



CIRUGÍA MENOR: EXPERIENCIA DE 6 MESES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Maximiliano Barahona Vásquez. Licenciado en Ciencias Médicas, Interno Medicina 7mo año Universidad de Chile. / Iván Sepúlveda Amestoy. Médico Cirujano Universidad de Chile, Encargado SAPU CESFAM Cristo Vive, Candidato a Magister en Neurociencias. / Jaime Altamirano Villarroel. Licenciado en Ciencias Médicas, Interno Medicina 7mo año Universidad de Chile. / Cristian Cruz Urutia. Licenciado en Ciencias Médicas, Interno Medicina 7mo año Universidad de Chile. Establecimiento: CESFAM Cristo Vive

RESUMEN

CIRUGÍA MENOR: EXPERIENCIA DE 6 MESES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son establecimientos de atención primaria, responsables de proporcionar cuidado integral y soluciones a las necesidades de salud de las personas y familias. En este contexto, la Cirugía Menor (entendida como procedimientos sobre tejidos superficiales) se establece como una actividad que

contribuye a mejorar la resolutivez, corrigiendo la accesibilidad del paciente a la resolución de su patología.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en Cirugía Menor en el CESFAM Cristo Vive, entre Enero y Julio de 2008. Se resume de manera retrospectiva 101 procedimientos efectuados a 97 pacientes, cuyo promedio de edad es de 43 años y un predominio de sexo femenino. El tiempo de espera mínimo, entre diagnóstico-

procedimiento, se cumplió en 57% de los pacientes. El diagnóstico más frecuente fue Onicocriptosis. La tasa de complicación fue de 0,9 %. Se concluye que la cirugía menor es una herramienta resolutivez, con una baja tasa de complicaciones y con la cual todo médico debería familiarizarse.

Palabras Claves: Cirugía Menor, Atención Primaria, Tiempos de espera.

SUMMARY

MINOR SURGERY: A 6 MONTH EXPERIENCE DESCRIPTION IN PRIMARY CARE

Family Health Centers (FHC) are establishments of primary care, responsible of give solutions to the needs of health of persons and family. In this context, Minor Surgery assumes procedures on superficial tissues, in order to improve the accessibility and resolution rate. The aim of this study is to describe the experience in Minor Surgery in FHC Cristo Vive. Minor surgeries realized between January and July of 2008 were analyzed. A total of 101 procedures were realized, in 97 patients of 43 years average and 58 % were woman. The minimal standby time between diagnosis-procedure was fulfilled in 57 % of the patients. The most frequent diagnosis was Ingrown Nail. The rate of complication was 0,9/100 patients. In Conclusion, Minor Surgery is an important tool in primary care, with a low rate of complications, which every doctor should be familiarized.

Keys Words: Primary Care, Minor Surgery, Standby Times.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia que pone al alcance de las personas respuestas a los principales problemas de salud del país. En este marco se establece el Modelo de Salud Familiar y los Centros de Salud Familiar (CESFAM) como los establecimientos responsables de dar soluciones oportunas, efectivas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familia, bajo el enfoque biopsicosocial (1).

Con el objetivo de mejorar la resolutivez, el Ministerio de Salud, incorpora la Cirugía Menor (CM) en los Centros de Salud, acercando de esta manera, procedimientos quirúrgicos de bajo riesgo, a la población que lo requiere, corrigiendo la accesibilidad, disminuyendo

ostensiblemente los tiempos de espera en cirugía y dermatología, reduciendo costos y mejorando la satisfacción usuaria (2,4). Se define cirugía menor como aquellos procedimientos realizados sobre tejidos superficiales o de fácil acceso, que requieren anestesia local, son de bajo riesgo y tienen baja tasa de complicaciones (2,3). En España, desde 1999, la mayor parte de los Servicios de Salud han incorporado unidades de CM en la oferta de sus servicios de APS (5), lo cual se ha acompañado de un incremento en el número de médicos que han decidido aprender y actuar sobre este tipo de patologías (6), produciéndose un aumento en el volumen y la variedad de procedimientos que se realizan (4) y en la satisfacción de los usuarios (7).

