

Diagnósticos en un programa de cirugía menor. Concordancia entre los diagnósticos clínicos y la anatomía patológica

Maestro Saavedra, F.J.; Ramos González, A.; Gutiérrez Fernández, F.; Gesto González, M.

Médicos de Familia CS de Noia. A Coruña

CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 168-171

RESUMEN

La valoración de la concordancia entre los diagnósticos prequirúrgicos y los obtenidos en la anatomía patológica son de extraordinaria importancia para valorar la efectividad de los programas de cirugía menor y la cualificación y preparación de los médicos que la realizan.

En nuestro estudio hemos obtenido una concordancia diagnóstica del 90,3 %. Hemos encontrado errores de diagnóstico cruzado entre los nevus y las queratosis seborreicas. Sin embargo, no hemos encontrado errores en las lesiones potencialmente malignas entre las muestras analizadas

Palabras clave:

Cirugía menor, Anatomía Patológica.

OBJETIVOS

Los programas de cirugía menor (CM) que se realizan en Atención primaria (AP) supone la recuperación por parte de los médicos de familia de una actividad tradicional, integrándose como un nuevo elemento de mejora de la gestión sanitaria. Tiene como objetivo dotar de mayor capacidad resolutoria al profesional, una reducción del tiempo de espera, con la consiguiente satisfacción del usuario y un importante ahorro económico (1,2). Por eso su formación se contempla de manera importante y esencial en el nuevo programa docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. (3)

Tienen como característica la utilización de prácticas quirúrgicas sencillas y de corta duración, que se realiza en tejidos superficiales y que precisando, en general, anestesia local, tienen riesgo y complicaciones escasas.(4)

Las muestras obtenidas deben de ser remitidas al servicio de anatomía patológica, según indica el Servicio Gallego de Salud (5), pero existen excepciones y no necesitarán estudio histológico las piezas obtenidas por técnicas de cirugía destructiva, la avulsión ungueal con o sin matricectomía, drenaje de abscesos o reptación de heridas cutáneas con o sin Friederich. El estudio anátomo-patológico permite conocer el diagnóstico correcto de la técnica quirúrgica, sobre todo importante en el diagnóstico diferencial de las lesiones potencialmente malignas. (6)

En este estudio se evalúa la concordancia entre los diagnósticos realizados en el servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital de referencia y el de los diagnóstico clínicos remitidos, llevadas a cabo dentro del programa de CM de nuestro centro de salud que es llevado a cabo de manera reglada por cuatro de los facultativos del Equipo de Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo realizado en el Centro de Salud de Noia, de características mixtas, urbano-rural, de la Xerencia de Santiago de Compostela, con una población de 15000 pacientes.

Se analizaron las intervenciones realizadas en programa de cirugía menor, que se empezó a realizar de forma regla-

Dirección para correspondencia:

F. Javier Maestro Saavedra.

CS Noia. República Argentina, s/n 15200 Noia. A Coruña

da en el año 2000, realizadas desde el 1 de Enero de 2001 hasta el 31 de Diciembre de 2002.

En total se realizaron 855 intervenciones, de las cuales 381 de ellas se realizaron dentro de la cirugía menor programada. (Tabla 1)

TABLA 1

Intervenciones realizadas dentro del programa de cirugía menor de CS de Noia

Intervenciones	Número
Realizadas	855
Realizadas dentro del programa	381
Remitidas a Anatomía Patológica	154 (40,4 %)

Se descartaron las piezas obtenidas por los profesionales no integrados dentro del programa institucional y las obtenidas por técnicas que no necesitaban estudio histológico según los protocolos clínicos en AP del SERGAS (5)

Se valoraron un total de 154 piezas anatómicas remitidas al Servicio de Anatomía Patológica de referencia para su diagnóstico y posteriormente su concordancia con los diagnósticos prequirúrgicos de presunción. Como criterio de concordancia se estableció que el diagnóstico recogido en

TABLA 2

Intervenciones realizadas por su frecuencia y número de ellas remitidas a Anatomía Patológica

Intervención	Número	Remitidas
Uña encarnada/ Matricectomía	61	-
Exéresis/ Drenaje de Abscesos	58	8
Verrugas	56	10
Fibromas	52	16
Quistes epidérmicos	31	31
Lipomas	26	26
Nevus	25	25
Lobuloplastia	21	-
Queratosis seborreica	19	19
Extracción cuerpos extraños	16	-
Triquelomas	15	15
Hemangiomas	2	2
Carcinoma epidermoide	1	1
Total	381	154

la historia clínica coincidiera con el diagnóstico definitivo del servicio de anatomía patológica. (Tabla 2)

RESULTADOS

El porcentaje de piezas remitidas a Anatomía Patológica, en relación al total, dentro de la cirugía menor programada fue del 40,4 %

La intervenciones quirúrgicas mas frecuentemente realizadas fueron las uñas encarnadas con o sin matricectomía y el drenaje de los abscesos, que no necesitan estudio histológico según los procedimientos clínicos, seguidos por las verrugas y fibromas, mientras que las intervenciones menos frecuentes han sido los hemangiomas y un carcinoma basocelular. Si analizamos cuales son las intervenciones más frecuentemente remitidas para el estudio histológico estas serían los quistes epidérmicos, los lipomas y los nevus, mientras las que no necesitan estudio serían las uñas encarnadas con o sin matricectomía, las lobuloplastias y la extracción de cuerpos extraños.

