

Cirugía menor en el Centro de Salud de Markina, Vizcaya

J. Basterretxea Oiarzabal, I. Lazkano Galdós, M. Irusta Argoitia y M. Odriozola Gojenola

Centro de Salud de Markina. Vizcaya.

OBJETIVOS. El presente trabajo trata de describir el desarrollo de un programa de cirugía menor en un centro de salud rural y medir el grado de satisfacción de las personas intervenidas en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Nuestras unidades de observación han sido las fichas de 100 intervenciones de cirugía menor realizadas por personal del equipo de Atención Primaria, fichas en las que se describen las características de la población intervenida, la apariencia macroscópica de las lesiones, las técnicas quirúrgicas, complicaciones y resultados de anatomía patológica. El grado de satisfacción de los usuarios fue recogido por personal ajeno al centro mediante un cuestionario completado telefónicamente.

RESULTADOS. De las 100 intervenciones analizadas el 61% se realizaron en mujeres, la edad mediana de los pacientes fue 44 años, el tiempo medio de las intervenciones fue de 22,95 minutos, el 12% de las lesiones requirió suturar por planos. No se produjeron incidencias reseñables y las complicaciones (12%) fueron leves: 9 dehiscencias, una infección, una reacción alérgica y una recidiva. Los resultados de anatomía patológica agrupados son: 33 quistes de inclusión, 23 nevos y otros.

El 91,37% de los encuestados estaban muy satisfechos con el procedimiento, el 89,65% repetirían y el 96,55% estuvo de acuerdo en que el equipo de Atención Primaria practique cirugía menor.

DISCUSIÓN. Los resultados de este trabajo son semejantes a los de la literatura existente en cuanto a incidencias intraoperatorias, complicaciones y resultados de Anatomía Patológica, en general buenos. La satisfacción de los pacientes intervenidos es elevada y un gran porcentaje se muestra partidario de que se practique en Atención Primaria la cirugía menor.

OBJECTIVES. The present works aims to describe the development of a minor surgery program in a rural Health Care Center and measure the degree of satisfaction of the persons participating in it.

MATERIAL AND METHODS. Our observation units have been the records of 100 surgeries of minor surgery performed by Primary Health Care team personnel, records in which the characteristics of the population operated on, the gross appearance of the lesions, the surgical techniques, complications and pathology results are described. The degree of satisfaction of the users was collected by personnel outside of the center by a questionnaire filled out by telephone.

RESULTS. Of the 100 surgeries analyzed, 61% were performed in women, the mean age of the patients was 44 years, the mean time of the surgery was 22.59 minutes, 12% of the lesions required layered suturing.

No reportable incidences were produced and the complications (12%) were mild: 9 dehiscences, 1 infection, 1 allergic reaction and 1 relapse. The pathology results by groups are: 33 inclusion cysts, 23 nevus and others.

91.37% of those surveyed were very satisfied with the procedure, 89.65% would repeat it; 96.55% agree that the Primary Health Care Team should perform the minor surgery.

DISCUSSION. The results of this study are similar to those of the existing literature in regards to the intraoperative incidences, complications and pathology results, in general good. The satisfaction of the patients operated on is high and a large percentage are in favor of the minor surgery being performed in Primary Health Care.

Key words: minor surgery, Primary Health Care, satisfaction.

Palabras clave: cirugía menor, Atención Primaria, satisfacción.

Correspondencia:
J. Basterretxea Oiarzabal.
Centro de Salud de Markina.
C/ Karmen, 19.
48270 Markina (Vizcaya).
Correo electrónico: biblioteca.cs.markina@apin.osakidetza.net

Recibido el 15-11-2001; aceptado para su publicación el 21-3-2002.

