

Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad?

J.F. Menárguez Puche, P.A. Alcántara Muñoz, J.D. González Caballero, A. García Canovas, M. López Piñera y J. Cruzado Quevedo

Objetivo. Evaluar el impacto de la formación continuada intraequipo (FCI) en la calidad de la cirugía menor (CM).

Diseño. Estudio de nivel de calidad.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Primera evaluación: todas las lesiones remitidas para biopsia durante 1998 (62 muestras). Segunda evaluación: las remitidas durante 1999-2000 (150).

Mediciones principales. Se diseñaron 4 criterios explícitos y normativos de proceso y resultado: C1: información suficiente; C2: remisión adecuada; C3: extirpación lesional correcta, y C4: concordancia clinicopatológica. Se evaluaron hojas de solicitud e informes anatomopatológicos. Evaluación antes y después de medidas correctoras (FCI y cambios organizativos diseñados para potenciarla). Se analizó el índice Kappa de concordancia interobservador, el índice de cumplimiento (IC) y la Z de Fisher.

Resultados. En la primera evaluación se incluyeron 62 lesiones, con una fiabilidad alta para C1 y C4, buena para C2 y moderada para C3. En la segunda evaluación se incluyeron 150 lesiones. Entre la primera y la segunda evaluación, los índices de cumplimiento presentaron incrementos estadísticamente significativos para C1 (38,09% y 50,66%; mejora relativa del 19%) y C4 (68,85% y 85,2%; mejora relativa del 53%). C2 presentó mejoría estadísticamente no significativa (87,30% y 92,66%). El índice de cumplimiento de C3 presentó una disminución (94,73% y 87,50%). Un 5,33% de casos en la segunda evaluación (8 biopsias) fueron lesiones malignas y premalignas respecto al 20,96% de la primera ($p < 0,05$). El 100% de estas últimas presentó límites de resección libres. Un 77,99% de las lesiones biopsiadas en la segunda evaluación fueron nevus, queratosis seborreicas y dermatofibromas.

Conclusiones. La FCI es una estrategia válida para mejorar la calidad de programas de CM en atención primaria, observándose mejora significativa en la discriminación de patología maligna y premaligna, en la correcta derivación y en la concordancia clinicopatológica de las lesiones.

Palabras clave: Cirugía menor. Atención primaria. Evaluación y mejora de la calidad. Formación continuada.

MINOR SURGERY IN PRIMARY CARE: IS CONTINUING EDUCATION WITHIN THE TEAM A VALID STRATEGY FOR IMPROVING QUALITY?

Objective. To evaluate the impact of continuing education within the team (FCI, in Spanish) on the quality of minor surgery.

Design. Study of level of quality.

Setting. Primary care.

Participants. First evaluation: all the lesions referred for biopsy during 1998 (62 samples). Second evaluation: those referred in 1999-2000 (150).

Main measurements. Four explicit criteria regulating procedure and result were designed: C1, sufficient information; C2, correct referral; C3, correct extirpation of lesion; C4, clinical-pathological concordance. Request forms and anatomical-pathological reports were assessed. Evaluation was before and after corrective measures (FCI and organisational changes designed to support FCI). The Kappa index of inter-observer concordance, the Compliance Index and Fisher's Z index were analysed.

Results. 62 lesions were included in the first evaluation, with high reliability for C1 and C4, good for C2 and moderate for C3. 150 lesions were included in the second evaluation. The compliance indices showed statistically significant increases from the first to the second evaluation for C1 (38.09% and 50.66%, relative improvement of 19%) and C4 (68.85% and 85.2%, relative improvement of 53%). C2 showed an improvement, but without statistical significance (87.30% and 92.66%). The compliance index for C3 dropped (94.73% and 87.50%). 5.33% of cases in the second evaluation (8 biopsies) were malignant or pre-malignant lesions, compared with 20.96% in the first ($P < .05$). 100% of these latter showed free resection limits. 77.99% of lesions studied through a biopsy in the second evaluation were nevus, seborrheic keratosis or dermatofibroma.

Conclusions. FCI is a valid strategy for improving the quality of programmes of minor surgery in primary care. There was significant improvement in the identification of malignant and pre-malignant pathology, in correct referral and in the clinical-pathological concordance of the lesions.

Key words: Minor surgery. Primary care. Evaluation and improvement of quality. Continuing education.

Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura (Murcia). España.

Correspondencia: Juan Francisco Menárguez Puche. Centro de Salud Virgen de la Consolación. C/ Asociación, s/n. 30500 Molina de Segura (Murcia). España.

Correo electrónico: jmenarguezp@medynet.com

Estudio presentado como comunicación oral en el XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, celebrado en San Sebastián en noviembre de 2001.

Manuscrito recibido el 24 de octubre de 2001. Manuscrito aceptado para su publicación el 18 de marzo de 2002.

