

Incorporación de un Programa de Cirugía Menor en un Centro de Salud de España

Program to Introduce and Develop Minor Surgery at a Primary-care Center in Spain

Menárguez Puche JF, * Alcántara Muñoz PA. **

* Médico de Familia. Doctor en Medicina. Profesor Asociado Universidad Murcia. Murcia. España. ** Médico de Familia. Coordinador de Docencia. Centro de Salud Docente Universitario Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. España.

Correspondencia: Juan Francisco Menárguez Puche. E-mail: juanfranmena@telefonica.net

Recibido: 16-03-08 Aceptado: 18-10-08

RESUMEN

En la última década se ha incorporado progresivamente la cirugía menor (CM) en Centros de Salud (CS) españoles, con grandes ventajas para el sistema sanitario, usuarios y profesionales. Se presenta la experiencia de implantación y desarrollo de cirugía menor en nuestro CS. En nuestra opinión, para el desarrollo de la CM se necesitan cambios organizativos, estructura mínima adecuada y formación específica tanto en habilidades técnicas como en diagnóstico clínico e historia natural de lesiones dermatológicas. Para garantizar su calidad resulta imprescindible además una buena coordinación con servicios hospitalarios de Anatomía Patológica, Dermatología y Cirugía, facilitando así además una adecuada continuidad asistencial. En nuestro CS cada médico atiende las necesidades de CM de sus pacientes según su formación y experiencia. La ayuda de “líderes quirúrgicos” permite además que los médicos aprendan mediante cirugía compartida. En nuestra experiencia, la crioterapia sería el primer paso para implantar CM, por su seguridad y efectividad. Antes de iniciar la CM en un CS resulta interesante un debate entre profesionales para consensuar su *cultura propia*. En CS se decidió que fuera voluntario y sobre pacientes propios, mediante trabajo en equipos médico-enfermera no excluyentes y realizando cirugía segura para ir mejorando el perfil quirúrgico individual de cada médico familiar. Se potenciaron los apoyos formativos mediante la formación continuada intraequipo y la cooperación entre profesionales para el desarrollo de habilidades quirúrgicas. Con todas estas estrategias se puede implicar a todo el equipo y avanzar en el proceso de incorporación de CM en CS.

Palabras clave: Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Consultorio, Paciente Quirúrgico.

ABSTRACT

During the past decade, minor surgery (MS) has been gradually incorporated into Spanish Health Centers (SHCs) with important advantages for the sanitary system, users, and professionals. Our experience in initiating and developing MS is presented here. In our opinion, the following are required for the development of MS: organizational changes, and appropriate minimal structure and specific training both in technical skills and clinical diagnosis and natural history of dermatologic injuries. In order to guarantee the quality of MS, good coordination is indispensable among the Hospital Pathological Anatomy, Dermatology, and Surgery Services, this facilitating suitable continuity of care. At our SHC, all physicians deal with the MS needs of their patients according to their training and experience. The assistance of “surgical leaders” allows physicians to learn by means of shared surgery. In our experience, cryotherapy would be the first step in implementing MS, because of its safety and efficiency. A debate between professionals in reaching an agreement would appear to be interesting prior to initiating MS in an SHC. At our SHC, it was decided that performing surgery was voluntary and conducted on the physician’s own patients, by means of work in physician-nurse teams and ensuring that surgery would improve the personal surgical profile of each family physician. Training support was improved by continual internal training and cooperation among professionals for the development of surgical skills. All these strategies make possible the involvement of the entire team and advancement in the MS incorporation process in SHCs.

Key words: Ambulatory Surgery, Office Surgery, Outpatient Surgery.

Introducción

La cirugía menor (CM) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados bajo anestesia local sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles; en los que no se espera que haya complicaciones posquirúrgicas importantes¹.

En los últimos años ha aumentado el interés por poner en marcha actividades de CM en Centros de Salud (CS) españoles, debido en gran medida al impulso que en la segunda década de los años noventa ofreció el Instituto Nacional de la Salud, entidad que en aquella época era responsable de la gestión de servicios sanitarios en nuestro país¹. Esta actividad de los médicos de atención primaria (AP) resulta en realidad la recuperación de una práctica habitual entre los antiguos médicos de cabecera, perdida durante décadas por el abandono formativo y la burocratización de la Medicina General española. Al evaluar la experiencia de hacer CM en nuestros CS se ha confirmado su elevada efectividad². La tabla I muestra algunos de los procedimientos que pueden ser realizados en AP.

Tabla I. Técnicas básicas de Cirugía menor realizables en Atención Primaria.

