

Cirugía menor en Atención Primaria. Dos años de experiencia y evolución en el tiempo.

Minor surgery in primary care. Two years experience and evolution through time

Rodríguez Jiménez, Carmen¹, Franco Zarate, Natalia Catherine¹, Ruido Taboada, Ana María¹, Valverde Léis, Jesús¹, Gulín González, Raimundo¹, Fontao Paradela, Miriam¹.

1 CENTRO DE SALUD VALLE INCLAN. C/ VALLE INCLAN 18, OURENSE.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Carmen Rodríguez Jiménez. e-mail: carmen.rodriguez.jimenez@sergas.es

Cad. Aten. Primaria
Año 2019
Volume 25 (1)
Páx. 10-14

RESUMEN

Objetivos: Analizar las actividades de cirugía menor en Atención Primaria (AP) incluyendo el grado de satisfacción del usuario. Comparar los resultados más recientes con los obtenidos en el período 1996-2001.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Centro de salud urbano.

Mediciones: 275 intervenciones (realizadas entre 2015-2016). Variables: Edad, sexo, motivo de consulta, localización de la lesión, tiempo de espera, diagnóstico clínico, tipo de intervención, incidencias, tipo de incidencias, diagnóstico histológico, complicaciones, tratamiento. Encuesta telefónica de satisfacción. Comparación con 276 intervenciones (realizadas entre 1996-2001).

Resultados: El 61% de las intervenciones se realizaron en mujeres siendo los intervenidos de una mediana de edad de 57 años y la localización de las lesiones más frecuente en cabeza y cuello (43%). Los motivos de consultas más frecuentes fueron dolor (43%) y estético (34%), la intervención más utilizada el curetaje/rebanado (44%) y los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron lesiones hiperqueratósicas (28%), fibromas (26%) y quistes (22%).

En el análisis comparativo entre períodos encontramos un aumento significativo en la edad de los pacientes (mediana de 52 frente a 57) y en el tiempo de espera (mediana de 7 frente a 12), y un descenso no significativo en la correlación clínico-histológica (82% frente a 74%).

Conclusiones: La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados, pocas incidencias y complicaciones y una amplia satisfacción entre los usuarios encuestados. En los últimos años ha aumentado la demanda y el tiempo de espera con un ligero descenso en la concordancia clínico-histológica, lo que nos obliga a reflexionar sobre medidas organizativas y formativas que nos permitan mejorar nuestra calidad asistencial.

Palabras clave: Atención primaria, Cirugía menor.

ABSTRACT

Objectives: To analyse minor surgery in Primary Care including degree of satisfaction. To compare the most recent results with those obtained in the period 1996-2001.

Method: Retrospective observational study. Urban healthcare center.

Measurements: 275 interventions (2015-2016). Variables: Age, sex, presenting complaint, location of the lesion, waiting time, clinical diagnosis, type of intervention, incidents, type of incidences, histological diagnosis, complications, treatment. Telephone satisfaction survey. Comparison with 276 interventions (1996-2001).

Results: 61% of the interventions were performed in women being 57 the median age and the most frequent location head and neck (43%). The most common presenting complaint were pain (43%) and esthetic (34%), the most used intervention sharp/curettage (44%) and the most frequent clinical diagnosis were hyperkeratotic lesions(28%), fibromas (26%) and cysts (22%). In the comparative analysis between periods we found a significant increase on the age of the patients (median of 52 versus 57) and the waiting time (median of 7 versus 12), and a non-significant decrease in the clinical-histological correlation (82% versus 74%).

Conclusion: Minor surgery in our Healthcare center has good results, few incidents and complications and a wide satisfaction among the users surveyed. In recent years the demand has increased as well as the waiting time with a slight decrease in the clinical-histological concordance, which forces us to think about organizational and training measures that allow us to improve our quality care.