Introducción

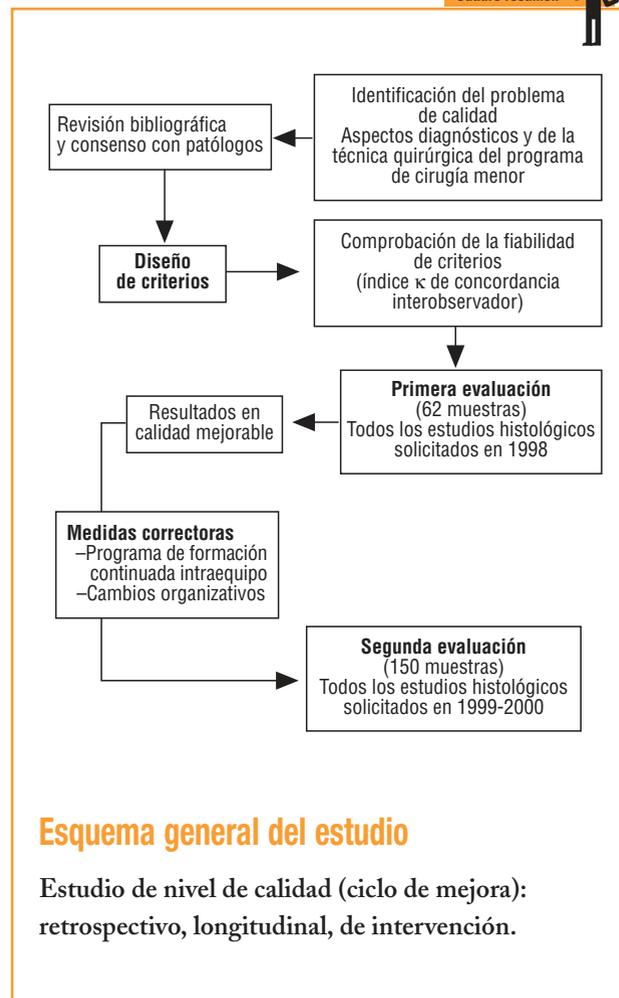
En los últimos años se han puesto en marcha diversos programas de cirugía menor (CM) en atención primaria (AP). Esta actividad, recuperación de una práctica tradicional por parte de los médicos de AP, presenta muchas ventajas tanto para el usuario como para el profesional y el sistema sanitario¹. Estudios llevados a cabo en otros países donde esta actividad se practica desde hace años han demostrado además que la realización de CM en AP no supone una merma en la calidad del servicio respecto a la praxis realizada en el ámbito de la atención especializada (AE)²⁻⁴.

Sin embargo, según otros especialistas, no todo son ventajas. Diversos autores han reflexionado sobre posibles inconvenientes de la expansión de programas de CM en AP, tales como sobrecarga de servicios de anatomía patológica^{2,5,6}, conflictos de competencia entre distintos especialistas⁷ o las potenciales indicaciones de cirugía innecesarias^{1,8,9}.

En cuanto a la remisión de muestras para biopsia, aunque la mayoría de los autores opina que deben ser remitidas a anatomía patológica todas las reseçadas^{4,7,8,10}, también hay opiniones diferentes^{6,11}. El primer grupo de autores se basa en la observación de que los médicos de AP no realizan a veces una escisión completa de las lesiones^{7,11} y lesiones malignas se consideran inicialmente como benignas^{5,12}, mientras que en el ámbito hospitalario estos índices son mejores^{5,12}. La realización sistemática del estudio patológico podría subsanar un error diagnóstico o terapéutico por medio de una segunda intervención^{5,7,12,13}. Otros autores, sin embargo, no han detectado que la remisión para biopsia de todas las muestras en lugar de sólo las dudosas mejore la capacidad de detección de patología maligna⁶.

En cualquier caso, la gran variabilidad de los resultados de los diferentes estudios realizados en AP^{2,4-7,11,12,14} plantea la necesidad de identificar los factores implicados, para introducir medidas que permitan corregirla. Hay un amplio consenso entre diferentes expertos en que la principal causa de los déficit en calidad de la CM realizada por médicos de AP es la formación insuficiente^{8,9,11,15,16}, e incluso los propios profesionales perciben también como un objetivo prioritario la mejora de su formación¹⁷. Las estrategias propuestas por diferentes autores para potenciar conocimientos y habilidades son diversas, centrándose en la formación posgrado y sobre todo en la formación continuada. Las actividades a desarrollar podrían ir desde cursos prácticos, rotaciones en servicios de cirugía y/o dermatología para adquirir buena técnica quirúrgica y habilidades diagnósticas^{18,19} o utilización de vídeos^{1,20}, hasta programas estructurados impartidos por entidades^{15,16} o grupos de expertos¹¹ que podrían acreditar a los médicos de AE para realizar CM^{21,22}.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio de nivel de calidad (ciclo de mejora): retrospectivo, longitudinal, de intervención.

Otra posible forma de mejorar la calidad de la CM realizada en AP es la formación continuada intraequipo (FCI). Esta estrategia se caracteriza por ser económica, factible y adaptable en cuanto a tiempo y horario a todo el equipo de AP, permitiendo alcanzar un buen nivel científicotécnico a los profesionales. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto de la FCI en la calidad de algunos aspectos de nuestro programa de CM.

Material y métodos

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo y de intervención por medio de la metodología de los ciclos de mejora de la calidad²³. Se eligió un enfoque evaluativo de tipo interno con el objetivo de mejorar los resultados del programa de CM. El estudio se realizó en el Equipo de Atención Primaria Virgen de la Consolación de Molina de Segura (Murcia), cuyo programa de CM inició su funcionamiento en 1995.