Técnicas básicas de CM realizables en AP.
Biopsia-punch
Curetaje
Afeitado
Escisión fusiforme de lesión superficial
Extirpación de lesiones subcutáneas
Cauterización (electrodesección)
Reparación y sutura de laceraciones cutáneas
Incisión-drenaje de abscesos
CM ungueal
Criocirugía
Trombectomía Hemorroidal

Las *ventajas* que aporta la realización de CM en AP son múltiples. Podemos dividirlas en las que conciernen al usuario, al profesional y al sistema (Tabla II):

Tabla II. Ventajas de la realización de CM en AP

Para el usuario	Para el profesional	Para el sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio rápido, accesible y adecuado a las necesidades del paciente • Ambiente de familiaridad con los sanitarios y el medio² • Se evitan pérdidas de tiempo, molestias y gastos innecesarios² • Alto nivel de satisfacción^{2,3} • Aceptabilidad de los usuarios² 	<ul style="list-style-type: none"> • El médico amplia sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas • Actividad amena y profesionalmente gratificante² • Resultados clínicamente satisfactorios • Incidencia de complicaciones mínima y similar a la que se obtiene en el hospital⁹ • Refuerzo en la relación médico-paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de listas de espera hospitalarias^{5,8} • Adecuación del uso de servicios especializados para técnicas más sofisticadas. • Prestación sanitaria eficiente (similar calidad a menor coste)^{4,6-8}

Sin embargo, en otros países del ámbito anglosajón, con estructura de AP históricamente menos burocratizada y más resolutiva, hacer CM y otras técnicas instrumentales resultaba ser una práctica habitual. El cambio cualitativo sufrido en los últimos años en la AP española, con mejor infraestructura y formación de los médicos de familia (MF), ha permitido desarrollar nuevas actividades accesibles al profesional de AP^{1,10,11}.

¿Y qué ocurre en cuanto a los *inconvenientes*? Es evidente que hay factores a tener en cuenta: reticencias de los profesionales en cuanto a insuficiente formación o consumo de tiempo, miedo a las reclamaciones médico-legales, necesidad de coordinación entre niveles o conflictos entre diferentes especialistas. Sin embargo estas dificultades son más inercias a cambiar que una limitación real. Con una adecuada formación de los profesionales y organización del Equipo de Atención Primaria (EAP), se puede incorporar de forma progresiva esta actividad.

Antes de empezar a realizar CM deben plantearse en todos los casos dos premisas básicas: entrenamiento técnico suficiente y conocimiento preciso (diagnóstico clínico e historia natural) de las lesiones a tratar, factores indispensables para indicar correctamente una intervención¹². Es imprescindible informar siempre al paciente de la intervención propuesta y sus alternativas, así como solicitar su consentimiento por escrito. Las indicaciones quirúrgicas asumibles por cada médico dependerán de su nivel de conocimientos dermatológicos y quirúrgicos, absteniéndose de intervenir y derivando al paciente en caso de cualquier duda.

Se presenta en este artículo el proceso desarrollado en nuestro EAP, cuya experiencia podría ser útil para documentar la factibilidad de realizar CM en AP.

La experiencia del Centro de Salud de Molina de Segura. España

El CS Jesús Marín López está situado en Molina de Segura, núcleo semiurbano del sudeste español cuya población es de 62.404 habitantes. Pertenece a la Comunidad Autónoma de Murcia de cuya capital está separado por una distancia de 12 kilómetros. Su economía se basa en la industria de transformación alimentaria y confección de piel. Nuestro EAP atiende a una población de 33.000 personas y fue inaugurado en el año 1985.

En la actualidad el centro está acreditado para la docencia pre y postgrado. La plantilla médica está constituida por 22 MF y cuatro pediatras. Completan el personal 16 enfermeros, 12 administrativos, una matrona, una trabajadora social un dentista y una higienista dental.

I. ¿De dónde partimos?

En el año 1994 se inició en nuestro EAP un proceso de debate interno, valorando la posibilidad de introducir las actividades de CM como parte del perfil profesional. Las opiniones eran contradictorias, pero tras valorar las posibles ventajas e inconvenientes se acordó iniciarlas progresivamente. Se decidió que para poder realizar en nuestro EAP una CM con garantías de calidad necesitábamos previamente un proceso:

- Organizativo.
- Formativo que incluyera aspectos de:
 - Entrenamiento técnico.
 - Diagnóstico clínico e historia natural de las lesiones.

