

# Utilidad del registro de la actividad quirúrgica de consultorio en una unidad de atención primaria

Usefulness of a office-based surgical register in a primary health care unit

Utilidade do rexistro da actividade quirúrxica de consultorio nunha unidade de atención primaria

Francisco Javier Formigo Couceiro<sup>a</sup>, Sara Castro Cageao<sup>b</sup>,  
Francisco Javier Ayape Amigot<sup>c</sup>, Jesús Sueiro Justel<sup>c</sup>.

<sup>a</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE DE A ESTRADA.

<sup>b</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE DE SANTISO

<sup>c</sup> MÉDICO DE FAMILIA EN CENTRO DE SAÚDE CONCEPCIÓN ARENAL, SANTIAGO DE COMPOSTELA

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: Francisco Javier Formigo Couceiro. E-mail: francisco.javier.formigo.couceiro@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Ano 2021  
Volume 27(3)  
Páxs. 22-27

## RESUMEN

**Objetivo:** Se plantea conocer la utilidad de establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de atención primaria (AP).

**Metodología:** Se diseña un estudio descriptivo, prospectivo de la actividad quirúrgica de una unidad de atención primaria. Se registran las variables: sexo, edad, fototipo, tamaño de la lesión, diagnóstico clínico y en su caso diagnóstico anatomopatológico. Participan 214 pacientes incluidos a lo largo de un año previa firma de consentimiento informado.

**Resultados:** La edad media de los participantes es de 52,34±18,22 años con un 55,92% de mujeres. Los diagnósticos clínicos más frecuentes han sido fibroma péndulo, verruga vulgar y queratosis seborreica. Los diagnósticos anatomo-patológicos más frecuentes han sido queratosis seborreica, nevus melanocítico y verruga vulgar. Hay una concordancia clínico-patológica del 65%. El 70% de las lesiones intervenidas han sido menores de un centímetro.

El 2,5% han resultados malignas.

**Conclusiones:** Establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de AP nos permite obtener información sobre la patología de este tipo abordada en AP y puede servirnos de herramienta para auditar la práctica clínica.

**Palabras clave:** Cirugía menor, cirugía de consultorio, registro de la práctica médica, atención primaria.

## ASBTRACT

**Objective:** It is proposed to know the usefulness of establishing a registry of surgical activity in a primary health care unit (PHC).

**Methodology:** A descriptive, prospective study of the surgical activity of a PHC unit is designed.

**Results:** Variables are recorded: sex, age, phototype, size of the lesion, clinical diagnosis and, where appropriate, pathological diagnosis. 214 patients included in the course of a year after signing the informed consent. The average age of participants is 52.34 ± 18.22 years with a 55.92% women. The most common clinical diagnoses have been pendulous fibroma, common wart, and seborrheic keratosis. The most frequent pathological diagnoses have been seborrheic keratosis, melanocytic nevus and vulgar wart. There is a clinical-pathological agreement of 65%. 70% of the intervened injuries have been smaller than one centimeter.

2.5% have malignant results.

**Conclusions:** Establish a register of surgical activity in a PHC unit allows us to obtain information about the pathology of this type addressed in PHC and can serve as a tool to audit clinical practice.

**Key words:** Minor surgery, office-based surgery, register of medical practice, Primary Health Care.

---

## INTRODUCCIÓN

---

El proceso de atención primaria de salud (AP) ha ido incrementando su complejidad en el devenir de los años. En muchos centros de salud se han ido implementando programas de cirugía menor más o menos estructurados que pretenden dar resolución rápida a patología sencillas que en el caso de precisar derivación a servicios hospitalarios conllevarían largas esperas. Con la realización de estos procedimientos en AP se reduce la carga de las consultas de dermatología y cirugía general<sup>1,2</sup>, mejorando, por lo tanto, la atención a patologías más graves y de mayor complejidad en ese nivel asistencial. Generalmente, también implica una mejora en la relación médico-paciente.

La cirugía de consultorio se define como la realización de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que aún siendo quirúrgicos, son mínimamente invasivos, de tal forma que pueden realizarse en una consulta médica, solamente requieren de anestesia local, pudiendo el paciente volver a su domicilio después de la intervención. Se incluyen dentro de la misma la realización de biopsias, pequeñas extirpaciones, drenajes, electrocirugía y procedimientos estéticos de bajo riesgo<sup>3</sup>.

