

Cirugía Menor en Atención Primaria: Tres Años de Experiencia en un Centro de Salud Familiar de Puente Alto

Dr. Marcela Menéndez A.

Residente del Programa de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton, Puente Alto, Santiago, Chile

Dr. Jorge Inostroza M.

Médico General de Zona, Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton, Puente Alto, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La cirugía menor comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes. En general pueden abordarse en atención primaria lesiones menores de 5 cm de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos¹.

En el extranjero, sobre todo en Inglaterra, Estados Unidos y España esta actividad se realiza en los Centros de Salud Primarios y ha tenido muy buena eva-

luación tanto del punto de vista técnico, económico y de satisfacción usuaria^{2,3,4}.

Según ha explicado el Dr. Rafael Matesanz, director general de Atención Primaria y Especializada español, el claro aumento de la actividad de la cirugía menor desde su implantación en los equipos de atención primaria ha permitido aliviar la presión de los hospitales, pudiéndose centrar éstos en actividades más complejas y específicas, dejando los procesos quirúrgicos sencillos y de corta duración para realizarse en el ámbito de la atención primaria⁵.

Otra de las ventajas que supone la implantación de estos programas, además de que pueden contribuir a reducir de las listas de espera quirúrgica, es aumentar el nivel resolutivo de la atención primaria y favorecer el desarrollo de los profesionales de atención primaria^{6,7}.

Del punto de vista económico, ciertos estudios muestran un ahorro del 112-259% respecto a los costes de los mismos procesos si estos se hubieran realizado en centros de atención secundaria o especializados privados^{8,9}.

La práctica de la cirugía menor en atención primaria contribuye a prestar una atención integral al paciente, permitiendo una estrecha colaboración entre el equipo quirúrgico y los usuarios y familiares. Algunos trabajos publicados han demostrado que el grado de satisfacción del usuario aumenta, evitándole

esperar meses para una sencilla intervención¹⁰.

En Chile, la cirugía menor se realiza mayoritariamente a nivel de Atención Secundaria. Sin embargo, en estos últimos años ha existido un real interés de aumentar la resolutivez en Atención Primaria con el fin de fortalecer esta área, más cercana a los usuarios.

Es en este contexto que nos interesa mostrar el trabajo realizado en el Policlínico de Cirugía Menor del Centro de Salud Bernardo Leighton, ubicado en la Comuna de Puente Alto, Santiago, Chile.

El proyecto de implementar un policlínico de cirugía menor se gestó en Marzo 1999 y tuvo como objetivo "Resolver a nivel del Centro de Salud el mayor número posible de patologías que requieran cirugía menor tanto en niños como en adultos, con el objeto de dar solución en forma más oportuna a dichas patologías". Fue presentado a la directora del Centro de Salud quien aprobó el proyecto y financió su implementación. El servicio comenzó en Julio 1999, realizándose un total de 428 intervenciones hasta julio 2002.

OBJETIVOS

- 1.- Describir el funcionamiento de un policlínico de cirugía menor en Atención Primaria
 - Infraestructura.

- Material utilizado.
 - Recurso Humano.
- 2.- Mostrar los resultados obtenidos en 3 años de funcionamiento:
- Tipo de patología resuelta (diagnósticos) y su frecuencia.
 - Características de la población atendida.
 - Tiempo de espera.
 - Complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un trabajo descriptivo en el cual se detalla la implementación y funcionamiento del policlínico de Cirugía Menor del Centro de Salud Bernardo Leighton y los resultados obtenidos en sus tres primeros años de funcionamiento.

Los datos utilizados fueron recopilados en forma retrospectiva a partir de registros clínicos, incorporando la totalidad de los pacientes intervenidos desde el inicio del Policlínico (Julio 1999) hasta Julio 2002 sumando un total de 428 intervenciones.