Es conocido que las consultas dermatológicas representan un gran porcentaje de las patologías susceptibles de resolución por CM. Estas consultas representan en Chile, entre el 7-10% de las consultas en APS, de las cuales el 40% son derivadas a centro de mayor complejidad. De ellas, un gran porcentaje podría ser resuelto en APS, si cada centro contara con unidades de CM (8).

El CESFAM CV al 2007 cuenta con una población de 20.362 inscritos, pertenecientes a la comuna de Recoleta y al sistema FONASA. Su población está subdividida en cuatro sectores a cargo de sus respectivos equipos de cabecera.

La unidad de cirugía menor (UCM), corresponde a un servicio transversal y consta de una sala habilitada como pabellón de CM, de acuerdo a las normas sanitarias del Ministerio de Salud de Chile (10). Dispone de dos médicos que cubren 2 días a la semana y un auxiliar paramédico cuya función principal es ayudar en la intervención y realizar curaciones. (9). Los usuarios son derivados de su respectivo sector a la UCM, para evaluación, y posterior citación a cirugía. El

tiempo mínimo entre la evaluación y la cirugía es de 7 días debido a los horarios disponibles. En esta unidad no se resuelven patologías de urgencia como heridas traumáticas.

Previo a los procedimientos, se explica la cirugía y sus posibles riesgos. Se entrega el formulario de consentimiento informado y recomendaciones previas a la cirugía (9).

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Cristo Vive (CV) de Recoleta, Santiago de Chile en Cirugía Menor.

MATERIAL Y MÉTODOS

La recolección de datos se realizó a través de la revisión de fichas clínicas e informes de biopsias, cuyos procedimientos fueron realizados entre Enero y Julio del 2008. Los datos son ingresados en planillas Excel y el análisis estadístico realizado con el programa STATA versión 8.0.

Se define Diagnóstico Postcirugía, aquel que aparece en la ficha médica finalizado el acto quirúrgico y Diagnóstico de biopsia como el resultado informado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San José, centro de referencia del CESFAM CV. Se agrupó a la población por sexo y edad, para lo cual se segregaron en 3 grupos: menores de 30 años, de 31 a 60 años y mayores de 60 años. Se analizan los tiempos de espera, los medicamentos utilizados, complicaciones y concordancia diagnóstica clínica-patológica.

RESULTADOS GENERALES

En el período en estudio, se realizaron un total de 101 procedimientos con un promedio de 3,9 cirugías/semana. Fueron intervenidos 97 usuarios de los cuales 57 eran mujeres y 40 hombres. Los pacientes tienen una edad promedio de 43,6 años de edad, con un rango entre 3 y 84 años. 36 intervenciones se realizaron en menores de 30 años, 35 en personas entre 31 y 60 años, y 30 procedimientos fueron realizados en mayores de 60 años.

COMORBILIDADES

Tabaquismo: 15 pacientes eran fumadores, sin diferencias significativas entre los grupos etarios mayores de 15 años.

Hipertensión (HTA) y Diabetes Mellitus 2 (DM2): El 31,9% de la muestra tenía HTA y un 14,4% padecía de DM2.

Alergias a Medicamentos: un paciente alérgico a penicilina y otro alérgico a antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El primero menor de 30 años y el segundo mayor de 60 años.

Cirugías Previas: Un total de 10 pacientes habían tenido cirugías previas, de los cuales sólo 1 fue intervenido previamente en CM por un Quiste pilodinal.

TIEMPOS DE ESPERA

El tiempo de espera promedio entre la derivación desde sector u otro consultorio y la evaluación previa a cirugía fue 8,98 días. El máximo tiempo fue 29 días.

El tiempo de espera promedio entre la evaluación y la cirugía fue 11,3 días. Considerando que el tiempo mínimo entre la evaluación y la cirugía es de 7 días, el 57% fueron realizadas en el mínimo de tiempo de espera. El máximo de espera fueron 28 días, correspondiente a tres pacientes.

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

En la Tabla 1 se muestran los diagnósticos realizados a los pacientes sometidos a CM.

