

Experiencia en cirugía menor en un centro de salud: estudio de intervenciones realizadas en el Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes en 2001-2012

Experience in minor surgery in a health center: study interventions in the
Health Center Natahoyo-Tremañes in 2001-2012

Isabel Cecilia Cueto Puente

Carmen Álvarez Moral

Pablo Pérez Solís

Cristina Obaya Prieto

Raquel Pérez Otero

Juan Casariego Cueto

C.S Natahoyo-Tremañes (Gijón)

Manuscrito recibido: 18-02-2013

Manuscrito aceptado: 21-01-2014

Cómo citar este documento

Cueto Puente I C, Álvarez Moral C, Pérez Solís P, Obaya Prieto C, Pérez Otero R, Casariego Cueto J. Experiencia en cirugía menor en un centro de salud: estudio de intervenciones realizadas en el Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes en 2001-2012. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Feb; 2 (1): 5-11

Resumen

La cirugía menor es una técnica común que debe ser aprendida y tutelada durante el periodo de formación en Atención Primaria, para las Enfermera Interna Residente (EIR), el Médico Interno Residente (MIR) y estudiantes de enfermería. Los datos de la actividad en cirugía menor recogidos comprenden el periodo desde enero de 2001 hasta julio de 2012, en el centro de salud Natahoyo-Tremañes, Asturias. Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Los procesos estudiados en el centro fueron 5.546 actos quirúrgicos, efectuados a 2.814 pacientes. Aproximadamente uno de cada 20 pacientes de nuestro centro, ha sido atendido mediante esta modalidad asistencial. El 57 % de las personas atendidas en cirugía menor son mujeres frente al 43 % que son hombres. La cirugía menor es una actividad factible dentro de los servicios que ofrece la Enfermería de Atención Primaria, para resolver motivos de consulta frecuentes en ese ámbito.

Palabras Clave

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, Procedimientos quirúrgicos menores, Atención Primaria de salud

Abstract

Minor surgery is a common technique that must be learned and supervised during the training in primary care, for the EIR, MIR and nursing students. The activity data on minor surgery evaluated include the period from January 2001 to July 2012, in the health center Natahoyo-Tremañes, Asturias. This is descriptive, longitudinal and retrospective. The processes studied in the middle were 5.546 surgical procedures, performed to 2.814 patients. Approximately one in 20 patients at our center has been addressed by this healthcare modality. 57% of the patients treated in minor surgery are women compared to 43% who are men.

Minor surgery is a feasible activity included in the health care nursing services, to solve one frequent cause of consultation.

Keywords

Ambulatory surgical procedures, Surgical procedures minor, Primary health care.

Introducción

La cirugía menor ambulatoria forma parte de la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud¹, siendo ya contemplada entre las prestaciones de Atención Primaria en 1995², e incluida en la Cartera de Servicios Comunes de éste ámbito asistencial en 2006³. Los usuarios se benefician, al realizarse en los propios centros de salud, de una buena accesibilidad, normalmente con menos demoras, atendidos por los profesionales encargados de sus cuidados de forma habitual, propiciándose por todas estas características, un clima de mayor confianza⁴.

La demanda de este servicio por la población es importante⁵. En la actualidad, la cirugía menor fuera del hospital se ha constituido como un tema frecuente de investigación, tanto para médicos como para enfermeras, incluyendo aspectos como la seguridad, la concordancia clínico-patológica, o el ahorro económico, cuando ésta se realiza dentro del propio centro de salud y no se deriva a otros niveles de atención^{6,7,8,9,10}.

La palabra *menor*, cuando nos referimos a la cirugía, se aplica a aquella que utiliza técnicas quirúrgicas u otros procedimientos sencillos, que se realizan por lo general en tejidos superficiales y accesibles, precisando habitualmente anestesia local, con bajo riesgo y escasas complicaciones postquirúrgicas, practicada de manera ambulatoria y sin requerir cuidados postoperatorios especiales^{3,11}. Por lo tanto, si el centro de salud no asume su realización, se suelen demorar meses, al tener prioridad otras patologías de mayor entidad para la utilización de la estructura quirúrgica del segundo y tercer nivel asistencial.

La cirugía menor es una técnica encuadrada en las competencias de enfermería^{12,13}, que debe ser aprendida y tutelada en la formación durante un periodo de tiempo suficientemente amplio para adquirir la necesaria destreza. Tanto la Enfermera Interna Residente (EIR), como el Médico Interno Residente (MIR) y los estudiantes de enfermería deberían tener en el centro de salud un referente formativo y un potencial que no deberíamos desperdiciar^{14,15}.