Se presentó la iniciativa a nuestra gerencia que en una primera entrevista recibió la idea con entusiasmo. Se iniciaron los cambios estructurales necesarios para una primera organización y dotación estructural.

II. La estrategia inicial. Hay que formarse y entenderse con el hospital

Hay un amplio consenso entre diferentes expertos de que la principal causa de los déficits en calidad de la CM realizada por médicos de AP es la formación insuficiente¹³⁻¹⁶ e incluso los propios profesionales perciben también como un objetivo prioritario la mejora de su formación¹⁷.

En esta fase inicial se estableció contacto con nuestro hospital de referencia para establecer las bases de coordinación y formación. Con el servicio de Anatomía Patológica se sentaron los principios para garantizar el circuito de remisión, procesamiento y recepción de biopsias. Se inició relación con el servicio de Dermatología para facilitar el acceso a formación continuada sobre diagnóstico clínico e historia natural de las lesiones a los profesionales de nuestro equipo. Por último se estableció una relación fluida con el servicio de Cirugía General para mejorar el entrenamiento técnico, inicialmente de cuatro profesionales médicos y de enfermería y posteriormente de otros compañeros.

El cauce de comunicación establecido con el servicio de Cirugía se plasmó en diversas experiencias conjuntas¹⁸⁻²⁰ y un importante cambio cualitativo en el modelo de relación entre atención primaria y especializada. Este cambio se concretó en mejoras consistentes en:

- Formación continuada en habilidades y técnica quirúrgica.
- Aceptación explícita de la realización de CM en AP por parte del hospital.
- Apertura de un cauce de comunicación entre profesionales de los dos niveles.
- Inicio de un proceso de respeto profesional.
- Posibilidad de apoyo técnico y colaboración respaldando en las fases iniciales a los profesionales de AP cuando tenían alguna dificultad.

Nuestra estrategia formativa sobre CM ha ido cambiando con el paso de los años, para ser posteriormente impartida en su totalidad en AP y por parte de MF²¹. El CS puede ser un lugar idóneo para que los MF completen un aprendizaje integral, adecuando la formación a las características específicas de la CM en AP. Las razones que avalan la idoneidad de este entorno son:

- Existen ventajas evidentes de aprender la CM en el mismo medio donde se va a realizar.
- El aprendizaje puede adaptarse a distintos modelos organizativos asistenciales y docentes.
- Hay numerosas lesiones susceptibles de ser atendidas en AP mediante CM.
- Podemos disponer de recursos estructurales, materiales y humanos a un coste adecuado.
- La accesibilidad y aceptación del paciente son altas (es un medio no hostil).
- Disponibilidad formativa permanente que depende en gran medida de nosotros mismos.

El aprendizaje en CM que se realiza en el CS puede ser más integral, englobando desde el diagnóstico dermatológico hasta la técnica quirúrgica más adecuada a cada proceso o la simple elección de actitudes expectantes, acordes con la mejor decisión en cada caso.

Estamos de acuerdo con la opinión de algunos expertos de que la actividad que más puede mejorar los programas de CM desarrollados por médicos de AP es la precisión diagnóstica y el conocimiento de la historia natural de las lesiones. Estas destrezas permiten realizar tratamiento quirúrgico sólo en aquellos procesos en los que sea imprescindible, bien por inseguridad diagnóstica o riesgo de malignidad^{22,23}.

El adecuado conocimiento dermatológico por parte de los profesionales de AP matiza las necesidades “cosméticas” de cirugía, evitando intervenciones innecesarias en las que los riesgos superarían a los beneficios.

Las rotaciones por servicios como Cirugía General y/o Dermatología pueden complementar la formación en el CS, que representa una docencia más congruente con el tipo de práctica que el MF realizará en su futuro profesional.

III. El inicio de la actividad. La organización inicial

A finales de 1995 se inició la actividad asistencial por un grupo reducido de profesionales, al que fueron incorporándose progresivamente otros compañeros del equipo. En sus primeros momentos las características del programa de Cirugía incluían:

- Procedimientos realizados sólo por un grupo reducido de profesionales.
- Condiciones estructurales insuficientes
- Modelo de atención inicialmente basado en líderes quirúrgicos (Tabla III).
- Actividades sobre pocos procesos.
- Trabajo para potenciar la organización e infraestructura

La adquisición en nuestro equipo de un electrobisturí permitió un pequeño cambio cualitativo al incorporar nuevas técnicas quirúrgicas, tratar otras patologías y transmitir a los profesionales una sensación de más seguridad y confianza.