Construcción de criterios

Tras identificar como probable problema de calidad algunos aspectos diagnósticos y terapéuticos de los procesos atendidos me-

TABLA 1
1 **Crterios de calidad del programa de cirugía menor**

Crterios	Aclaraciones	Excepciones
Criterio 1 (C1). Información suficiente	Cada solicitud debe incluir en todos los casos: nombre, edad, descripción, localización y diagnóstico previo	Ninguna
Criterio 2 (C2). Remisión adecuada	Se remite para: descartar malignidad o aclarar diagnóstico. No cumple si el diagnóstico es «evidente»: verruga, lipoma, quiste	Ninguna
Criterio 3 (C3). Resección completa	La extirpación debe respetar los límites de la lesión	Biopsia de piel diagnóstica Técnicas específicas como rebanado más electrocoagulación
Criterio 4 (C4). Concordancia clinicopatológica	Deben coincidir diagnóstico clínico y anatomopatológico	Diagnóstico anatomopatológico no concluyente

dante CM, se construyeron tres criterios explícitos y normativos de proceso (criterios 1 = C1, 2 = C2 y 4 = C4) y uno de resultado (criterio 3 = C3). Se consensuaron con los patólogos de nuestro hospital de referencia, a los que se ofrecieron los criterios elaborados tras revisión bibliográfica (nivel de evidencia grado III)²⁴, para que propusieran las modificaciones pertinentes. El C1 fue denominado como información suficiente^{5,14} y debía incluir para ser considerado como cumplido todos los ítems reflejados. El C2 valoraba la adecuación de la remisión e intentaba definir que la solicitud de estudio biopsico sólo debía realizarse en casos concretos²⁵. Los C3 y C4 eran los que tenían mayor respaldo bibliográfico y podrían ser considerados como los de mayor relevancia clínica. El C3 valoraba la extirpación correcta de la lesión^{2,5,7,11-14,26} y el C4 la concordancia clinicopatológica^{2,4-7,11-14,25,26}. Por medio de una exhaustiva especificación de los criterios, se intentó evitar los problemas relacionados con la valoración de los evaluadores (sesgo interobservador). Para garantizar la fiabilidad de criterios se calculó el índice Kappa de concordancia interobservador²⁷. En la tabla 1 se pueden observar los cuatro criterios elaborados con sus correspondientes aclaraciones y excepciones.

Diseño del estudio del nivel de calidad

Se procedió a la elaboración del estudio, identificando los diferentes componentes del mismo²³:

1. Descripción detallada de los criterios (tabla 1).
2. Dimensión estudiada: calidad científicotécnica.
3. Tipo de datos: de proceso asistencial y resultados.
4. Unidades de estudio: procesos sobre los que se realizó una actividad de CM y a los que se solicitó estudio histológico durante el año 1998 (primera evaluación) y 1999-2000 (segunda evaluación).
5. Fuentes de datos: para la identificación de casos se utilizó el registro centralizado de estudios anatomopatológicos solicitados por procesos de CM, en el que se guarda una copia de la hoja de solicitud de estudio. Para la evaluación de casos se usó esta hoja y la hoja de informe remitida por nuestro servicio de anatomía patológica de referencia.
6. Identificación y muestreo de las unidades de estudio. La evaluación se realizó sobre todas las biopsias practicadas.
7. Tipo de evaluación: según relación temporal: retrospectiva; según iniciativa: interna, y según quién obtenía los datos: cruzada (peer-review).

Análisis y presentación de los datos de la evaluación

Para presentar los resultados de las 2 evaluaciones se calcularon los índices de cumplimiento de los cuatro criterios. Tras la primera eva-

luación se realizó un diagrama de Pareto para dimensionar los criterios con mayor número de incumplimientos y priorizar las actuaciones. Se valoró de forma descriptiva la patología atendida. Después de identificar los aspectos sobre los que había que actuar, se diseñó un programa de formación continuada que incluía: a) aspectos teóricos diagnósticos y terapéuticos, con el objeto de intentar aumentar los conocimientos sobre diagnóstico clínico y técnicas quirúrgicas (tabla 2), y b) las habilidades técnicas se in-

TABLA 2
2 **Contenidos del programa de formación continuada intraequipo, desarrollados**

Diagnóstico de lesiones cutáneas potencialmente tratables con cirugía menor
Quiste epidérmico
Lipoma
Dermatofibromas
Granuloma piógeno y otras lesiones vasculares
Lesiones virales
Verruga vulgar
Verruga plantar
Verruga plana
Verrugas genitales
<i>Molluscus contagiosum</i>
Queratosis seborreica
Queratosis actínica y cuerno cutáneo
Acrocordón
Lesiones pigmentadas
Nevo
Lentigos
Melanomas
Epitelioma basocelular y espinocelular
Elección de técnicas según diagnóstico clínico
Escisión fusiforme
Extirpación de lesiones subcutáneas
Criocirugía
Electrocirugía
Cirugía de la uña
Biopsia de piel diagnóstica

tentaron mejorar mediante la docencia compartida de los médicos con mayor experiencia hacia aquellos que la tenían menor y los residentes en formación (aprendizaje tutorizado). Para facilitarla se elaboró una agenda común para toda la CM, disponible para su conocimiento por parte de todos los profesionales. Los profesionales con menor experiencia podían solicitar la realización conjunta de procedimientos junto a aquellos más expertos, aumentando de forma progresiva su perfil de competencias.

