

CIRUGÍA MENOR: NUEVA EXPERIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Teresa Castillo C.⁽¹⁾, José Fco. Olivares M.⁽¹⁾, Aldo Troc S.⁽¹⁾,
Dra. Mónica Ferrando G. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las patologías de resolución quirúrgica muestran una gran incidencia en nuestra población, lo que determina una gran congestión en los servicios encargados de tratar a los pacientes que presentan dichas enfermedades. Debido a esto, se hace imperiosa la necesidad de priorizar a aquellos pacientes que requieren la atención especializada en forma más urgente, y quienes saldrán más beneficiados con la resolución de su problema de salud, es decir, quienes gracias a esta intervención podrán seguir viviendo, con un standard de vida razonable. Sin embargo esta selección de los pacientes implica que serán muchas personas quienes verán relegados sus deseos de una solución quirúrgica, dado el carácter más "leve" de sus afecciones, convirtiéndose en pacientes recurrentes, e implicando un gasto extra al servicio público, mientras esperan su turno para la cirugía. Además, el demorar la realización de estos procedimientos encierra la posibilidad de que lesiones aparentemente benignas no lo sean, y al ser finalmente atendida, la persona tenga alguna neoplasia irrecuperable⁽¹⁾. Considerando esto, se hace necesario buscar la manera de descongestionar los niveles de atención terciaria a fin de lograr una atención más fluida y expedita.

A nivel internacional ya se tiene experiencia en programas de cirugía menor en el nivel de atención

primaria^(2,3), lo que 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⁽⁴⁾. Estas intervenciones son realizadas por médicos de familia capacitados especialmente para estos fines⁽⁵⁾, con auspiciosos resultados, tanto desde el punto de vista de costo efectividad⁽⁶⁾, como de la calidad de atención, con bajas listas de espera⁽⁷⁾ y alta concordancia anatomopatológica⁽⁸⁾, y la satisfacción de los pacientes⁽⁹⁾. En nuestro país ya se han estado instaurando de manera sistemática programas piloto en centros periféricos de atención primaria, con lo que se busca dotarlos de una mayor infraestructura y una mayor cantidad de recursos, permitiendo así aumentar su capacidad resolutive, observando resultados tan beneficiosos como en la experiencia internacional⁽¹⁰⁾.

De este modo, en el año 2002 en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Amanecer, inserto en un pequeño sector de Temuco, se instauró un programa de cirugía menor pionero en su tipo en centros de atención primaria

El presente trabajo, junto con describir a la población beneficiada con la implementación de este servicio y las patologías que los han llevado a consultar, pretende evaluar el impacto que ha tenido la realización de estos procedimientos en ese centro de atención primaria, objetivando el número de pacientes favorecidos, así como la necesidad de derivarlos a un centro de mayor complejidad. Otros

*(1) Internos Medicina, Universidad de La Frontera.
(2) Médico Cirujano, Consultorio Amanecer, Temuco.*

objetivos planteados son evaluar la calidad de atención, objetivando el porcentaje de complicaciones, y determinar a que porcentaje de la población atendida se le diagnóstico alguna lesión neoplásica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para evaluar el impacto de la realización de cirugía menor en un centro de atención primaria, realizamos un estudio de corte transversal. Seleccionamos para esta investigación al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Amanecer de Temuco, el cual corresponde a un centro de atención primaria, del sector público de salud, que cuenta con un pabellón de cirugía ambulatoria.

De los registros de cirugía menor del CESFAM Amanecer, tomamos 551 pacientes consecutivos, operados durante el periodo comprendido entre abril de 2002 a abril de 2003, consignando en una planilla Excel los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, intervención realizada, complicaciones, derivación a un centro asistencial de mayor complejidad, si se realizó una biopsia de la muestra y el resultado de ésta.

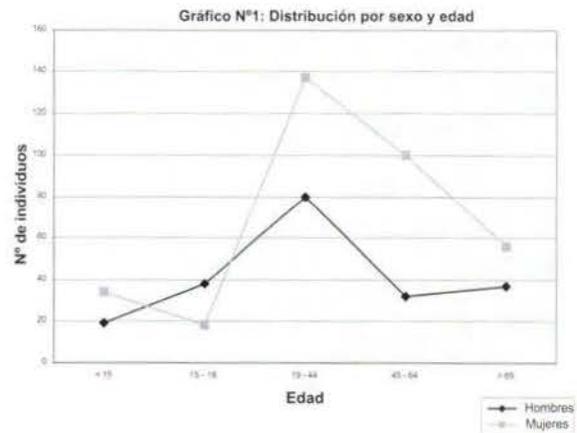
Los datos obtenidos fueron estratificados por sexo y edad, considerando para este último parámetro una clasificación arbitraria, propuesta por nosotros, que consta de los siguientes grupos:

- Rango 1: <15 años
- Rango 2: 15-18 años
- Rango 3: 19-44 años
- Rango 4: 45-64 años
- Rango 5: > 65 años

Luego fueron ordenados utilizando las herramientas del software Stata7.0 y los cálculos fueron realizados con las herramientas matemáticas y estadísticas presentes en el software Excel.