Tabla III: Diferentes modelos de atención de CM en AP

Médicos que ofertan CM	Pacientes atendidos
Todos los médicos del EAP	Modelo colectivo Cada médico atiende la CM de su población adscrita
Sólo uno o algunos médicos del EAP	Modelo autónomo Estos médicos sólo intervienen pacientes propios Modelo de líderes quirúrgicos Los médicos que ofertan CM, intervienen pacientes propios y de sus compañeros del EAP

IV. El primer gran cambio en la generalización del programa. La crioterapia

Sin duda el mayor cambio cualitativo para que la mayoría de profesionales del EAP realizaran CM fue el inicio de la crioterapia como actividad rutinaria a utilizar para el tratamiento de lesiones benignas y premalignas. La efectividad y excelente seguridad de esta técnica fue el factor clave para que la CM se incorporara como técnica habitual entre la mayoría de los profesionales. A través de la formación continuada intraequipo (FCI) y el inicio de la actividad crioterápica muchos compañeros reticentes a empezar a intervenir superaron sus prejuicios, obteniéndose resultados excelentes (índice de curación del 98.6% con una morbilidad extraordinariamente baja del 4%)²². El número de profesionales que realizaban CM se amplió de forma muy importante y la crioterapia pasó a formar parte de las actividades de casi todos los MF.

V. El reto de la calidad. A la búsqueda de la excelencia

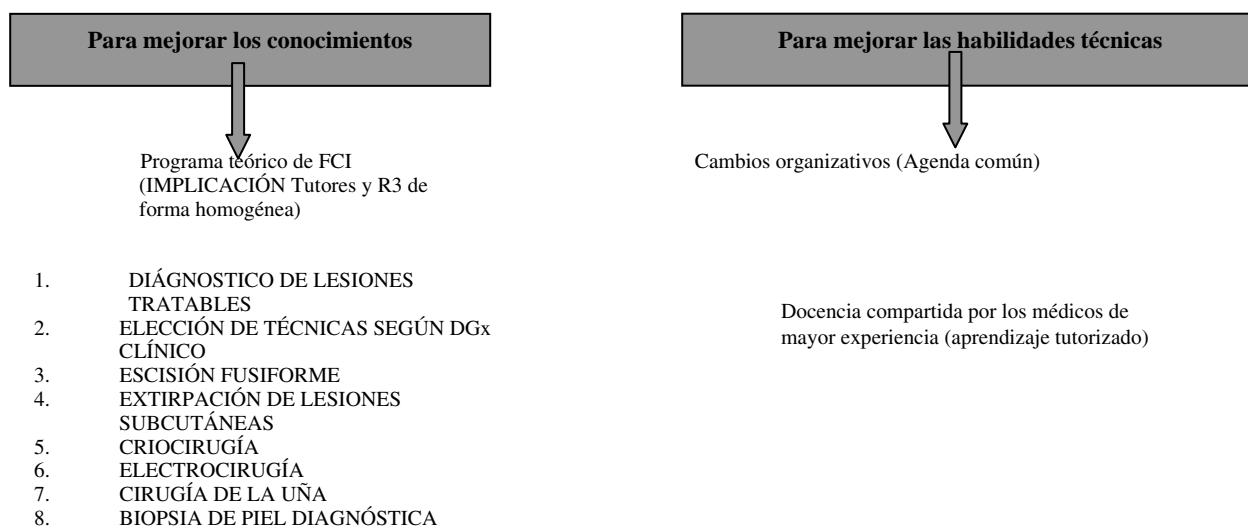
En el año 2000 y tras identificar algunos aspectos mejorables se planteó intentar cambiarlos mediante un programa de calidad²³. Se confirmó que el programa de CM en el Centro había tenido un rápido desarrollo a nivel asistencial y de investigación, pero se había estancado el número de profesionales que realizaban algunas técnicas determinadas de CM, como la extirpación y biopsia con bisturí frío. Esto llevó a un proceso de reflexión mediante el cual se propuso: Ampliar el número de profesionales que realizaban CM y Analizar y mejorar la calidad del programa de CM. Para ello se elaboró una estrategia (Figura I) que buscaba la implicación de todo el EAP en ese proceso de mejora. Se utilizó entre otras actividades la FCI como una forma factible de mejorar la calidad de la CM realizada en AP. Diferentes estudios en nuestro medio han demostrado que la FC induce a una actitud positiva hacia la CM y determina más procedimientos^{15,24}. La FCI se caracteriza por ser económica, factible y adaptable en cuanto a tiempo y horario a todo el equipo de AP. permitiendo alcanzar un buen nivel científico-técnico a los profesionales.