La actividad de cirugía menor en nuestro centro se retrotrae, de forma sistemática, y con agenda propia, al comienzo de la década de los años 90.

"La cirugía menor es una técnica encuadrada en las competencias de enfermería"

Desarrollo

1. Objetivo

Describir la actividad quirúrgica programada realizada en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes en Gijón (Asturias) en el período 2001-2012. Conocer las características de la demanda asistencial de la cirugía menor en el centro de salud.

2. Método

Estudio observacional descriptivo de los registros en el programa OMI-AP de la actividad de cirugía menor programada, desde enero de 2001 hasta julio de 2012, en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes.

El Centro de Salud Natahoyo-Tremañes está situado en la zona oeste de la ciudad de Gijón, siendo el Consultorio de Tremañes el centro periférico adscrito. Atiende a más de 18.000 habitantes, en un barrio con una población relativamente estable en los últimos 10 años.

Se definió como caso a todo paciente atendido en la consulta de cirugía menor ambulatoria del centro en el período de estudio. Se tuvieron en cuenta los procedimientos registrados en la plantilla predeterminada en el programa OMI-AP del Protocolo de Cirugía Menor, que se utiliza tras cada acto quirúrgico.

Se consideró criterio de exclusión aquella cirugía programada que no llegaba a realizarse, y los actos quirúrgicos realizados en otros centros (aunque se les realizase algún procedimiento posterior por nuestra parte).

Hemos revisado y extraído los datos de la historia clínica informatizada OMI-AP registrados mediante la dicha plantilla. De los datos obtenidos hemos realizado análisis estadístico de las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo, edad, diagnóstico, técnica utilizada, categoría del profesional (médico o enfermera) y uso de anestésico.

3. Resultados

Durante el período de estudio (algo más de 11 años) hemos realizado en el centro 5.546 actos quirúrgicos, sobre 2.814 pacientes, lo que corresponde a un promedio de 1,97 intervenciones por paciente. El número de lesiones tratadas fue 3.591 (algunas de ellas precisaban más de una sesión o acto quirúrgico).

En cuanto a la distribución por sexos de la población estudiada, el 57% de las personas atendidas en cirugía menor son mujeres. La edad media de los pacientes es de 46,7 años, con un rango intercuartílico de 61 a 23 años y una mediana de 47 años.

Los diagnósticos más frecuentes (**Figura 1**) se concentran en 5 categorías, que suponen más del 70% de las intervenciones realizadas: verruga vulgar 32,6%, fibroma blando 18,1%, queratosis seborreica 9,1%, uña encarnada 6,1% y verrugas plantares 5,5%. En menor proporción, se han intervenido otras lesiones: quiste epidérmico 3,1%, nevus melanocítico 2,8%, herida cutánea 2,4%, absceso 2,2% y molusco contagioso o queratosis actínica, en menos del 2% de los casos. Otros diagnósticos no especificados en la plantilla de cirugía del programa OMI-AP constituyeron el 11,5%.