En cuanto a la concordancia diagnóstica, en el caso de los fibromas y los triquelomas, la concordancia fue total, mientras que en el caso de los nevus y las queratosis seborreicas la concordancia es menor y analizando puntualmente los resultados vemos que existe un importante número de errores diagnósticos cruzados.

Si valoramos en conjunto la concordancia de todas las lesiones es de un 90,3 %, pero si diferenciamos entre las lesiones benignas (n=128) y las potencialmente malignas (n=26), donde incluiremos los nevus displásicos o atípicos, vemos que existe una concordancia del 91,3 % y del 84,6

%, respectivamente. En este último caso no encontramos, analizando cada uno de los errores diagnósticos, que tienen que ver mas con el tamaño de la lesión y con la localización geográfica, ningún caso de lesión maligna. (Tabla 3)

DISCUSIÓN

El porcentaje de piezas remitidas para el estudio histológico en el hospital de referencia fue del 40,4 % es un porcentaje similar al encontrado en otros estudios de características similares. (7)

Al contrario que en estos, el número de biopsia en nuestro estudio no depende de la colaboración con el hospital de referencia sino que esta practica está regulada por el documento de procedimientos clínicos en AP del Sergas, mientras que en otros estudios depende más de los consensos con los patólogos de referencia (8), aun-

que si depende de la disponibilidad y la adecuada formación de los médicos del centro de salud y de la presión asistencial (9).

También hemos de tener en cuenta las reglas de oro de la CM (10):

Abstenerse de intervenir una patología maligna.

TABLA 3

Concordancia diagnóstica			
	Número	Frecuencia	Concordancia
Quistes epidérmicos	31	20,1 %	90 %
Lipomas	26	16,9 %	92 %
Nevus	25	16,2 %	84 %
Queratosis seborreicas	19	12,3 %	79 %
Fibromas	16	10,3 %	100 %
Triquelomas	12	10 %	100 %
Verrugas	10	6,5%	90 %
Hemangioma	2	1,3 %	50 %
Carcinoma basocelular	1	0,6 %	100 %
Porcentaje de concordancia general			90,3 %
Porcentaje concordancia en lesiones benignas***			91,3 %
Porcentaje concordancia de lesiones potencialmente malignas			84,6 %

No utilizar técnicas quirúrgicas a ciegas.

Toda lesión extirpada se debe de enviar a anatomía patológica.

Nunca realizar la intervención si no se está seguro de las habilidades.

Ante la duda no intervenir.

Lo que no podemos evaluar es como influye este programa sobre la sobrecarga asistencial que sufren los servicios de cirugía general en sus programas de CM.

Hemos conseguido un elevado grado de concordancia, 90,3 %, entre los diagnósticos clínicos y los de la anatomía patológica. Este valor puede ser valorado como un parámetro de calidad de un programa de CM.

Esta correlación es mayor que las obtenidas en otros centros de salud que suele oscilar entre el 63 % y el 85 % (7,9).

Podemos considerar que este elevado porcentaje es debido a la composición, motivación y el entrenamiento tras la formación médico continuada del equipo de CM del centro de salud.

En nuestro equipo la actividad en formación médica continuada consiste en la realización de cursos y seminarios, de diferentes clases, junto a una formación práctica, gracias al acuerdo entre la Xerencia de AP y el servicio de cirugía general del Hospital Clínico Universitario, de periodicidad anual.

Los diagnósticos con menor acuerdo se refieren a los nevus y a las queratosis seborreicas, que presentaron diagnósticos erróneos cruzados. Si analizamos individualmente cada uno de estos diagnósticos observamos que los errores están relacionados con el tamaño y localización de estas lesiones. En este sentido existen estudios que demuestran la

presencia de un tumor maligno en 1 de cada 16 queratosis seborreica extirpados en AP, debido principalmente a tratar estas con métodos destructivos, normalmente de características fisico-químicas, sin embargo esto ocurre solo en 1 de cada 289 casos de melanoma (11).

Entre las 154 lesiones estudiadas histológicamente, 26 de ellas se podrían considerar como lesiones potencialmente malignas (25 nevus con atipias y 1 carcinoma basocelular) entre las cuales no hemos encontrado errores de diagnóstico con lesiones malignas, que podría considerarse como un indicador prioritario de la adecuación del programa de cirugía menor (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Menárguez JF, Alcántara P, González JD, García A, López M, Cruzado J. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? *Aten Primaria* 2003; 31(1): 23-31.
2. Tarrasa PJ. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 335-38.
3. Programa docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. SEMFYC. Madrid 2002.
4. Caballero F, Gómez O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (I). *FMC* 1997; 6.
5. Procedimientos clínicos en Atención primaria. Índices de cobertura y criterios mínimos de calidad. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais y Sergas. Santiago de Compostela 2001; A 25.
6. Cox NH, Wagstaff R, Pople AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. *BMJ* 1992, 304: 93-6.

7. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológico de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 28: 320-25.
8. Menárguez JF, Alcántara PA. Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿son adecuados los indicadores habituales? *Aten Primaria* 2001; 28: 80.
9. 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: 142-46.
10. Plaza C, Arribas JM, Castelló JR. Precauciones y contraindicaciones en cirugía menor para el médico de familia. En: Arribas JM. *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*. Jarpvo Edictores SA. Madrid 2000: 142-45.
11. Eads TJ, Hood AF, Tsu-yi Ch, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborreic keratoses. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1417-20.