RESULTADOS

a.- Implementación y funcionamiento del policlínico de Cirugía Menor

El policlínico fue creado por la Dra. Marcela Menéndez, Médico General de Zona en esa fecha y actual residente de Medicina Familiar, quien recibió capacitación en el Hospital Dr. Sótero del Río. Ella estuvo a cargo del Policlínico durante los dos primeros años siendo luego remplazada por el Dr. Jorge Inostroza, Médico General del Zona.

Antes de comenzar la atención de pacientes se informó por escrito a todos los médicos del Centro de Salud de la creación y funcionamiento del policlínico de cirugía menor. Se les indicó derivar a los

pacientes que requirieran “Cualquier cirugía que pueda realizarse con anestesia local y los implementos presentes en el policlínico.” Precisando que “La decisión de realizar el procedimiento quedará a criterio del médico a cargo basándose en las características de la patología (localización, tamaño, naturaleza benigna o maligna), del paciente, y su pericia en dicha cirugía”. El sistema de derivación se resume en la **Figura 1**.

El policlínico contó con una hora de evaluaciones semanales más tres horas de procedimientos. El número de pacientes citados a evaluación era de 6

pacientes semanales y el número de intervenciones en general de 4 semanales (este número podía variar dependiendo de la complejidad de las intervenciones o la presencia de urgencias).

Los pacientes fueron intervenidos por el médico a cargo del policlínico con la ayuda de un auxiliar paramédico. Las curaciones fueron efectuadas por el equipo estable de curaciones del Centro de Salud. Se contó además con el apoyo del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Sótero del Río para analizar las biopsias requeridas.