INTRODUCCIÓN

Comienza a ser amplia y bien documentada la bibliografía sobre la práctica de cirugía menor entre los equipos de Atención Primaria en nuestro país. Lejos quedan ya los años en que las únicas referencias procedían del extranjero.

ro, Gran Bretaña principalmente (nuevo contrato del NHS de 1990), si bien las condiciones laborales distan mucho de resultar equiparables. La gerencia de la comarca interior de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, ámbito en el que se desarrolla el presente estudio, incluyó esta práctica en el contrato-programa de 1998, pero como oferta complementaria¹. El deseo de incrementar la calidad asistencial ha motivado a este equipo a profundizar y desarrollar los espacios que le son reconocidos en este campo dentro de la Medicina de familia.

La cirugía menor consiste en una serie de procedimientos quirúrgicos realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles (piel y mucosas, anejos cutáneos o estructuras subcutáneas) ejecutadas en poco tiempo y bajo anestesia local. Los cuidados postquirúrgicos son sencillos². Para que se lleve a cabo en los centros de Primaria son necesarios medios técnicos, formación y motivación. Los medios técnicos son muy básicos, se encuentran en cualquier ambulatorio. A medida que se realizan intervenciones más complicadas, y si el grado de actividad lo justifica, se podrían solicitar medios más sofisticados (botella de nitrógeno líquido, electrobisturí, etc.) a la gerencia correspondiente, pero no son necesarios para una práctica adecuada y una oferta amplia de actividades. Los cursos de formación, durante la especialización MIR o la formación continuada, son accesibles y variados. Tal vez sería interesante implementar el aprendizaje monitorizado con médicos expertos o con especialistas.

La motivación de los profesionales es el motor que ha impulsado la cirugía menor en los centros donde se practica pero también es, a nuestro entender, el principal motivo de que no se generalice. Tal vez sea difícil añadir una actividad más a la ya sobrecargada agenda de la asistencia primaria, pero la satisfacción que genera en los que la practican, pese a no haber sido convenientemente medida en ningún estudio, posiblemente redundaría en mejorar la actividad laboral general y consecuentemente la calidad asistencial debido al desarrollo del trabajo en equipo que supone, el romper rutinas laborales y el refuerzo la relación médico/paciente. La bibliografía registra buenos resultados de satisfacción general entre los usuarios.

Con el presente trabajo trataremos de fomentar la motivación y apoyar la realización de cirugía menor en Atención Primaria. Los objetivos específicos se centran en: describir y analizar nuestra experiencia en cirugía menor en un centro de salud rural. Medir la satisfacción de los pacientes intervenidos diferenciando la satisfacción por el trato recibido y por el resultado del acto quirúrgico son también parte de estos objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población donde está ubicado el centro de Atención Primaria, cuyo equipo ha realizado el presente estudio, corresponde al municipio de Markina (Vizcaya), que consta de una población de 5.000 habitantes con perfil semi-rural. El hospital de referencia, donde habitualmente se llevan a cabo las intervenciones quirúrgicas, se encuentra

a 45 Km, si bien para acceder a ellas hay que acudir a un especialista cirujano general de cupo que facilitará el acceso al acto quirúrgico en caso de existir indicación. La espera para las intervenciones es larga (meses). Las comunicaciones por carretera son buenas.

Este trabajo es fundamentalmente descriptivo, por lo que no tiene carácter estadístico predictor respecto a la población general. La población descrita es el grupo de los 91 primeros pacientes intervenidos en el programa siendo las unidades de observación cada una de las 100 fichas de estos pacientes. Estas fichas, creadas al efecto en cada lesión intervenida, son las que consideraremos "caso" independientemente de que se realizaran varias en una misma persona.