Los contenidos del programa se plasmaron en temas a desarrollar por los médicos titulares y residentes de tercer año del equipo. Se asignaron temas a todos los profesionales del equipo de forma homogénea. Los temas se desarrollaron en sesiones clínicas de 45 minutos realizadas a primera hora de la mañana.

Para contrastar y comparar los resultados de las 2 evaluaciones, se comprobaron mejoras absolutas y relativas. El análisis estadístico de la mejora en el cumplimiento de criterios utilizó la Z de Fisher con test para una cola. Para una mejor valoración visual se realizó un diagrama de Pareto antes-después, comprobando la mejora alcanzada.

Se valoró de forma descriptiva el perfil de lesiones remitidas, comprobando si había cambiado entre las 2 evaluaciones el tipo de patología atendida y derivada (test χ^2).

Resultados

De la primera evaluación

Durante 1998 se remitieron para ser biopsiadas 62 lesiones al servicio de anatomía patológica (43,66% de las intervenciones con bisturí frío). Los resultados obtenidos para tres criterios mostraron una variabilidad interobservador baja. La fiabilidad fue alta para C1 y C4 (Kappa de 0,95 y 0,98, respectivamente) y buena (Kappa, 0,78) para el C2. El C3 mostró una fiabilidad moderada (Kappa, 0,46). Los resultados obtenidos para este criterio nos plantearon la necesidad de modificarlo. Tras un análisis se comprobó que el problema era que no se había valorado la posibilidad de incluir la técnica de afeitado más electrocoagulación como excepción, lo que determinaba una amplia variabilidad interobservador en las mediciones. En la segunda evaluación se incluyó este aspecto entre las excepciones al criterio.

Los criterios obtuvieron un índice de cumplimiento, respectivamente, del 38,09, 87,30, 94,73 y 68,85% (tabla 3). Al analizar la causa de incumplimientos del C1, se com-

probó que en un 92% de los casos se debía exclusivamente a la falta de registro de la edad. En la figura 1 podemos observar el diagrama de Pareto correspondiente a esta primera evaluación.

En cuanto a los resultados descriptivos, el 20,96% (13 biopsias) fue lesiones malignas y premalignas (5 epitelomas basocelulares, 2 carcinomas epidermoides, un melanoma, 3 nevos displásicos y 2 queratosis actínicas). La concordancia clinicopatológica fue del 68,85% de los casos. Los 3 casos mal diagnosticados fueron un melanoma nodular y 2 epitelomas basocelulares que se presentaron en varones menores de 40 años. En las 13 lesiones la resección se realizó con los límites de la lesión libres.

Las lesiones benignas (42 biopsias) supusieron el 67,74% del total de muestras remitidas para biopsia. Respecto al total de las 62 lesiones, un 19,35% fue nevo melanocítico; 11,29%, queratosis seborreica; 12,9%, dermatofibromas (estas tres en conjunto supusieron el 43,64% del total de remisiones), y 24,18% (15 muestras), otras tumoraciones benignas que englobaron hasta 10 diagnósticos diferentes. Siete muestras (el 11,26% restante) fueron biopsias cutáneas diagnósticas.

Solicitaron biopsias 6 profesionales del equipo. El 77,41% (48) de todas las muestras fue solicitado por sólo 2 profesionales del equipo.

De la segunda evaluación

En esta ocasión se remitieron 150 lesiones para biopsia. Los resultados correspondientes al índice de cumplimientos de esta segunda evaluación y su comparación con la primera se representan en la tabla 3. Tanto el primero como el cuarto criterio mejoraron de forma significativa ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente). Todos los criterios excepto el tercero mejoraron de manera absoluta.

Un 61,33% (92) de las lesiones remitidas correspondió a nevus y, junto a las queratosis seborreicas y dermatofibromas, constituyeron el 77,99% del total de lesiones biopsiadas. En la tabla 4 se pormenoriza la relación detallada de las lesiones remitidas, con su correspondiente concordancia clinicoanatomopatológica. En un 5,33% de casos de la segunda evaluación (7 biopsias) se trató de lesiones premalignas o malignas respecto al 20,96% de la primera ($p < 0,05$). Estas 8 biopsias correspondieron a 4 nevos displásicos, una queratosis actínica, 2 carcinomas epidermoides,

TABLA 3 Índice de cumplimiento (IC) de criterios de ambas evaluaciones, con sus correspondientes mejoras absolutas y relativas y nivel de significación estadística

	Índice Kappa (primera evaluación)	IC primera evaluación	IC segunda evaluación	Mejora absoluta	Mejora relativa	p para Z de Fisher
Criterio 1	0,95 (alta)	38,09%	50,66%	12	19%	$p < 0,05$
Criterio 2	0,78 (buena)	87,30%	92,66%	6	38%	NS
Criterio 3	0,46 (moderada)	94,73%	87,50%	-7	-116%	NS
Criterio 4	0,98 (alta)	68,85%	85,21%	17	53%	$p = 0,003$

NS: no significativo.