Tabla 1: Muestra la frecuencia de cada Diagnóstico postcirugía menor y muestra la distribución porcentual según sexo respecto al total de cada diagnóstico

Diagnóstico	Total	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje2
Onicocriptosis	19	10	53%	9	47%
Onicomicosis	5	1	20%	4	80%
Onicocriptosis+ Onicomicosis	5	1	20%	4	80%
Q. sebáceo	16	11	69%	5	31%
Verruga	11	6	55%	5	45%
Nevi	7	0	0%	7	100%
Lipoma	7	2	29%	5	71%
Fibroma	7	4	57%	3	43%
Acrocordon	4	0	0%	4	100%
Papiloma	3	0	0%	3	100%
Abceso	3	1	33%	2	67%
Granuloma	3	3	100%	0	0%
Quiste Sinovial	3	0	0%	3	100%
Queratosis Seborreico	3	2	66%	1	33%
Quiste Pilonidal	1	0	0%	1	100%
Foliculitis	1	0	0%	1	100%
Gonartrosis	1	1	100%	0	0%
Hemorroides externos	1	0	0%	1	100%
Cuerpo extraño	1	1	100%	0	0%

La patología ungueal es la que genera más demanda asistencial alcanzando un 29%, el principal motivo es la Onicocriptosis por sí sola (19%) y asociada a Onicomicosis (5%). En segundo lugar en frecuencia, se encuentran los quistes sebáceos 16%, seguido por Verrugas vulgares 11%. (Ver Gráfico 1)

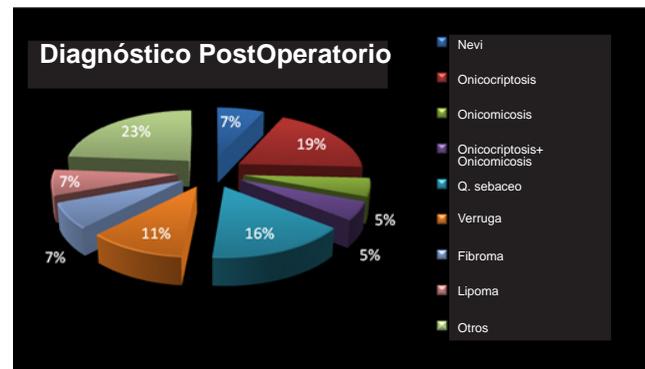


Gráfico 1: Muestra la distribución porcentual de los diagnósticos postcirugía menor. En "Otros" se agrupan: Acrocordon 4%, Papiloma 3%, Abceso 3%, Granuloma 3%, Quiste Sinovial 3%, Queratosis Seborreica 3%, Quiste Pilonidal 1%, Foliculitis 1%, Hemorroide externo 1%, Gonartrosis 1%, Cuerpo extraño 1%.

TIPO DE PROCEDIMIENTOS

El procedimiento más realizado fue la resección, seguido por las intervenciones ungueales, siendo la más frecuente la Onicectomía total. En cuarto lugar en frecuencia aparecen las biopsias escisionales, seguidas por la electroablación. (Ver Gráfico 2)

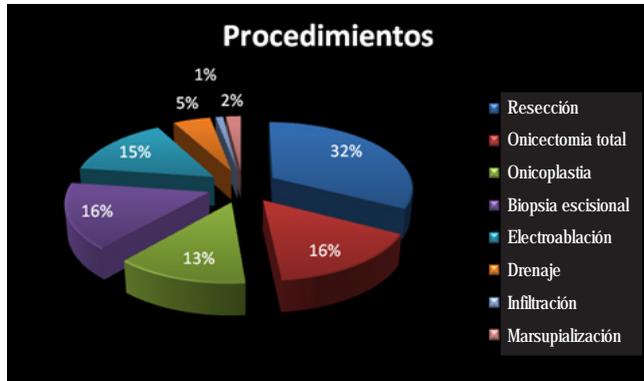


Gráfico 2: Muestra la distribución porcentual de los procedimientos realizados

FARMACOS UTILIZADOS

Anestesia: Se utilizó anestesia en el 100% de los procedimientos. En 5 casos se utilizó mepivacaína y en el resto lidocaína al 2%. Sólo en los procedimientos ungueales se utilizó infiltración troncular, en el resto se optó por anestesia local.

Vasoconstrictor: Se utilizó epinefrina en el 63% de los casos. No se utilizó este fármaco en los procedimientos ungueales (28%), al infiltrar corticoides a la rodilla, ni en la electroablación de una verruga vulgar nasal.