Keywords: Primary care, general practice, minor

INTRODUCCIÓN

Entre los servicios que se ofrecen desde el Servicio Nacional de Salud, se encuentra la realización de las técnicas de cirugía menor desde la Atención Primaria, esta se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, que se aplican habitualmente a los tejidos superficiales y accesibles, requieren generalmente anestesia local y presentan escasas complicaciones. En general, pueden abordarse en Atención Primaria lesiones menores de 5 cm de diámetro en la piel y tejido celular subcutáneo. No se han de intervenir lesiones en las que se sospeche etiología maligna, pacientes con antecedentes de cicatriz hipertrófica o queloide; zonas con riesgo de lesión de estructuras nobles o donde no se pueda garantizar un buen resultado estético. Tampoco se deben intervenir pacientes con antecedentes de alergia a anestésicos locales, coagulopatías o tratamientos anticoagulantes y antiagregantes sin las precauciones pertinentes. Deben tenerse en cuenta las situaciones específicas de pacientes con tendencia a infecciones o mala cicatrización, déficit inmunitario y otras patologías.

Los programas de cirugía menor que se realizan en Atención Primaria suponen una mejora de ciertos aspectos en diversas áreas aunque uno de los puntos de vista más relevantes sería el de la gestión sanitaria.

Desde una aproximación a la literatura internacional existen estudios que afirman que los sistemas sanitarios basados en una Atención Primaria fuerte conllevan menor gasto sanitario, encontrándose importantes diferencias en función de la tasa de derivación al especialista, pudiendo explicar éstas en gran parte por la variación en el abordaje de las distintas intervenciones terapéuticas, entre ellas la cirugía menor. Por tanto, se concluye que el abordaje de la cirugía menor en centros de Atención Primaria supone el abaratamiento de los costes y la reducción de la derivación a consulta especializada con la consiguiente disminución de los tiempos de espera quirúrgicos.

Se describe además una potenciación de la relación médico-paciente, así como una mejora en la satisfacción de los profesionales, dotándolos de mayor capacidad resolutoria, y de los usuarios, evitando desplazamientos, esperas innecesarias y realizando la intervención en un entorno conocido como es el centro de salud.

Otro beneficio no menos relevante que los anteriores es el beneficio formativo. Históricamente esta actividad ya se venía realizando a demanda por el médico de cabecera, en los últimos años se ha establecido como actividad programada dentro de la consulta y además es una actividad incluida en el programa de formación de la especialidad de medicina de familia. Esta actividad se concibe como actividad formativa de prioridad I en el tratamiento de problemas de la piel y se deben tener conocimientos para realizar escisiones de lesiones superficiales y extirpaciones de lesiones subcutáneas, por tanto es un servicio que todo centro de salud docente debería presentar.

En nuestro centro esta actividad se inicia en 1996 y todas las evaluaciones realizadas hasta ahora permiten afirmar que el programa tiene sus objetivos cubiertos, con unos tiempos de espera cortos, buenos resultados quirúrgicos, pocas incidencias y

complicaciones, una elevada concordancia clínico-histológica y una alta satisfacción en los pacientes.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar los resultados obtenidos de las intervenciones de cirugía menor entre 2015 y 2016, incluyendo grado de satisfacción del usuario y comparar los resultados actuales con aquellos obtenidos de las intervenciones entre 1996-2001.

MATERIAL Y MÉTODOS

EMPLAZAMIENTO

El estudio se ha desarrollado en el Centro de Salud Valle Inclán (Ourense). El centro se sitúa en el centro urbano de Ourense capital, y da cobertura sanitaria a población mayoritariamente urbana, si bien comprende también varios pequeños núcleos rurales periféricos. Se precisó la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU).

TIPO DE ESTUDIO

Consiste en un estudio observacional retrospectivo, realizado sobre los pacientes intervenidos en la consulta de cirugía menor.

PACIENTES, MEDICIONES Y MATERIALES

Los pacientes son captados en la consulta a demanda y se derivan al médico de referencia. Tras valorar la pertinencia y posibilidad de la intervención en el centro de salud se citan a la consulta de manera programada, los martes de 12:30 a 14:00 horas. En los casos de consulta urgente el procedimiento es el mismo pero la cirugía se realiza en el día.

Se realizaron 275 intervenciones en 255 pacientes durante un periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2015 y Diciembre de 2016.

Todas las intervenciones fueron registradas el mismo día de la intervención en una ficha diseñada para este fin que incluye los siguientes datos: Nombre y apellidos. N^o HC. Fecha. Edad. Sexo. Tiempo de demora. Diagnóstico clínico. Tipo de intervención. Incidencias en la intervención. Profesionales que la realizan. Complicaciones. Diagnóstico histológico.