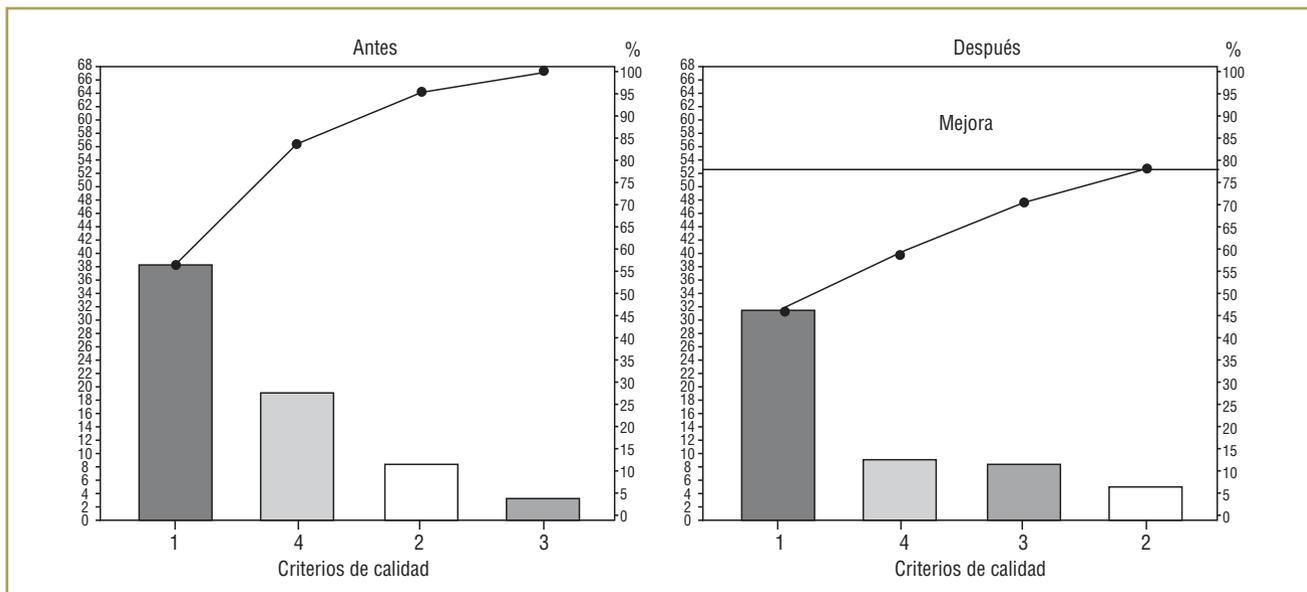


FIGURA 1

Criterios de calidad de la remisión de muestras a anatomía patológica. Diagrama de Pareto antes-después comparativo de la primera y segunda evaluaciones. En ambos ejes de abscisas se representan los cuatro criterios con su correspondiente número (1, 2, 3, 4), ordenados de mayor a menor número de incumplimientos. En el diagrama de Pareto correspondiente a la primera evaluación (antes) se presentan en el lado izquierdo del eje de ordenadas los incumplimientos en términos absolutos y a la derecha, en porcentaje. En el diagrama correspondiente a la segunda evaluación (después) se mantienen a la izquierda los valores en términos absolutos, con la misma escala utilizada en el diagrama de la primera evaluación. A la derecha, y con escala diferente, se sitúa el porcentaje de incumplimientos que corresponde a esta segunda evaluación. Puede observarse la mejora conseguida comparando ambos gráficos.

un linfoma B y un tumor de estirpe neural. El diagrama de Pareto antes y después de la intervención puede observarse en la figura 1.

El número de profesionales que solicitó biopsias subió hasta 15, repartándose el porcentaje de solicitudes de forma mucho más homogénea.

Discusión

Una primera valoración a realizar, en función de los resultados de la *primera evaluación* de nuestro estudio, deriva de la reflexión sobre el número de piezas a remitir para biopsiar en los programas de CM en AP. Como explicábamos en la introducción, aunque la mayoría de los autores está de acuerdo en remitir todas las piezas resecadas^{4,7,8,10}, también hay opiniones discrepantes^{6,11}. En esta línea de pensamiento, Lowy et al⁶, en un estudio realizado en dos fases, compararon los resultados de enviar todas las piezas frente a hacerlo sólo con aquellas seleccionadas por los mismos profesionales en un período previo. Comprobaron que, aunque la remisión sistemática aumentaba significativamente el número de piezas enviadas, no se modificaba la tasa de detección de lesiones clínicamente relevantes (malignas). En nuestro estudio el número de piezas enviadas

fue menor del 50%. Pensamos que las razones básicas para remitir a biopsia una lesión son dos: cuando no tengamos un diagnóstico clínico de seguridad o cuando exista la posibilidad, aunque sea remota, de que la lesión sea maligna^{7,12}, sobre todo ante lesiones pigmentadas²⁵. En este sentido ya hemos expresado en otras publicaciones nuestro punto de vista de forma detallada, planteando una posible solución a esta disyuntiva²⁸.