La selección de los casos intervenidos se realizó a partir de la demanda de todas las consultas del centro incluidas las de Enfermería y Pediatría, pero debían ser aceptadas por el equipo quirúrgico. Esto quiere decir que si en la consulta diaria surgía algún requerimiento de intervención menor y era susceptible de que la hiciéramos nosotros se le proponía al paciente, y el médico responsable del programa acudía a valorar la lesión y aceptar el caso, eliminando, tal como recomienda la literatura al respecto,^{3,4} las lesiones sospechosas de malignidad y aquellas que bien por su localización, contraindicaciones, dificultades técnicas o por tratarse de pacientes de riesgo no nos sintiéramos capaces de llevar a buen término aunque el riesgo fuera sólo estético.

Tras un breve cuestionario sobre alergia a la anestesia o contraindicaciones y de explicar el procedimiento quirúrgico se citaba a los pacientes para la intervención. No solicitamos consentimiento informado pero tenemos intención de pedirlo en adelante, porque la bibliografía insistentemente lo recomienda. Los pacientes que rechazaron ser intervenidos por nosotros fueron derivados al cirujano correspondiente pero no fueron contabilizados, si bien los casos fueron anecdóticos (dos o tres en tres años).

No contamos como cirugía menor el drenado de abscesos, suturas, infiltraciones articulares, curetaje de moluscos o acrocordomas por considerarlos labor habitual de cada médico o ATS en su consulta.

Las intervenciones se llevaron a cabo en una consulta normal de un médico de familia. No disponemos de una sala especial para cirugía, si bien disponemos de los medios básicos^{5,6}. No contamos con bisturí eléctrico ni con nitrógeno líquido. El histofreezer no nos resulta satisfactorio. El equipo de reanimación cardiopulmonar se encuentra en una sala adyacente preparado y mensualmente revisado por la enfermera responsable. Al principio conectamos el pulsioxímetro a los pacientes durante las intervenciones para controlar la frecuencia cardíaca y prevenir cuadros vagales severos, pero el continuo pitido del aparato desequilibraba el ambiente y optamos por la estimulación verbal.

Inicialmente dos médicos y una enfermera pusieron en marcha el programa, pero ante los buenos resultados y la gratificación personal que suponía se fue añadiendo personal. También aumentó la demanda espontánea por parte de la población, sobre todo en el caso de orejas rasgadas y pequeñas lesiones de apariencia inestética. La primera

intervención quirúrgica se realizó el 18 de junio de 1997, y a pesar de que el programa sigue en marcha, describiremos los resultados obtenidos hasta el 26 de septiembre de 2000, fecha en que se decidió realizar el presente trabajo descriptivo por alcanzarse la cifra de 100 casos.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas varían según el tipo de lesión^{5,7}: los nódulos se extirpan mediante un ojal en la piel o con incisiones simples si son pequeños o están localizados en el cuero cabelludo. Las pápulas también mediante ojal en la piel, y profundizando hasta la hipodermis en caso de los nevus para evitar recidivas. Se sutura por planos cuando es preciso, en un principio con catgut y últimamente con dextron tras los supuestos riesgos de transmisión de la encefalopatía espongiiforme bovina. Las uñas encarnadas, con anestesia troncular, resección parcial de la uña y matricectomía, y los lóbulos rasgados refrescando el agujero existente hasta el borde de la oreja y suturando cuidadosamente.

Las variables estudiadas se obtuvieron de las fichas individuales (una por caso) y fueron las siguientes: número de orden, filiación, médico de cabecera correspondiente, fecha de la intervención, descripción macroscópica de la lesión, duración de la intervención, técnica empleada, incidencias intraoperatorias, profilaxis antitetánica y antibiótica, control posquirúrgico al de 48 horas y a la retirada de puntos y resultados de Anatomía Patológica.

En agosto y septiembre de 2001 se realizó una encuesta de satisfacción mediante llamada telefónica. Una persona ajena al centro enunciaba varias preguntas a los propios pacientes, que debían responder y valorar la satisfacción con relación a la intervención quirúrgica en una escala ordinal. Se realizaron dos llamadas por paciente en días diferentes; si no se contactaba directamente con él no se insistía más.