Analgésicos y Antibióticos: Estos fármacos se utilizaron post cirugía. La distribución de los medicamentos se muestra en el Gráfico 3A y 3B.

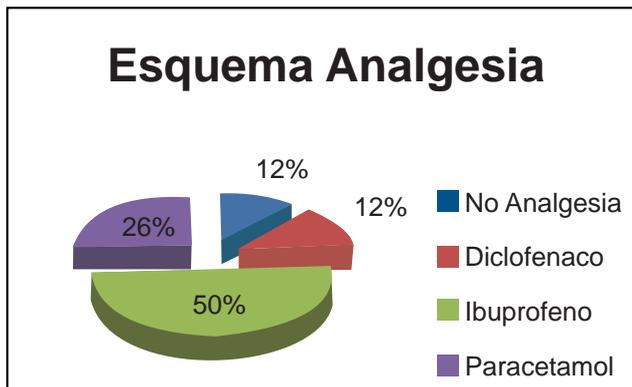


Gráfico 3A: Distribución porcentual del uso de analgesia postcirugía.

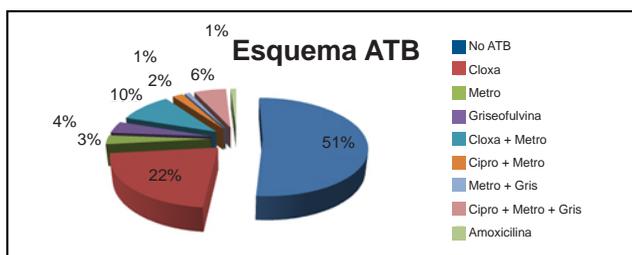


Gráfico 3B: Distribución porcentual del uso de antibióticos postcirugía.

COMPLICACIONES

El único paciente que sufrió complicaciones tras el procedimiento, es portador de DM tipo 2 y fue intervenido por un Quiste Sebáceo en el glúteo.

Este caso genera un índice de 0,9 %.

CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA

De los 101 procedimientos, 20 fueron biopsiados, lo que representa el 20% del total de intervenciones. Se rescataron solo 12 resultados de biopsias. La concordancia fue de un 42% (5 de 12). (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Muestra la concordancia de los diagnósticos Clínico-Patológicos

Diagnóstico	PostCirugía	Biopsia	Frecuencia
Coincide	Fibroma	Fibroma	2
	Nevo	Nevo	1
	Q.Sebaceo	Q.Sebaceo	1
	Q. Seborreica	Q.Seborreica	1
No coincide	Nevo	Q.seborreica	2
	Q. sinovial	Dermatofibroma	1
	Granuloma	Lipoma	1
	Papiloma	Fibroadenoma	1
	Q. sinovial	Angioleiomioma	1
	Q sebáceo	Q.Queratinico	1

CV: Cristo Vive.
F: Femenino.
M: Masculino.
Pr: Procedimiento.
M: Meses de duración del estudio.
Prom: Promedio.
Rango: intervalo edad mínima-máxima
?: No especificado en el estudio.

DISCUSIÓN

La implementación de una Unidad de CM trae múltiples beneficios (11). Para el Sistema de Salud implica aumentar la resolutivez de la APS y disminuir las listas de espera y la carga asistencial de centros de mayor complejidad. Por otra parte, disminuye los costos, ahorro que se describe en la literatura entre el 30-112%. (4,11,12) En el caso del profesional médico, permite diversificar la consulta diaria, aumentar el desarrollo profesional y disminuye el número de interconsultas innecesarias. (2,5,13)

Desde el punto de vista del paciente, mejora la accesibilidad, disminuye los tiempos entre diagnóstico y tratamiento, genera alto grado de satisfacción con buenos resultados estéticos y la mayoría de ellos repetiría la experiencia. (2,11,14)



Como se muestra en la Tabla 3, el número de intervenciones se correlaciona con los estudios realizados por Tárrega et al. El predominio femenino obtenido en esta revisión se correlaciona con 2 estudios, sin embargo el promedio de edad es sólo comparable con el estudio de Vaquero et al. (2,4,11)

Tabla 4: Muestra los principales factores de riesgo de infección de una herida operatoria de cirugía menor. (Heal et al) (15)

Riesgo Relativo	
Carcinoma Basocelular	2.1 (1.3-3.4)
Cancer Espinocelular	1.8 (1.3-2.6)
Muslo	2.2 (1.3-3.6)
Pierna y pie	1.9 (1.1-3.1)
DM2	1.7 (1.4-2.2)

DM2: Diabetes Mellitus 2 Cristo Vive.