Los resultados de concordancia clinicopatológica en la primera evaluación de nuestro estudio, ya presentados previamente²⁹, se situaron en el 68,85%. Lo primero que sorprende al comparar con los resultados de otros estudios es su enorme variabilidad^{2,5,7,13,30,31}, que oscila entre valores del 41² y el 84,1%³¹. En 2 estudios realizados en nuestro medio^{30,31} en los que se obtuvieron resultados muy superiores a los demás, el porcentaje de lesiones de diagnóstico clínicamente sencillo o «evidente» (verrugas virales, quistes epidérmicos, lipomas) llegaba hasta el 44,2%, mientras que en nuestro estudio el porcentaje de lesiones de estas características fue del 4,52%. En nuestra opinión, para establecer comparaciones homogéneas sería necesario hacerlo bajo condiciones similares en cuanto al porcentaje de remisión de muestras y al tipo de lesiones enviadas²⁸. En estudios con perfil de remisión similar al nuestro la concordancia fue muy similar⁷.

TABLA 4 Relación de lesiones remitidas en el segundo período evaluado (1999-2000) y concordancia clinicopatológica

	Número de lesiones por diagnóstico (porcentaje respecto al total de lesiones)	Lesiones concordantes para ese diagnóstico concreto	Porcentaje de concordancia por diagnóstico
Lesiones benignas			
Nevos	92 (61,33%)	83	90,21
Queratosis seborreica	16 (10,66%)	12	75
Dermatofibromas	9 (6%)	7	77,77
Otras lesiones benignas	25 (17,33%)	21	84,0
Angioma	5 (3,33%)	4	80
Lipoma	4 (2,66%)	4	100
Quiste epidérmico	5 (3,33%)	5	100
Angioqueratoma	1 (0,66%)	0	0
Pólipo fibroepitelial	2 (1,33%)	1	50
Verruga vulgar	1 (0,66%)	1	100
Granuloma piógeno	1 (0,66%)	1	100
Acantoma	1 (0,66%)	1	100
Dermatitis crónica	1 (0,66%)	1	100
Quiste triquilémico	2 (1,33%)	1	50
Inespecífico	1 (0,66%)	1	100
Incierto	1 (0,66%)	1	100
Total benignas	142 (95,33%)	123	86,61
Lesiones premalignas/malignas			
Nevus atípicos/displásicos	4 (2,66%)	3	75
Queratosis actínica	1 (0,66%)	1	100
Linfoma B	1 (0,66%)	1	100
Carcinoma espinocelular	1 (0,66%)	0	0
Tumor de estirpe neural	1 (0,66%)	0	0
Total malignas	8 (5,33%)	5	62,5
Total todas las lesiones	150	128	85,21

La menor concordancia diagnóstica entre las lesiones benignas en nuestro medio fue para algunas lesiones con aumento de la pigmentación como queratosis seborreicas y nevos. Nuestros resultados fueron similares a los de otros estudios de características similares en cuanto a perfil de

patología remitida⁵. Esta circunstancia nos orientaba hacia los aspectos del diagnóstico clínico en los que teníamos que incidir más en nuestra formación. En lo que respecta a la adecuación de la escisión, nuestros datos en la primera evaluación (5,2% de escisiones inco-

TABLA 5 Variabilidad de resultados de los diferentes estudios respecto a la concordancia clinicopatológica (C4) y la adecuación de la escisión (C3).

	Nuestro estudio (AP)	Cox et al ⁵ (AP)	Hallok et al ¹³ (AE)	Lowy et al ² (AP)	Arribas et al ³¹ (AP)	McWilliam et al ¹⁷ (AP y AE)	López Santiago et al ³⁰ (AE)	Brazier et al ²⁵ (AP y AE)	Hillan et al ¹⁴ (AP)	O’Cathain et al ¹² (AP y AE)	Bull et al ¹¹ (AP y AE)
C4 = concordancia clinicopatológica	68,85%	44%	65%	50%	84,1%	41% (AP) 62% (AE)	83%	¿?	¿?	¿?	¿?
C3 = extirpación correcta	94,73%	32%	90%	92,3%	¿?	64% (AP) 84% (AE)	¿?	95% (AP) 3% (AE)	90% (AP)	95,1% (AP) 100% (AE)	77% (AP) 89% (AE)

Los resultados se reflejan como porcentaje de concordancia y porcentaje de escisiones completas. Se especifica en cada estudio si se realizó exclusivamente sobre médicos de atención primaria (AP), atención especializada (AE) o ambos. Se ofrecen los resultados correspondientes a los profesionales de los dos niveles de atención. En los casos en los que el artículo original no incluye uno de los dos datos se especifica como una doble interrogación

Discusión
Cuadro resumen

rectas) son similares a los de los estudios que obtienen mejores resultados^{2,12,25}. Es de destacar también la enorme variabilidad detectada entre los diferentes estudios, lo que probablemente refleja la heterogénea formación de los profesionales, sobre todo desde el punto de vista práctico. Para documentar la variabilidad obtenida en los resultados de estos dos criterios, los más relevantes desde el punto de vista clínico, en la tabla 5 se presentan los datos de los diferentes estudios.