Se formularon 5 preguntas claras y concisas (tabla 1) y el encuestador recogía la información directamente en una planilla, sin intervención directa del equipo quirúrgico pa-

ra evitar presiones sobre los encuestados y, posiblemente sesgos. La primera pregunta era excluyente, puesto que si no se recordaba claramente el procedimiento no tenía sentido valorar la satisfacción que produjo.

El programa estadístico utilizado fue SPSS para Windows. Para la descripción de las variables cuantitativas se ha utilizado la media aritmética y la desviación estándar. Para el análisis de las variables cualitativas, los porcentajes.

RESULTADOS

Se realizaron 100 intervenciones sobre 91 personas. El 61% en mujeres y el 39% en hombres y la edad de los mismos se distribuía en un rango de 81, entre 8 y 89 años. La media de la edad no es útil en este caso por el amplio rango que abarcan y la gran dispersión de datos que no sigue una distribución normal. Diremos que la moda es de 36 años y la mediana de 44 años.

La descripción macroscópica de las lesiones previa a la intervención era la siguiente (tabla 2): 49 nódulos, 35 pápulas, 6 uñas encarnadas, 7 orejas rasgadas y tres otros (extracción de cuerpos extraños, etc.).

El tiempo medio por intervención fue de 22,95 minutos ($S = 5,35$), con una moda de 30 minutos.

La técnica quirúrgica variaba como hemos explicado según la lesión; se suturó por planos (catgut) en el 12%, y en la sutura superficial se dieron puntos de colchonero (30%) o simples (54%).

En cuanto a incidencias intraoperatorias no se describe nada reseñable, ningún cuadro vagal tras la anestesia, parada cardiorrespiratoria ni necesidad de derivación urgente al hospital. Uno de los pacientes no pudo ser intervenido por no conseguirse anestesia en el campo quirúrgico, a pesar de esperar tiempo suficiente y de instilar repetidas dosis. Nosotros lo atribuimos al estado de excitación del mismo.

En el apartado de complicaciones postoperatorias se describen 12 (12%): 9 casos de dehiscencia de sutura, una infección, una reacción alérgica muy localizada que se solucionó con la retirada de puntos y una recidiva de una uña encarnada. En el resto no aparecieron problemas.

En el 52,7% de los casos se administró la primera dosis de la vacuna antitetánica. Se consultó en los registros de vacunación e historias sólo en los casos en que existieran dudas sobre la situación inmune. Al 15,3% se le puso dosis de recuerdo, el 27,4% estaban vacunados y en el 4,3% no consta ningún dato referente a la vacunación.

En el 10% de los casos se pautó profilácticamente un antibiótico (siempre amoxicilina-clavulánico) porque la

Tabla 1. Encuesta de satisfacción

¿Recuerda usted la pequeña intervención quirúrgica a que fue sometido en el ambulatorio en (aquí se explicita la fecha y se describe la lesión)?

SI NO

¿Está usted satisfecho con el resultado de la operación?

NADA ALGO MUCHO

¿Está usted satisfecho con la atención recibida?

NADA ALGO MUCHO

¿Está usted conforme con que el médico de cabecera y la enfermera realicen estos procedimientos?

NADA ALGO MUCHO

¿Lo volvería a repetir?

SI NO

Tabla 2. Descripción macroscópica de las lesiones

	Mujer	Varón
Nódulos	20	29
Pápulas	27	8
Uñas encarnadas	6	0
Lóbulos de oreja rasgados	7	0
Otros (extracción de cuerpo extraño)	1	2

técnica no nos pareció del todo aséptica (7% de los casos), práctica que se abandonó a partir del caso número 70, pues además de no tener rigor científico no encontramos ninguna complicación infecciosa. Únicamente en las uñas encarnadas se mantuvo siempre la prescripción antibiótica (6 casos).