La competencia en Cirugía de Consultorio enriquece y complementa la actividad (preventiva-diagnóstica-terapéutica) del médico de Atención Primaria<sup>1,2</sup>.

Para llevar a cabo esta labor son necesarios una serie de requisitos: por un lado, formación y, por otro, un protocolo de actuación en el que se definan las enfermedades a intervenir, las técnicas idóneas para ello, así como el procedimiento a desarrollar, todo ello en un entorno y con unos medios adecuados.

El registro clínico de la actividad quirúrgica de consultorio surge como maduración de sistemas de recogida de datos más inadecuados y menos eficaces.

Un registro de pacientes es un sistema de recogida de datos clínicos para la investigación o la auditoria. Debe ser prospectivo, es decir, diseñado antes de su puesta en marcha con una finalidad concreta, para obtener datos de pacientes empleando un método uniforme. Los registros deben ser activos (la información se recoge para el registro, no se basan en aprovechar datos recogidos para otra finalidad), incluyen datos de pacientes que se utilizan en la práctica clínica habitual, y son observacionales (no modifican la práctica clínica habitual sino que buscan retratarla).

Por su imbricación en la práctica clínica, los registros nos dan una visión de aspectos relevantes en el mundo real, difíciles de reflejar sin emplear esta herramienta. Nos ayudan a conocer mejor los tratamientos y procedimientos, sus efectos adversos infrecuentes o tardíos y sus resultados en el entorno real de la práctica clínica. Son una herramienta muy útil para describir las manifestaciones, diagnóstico, pronóstico y efectividad de los tratamientos. Además, cada vez tendrá más importancia el estudio de la eficiencia o la auditoria de nuestra práctica.

En este estudio se plantea conocer la utilidad de establecer un registro de la actividad quirúrgica en una unidad de atención primaria.

---

## METODOLOGÍA

---

Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre la base de datos generada por la elaboración de un registro de la actividad quirúrgica propia de una unidad de atención primaria de un centro de salud urbano de Santiago de Compostela (Galicia). El estudio se comienza el 1 de julio de 2013, de forma prospectiva (tras la autorización de Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia), y finaliza el 30 de junio de 2014. Se incluye a los pacientes que en este periodo son sometidos a procedimientos de cirugía de consultorio según la práctica clínica habitual de la unidad (a pesar de ser considerados cirugía de consultorio, no se incluyen los drenajes de abscesos en este estudio). Se excluye únicamente a los pacientes que cumpliendo el criterio de inclusión no acceden a la firma del consentimiento informado.

Siguiendo estos criterios se incluyen finalmente 214 pacientes. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, tamaño de la lesión, características de la lesión (benignidad o malignidad), correlación clínico-patológica y fototipo de Fitzpatrick. Los datos de se archivan en una base de datos informática (Excel versión 2011 para iOS) realizando posteriormente la estadística descriptiva e inferencial con el paquete estadístico XLSTAT para iOS. Para la relación de las variables cualitativas dicotómicas se utiliza el test de chi-cuadrado (en su caso con la corrección de Yates).

---

## RESULTADOS

---

La edad media de los participantes ha sido  $52,34 \pm 18,22$  años, con un mínimo de 16 y un máximo de 93 años. El 55.92% de los pacientes estudiados han sido mujeres.

Entre los 214 pacientes sometidos a cirugía de consultorio en el periodo de estudio, disponemos de diagnóstico clínico de 199 de los casos. Decidimos no incluir los diagnósticos que incluían dos o más diagnósticos diferenciales o en los que no se refería exactamente el tipo de lesión extirpada.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes han sido (199 observaciones): fibroma péndulo (37 casos), verruga vulgar (28 casos) y queratosis seborreica (26 casos) (gráfico 1).