Las actividades de cirugía menor son realizadas por dos médicos, ayudados por una enfermera y los residentes de medicina familiar y comunitaria que se encuentren en el centro en una consulta destinada para tal uso equipada con una camilla de altura regulable, foco de luz especial, carro de instrumental, carro de curas, apósitos, guantes, campos quirúrgicos estériles, instrumental quirúrgico de cirugía básica estéril y electrocirugía, sistema de crioterapia "Askina® Skin Freeze B Braun Sharing Expertise lencería y autoclave".

Las piezas que se envían a Anatomía Patológica se introducen en un frasco con formol y una hoja específica dirigida a dicho servicio de referencia mediante el transporte que se utiliza habitualmente para las muestras de extracciones de sangre y otras muestras biológicas.

Las variables registradas fueron: edad, sexo, motivo de consulta,

localización de la lesión, diagnóstico clínico de sospecha, tiempo de espera, tipo de intervención, incidencias durante la misma, diagnóstico histológico definitivo, complicaciones y tratamiento.

Se realizó posteriormente una encuesta telefónica al total de pacientes intervenidos para valorar el grado de satisfacción de los usuarios del programa. Para tal fin se utilizó una encuesta validada por la subdirección de Atención Primaria en 1997, ya utilizada para la evaluación de las intervenciones entre los años 1996-2001 y en un estudio para evaluar la aceptación y la satisfacción de la población atendida en los equipos de Atención Primaria. (Tabla 1)

Tabla 1. Encuesta telefónica sobre satisfacción de los usuarios de cirugía menor

1- El tiempo que pasó desde que fue la primera vez al médico con el problema, hasta que se lo han resuelto, ¿le ha parecido?				
1. Mucho	2. Bastante	3. Poco	4. Muy poco	5. NS/NC
2- Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer, ¿le han parecido?				
1. Muy pocas	2. Pocas	3. Bastante	4. Muchas	5. NS/NC
3- La limpieza e higiene de la sala, ¿le ha parecido?				
1. Muy mala	2. Mala	3. Buena	4. Muy buena	5. NS/NC
4- ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su centro de salud?				
1. Muy mal	2. Mal	3. Bien	4. Muy bien	5. NS/NC
5- En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?				
1. Le da igual donde se lo haga	2. Preferiría acudir a un especialista ambulatorio	3. Elegiría nuevamente al centro de salud	4. NS/NC	

Realizaron las llamadas telefónicas tres residentes de medicina familiar y comunitaria. Se consideraron respuestas aptas para todos aquellos usuarios que quisieron contestar a la encuesta personalmente, igualmente se contabilizaron aquellos que rehusaron contestar, exitus, datos de contacto no disponibles o no actualizados y pacientes incapacitados (demencia...).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo donde las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. Para conocer la normalidad de las variables se realizaron los test de Kolmogorov- Smirnov.

Se realizaron pruebas paramétricas / no paramétricas para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio (Chi-Cuadrado y U de Mann- Whitney).

En todos los análisis se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0.05$. Los análisis se realizaron utilizando SPSS 23.0, Epidat 4.1.

RESULTADOS

El número total de pacientes sometidos a cirugía menor durante el periodo de tiempo estudiado fue de 255, realizándose 275 intervenciones.

Distribución por sexo. El 60,7% (167) las intervenciones se realizaron en mujeres, y el 39,3% (108) en varones.

No se encontraron diferencias significativas ($p = 0,179$) en cuanto a distribución por sexo de los pacientes intervenidos entre 1996-2001.

Edad. La población estudiada tenía edades comprendidas entre los 9 y los 93 años, con el valor central establecido por la mediana en 57 años. Por sexos, el valor central para la edad de los pacientes fue de 57 años siendo el 60,7% mujeres con una mediana de edad de 61 y el 39,3% varones con una mediana de edad de 54.