Se enviaron las muestras obtenidas en las intervenciones siempre que procediera (81 casos en total) según consta en el registro de salida de muestras del ambulatorio, al servicio de Anatomía Patológica del hospital de referencia (Hospital de Galdakao), pero sólo se registraron los resultados en 76 casos, en 4 no hay informe de Atención Primaria. No procedía el envío de muestras en caso de uñas encarnadas, lóbulos rasgados y extracción de cuerpos extraños.

Agrupando los resultados de los patólogos obtenemos las siguientes categorías: 33 quistes de inclusión (intradérmico, pilar), 23 nevus (nevo celular, Spitz), 7 fibromas, 5 verrugas vulgares, dos queratosis seborreicas, 8 otros, 18 no proceden y en 4 casos no hay registro de entrada de Anatomía Patológica (tabla 3).

Los resultados de la medida de satisfacción se reflejan a continuación:

Se obtuvieron 59 respuestas de las que sólo un caso no recordaba la intervención. De los 58 que sí la recordaban el 91,37% estaban muy satisfechos con el resultado de la operación, el 1,72% algo satisfechos y el 5,17% nada satisfechos. Los motivos esgrimidos por las 4 personas que no quedaron muy satisfechas fueron las cicatrices mayores de las esperadas y una recidiva de uña encarnada.

Con la atención recibida el 98,27% estaba muy satisfecho, el 1,72% algo y el 0% nada satisfecho. El 89,65% repetiría si se diera el caso y el 8,62% no. El 96,55% estuvo de acuerdo en que el equipo de Atención Primaria practica cirugía menor y el 8,62% no.

DISCUSIÓN

Se realizaron 100 intervenciones a lo largo de más de tres años; no es un elevado índice de actividad pero es el inicio de un programa cada vez más intenso como se puede apreciar por la lenta aunque progresiva actividad quirúrgica en auge. Este volumen no descongestiona los hospitales, tal como se discute en algunas publicaciones⁸⁻¹⁰ pero llegará a hacerlo si se generaliza y protocoliza tal como es aconsejado¹¹. No obstante quisieramos aclarar que las labores que realizan los médicos de Atención Primaria no se

definen por las listas de espera de los correspondientes especialistas, sino por los contenidos de la especialidad de Medicina de familia.

El tiempo medio transcurrido en el conjunto del proceso es óptimo, según nuestra opinión, si tenemos en cuenta que se midió desde que se acomodaba el paciente en la camilla hasta que salía de la consulta tras ser requeridos sus datos para nuestra ficha de registro y para el volante de Anatomía Patológica. La duración de la intervención era mayor al principio del programa por nuestra menor destreza. El caso más largo consistió en un quiste dermoide dorsal que resultó mucho más grande de lo esperado.

No se produjo ninguna incidencia digna de mención; las pequeñas hemorragias arteriales se solucionaban con compresión y en algún caso ligando la arteriola. Ninguna complicación postoperatoria reseñable más allá de las dehiscencias de sutura, que con la destreza fueron desapareciendo. Cortés¹¹ no tuvo ninguna complicación aunque la muestra es menor (32 casos), González López tuvo también muy baja incidencia¹², Arribas Blanco¹³ la describe baja y semejante al cirujano con quien se compara, Menéndez¹⁴ con un trabajo muy semejante al nuestro obtuvo un 4,5% de complicaciones y Gil Martín⁸ no realizó seguimiento posquirúrgico aunque refiere no haber encontrado ninguna secuela posterior.

Tampoco hemos registrado las derivaciones a cirugía para compararnos con los cirujanos como hace Arribas Blanco¹³ porque pensamos que no son situaciones comparables; nosotros hemos elegido nuestros casos por gusto y sin aleatorizar.

Los resultados de Anatomía Patológica son parecidos a los de las publicaciones semejantes a la nuestra^{8,9,12-14}: los nevus y quistes dermoepidérmicos son los más frecuentes. La reconstrucción de lóbulos se realiza por menos autores⁸ pero las proporciones se mantienen y la patología ungueal es más frecuentemente abordada por unos equipos^{12,14} que por nosotros o por Arribas^{9,13} u otros¹¹.