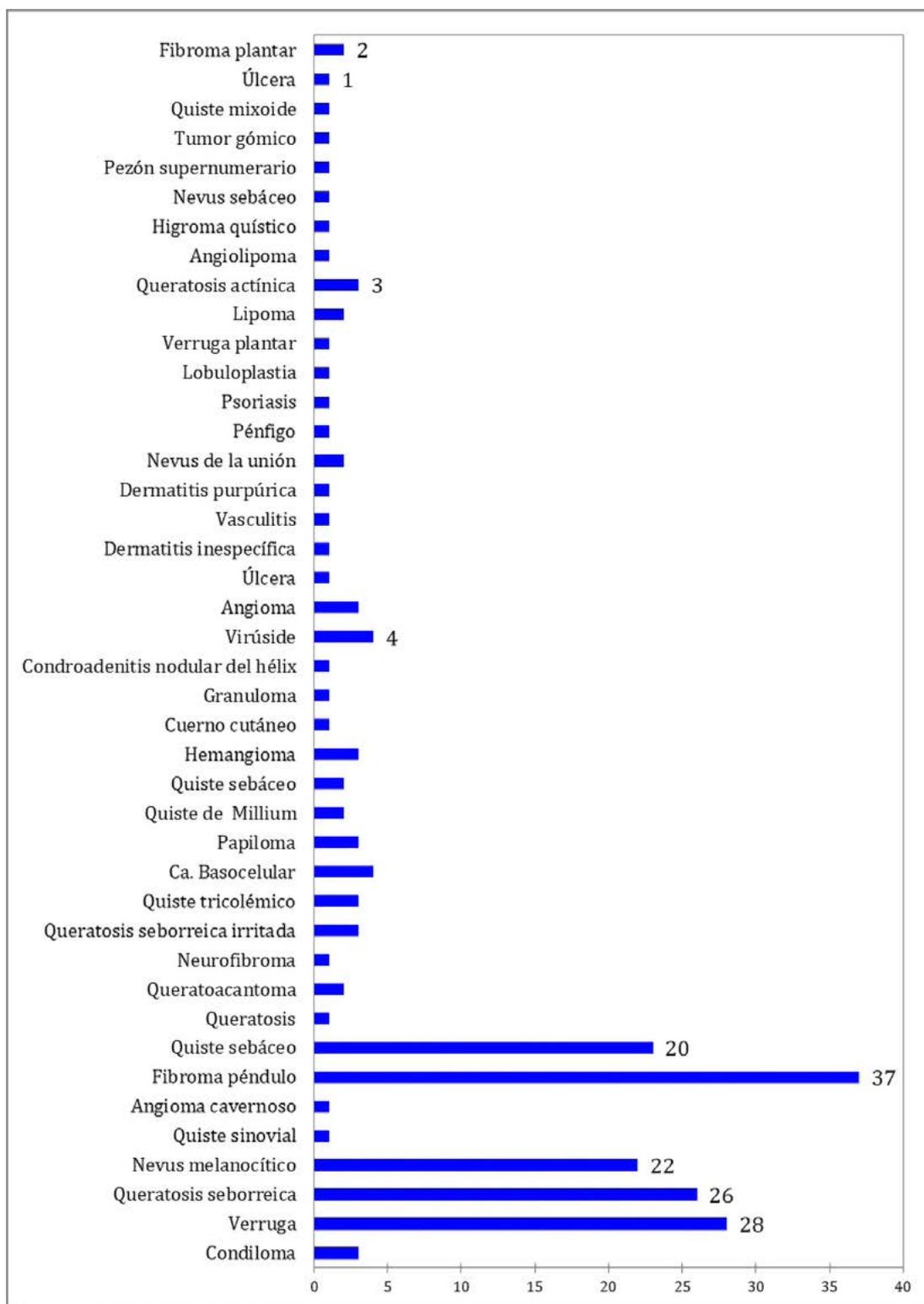


Gráfico 1. Diagnósticos clínicos: frecuencia absoluta (199 observaciones).

Los diagnósticos anátomo-patológicos más frecuentes han sido (163 observaciones): queratosis seborreica (27 casos), nevus melanocítico (22 casos), verruga vulgar (19 casos) (tabla 1).