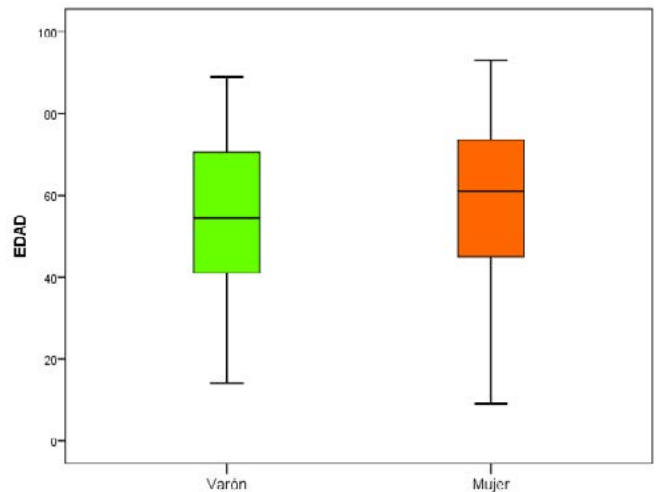


Gráfico 1. Distribución de los pacientes intervenidos en 2015-2016 por sexo y edad.

En la comparación con las intervenciones realizadas entre 1996-2001 se observa un incremento de la edad de los pacientes a los que se realiza cirugía menor, encontrándose la mediana de edad de estas intervenciones en 52 años.

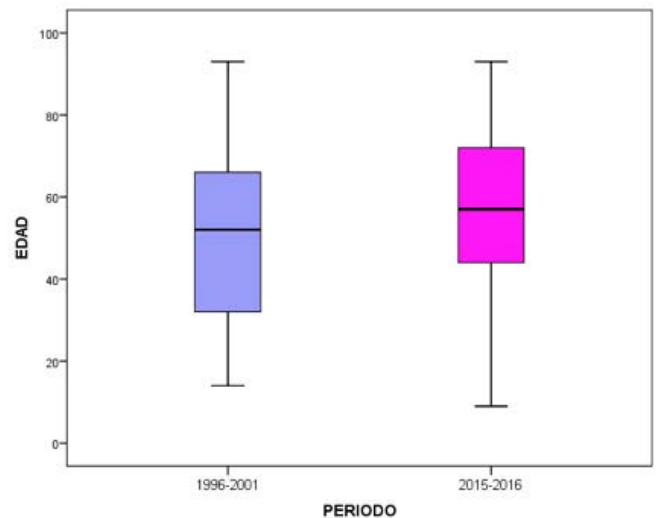


Gráfico 2. Distribución de los pacientes por edad según el periodo en que fueron intervenidos.

Motivo de consulta. Los motivos de consultas más frecuentes fueron dolor (42,9%) y motivo estético (33,5%). En cuanto a las diferencias entre sexos fueron acusadas en las consultas por motivo estético, más consultado por el sexo femenino (37,3% frente a 31,4% en varones) y en el miedo a la conversión a la malignidad, más consultado por varones (20,6% frente a 13% en mujeres). En cuanto a los motivos de consulta según diagnóstico clínico, el 33,3% de las consultas por miedo a la conversión a la malignidad fueron por nevus y el 46,6% de las consultas por dolor fueron por quistes siendo el 42,9% del total de las lesiones localizadas en cabeza y cuello.

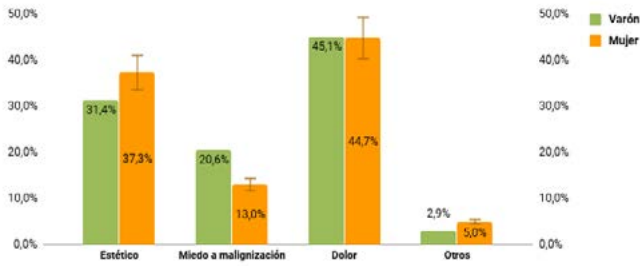


Gráfico 3. Distribución de los pacientes según sexo y motivo de consulta.

Localización de la lesión. En cuanto a la localización de las lesiones, la mayoría (42,5%) eran en cabeza y cuello, seguido por las extremidades (32,7%).

Tiempo de espera. El tiempo medio de espera osciló entre 0 y 66 días encontrándose el valor central en 12 días. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la comparación con el tiempo de espera de las intervenciones entre 1996-2001 cuya mediana se encontraba en 7 días, con un máximo de 30 días de espera.