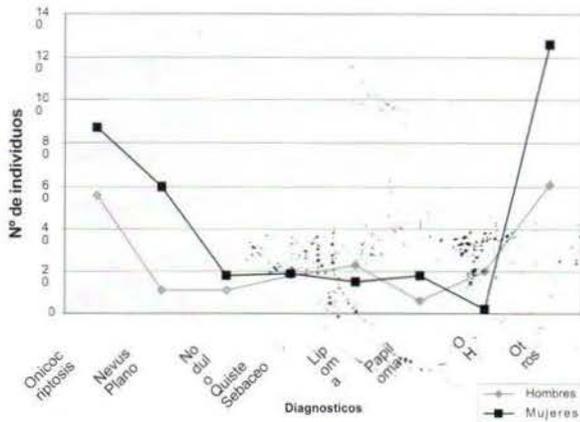
RESULTADOS

De los 551 pacientes incluidos en el estudio 345 (62,61%) eran de sexo femenino, y 206 (37,39%) de sexo masculino. El promedio de edad fue 40,47 años (41,76 en las mujeres y 38,31 en los hombres), con un rango que iba desde 2 a 99 años. Se observa que la población masculina se concentra en el rango de 19-44 años, representada por 80 pacientes (38,83%), seguido por pacientes entre 15-18 años (18,45%), sobre 65 años (17,96). En la población femenina también se observa una concentración de pacientes entre 19 y 44 años, con 137 (39,71%), pero, al contrario de lo ocurrido con los varones, siguen en frecuencia las pertenecientes al rango de 45-64 años (28,99%), y mayores de 65 años (16,23%) (Gráfico N°1).



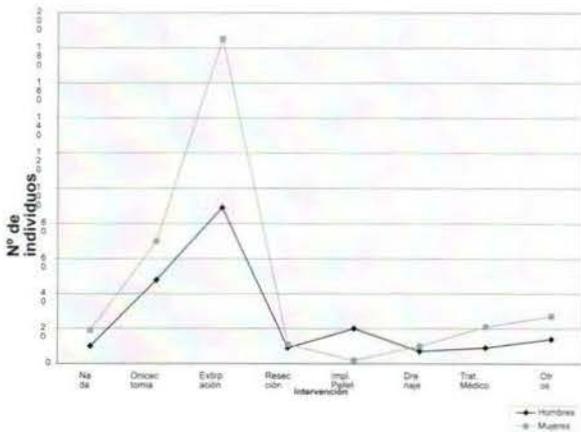
Los diagnósticos más frecuentes en el total de los pacientes fueron onicocriptosis (25,95%), nevus plano (12,89%), quiste sebáceo (6,9%) y lipoma (6,9%) seguidos con menor representación papilomas y alcoholismo. En todos los rangos etarios, salvo adultos mayores, donde predominó la queratosis seborreica, el principal diagnóstico fue onicocriptosis, observándose también esta supremacía en ambos sexos (Gráfico N°2).

Gráfico N°2: Diagnósticos por sexo



En estrecha relación con los diagnósticos enunciados, constatamos que el mayor número de intervenciones fueron extirpaciones (49,55%) las que se orientaron a resolver quirúrgicamente la presencia de distintos tipos de nevos, quistes, lipomas, pólipos, verrugas, entre muchas otras alteraciones cutáneas. Las siguen un alto porcentaje de onicectomías (21,42%), e implante de Pellet (3,9%), para el tratamiento de los 22 pacientes alcohólicos que consultaron. Hubo, sin embargo, un 5,44% de los casos que necesitaron sólo tratamiento médico (Gráfico N°3).