Los pacientes intervenidos tienen pocas comorbilidades lo que disminuye el riesgo de complicaciones. El grupo de mayor riesgo lo constituyen los mayores de 60 años, que presentan mayor prevalencia de DM, uno de los principales factores de riesgo de infección. (15)

Los tiempos de espera están dados por la calendarización de las actividades. El tiempo de espera fue el mínimo en más de la mitad de los casos, lo que se traduce directamente en satisfacción para el usuario, menor tiempo diagnóstico-tratamiento y cumple con los estándares de calidad (3,4). El tiempo de espera promedio es muy cercano al descrito por Tárrega et al, que fue de 12 días. (2) Respecto a los procedimientos utilizados, el uso de anestesia ayuda a mejorar el confort del paciente y mejora la satisfacción con la cirugía menor (2). El uso de vasoconstrictores es útil para disminuir el sangrado durante la cirugía lo que facilita el procedimiento, sin embargo no se recomienda su uso en sitios con circulación terminal como el hallux y nariz, así como tampoco para las punciones intrarticulares. (16).

Los fármacos utilizados después de la cirugía están disponibles en el arsenal de los consultorios, es decir, el paciente no incurre en gastos extras. A todos los pacientes que requirieron medicamentos para el dolor, se les indicó analgésicos de primera línea. Respecto a los antibióticos, fueron usados en el 50% de los pacientes y en todos estos casos vía oral, sin diferencia entre profilaxis-tratamiento. El más utilizado fue cloxacilina. Sin embargo, esta conducta no se condice con la literatura, debiéndose seleccionar los casos según el riesgo de infección (ver tabla 4) y plantear la vía tópica como profilaxis versus oral para tratamiento. (15, 17,18)

Se registró sólo una complicación en esta revisión. La cual se presentó en un paciente que presenta 2 de los factores de riesgo descritos por Hale et al (ver Tabla 8), como son DM2 y cirugía de extremidades inferiores. La tasa de complicaciones es inferior a la tasa de complicaciones estándar descrita para CM de 5%. (15, 17,18) Fueron biopsiados el 20% de los procedimientos, lo que es significativamente menor que lo descrito en otros trabajos. Tárrega et al, describe más de un 60% de procedimientos enviados a biopsia. Este resultado se explica por la alta prevalencia de procedimientos de uña y de patologías en las cuales el diagnóstico clínico es

presumiblemente fácil como quiste sebáceo, lipoma y verrugas vulgares. (7)

La baja concordancia clínica-patológica de las muestras enviadas a estudio patológico es destacable. Existen publicaciones que muestran hasta un 66% de concordancia (5,11), sin embargo existen otras que describen porcentajes cercano al 30%. (6,7)

La explicación para esta variación de concordancia está dada por la conducta del cirujano la cual puede corresponder a: (13)
-Enviar sólo aquellas lesiones de diagnóstico dudoso, lo que disminuye la concordancia y se pueden pasar por alto lesiones malignas, es decir, aumenta el riesgo.

-Remitir todas las piezas: aumenta la concordancia, pero aumenta los costos y la demanda de servicios de anatomía patológica.
-Solo intervenir aquellas con diagnóstico pre cirugía certero y enviarlas a anatomía patológica para confirmar. Esto aumenta la concordancia, pero disminuye resolutivez.