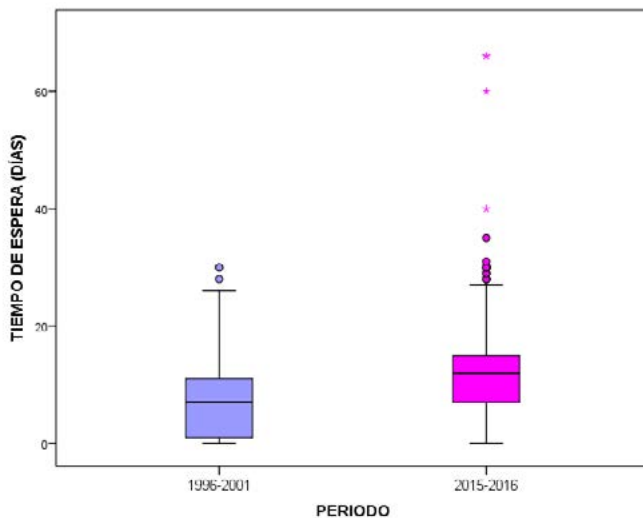


Gráfico 4. Evolución del tiempo de espera para la realización de intervención.

Tipo de intervención. los tipos de intervenciones más frecuentes fueron el curetaje/rebanado (44,4%), la extirpación (21,8%) y la escisión fusiforme (18,5%).

Diagnóstico clínico de sospecha. Agrupando las verrugas, queratosis seborreicas y actínicas, cuernos cutáneos y queratoacantomas en una sola categoría de lesiones hiperqueratósicas, estas llegan a ser las lesiones más comunes en la consulta de cirugía menor, seguidas de fibromas y quistes.

Correspondencia clínico-histológica. Se enviaron a analizar histológicamente 120 lesiones (44% del total), obteniéndose un grado de correspondencia anatomopatológica del 74,2%, en 89 ocasiones el diagnóstico clínico de sospecha es coincidente con el diagnóstico histológico obtenido de la anatomía patológica. Las lesiones más frecuentes dentro de las analizadas fueron quistes epidérmicos, fibromas y nevus.

En comparación con la correspondencia clínico-histológica de las intervenciones de 1996-2001 no hay diferencias estadísticamente significativas pero se observa una disminución de la correspondencia siendo esta anteriormente de 82,09%.

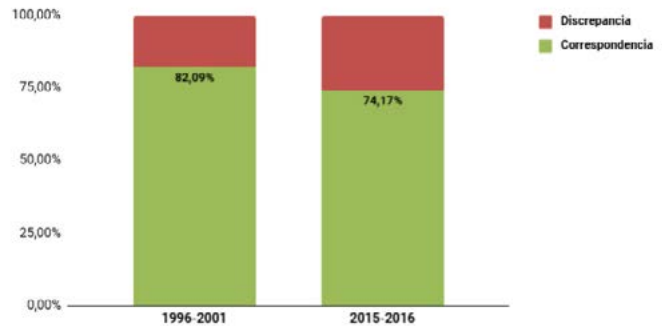


Gráfico 5. Evolución en el tiempo de la correspondencia clínico-histológica.

Incidencias durante la intervención y complicaciones. Sólo se registraron incidencias en 3 intervenciones siendo estas diferentes entre sí y el 95,3% no sufrieron complicaciones, siendo las más frecuentes la dehiscencia de suturas y la infección.

Tratamiento. Precisarón tratamiento el 27,3% de los casos siendo el más usado los analgésicos (25,5)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Se realizaron 255 llamadas, llegando a encuestar a un total de 101 pacientes (39,6%). El 97% de los usuarios encuestados piensan que han sido bien o muy bien atendidos. Un 93,1% elegirían nuevamente el centro de salud en circunstancias similares. El 94% valora el tiempo de espera para la intervención como poco o muy poco. El 95% considera adecuadas las explicaciones recibidas por su médico y la higiene sólo fue mal calificada en un solo caso.

DISCUSIÓN

En general los pacientes que más solicitan de esta actividad son pacientes entre la quinta y sexta décadas de la vida, principalmente mujeres, que consultan por dolor o motivo estético con lesiones en cabeza o cuello. El tiempo de espera para la cirugía aumentó con respecto a la anterior evaluación hasta un máximo de 66 días lo cual se puede explicar por el mayor número de intervenciones,

la inclusión de más facultativos que derivan a la consulta de cirugía menor sin una implementación de las horas o el personal que se encargan de dicho trabajo y fallos de registro en las fichas destinadas para ello teniendo que completar la información en la historia clínica IANUS donde no se registran otros posibles motivos de demora que no sean la propia lista de espera.