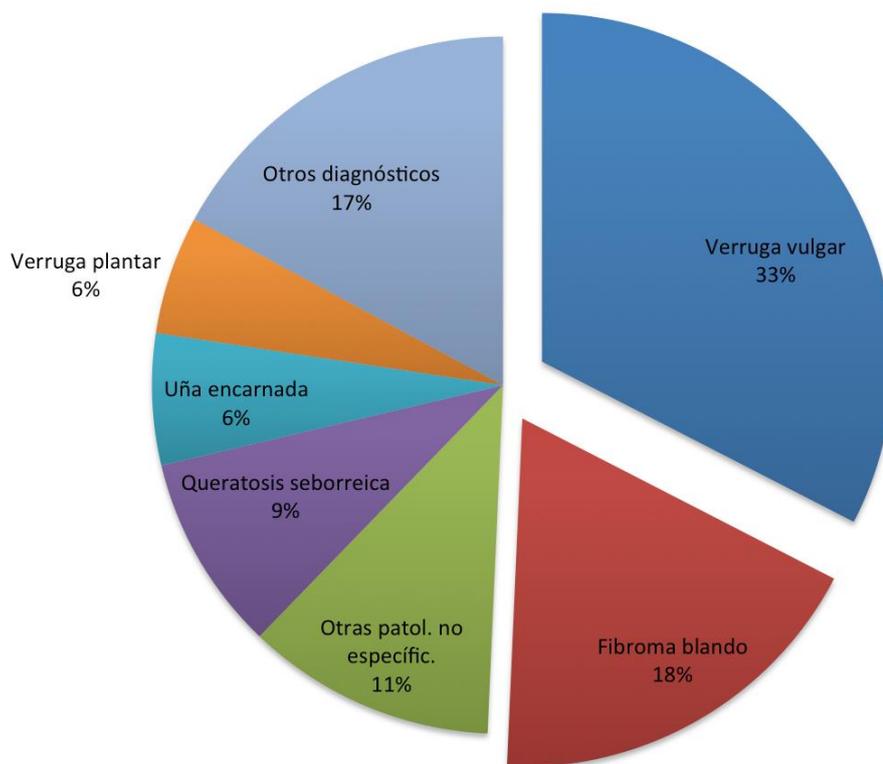


Figura 1: Diagnósticos más frecuentes

Se obtuvo registro sobre utilización de anestésico en el 79% de las lesiones tratadas (2.840). El 50,1% de éstas precisaron utilización de anestesia. En el protocolo utilizado de cirugía menor, solamente era posible reflejar la utilización o no de anestesia, como variable dicotómica. En relación al porcentaje de anestésicos por sexos, no se encontraron diferencias estadísticas relevantes.

Las técnicas empleadas en más del 70% de los casos fueron la criocirugía (37,5%), seguida de la escisión superficial (19,9%) y la utilización de bisturí eléctrico (electrocirugía), en el 16%. Se remitió muestra a anatomía patológica en el 10,9% de los casos.

En cuanto a los colectivos profesionales implicados, el 81,7% de las intervenciones fueron realizadas por personal de enfermería, y el 18,3% por el personal médico del centro.

Conclusiones

Este estudio muestra, en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes, un volumen de actividad apreciable en el tratamiento de lesiones cutáneas benignas mediante cirugía menor, en este caso practicado mayoritariamente por personal de enfermería. Además del número de lesiones tratadas, es interesante el número de pacientes beneficiados.

La proporción de las lesiones más frecuentes no difieren en exceso de otras series¹⁶⁵, siendo las verrugas simples y los fibromas blandos las más habituales. Puede llamar la atención el bajo porcentaje de heridas cutáneas registradas o abscesos (poco más del 2%) en el estudio. La razón fundamental es que nuestro estudio se basa en el registro en el Protocolo de Cirugía Menor OMI-AP, diseñado para actividad programada, no contemplando la mayor parte de la actividad urgente (de la que son susceptibles la mayor parte de intervenciones sobre heridas y abscesos), en los que se utiliza un protocolo diferente. Sí es destacable el protagonismo de

enfermería en nuestro equipo de Atención Primaria, en la actividad programada (más del 80%), que precisamente es aquella cirugía menor en la que tiene menor actividad en nuestra comunidad autónoma⁵.

Observamos que en algo menos de la mitad de los casos se utilizó anestesia local (el 50,1% si solo tenemos en cuenta los casos en los que se registró su utilización o no). El tipo de registro no discriminaba la técnica empleada (que habitualmente es la inyección local, y ocasionalmente troncular o aplicación tópica en crema). A nuestro juicio, teniendo en cuenta la práctica habitual del centro, en muchos casos se debe al uso frecuente del nitrógeno líquido, que no requiere la complementariedad de la anestesia.

El propio diseño del estudio (de tipo observacional) en el que analizamos los datos recogidos en una plantilla ya diseñada (Protocolo de Cirugía Menor OMI-AP), da lugar a varias limitaciones, que no se han podido solventar con las anotaciones libres de los profesionales. El listado de diagnósticos está prefijado (de ahí el volumen del apartado "Otros"), el uso de anestésico anota como variable dicotómica, sin opciones en cuanto a la técnica utilizada, y el registro de la intervención realizada es también poco flexible. En este sentido, sería interesante la mejora de la herramienta de registro, y el diseño de un estudio prospectivo para evaluar el proceso.

Este estudio muestra una actividad consolidada de cirugía menor protagonizada por enfermeras de un centro de salud de Atención Primaria. Estas técnicas siguen formando parte de la Cartera de Servicios Comunes del primer nivel¹⁷, y puede considerarse, como señalábamos en la introducción, una de las competencias de enfermería.