Gráfico N°3: Intervenciones por sexo



Sólo se registraron complicaciones en 4 casos (0,73%), pero este resultado se ve sesgado por la ausencia de notificación de este parámetro en 45 pacientes ((8,17%). La necesidad de derivar a los pacientes a centros de mayor complejidad se

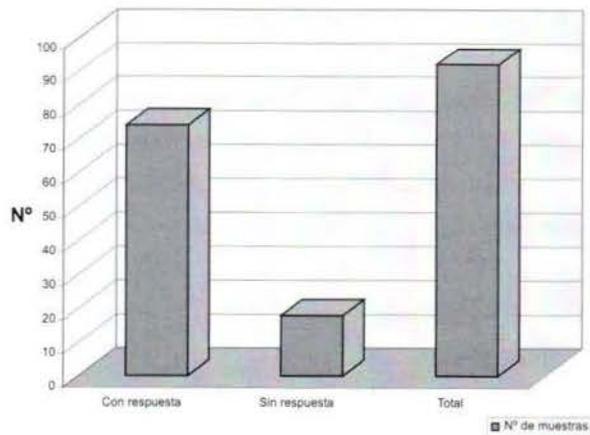
presentó en 18 ocasiones (3,27%), 5 de las cuales correspondieron a lipomas, 2 a granulomas, y dos a heridas (Tabla N°1).

Tabla N°1: Derivaciones

Diagnósticos	N° de derivaciones	%
Onicocriptosis	1	0,7
Nevus plano	1	1,4
Nodulo	1	3,4
Granuloma	2	1
Lipoma	5	13,15
Hematoma	1	50
Quemadura	1	100
Absceso	1	14
Fractura	1	100
Fistula	1	100
Herida	2	28

Se enviaron a anatomía patológica 92 muestras (16,7%), 19,57 % de las cuales no obtuvieron respuesta (Gráfico N° 4).

Gráfico N°4: Respuesta a Biopsias



CONCLUSIONES

- El programa de Cirugía Menor del CESFAM Amanecer, Temuco, resolvió satisfactoriamente las necesidades de 551 pacientes, de distinto sexo y amplio espectro etario.

- En ambos sexos se observa un mayor número de consultantes en el rango de 19-44 años, estableciéndose una mayor frecuencia de pacientes mujeres.
- El programa pudo resolver una gran variedad de patologías, las que tuvieron una distribución similar entre ambos sexos.
- El CESFAM Amanecer fue capaz de solucionar exitosamente la mayor parte de las patologías de quienes consultaron, sólo derivando a un centro de mayor complejidad un pequeño número de casos (18).
- En los procedimientos realizados se observó un bajo porcentaje de complicaciones, lo que refleja las buenas condiciones en que se llevan a cabo y la capacitación del equipo.
- Mediante el accionar del programa fue posible pesquisar precozmente 5 casos de cáncer.

REFERENCIAS

Gonzalez C, Oses R, Molinero R, Parra A, De la Red S. Pre-malignant and malignant lesions in minor surgery at a health centre. Appearances can't be trusted. *Aten Primaria*. 2003; 32(10):571-6.

Arroyo A, Tomas AJ, Andreu J, Garcia P, Arroyo MA, Costa D, et al. Programme to introduce and develop minor out-patient surgery in primary care. *Aten Primaria*. 2003; 32(6): 371-5.

Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S,

Villarroel J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria*. 1996; 17(2): 142-6

Menéndez C, Núñez MC, Fernández MJ, García A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1998; 22(2): 125-6.

Arribas JM, Rodríguez I, Mena JM, Martín S, Bru S, Villarroel J. Minor surgery in the family physician's office. Description of one year's experience. *Aten Primaria* 1996; 17(2): 142-6.

Vaquero JJ, Garcia JM, Diaz J, Blasco D. Efficiency of minor surgery in primary care according to the costs. *Aten Primaria*. 2002; 30(2): 86-91.

Arribas JM, Gil ME, Sanz C, Moron I, Munoz-Quiros S, Lopez A, et al. Effectiveness of dermatologic minor surgery in the office of the family physician and patient satisfaction in relation with ambulatory surgery. *Med Clin (Barc)* 1996; 107(20): 772-5.

Guarena MJ, Perna C, Gajate J. Clinicopathological correlation in 370 cases of skin minor surgery carried out by family physicians. *Aten Primaria*. 2001; 28(5): 320-5.

Lopez A, Lara R, De Miguel A, Perez P, Ribes E. Minor surgery in primary care: consumer satisfaction. *Aten Primaria*. 2000; 26(2): 91-5.

Menéndez M, Inostroza J. Cirugía Menor en Atención Primaria: Tres años de Experiencia en un Centro de Salud Familiar de Puente Alto. *Rev Chil Med Fam* 2002; 3(2): 96-100