Posibles soluciones para la mejora de este aspecto, también favorable para implementar el programa, serían realizar actividades de formación dirigidas a mejorar las habilidades diagnósticas y técnicas que permitan aumentar el personal y el tiempo dedicado a esta actividad. Así mismo sería razonable priorizar aquellas lesiones que resulten dolorosas o sean subsidiarias de tratamiento quirúrgico frente a las lesiones estéticas, por las que se debería, siempre que fuera posible, aconsejar al paciente la no intervención.

Así mismo es importante tener en cuenta que se observa una disminución de la correspondencia clínico-histológica lo que nos obliga a reflexionar sobre las posibles causas de este descenso que no siendo estadísticamente significativo puede ser un indicador de empobrecimiento de la calidad del programa.

Este medidor nos habla indirectamente de la experiencia y la habilidad en el reconocimiento de las lesiones dermatológicas del médico de referencia, la indicación de intervenir y la técnica utilizada. Una de las posibles causas del declive observado puede ser la incorporación de más facultativos al programa, así como el aumento del número de intervenciones. Igualmente la correspondencia está muy condicionada por el tipo de lesión y el porcentaje de remisión de piezas, existen trabajos en los que se compara la correspondencia clínico-histológica según el número de muestras enviadas a analizar por anatomía patológica, encontrándose que aquellos centros con menor acceso al análisis tienen un mayor índice de correspondencia, por lo que el fácil acceso al servicio de anatomía patológica también es un factor a tener en cuenta.

En cuanto a la encuesta de satisfacción, la principal limitación encontrada fue la reducida tasa de participación puesto que sólo contestaron la encuesta el 39,6% de los intervenidos por no tener acceso a datos actualizados de contacto, por imposibilidad de localizar telefónicamente o simplemente por no prestarse a contestar la encuesta. Pese a todo, el resultado es positivo con gran satisfacción de la población encuestada.

CONCLUSIONES:

La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados, pocas incidencias y complicaciones y una amplia satisfacción entre los usuarios encuestados. En los últimos años ha aumentado la demanda y con ello el tiempo de espera lo que nos obliga a reflexionar sobre medidas organizativas que nos permitan atender las necesidades de nuestros pacientes, reduciendo quizás las intervenciones con finalidad estética y priorizando otros motivos de consulta.

PUNTOS CLAVE

HECHOS CONOCIDOS

El abordaje de la cirugía menor en centros de Atención Primaria supone el abaratamiento de los costes y la reducción de la derivación a consulta especializada con la consiguiente disminución de los tiempos de espera quirúrgicos.

Se describe en la literatura una potenciación de la relación médico-paciente, así como una mejora en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

Esta actividad se concibe como actividad formativa de prioridad I en el tratamiento de problemas de la piel, por tanto es un servicio que todo centro de salud docente debería presentar.

APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

La cirugía menor en nuestro Centro tiene buenos resultados y una amplia satisfacción entre los usuarios.

Los consumidores de este recurso son en su mayoría mujeres que consultan por lesiones dolorosas o estéticas en áreas de cabeza y cuello.

En los últimos años ha aumentado la demanda y con ello el tiempo de espera para las intervenciones por lo que se reducirán las intervenciones estéticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Noval Cinza, S. Pena Cartelle, M. Debén Sánchez. O consentimiento informado en cirurxía menor de Atención Primaria. Proposta de formulario Rev. galega actual.sanit. 2004;1(3): 10-19
2. Programa Docente de Medicina de Familia. Comisión Nacional de la Especialidad. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo- Ministerio de Educación y Ciencia, 2003.
3. A. López Santiago et al. Cirugía menor en Atención Primaria: la satisfacción de los usuarios. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 2. 30 de junio 2000
4. Ramírez Arriola MG et al. Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de Atención Primaria Aten Primaria. 2017;49(2):86-92
5. Tárrega López PJ, Celada Rodríguez A. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural. Semergen. 2004;30:164-8.
6. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. Semergen. 2013;39:12-7.