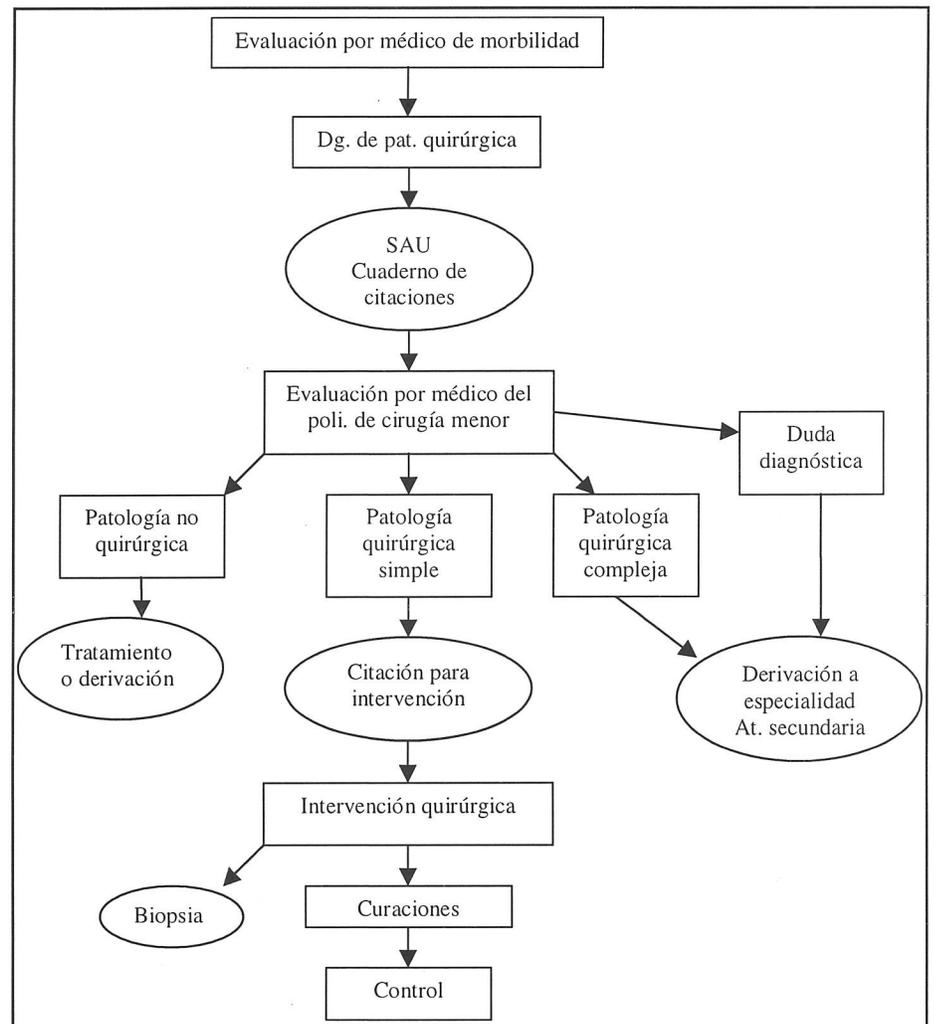


Figura 1. Flujo de derivación de la patología quirúrgica menor dentro del Centro de Salud.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Tabla 1. Contenido de una caja de cirugía menor

1 porta bisturí 3 (bisturí 15 y 11)
1 porta aguja
1 Kelly recta
1 Kelly curva
1 mosquito recto
1 mosquito curvo
1 pinza quirúrgica
1 pinza anatómica
1 pinza Adson con dientes
1 tijera de disección (Metzemboum)
1 tijera Irish (de hilo)

Los materiales utilizados en las intervenciones se exponen en las Tablas 1 y 2.

b.- Resultados obtenidos

Se realizaron un total de 428 intervenciones.

Las patologías atendidas se resumen en la Tabla 3. Los diagnósticos más frecuentes fueron las onicocriptosis (44,6%), los nevos (14,7%) y los quistes epidérmicos (11,5%). Dentro de las patologías atendidas destacan las onicocriptosis, problema muy frecuente entre los adolescentes y que no son en general resueltas en el nivel secundario de nuestra área (el policlínico de Cirugía menor del CDT del Hospital Sótero del Río no recibe las onicocriptosis). En la gran mayoría se realizó una onicoplastía con matrisectomía, en algunos casos con menor compromiso se realizó una espiculectomía. La onisectomía sólo se realizó en casos aislados.

La distribución por sexo fue de 48% hombres y 52% mujeres.

Los pacientes fueron de edades muy variables fluctuando de 1 a 82 años. La distribución por edad se presenta en la

Tabla 2. Material utilizado

- Guantes estériles N° 7
- Povidona Yodada
- Campos estériles (para cada intervención)
1 perforado de ± 40 x 40 cm (con perforación de 10 x 10 cm)
4 paños de ± 40 x 40 cm
- Gasas y apósitos estériles
- Jeringas de 5 y 10 ml
- Aguja 26 G
- Bisturí: 15,11
- Lidocaína al 2%
- Material de sutura:
• Seda 3-0 y 4-0 con aguja curva
• Catgut 3-0 con aguja curva
- Frascos de biopsia
- Formalina al 37%

Figura 2, siendo el grupo etáreo de 11 a 20 años el más importante. Al estudiar la distribución la por edad y sexo según patología podemos destacar que existe un predominio de adolescentes hombres con diagnóstico de onicocriptosis, mujeres adultas con nevos y no hay

diferencias importantes en los otros diagnósticos (Figura 3).

El tiempo de espera, definido como el tiempo entre la evaluación por el médico encargado del policlínico y la intervención quirúrgica, fluctuó desde la atención inmediata (urgencia) hasta 24 días, siendo la mayoría atendidos entre 0 y 14 días (75%) (el tiempo entre la derivación del médico de morbilidad y la evaluación fluctuó entre 0 y 14 días) (Figura 4).

Hubo 5 pacientes que presentaron complicaciones: 2 deshiccencias de sutura, 2 hematomas y una celulitis de un pie tras una onicoplastía (paciente diabético que fue manejado con antibióticos orales con buena respuesta clínica). Se excluyeron las infecciones menores en pacientes ya infectados (onicocriptosis y abscesos).

Entre las biopsias no se encontró patología maligna (los pacientes con sospecha de patología maligna fueron referidos a nivel secundario).