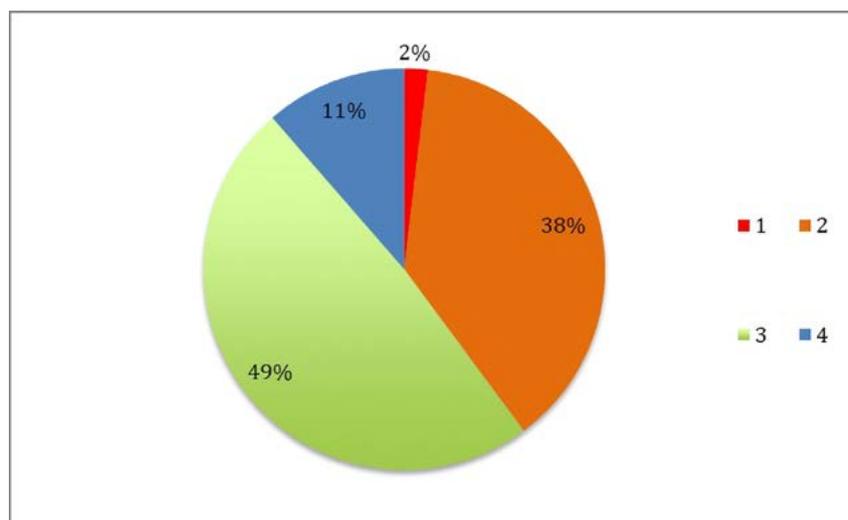
	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Queratosis seborreica	27	16,56
Nevus melanocítico	22	13,5
Verruga vulgar	19	11,66
Quiste sebáceo	18	11,04
Acrocordón	9	5,52
Dermatofibroma	7	4,29
Queratosis actínica	3	1,84
Hemangioma capilar	3	1,84
Ca. Basocelular	3	1,84
Hiperqueratosis	3	1,84
Quiste tricolémico	3	1,84
Condiloma	3	1,84

**Tabla 1: Diagnósticos anatómo-patológicos con frecuencia superior a 3**

Las muestras de las que no se dispone de diagnóstico anátomo-patológico por no ser enviadas al no considerarse necesarias por no plantear dudas diagnóstica han sido: fibromas péndulos (18 casos), verrugas vulgares (13 casos), quistes epidérmicos (3 casos) o técnicas con remodelación de tejidos: bien lobuloplastia (1 caso) o avulsión ungueal (2 casos).

Existe correlación entre el diagnóstico clínico y anátomo-patológico en el 65% de los casos.

Se ha catalogado al 49% de los pacientes en el fototipo III, al 38% en el II, a un 11% en el fototipo IV y sólo a un 2% en el fototipo I (gráfico 2). Existe una relación estadísticamente significativa (p-valor 0,002) entre el fototipo I y el diagnóstico anátomo-patológico de nevus melanocítico.



**Gráfico 2: distribución de la población estudiada según el fototipo (porcentajes)**

El 70% de las lesiones intervenidas han sido menores de un centímetro. Aunque en general no podemos decir que exista relación estadísticamente significativa entre el tamaño de la lesión y el diagnóstico anátomo-patológico (p-valor 0,077), sí existe esta relación entre tamaño de la lesión inferior a 1cm y el diagnóstico clínico de verruga vulgar (p-valor 0,04); y entre tamaño mayor de 1cm y diagnóstico clínico de quiste tricolémico (p-valor<0,001), lipoma (p-valor<0,001) y carcinoma basocelular (p-valor 0,042), ya que en este caso se han respetado los márgenes quirúrgicos.

El 2,5% de las lesiones intervenidas de las que se dispone de anatomía patológica (163 observaciones) han resultado malignas: Tres de las lesiones mencionadas resultaron ser carcinomas basocelulares, coincidiendo con diagnóstico de presunción clínico inicial, por lo tanto se extirparon respetando los márgenes de seguridad. La otra lesión extirpada maligna, fue un melanoma de forma incidental.

## DISCUSIÓN

En los últimos años se han realizado algunos estudios en España sobre los procesos de cirugía menor en AP, en ellos se describe, generalmente de forma retrospectiva, la actividad quirúrgica realizada en una unidad de AP en un período determinado. Se ha demostrado que esta actividad realizada en los centros de salud disminuye los costes sanitarios<sup>1,2</sup> hasta un 112%<sup>2</sup> aumentando también la satisfacción de los pacientes<sup>4</sup>.

El número de pacientes sometidos en un año a este tipo de procedimientos en nuestra unidad de AP es similar al de otros estudios de este tipo (oscilan entre los 123 a los 234 pacientes por año<sup>1,2,5</sup>. Este ritmo de intervenciones anual en una unidad supone la necesidad de reservar cierto tiempo de la agenda del médico y disponer del material necesario en los centros de salud.

Los diagnósticos clínicos que aparecen en nuestro registro difieren de los de otros trabajos pero los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes son bastante similares (tabla 2).

	Fibroma péndulo	Verruga vulgar	Queratosis seborreica	Nevus melanocítico
Estudio actual	18,59	14,07	13,07	11,05
Aganzo-López FJ et al. <sup>5</sup>	25	19		25
Tarra López et al. <sup>1</sup>	12,4	19	6,7	2

**Tabla 2: comparación de diagnósticos clínicos más frecuentes entre el actual estudio y estudios anteriores realizados en AP.**

En general, podemos decir que la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomo-patológico es buena y similar a la de otros trabajos que la sitúan entre el 56 y el 84,1%<sup>1,5,6,7,8</sup>. Estos resultados demuestran la calidad adecuada de las cirugías realizadas en AP.