Esta es la gran discusión y el principal argumento de los profesionales de nivel secundario para oponerse a la cirugía menor en Atención Primaria, pero por otro lado, la elaboración de una pauta con criterios cualitativos y una relación estrecha con el nivel secundario disminuye los riesgos. (5,13)

No se encontraron diagnósticos de malignidad, lo que se correlaciona con los estudios revisados (2, 4, 11). Esto se explica porque los médicos de sectores derivaron directamente al nivel secundario aquellas patologías sugerentes de malignidad y porque la población intervenida tiene un promedio de edad menor al del aumento de la incidencia de cáncer de piel. (19)

Hay 8 biopsias cuyo resultado no fue posible obtener, debido a que el informe fue entregado directamente al paciente. Dado lo importante de este hallazgo, se ha instruido entregar una copia al paciente y dejar el informe original en la ficha médica del paciente. Sería interesante la elaboración de trabajos enfocados en el seguimiento de los pacientes intervenidos en unidades de cirugía menor en AP, para determinar la prevalencia de recurrencia y complicaciones a largo plazo. Además diseñar estudios que permitan conocer la satisfacción del usuario en nuestro país.

CONCLUSIONES

Las Unidades de cirugía menor permiten aumentar la resolutivez de la AP, disminuir los tiempos de espera y los costos, además de beneficios para el paciente y el profesional de Salud. Es necesario diseñar protocolos para definir los pacientes candidatos a profilaxis antibiótica post cirugía. Así mismo, el diseño de protocolos de biopsia permitirá estandarizar conductas y evitar sub diagnóstico de lesiones.



BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL de Chile. Promoción de la salud en la Atención Primaria: el nuevo desafío de los Consultorios de Salud. Publicación oficial del Ministerio de Salud de Chile.
http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/Promocion%20de%20la%20Salud%20en%20la%20Atencion%20Primaria.pdf.
2. Tárraga P, Celada A, Cerdán M, et al. Cirugía Menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. MEDIFAM 2003 Vol.13 N°4 285-290.
3. Beneyto F, Moreno J, Navarro J, et al. Cirugía menor en Atención Primaria. Rev SVMFIC N°8 57-61.
4. Tárraga P, Marín E, García D, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria 2001 Vol 27 335-338.
5. Caballero F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. Aten Primaria 2005 Vol. 36 (10) 535-536
6. Guereña M, Perna C, Gajate J. Correlación Clínico-Patológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. Aten Primaria 2001 Vol 28 320-325.
7. Menárguez J, Alcántara P. Calidad de las cirugías menor realizadas en Atención Primaria ¿Son adecuados los indicadores habituales?. Aten Primaria 2001 Vol. 28 80-81.
8. Leiva J, Hernández E. Derivación a dermatología desde un Hospital de Atención Primaria. Rev ANACEM Vol. 2 14-16.
9. González C. Adaptación y Traducción Protocolo sobre Cirugía Ambulatoria. C.S. Mariñamansa. /C.O.F. Disponible en <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/protcirugiaamb.pdf>
10. MINSAL de Chile. Normas técnicas básicas para la autorización sanitaria de las salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor. Publicación oficial del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6c000551930e4e98e04001011e017d5d.pdf>.
11. Vaquero J, García J, Díaz J, et al. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. Aten Primaria 2002. Vol. 30 86-91
12. George S, Pockney P, Primrose J, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The Mistic trial. Health Technol Assess 2008; Vol. 12: No. 23
13. Gallego A, Peces J, Elviro P, et al. Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria. Medifam 2003 Vol.13 19-22.
14. Gómez S, Sánchez F, Portero A, et al. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2008 Vol. 40 263-269.
15. Heal C, Buettner P, Browning S. Risk Factors for wound infection after minor surgery in general practice. MJA 2006 Vol 185 255-258.
16. García E, Rodríguez J, Carceller J, et al. Anestesia local por tumescencia con solución de Klein modificada comparada con anestesia general en la intervención por sinus pilonidal. Cir Esp 2003 Vol 74 82-85
17. Heal C, Buettner P, Cruickshank R, et al. Does Single application of topical chloramphenicol to high risk sutured wounds reduce incidence of wound infection after minor surgery? Prospective randomized placebo controlled double blind trial. BMJ 2009 338:a2812.
18. Heal C, Buettner P, Raasch B, et al. Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trial of wound management in general practice. BMJ, doi:10.1136/bmj.38800.628704.AE
19. Jerant A, Johnson J, Sheridan C, et al. Early detection and treatment of skin cancer. Am Fam Physician 2000 Vol 62 357-368.