Tabla 3. Distribución porcentual de pacientes operados, según su diagnóstico. Centro Salud B. Leighton. Años 1999-2002

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Onicocriptosis	191	44,6
Nevo	63	14,7
Quiste epidérmico	49	11,5
Otros*	125	29,2
Total	428	100

***Otros (número de casos):**

Papiloma preauricular	(2)	Cuerpo extraño	(16)
Granuloma piógeno	(11)	Abceso	(3)
Queratosis seborréica	(6)	Verruga	(14)
Lipoma	(12)	Hemangioma	(4)
Extracción de Norplant	(2)	Cicatriz hiperpigmentada	(1)
Epitelioma de Malherbe	(9)	Fístula	(1)
Fístula por hilo	(3)	Dermatofibroma	(2)
Nódulo subcutáneo	(15)	Sutura de heridas	(3)
Lóbulo fisurado	(1)	Hematoma subungueal	(1)
Acrocordón	(19)		

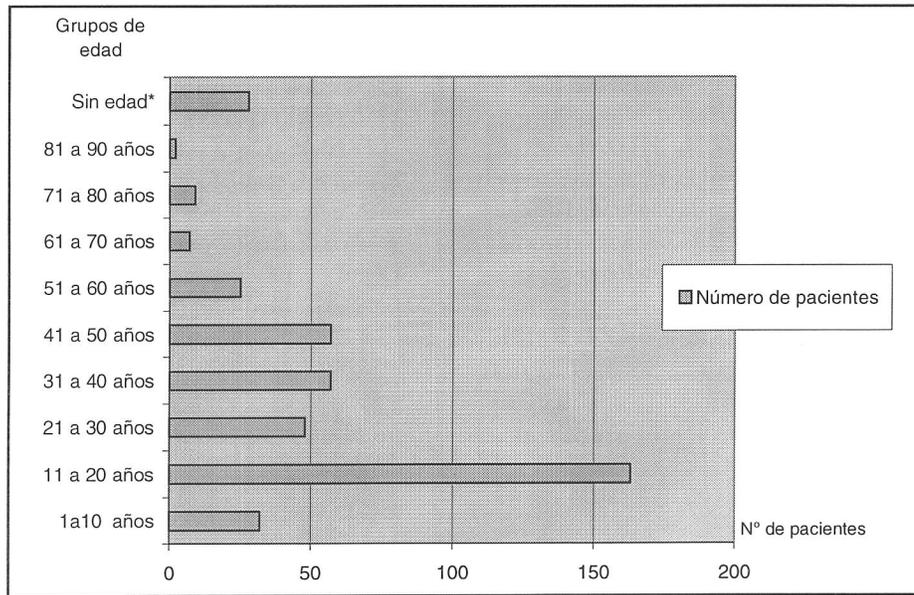


Figura 2. Distribución de los pacientes atendidos según grupos etáreos. Centro Salud B. Leighton. Años 1999-2002.

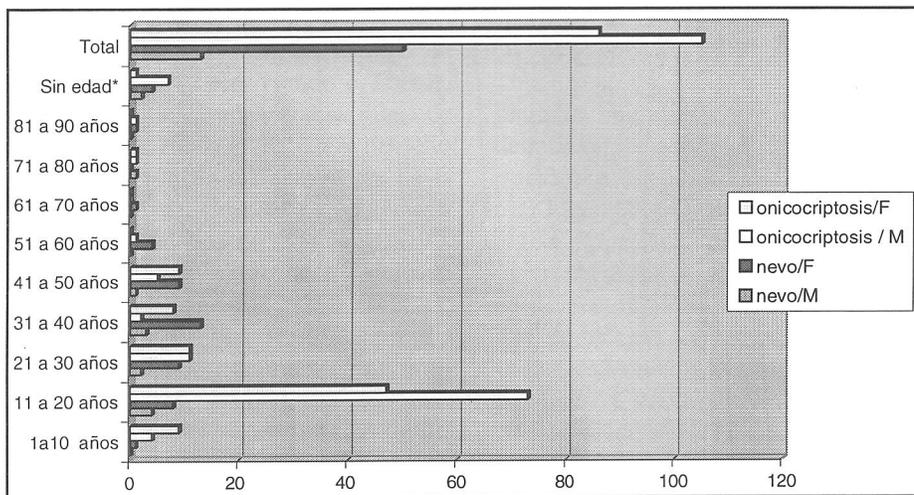


Figura 3. Distribución de pacientes operados de onicocriptosis o nevo según grupos de edad y sexo.