En nuestra zona básica, la actividad de cirugía menor se concentra en unos pocos profesionales, situación que parece ser común en Atención Primaria^{7,18}. Por otro lado, puede considerarse que la eliminación de lesiones asintomáticas y de carácter estético no debe ser ofertadas en el sistema público y, paradójicamente, algún estudio muestra una tendencia creciente a procedimientos sencillos con poca trascendencia clínica⁷. En nuestro caso, sería interesante reflexionar sobre si intervenimos lo suficiente sobre aquellos procesos que provocan mayor discomfórt al paciente, como la uña encarnada o las verrugas plantares.

Los profesionales que asumimos este servicio, a pesar de esta contradicción latente, hemos optado por ofrecer a los usuarios esta actividad, a costa de una sobrecarga de nuestra agenda habitual, dado las mejoras que entendemos que podemos proporcionar a nuestra población de referencia. La ubicación de la cirugía menor dentro de la Atención Primaria aporta una mejora en nuestra capacidad resolutoria, ante motivos de consulta que podemos considerar razonables.

Por otro lado, algunos estudios en España muestran un menor coste y un menor tiempo de espera de la cirugía menor practicada en Atención Primaria^{8,10,19}, llegando a ser los costes totales (costes directos sanitarios y no sanitarios, más costes indirectos) hasta tres veces menores⁹. La cirugía menor realizada en el centro de salud también alcanza resultados positivos en la satisfacción para el usuario²⁰.

En definitiva, tenemos ante nosotros un volumen de actividad a tener en cuenta, de una prestación reconocida en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud e incluida dentro de las competencias de enfermería que, como muestra este estudio, puede asumir gran parte de la actividad programada. En ese contexto y, dadas las ventajas para la población y el Sistema Sanitario de un mayor protagonismo de los centros de salud en la cirugía menor ambulatoria, debería potenciarse su formación tanto en etapas pregrado, como en los programas de especialización postgrado en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria (EIR y MIR), así como la planificación y la asignación de recursos para su aplicación generalizada en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 254, de 23 de octubre de 2003 [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-19572
2. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 35, de 10 de febrero de 1995. [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. [Internet]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419
4. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños Á, Martín Blanco R. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2008;40(5):267-8.
5. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Epidemiología de la cirugía menor en atención primaria. Estudio descriptivo de 50.000 intervenciones. Oficina Investigación Biosanitaria Principado Astur [Internet]. 2012 [citado 9 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/1901>
6. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. JRSM Short Rep. 9 de enero de 2010;1(4):36.
7. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2011;43(2):58-60.
8. Tarraga López PJ, Pérez Rodríguez MT, Ocaña López JM, Cerdan Oliver M, López Cara MA, Palomino Medina MA. Análisis de los costes de la cirugía menor en Atención Primaria. Rev Esp Econ Salud. 2005;4(5):266-72.
9. Oltra Rodríguez E. Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza [Tesis Doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo, Programa de Doctorado en Morfología y Evaluación en Ciencias de la Salud; 2013.
10. 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;(4):164-8.
11. Menon, N K. Minor surgery in general practice. The Practitioner. 1986;230(1420):917-9.
12. Domínguez Guerrero F, García Juárez M del R, Padilla Marín C, Rodríguez Bouza M. Cirugía menor: desarrollo de nuevas competencias enfermeras [Internet]. Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía; 2012 [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1108>
13. Editorial. Marco legal de la enfermería en cirugía menor. Tu Cuid Rev -Line [Internet]. 2013 [citado 9 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/552>

14. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 157 (29 de Junio de 2010).
15. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 105 (3 de mayo de 2005) [Internet]. Disponible en:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7188
16. Consejería de Sanidad de Madrid. Los Centros de Salud realizaron 86.016 intervenciones de cirugía menor en 2012 [Internet]. Comunidad de Madrid. 2013 [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/vBxfy6>
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cartera de servicios comunes de atención primaria [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-IndicacionProcedimientos.htm>
18. Puche JFM, Muñoz PAA, Cánovas AG, Quevedo JC, Caballero JDG, Piñera ML. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? Aten Primaria. 2003;31(1):23-31.
19. Delgado Zafra S, Casas Nicot B, Gavira Iglesias J. Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria. Med Fam Andal. 2012;13(1):28-33.
20. López Santiago A. Cirugía menor en atención primaria : la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000;26(2):91-5.