El entusiasmo por el inicio del programa pudo ser una de las causas del elevado porcentaje de lesiones malignas extirpadas y remitidas en la primera fase del estudio. La mayoría de las lesiones (salvo un inesperado melanoma nodular y 2 basaliomas de presentación clínica atípica en cuanto a la edad) se identificaron correctamente en el diagnóstico clínico, lo que nos hace pensar que la decisión de abordar estas lesiones fue consciente. Todas las tumoraciones las extirparon los 2 profesionales que habían seguido un proceso de formación continuada intensivo previo al inicio del programa, lo que probablemente contribuyó a que se asumiera el tratamiento de estas lesiones. Aunque hay controversia sobre si los médicos de AP deben extirpar lesiones malignas y los resultados de algunos autores sugieren que esto podría ser beneficioso⁴, pensamos que estos procesos probablemente deberían haber sido derivados. Afortunadamente todos los casos se resecaron de forma correcta, con el resultado de la curación de 12 procesos y la remisión del melanoma para ampliación de la resección y seguimiento adecuado en el segundo nivel.

Estamos de acuerdo con la opinión de algunos expertos de que la actividad que más puede mejorar los programas de CM desarrollados por médicos de AP es la precisión diagnóstica y el conocimiento de la historia natural de las lesiones^{8,9}. Estas «pericias» permitirían realizar tratamiento quirúrgico sólo en aquellos procesos en los que fuera imprescindible, bien por inseguridad diagnóstica o riesgo de malignidad. El adecuado conocimiento dermatológico por parte de los profesionales de AP matizaría las necesidades «cosméticas» de cirugía, evitando intervenciones innecesarias en las que los riesgos superaran a los beneficios. Por ello, y tras identificar nuestros déficit formativos como posible causa de los problemas de calidad detectados, se elaboró un programa de FCI impartido por los propios profesionales del equipo. Con esta estrategia se intentó aumentar la implicación de todos los compañeros en el programa de CM. Pensamos que la posibilidad de realizar cirugía conjuntamente también potenció este aspecto, y permitió un aumento progresivo del perfil individual de cirugía realizado por cada profesional.

En cuanto a la *segunda evaluación*, lo primero que llama la atención es que, a pesar de ampliarse de forma importante el número de profesionales que realizan cirugía, el porcentaje de lesiones remitidas no lo hizo de forma significativa. Quizá la experiencia clínica y el proceso de formación han llevado a una mayor selección de la patología reseca-

Lo conocido sobre el tema

- La realización de cirugía menor (CM) por parte de médicos de AP obtiene peores resultados que la llevada a cabo por médicos de AE, lo que se concreta en peor técnica quirúrgica y diagnósticos clínicos incorrectos.
- Según la mayoría de los autores se deben remitir para biopsiar todas las piezas reseca- das por médicos que realicen CM.
- La formación continuada se identifica como el objetivo prioritario a alcanzar para una adecuada realización de CM por parte de los profesionales de AP.

Qué aporta este estudio

- La formación continuada intraequipo es una estrategia válida para mejorar la calidad global de la CM en AP.
- La calidad de los diagnósticos clínicos aumenta por medio de la formación continuada intraequipo y permite una mejor elección de la patología a tratar evitando quizás cirugía innecesaria.
- La formación mejora la adecuación del perfil de solicitudes de estudio histológico.

y biopsiada, eligiendo de forma más selectiva los procesos a tratar, en aras de evitar cirugía innecesaria.

Aunque otros estudios llevados a cabo en nuestro medio han abordado la evaluación de la FC en CM³², no comprueban que esta estrategia repercuta en los resultados cualitativos. En el estudio de Maguire¹⁵ se demostró que la FC permitía un incremento en el número y tipo de procedimientos desarrollados pero sin valorar su repercusión en la calidad del servicio. En la revisión que hemos realizado, no hemos encontrado ningún estudio que valore específicamente la repercusión de la FC sobre los resultados en calidad de programas de CM, quizás el resultado final buscado, más que la simple adquisición de conocimientos. Los resultados de los criterios de calidad en esta segunda evaluación avalan la opinión de que la FCI es efectiva para mejorar los programas de CM en AP, y permite de forma factible introducir estrategias útiles para los profesionales que, por otra parte, se benefician de forma mucho más homogénea que cuando sólo alguno de los profesionales acude a cursos de formación. En nuestro caso, se mejoró de forma significativa tanto la concordancia clínico-patológica como la información necesaria para los patólogos, sin que cambiara sustancialmente la adecuación de la escisión. En este sentido, el ligero empeoramiento de los resultados quizá se deba a que un mayor número de

profesionales con menos experiencia practica técnicas quirúrgicas. Esperamos que este problema se subsane en un futuro próximo.

En lo que respecta al tipo de cirugía seguido, aumentó proporcionalmente la patología benigna, pero el perfil de lesiones más frecuentemente extirpadas seguía siendo similar. Detectamos un aumento muy importante de nevos. Dedujimos que estas lesiones probablemente eran de características dérmicas, porque se comprobó que una técnica sencilla y segura, como el afeitado más electrocoagulación, también se incrementaba de forma paralela. Quizá los nuevos profesionales que se incorporan a la actividad se sientan cómodos con esta técnica y la realicen con tranquilidad sobre una de las lesiones que más se beneficia de ella.