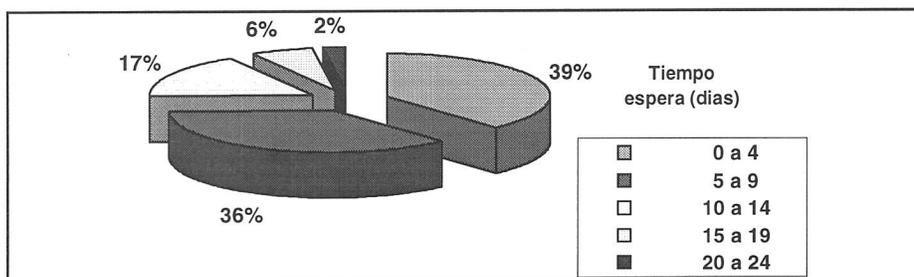


Figura 4. Distribución porcentual de usuarios operados según tiempo de espera. Centro salud B. Leighton. Años 1999-2002.

CONCLUSIONES

Creemos que la creación de este policlínico de cirugía menor ha sido un aporte para el aumento de la resolutivez en el Centro de Salud. Con una implementación simple y capacitación adecuada es posible resolver un importante número de patologías quirúrgicas sencillas, en corto tiempo y con pocas complicaciones.

Si bien en general se trató de una buena experiencia, existieron ciertas dificultades, como no tener un espacio propio equipado (se utilizó la sala de curaciones) y una rotación de los auxiliares que debieron ser recapitados.

Varios puntos no fueron abordados en este trabajo y sería de interés estudiarlos en el futuro, así como evaluar la satisfacción usuaria de los pacientes atendidos, hacer un seguimiento de los pacientes con onicocriptosis para evaluar tasa de recidivas, hacer una correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico.

Conocemos las limitaciones de nuestro trabajo al ser sólo la divulgación de una experiencia, sin embargo, creemos que puede ser un estímulo para la realización de experiencias similares en otros Centros de Salud así como un incentivo para capacitarse en este tema.

REFERENCIAS

- 1.- CABALLERO F, GÓMEZ O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. FMC 1987; 4 (Supl 1): 5-36.
- 2.- MILNE R. Minor surgery in general practice [editorial]. Br J Gen Pract 1990; 40: 175-7.
- 3.- FOULKES A. Minor surgery in general practice. BMJ 1993; 307: 685-7.
- 4.- ARRIBA-BLANCO J M, GIL-SANZ M E, SANZ R C et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción

ARTÍCULOS ORIGINALES

- del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-5.
- 5.- MATESANZ R. Declaraciones en Correo Médico, 13-19 diciembre 1999: 3.
- 6.- FERNÁNDEZ-NÚÑEZ J M, PÉREZ-GÓMEZ P, CRUCES-MÉNDEZ J G et al. Experiencia con la cirugía menor: seis meses de trabajo. *Centro de Salud* 1998; 6: 464-6.
- 7.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Evaluación de experiencia piloto de cirugía menor en atención primaria. Madrid, MSC, 1997.
- 8.- LLOVERA I M, HIDALGO A, GONZÁLEZ M C et al. Análisis del coste económico de una unidad de cirugía ambulatoria adscrita a un centro de asistencia primaria. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 43-50.
- 9.- O'CATHAIN A, BRAZIER J E, MILNER P C et al. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 13-7.
- 10.- ARRIBAS J M, GIL-SANZ M E, SANZ R C et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta de médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-5.