo de todos estos procedimientos quirúrgicos menores realizados hemos obtenido una muestra de 169 personas mayores de 60 años, lo que representa un 5,6% del total de intervenciones menores realizadas en el período. La mediana de edad fue de 68 años, con un rango de 60-92 años, y el promedio de edad fue de 70,4 años. Los pacientes operados eran mayoritariamente mujeres (68,7%). Los diagnósticos clínicos intraoperatorios más frecuentes se muestran en la tabla 1, y entre ellos destacan onicocriptosis, quiste sebáceo, papilomas, hiperqueratosis, onicomiosis y onicodistrofia, con porcentajes que van del 7 al 17%. Los procedimientos quirúrgicos efectuados para tratar estas condiciones clínicas fueron, en orden decreciente de frecuencia: ectomías (papilomectomías, quistectomías, onicectomías, fistulectomías, granulomectomías, extirpación de nevos, lipomectomías), fulguración

TABLA 1. Distribución por diagnóstico clínico de una muestra de personas mayores de 60 años derivadas para procedimientos quirúrgicos menores en el Policlínico de Cirugía Menor del Centro de Salud Hualpencillo, Talcahuano, Chile, entre junio de 1993 y diciembre de 2002 (n = 169)

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Onicocriptosis	28	16,6
Quiste sebáceo	21	12,4
Hiperqueratosis	20	11,8
Papiloma	20	11,8
Onicomiosis	16	9,5
Onicodistrofia	12	7,1
Quiste sinovial	11	6,5
Granuloma	10	5,9
Nevo	9	5,3
Verrugas	6	3,5
Lipoma	5	3,0
Angioma	2	1,2
Hombro doloroso	2	1,2
Sin diagnóstico	2	1,2
Otros (fístula, pie diabético, exostosis, enfermedad de Dupuytren, hematoma)	5	3,0
Total	169	100

con electrobisturí, artrocentesis, biopsias incisionales y drenajes, punciones-aspiraciones con aguja fina (PAAF) y, finalmente, plastias. En 18 (10,6%) pacientes no se realizó ningún procedimiento quirúrgico. La distribución de biopsias solicitadas por el médico-cirujano que efectuó el procedimiento alcanzó un 25,4% de la muestra en estudio.

Los diagnósticos histopatológicos observados presentaron una distribución amplia, con un discreto predominio de los papilomas (14%), los nevos (13,9%), los quistes queratinosos epidérmicos (11,6%), los lipomas (11,6%) y los granulomas (9,3%). La correlación entre los diagnósticos operatorio y anatomopatológico alcanzó un 74,4%.

Un aspecto previamente investigado es la correlación diagnóstica entre la clínica y la anatomía patológica, esto es, entre el diagnóstico prequirúrgico y su correlato con el diagnóstico histopatológico⁷. En un trabajo de Arribas Blanco et al⁸ se estableció un 84,1% de acuerdo entre el diagnóstico clínico y el de laboratorio, y se concluyó que la cirugía menor en atención primaria es posible en la medida que los médicos de familia reciban la formación apropiada y todas las muestras sean enviadas a biopsia. En algunos trabajos se ha cuestionado la utilidad y efectividad de las biopsias de piel efectuadas por médicos generales o de familia, particularmente en lo relativo al diagnóstico o sospecha oportuna de malignidad, especialmente respecto del melanoma maligno^{3,9}, así como la calidad de la exéresis realizada⁹. Trabajos más recientes parecen confirmar que la calidad de dicha exéresis se relaciona con la ejecución técnica por especialistas¹⁰, aunque la correlación diagnóstica pre y posquirúrgica no varía categóricamente por este hecho. La eficiencia de la cirugía menor en términos de costes también se ha evaluado positivamente, estableciendo que su coste-efectividad es mejor cuando se realiza en el nivel primario de atención que en otros centros públicos o privados¹¹. Un estudio observacional, retrospectivo, de un año, realizado en España, ha revelado que un programa regular de cirugía menor en el ámbito primario redujo el coste en comparación con el nivel privado especializado, y además redujo las listas de espera en especialidades como cirugía o dermatología¹². Un estudio prospectivo francés fue menos concluyente, aunque sí estableció la dificultad de ahorrar dinero sin reducir la calidad de la atención quirúrgica¹³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dowsett C. The management of surgical wounds in a community setting. *Br J Community Nurs*. 2002;7 Suppl 6:33-8.
2. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quiros 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;107:772-5.
3. Fleischer AB Jr, Feldman SR, McConell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians 1990-1994. *Fam Med*. 1997;29:648-52.
4. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common benign skin tumors. *Am Fam Physician*. 2003;67:729-38.
5. López Santiago A, Lara Penaranda R, De Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: satisfacción del usuario. *Aten Primaria*. 2000;26:91-5.
6. Kearney CR, Holme SA, Burden AD, McHenry P. Long-term patient satisfaction with cosmetic outcome of minor cutaneous surgery. *Australas J Dermatol*. 2001;42:102-5.
7. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *Br Med J*. 1991;303:1177-9.
8. 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 una experiencia de un año. *Aten Primaria*. 1996;17:142-6.
9. Cox NH, Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. *Br Med J*. 1992;304:93-6.
10. Hallock GG, Lutz DA. Prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis in 2000 excised skin tumors. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101:1255-61.
11. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Efficiency of minor surgery in primary care according to the costs. *Aten Primaria*. 2002;30:86-91.
12. Tarraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Alberó J. Economic impact of the introduction of a minor surgery program in primary care. *Aten Primaria*. 2001;27:335-8.
13. Revol M, Levan P, Dechamp N, Servant JM. What is the cost of excision-suture of a skin lesion under local anesthesia? 2-month prospective evaluation in a public sector hospital. *Ann Chir Plast Esthet*. 1998;43:82-6.