La satisfacción de los pacientes es alta en el presente trabajo en el que se han intentado minimizar los sesgos al medirla, salvo tal vez el del recuerdo (largo tiempo transcurrido en algunos casos). Es asimismo semejante al de las demás publicaciones en que se analiza¹⁴. En algún caso es claramente mayor incluso que la ofrecida por el cirujano⁹, aunque este hecho se deberá posiblemente al tiempo de espera y a la mayor cercanía (física y afectiva) del médico de cabecera.

Como conclusión nos gustaría retomar el tema del volumen de intervenciones quirúrgicas menores en la Medicina general. No debemos olvidar dos puntos importantes: por una parte no somos cirujanos y nuestra labor diaria es más amplia, por lo que compararnos con ellos carece de sentido, y por otra, reseñar que la accesibilidad y la satisfacción pueden crear más demanda, muchas veces mayor de la estrictamente necesaria. Si bien el concepto de "necesario" tiene un carácter cultural y por lo tanto evolutivo. La calidad de atención al usuario y una cierta descongestión hospitalaria son aspectos que deben evaluarse detenidamente.

Tabla 3. Resultados de anatomía patológica

Resultados	Número	%
Quiste de inclusión	33	43,42
Nevus	23	30,26
Fibromas	7	9,21
Verruga vulgar	5	6,57
Queratosis seborreica	2	2,63
Otros	8	10,52

Coincidimos con DP Berry, cirujano que se muestra reticente a estas actividades quirúrgicas en un editorial¹⁵, en que es fundamental el aprendizaje reglado y continuado; no es suficiente el entusiasmo. También es fundamental un diagnóstico previo acertado, sobre todo en los casos de crioterapia, donde no habrá muestra para analizar.

Los resultados de satisfacción son en general muy buenos siendo reseñable que un porcentaje incluso mayor del que se reconoce satisfecho con la operación se muestra partidario de que los médicos de familia practiquen cirugía menor. Practiquémosla pues.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contrato Programa de la Comarca Interior del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Oferta complementaria. Gerencia de Comarca Interior; Amorebieta, 1998.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Cirugía en Atención Primaria. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Madrid; Harcourt-Brace; 1999.
3. Arribas J M, Castelló J R, Sánchez A, Rodríguez N. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. *Semergen* 2001;27:362-75.
4. Williams RB, Burdge AH, Lewis S. Skin biopsy in general practice. *BMJ* 1991;303:1179-80.
5. Arribas JM, Caballero F. Manual de Cirugía menor y otros procedimientos en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 2000.
6. Achar S. Pautas de Indicación de las biopsias cutáneas para el médico de familia. *American Family Physician* 1997;4(3):155-62.
7. Parra A, Sada J, Urdanoz MJ. Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria de Navarra. Osasunbidea. Mayo 1997.
8. Gil Martín R, López L, Valles I. Cirugía menor en Medicina Rural. *Medicina General* 2000; 26:640-8.
9. Arribas J M, Gil ME, Sanz C, Morón I, Muñoz Quirós S, López 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* 1996;107:772-5.
10. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Minor surgery by general practitioners under de 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993;307:413-7.
11. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A. Cirugía menor en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1993;11: 375-6.
12. González E, Ezquerro G, Martín-Sonsecá G, Fernández A, González I, Panadero J. Cirugía Menor en Atención Primaria Rural. *Centro de Salud* 1997;1:52-7.
13. Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S, Villaroel J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996;17(2):142-6.
14. Menéndez C, Núñez MC, Fernández MJ, García A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998;22(1):125-6.
15. Berry DP, Harding KG. Potential pitfalls of minor surgery in general practice. *Br J Gen Pract* 1993;43(374):358-9.