Por otra parte, en este segundo período disminuyó de forma significativa el número de lesiones malignas extirpadas, como consecuencia en parte de un mejor conocimiento de las lesiones y quizá de un proceso de reflexión y debate interno que nos llevó a remitir mejor estas lesiones al segundo nivel.

Afortunadamente, la CM avanza en nuestro medio. El progresivo aumento de madurez de los profesionales de AP que realizan CM plantea la necesidad de iniciar nuevos campos de investigación. La identificación de los factores implicados en la variabilidad de la calidad de programas de CM es probablemente el futuro inmediato. De su conocimiento podrían derivar estrategias que garanticen para profesionales y usuarios la adecuada realización de CM en AP.

Como conclusiones de este estudio podemos decir que la FCI es una estrategia válida para mejorar la calidad global de la CM en AP y que, según las condiciones utilizadas en nuestro medio, permite aumentar el número de profesionales que participa en programas de CM, quizá como consecuencia de mayor confianza en sus capacidades y la sensación de apoyo del grupo. La calidad de los diagnósticos clínicos ha aumentado por medio de la FCI, permitiendo una mejor elección de la patología a tratar y evitando quizá cirugía innecesaria. La formación ha cambiado el perfil de la patología atendida en nuestro equipo, solicitándose proporcionalmente más exploraciones por patología benigna y mejorando la derivación de la patología maligna.

Bibliografía

1. Caballero F, Gómez O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (I). FMC 1997;6.
2. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Quality of minor surgery by general practitioners in 1990 and 1991. Br J Gen Pract 1994;44:364-5.
3. Wedderburn S. The GP's view. Br J Hosp Med 1993;49:151-2.
4. Williams RB, Burdige AH, Jones SL. Skin biopsy in general practice. BMJ 1991;303:1179-80.
5. Cox NH, Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practitioners skin surgery to determine educational requirements and guidelines. BMJ 1992;304:93-6.
6. Lowy A, Willis D, Abrams K. Is histological examination of tissue removed by general practitioners always necessary? Before and after comparison of detection rates of serious skin lesions. BMJ 1997;315:406-8.
7. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991;303:1177-9.
8. Shrank AB. General practitioners and minor surgery. Br J Dermat 1991;125:599-600.
9. White M. The dermatologist's view. Br J Hosp Med 1993;49:153-4.
10. Dando P. Medico-legal aspects of minor surgery. J Med Def Union 1991;7:12-3.
11. Bull AD, Silcocks PB, Start RD, Kennedy A. General practitioners, skin lesions and the new contract. J Public Health Med 1992;14:300-6.
12. O' Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. Br J Gen Pract 1992;42:13-7.
13. Hallock GG, Lutz DA. Prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis 2000 excised skin tumors. Plast Reconstr Surg 1998;101:1255-61.
14. Hillan KJ, Johnson CP, Morton R. Effect of general practitioner contract on referral of specimens for histological examination. BMJ 1991;303:1180.
15. Maguire N. Effect of a skills programme on minor surgical workload in general practice. Ir Med J 2000;93:136-8.
16. Berry DP, Harding KG. Potential pitfalls of minor surgery in general practice. Br J Gen Pract 1993;43:358-9.
17. Weddington WH, Gabel LL, Williams T. Surgical practice and perceived training needs of selected Ohio Family Physicians. J Fam Pract 1986;23:247-52.
18. Arribas JM. La llegada de la cirugía menor a los centros de salud. El Médico 1995;569:44-52.
19. Urraca J, Ayuso R, Olasagasti C. Cirugía menor en el centro de salud. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria 1995;1:165-74.
20. Rendle P. Booking processes for minor procedures in a fifteen bed rural hospital: a total quality management project. J Qual Clin Practice 1995;15:37-43.
21. Pringle M, Hasler J, De Marco P. Training for minor surgery in general practice during preregistration surgical posts. BMJ 1991;302:830-2.
22. Morrison JM, Murray TS. Survey of minor surgery in general practice in the west of Scotland. Br J Surg 1993;80:202-4.
23. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
24. U.S. Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
25. Brazier JE, Lowy A. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991;303:1472-4.
26. Fenton O. The plastic surgeon's view. Br J Hosp Med 1993;49:155-7.
27. Thompson WD, Walter SD. A reappraisal of the kappa coefficient. J Clin Epidemiol 1988;41:949-58.
28. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA. Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales? Aten Primaria 2001;28:80-1.
29. Menárguez Puche JF, Martínez Bienvenido E, Robles Mondéjar J, Lorenzo Zapata MD, Martínez Fernández E, Raigal Jurado S.

- Cirugía menor en atención primaria ¿es adecuado el nivel de calidad con que se desarrolla? En: Libro de resúmenes del V Congreso de Atención Primaria. Alcantarilla, 13-15 de junio de 1998; p. 23.
30. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez P, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de usuarios. *Aten Primaria* 2000;26: 91-5.
 31. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo S, 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;17:142-6.
 32. Martín J, Martínez M, Ferrándiz J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:497-502.