No es habitual en AP catalogar el fototipo de los pacientes, sin embargo sabemos que hay un mayor número de nevos melanocíticos en países con mayor insolación y sujetos con mayor exposición y que esta exposición unida a los fototipos I y II influye en un mayor número de nevos y en el riesgo aumentado de transformación maligna<sup>9,10,11</sup>, aspecto a tener en cuenta por el clínico.

Las mayoría de lesiones intervenidas son menores de un centímetro y de naturaleza benigna. Las lesiones con presunción de malignidad son susceptibles de ser derivadas a atención hospitalaria salvo cuando se tiene certeza del diagnóstico clínico y se trata de tumores de naturaleza poco invasiva (como el caso de los carcinomas basocelulares reflejados en los resultados de este estudio).

Por último, dado el coste económico y de tiempo del equipo de AP en llevar a cabo estos procedimientos, debemos reflexionar sobre la necesidad de realizar aquellos procedimientos meramente estéticos con escasa trascendencia clínica. La cirugía menor en atención primaria, al igual que la cirugía menor en atención hospitalaria, no debe en exclusiva de tratar de evitar gastos al paciente en procedimientos estéticos<sup>12</sup>.

El establecimiento adecuado del registro de la actividad quirúrgica en esta unidad de atención primaria, cumpliendo los requisitos éticos y legales, y realizado de forma prospectiva, nos ha permitido obtener los datos relevantes expuestos y comprobar aspectos de la calidad de la atención prestada. Es por ello que lo consideramos una herramienta adecuada y aplicable en cualquier centro de salud. Sería interesante añadir como variable las complicaciones y satisfacción en una entrevista post-cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tarraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un Centro de Atención Primaria rural. *Semergen*. 2004; 30: 164-8
- 2 Tarraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D., Celada Rodríguez A., Solera Albero J, Cerdán Oliver M et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:335-8
- 3 Alonso San Pablo MT. Anestesia para procedimientos en consulta. En: Sánchez Estella J, coordinador. *Manual de anestesia para dermatólogos*. Barcelona: ISDIN; 2011. p. 65-67.
- 4 Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños A. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2008;40(5):263-9.
- 5 Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragonés L. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. *Semergen*. 2013;39(1):12-17.
- 6 Serra M, Arévalo A, Ortega S, Ripoll A, Giménez N. La actividad de cirugía menor en atención primaria. *JRSM Corto Rep*. 2010;3:6.

- 7 Gallego Ruiz A, Peces Morate FJ, Elviro García P, Sierra Garrido C. Estudio de la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en atención primaria. MEDIFAM. 2003;13:19-22.
- 8 Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consultas del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria. 1996;17:142-6.
- 9 Luelmo Aguilar J. Nevus melanocítico en la infancia. An Esp Pediatr 2001;54:477-483.
- 10 Luther H, Altmeyer P, Garbe C. Increase of melanocytic nevus count in children during 5 years follow-up and analysis of associated factors. Arch dermatol 1996;132:1473-1478.
- 11 Bataille V, Newton-Bisop JA, Sasienf P. Risk of cutaneous melanoma in relation to the numbers, types and sites of nevus: a case control study. Br J Cancer 1996; 73(12):1605-1611.
- 12 Arriba Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 2011;43(2):58-60.

### **PUNTOS CLAVE:**

#### **Lo conocido del tema:**

- La cirugía menor en atención primaria es una de las competencias de los médicos de familia que se ha ido incrementando en los últimos años aumentando la calidad asistencial y reduciendo costes en el sistema sanitario público.
- La patología susceptible de ser abordada mediante cirugía de consultorio en atención primaria son lesiones benignas de pequeño tamaño.
- Parte importante de los procedimientos de cirugía menor realizados en atención primaria son destructivos.

#### **Qué aporta este estudio:**

- Ejemplifica el establecimiento de un registro prospectivo reglado en una unidad de atención primaria.
- Alto nivel de muestras quirúrgicas enviadas a anatomía patológica que permiten conocer y evaluar mejor la calidad de los procedimientos realizados
- Datos reales (por tratarse de un estudio prospectivo) de concordancia clínico-patológica