La puesta en marcha de nuestro programa de calidad obtuvo excelentes resultados. Se alcanzó un índice de concordancia clínico patológica de casi el 70%, teniendo en cuenta que no se remitieron a biopsia lesiones de diagnóstico evidente como verrugas, quistes o lipomas, podían considerarse adecuados²⁵.

Otro aspecto a tener en cuenta fue que un indicador de calidad básico como la adecuación de las escisiones obtuvo resultados del 94.5%, resecándose además de forma completa todas las lesiones malignas y premalignas extirpadas²⁶. Aunque hay muchos autores que argumentan que la solución para mejorar la calidad de la CM pasa más bien por mejorar las habilidades diagnósticas que por remitir todas las lesiones a biopsiar²⁷ y se sugiere que la retroalimentación de la información biópsica mejora las habilidades diagnósticas²⁸, nuestra experiencia es que esto es insuficiente, resultando más eficaz la FCI²⁹.

VI. Dos aspectos fundamentales de la estrategia. La Formación Continuada Intraequipo y los cambios organizativos

Después de identificar los aspectos sobre los que había que actuar se diseñó un programa de FCI que incluía aspectos teóricos diagnósticos y terapéuticos, con el objeto de intentar aumentar los conocimientos sobre diagnóstico clínico y técnicas quirúrgicas (Tabla IV).

Figura I. Estrategias para mejorar conocimientos y habilidades.**TABLA IV. Contenidos del programa de Formación Continuada Intraequipo**

Contenidos del programa de Formación Continuada Intraequipo	
1. Diagnóstico de lesiones cutáneas potencialmente tratables con Cirugía Menor. <ul style="list-style-type: none"> a. Quiste epidérmico b. Lipoma c. Dermatofibromas d. Granuloma piógeno y otras lesiones vasculares e. Lesiones víricas. <ul style="list-style-type: none"> i. Verruga vulgar ii. Verruga plantar iii. Verruga plana iv. Verrugas genitales v. Molluscus contagiosum f. Queratosis seborreica g. Queratosis actínica y cuerno cutáneo h. Acrocordón i. Lesiones pigmentadas <ul style="list-style-type: none"> i. Nevus ii. Lentigos iii. Melanomas j. Epiteloma basocelular y espinocelular 2. La elección de técnicas según diagnóstico clínico 3. La escisión fusiforme 4. Extirpación de lesiones subcutáneas 5. Criocirugía 6. Electrocirugía 7. Cirugía de la uña 8. Biopsia de piel diagnóstica	

Por otra parte las habilidades técnicas se intentaron mejorar mediante la docencia compartida de los médicos con mayor experiencia la cual incluyó a los residentes en formación (aprendizaje tutorizado). Para facilitarla se elaboró una agenda común para toda la cirugía menor, accesible en su conocimiento a todos los profesionales. Los MF con menor experiencia podían solicitar la realización conjunta de procedimientos junto a aquellos más expertos, aumentando de forma progresiva su perfil de competencias.

Los contenidos del programa se plasmaron en temas a desarrollar por los médicos titulares y residentes de tercer año del equipo. Se asignaron temas a todos los profesionales del equipo de forma homogénea. Los temas se desarrollaron en sesiones clínicas de 45 minutos realizadas a primera hora de la mañana. Con esta estrategia se intentó aumentar la implicación de todos los compañeros en el programa de CM. La posibilidad de realizar cirugía conjuntamente pensamos que potenció este aspecto, permitiendo un aumento progresivo del perfil individual de cirugía realizado por cada profesional.

VII. *La organización de la CM en el CS.*

El modelo organizativo asistencial que adopte cada EAP y su forma de ver las cosas (cultura propia) van a influir en la realización de la CM, condicionando la manera de desarrollar esta práctica, el proceso de enseñanza-aprendizaje en el CS. Claves de la cultura propia sobre CM que tenemos en nuestro EAP. Cultura propia sobre CM en nuestro EAP:

Voluntario

Elección libre de realizar la actividad, según formación e interés de cada profesional y factibilidad de cada caso. La realización de CM debe ser una actitud individual que ha de depender de cada médico.

Atención integral a pacientes del cupo propio

Dentro del perfil profesional del médico de familia, como un servicio más a ofrecer a los propios pacientes.

Trabajo en equipo intrínseco (no excluyente)

Equipo enfermero-residente-tutor. Ofreciendo la opción de realizar CM a los profesionales cuyo equipo intrínseco completo no acepte realizarla.

Sin prisas (cirugía segura)

La realización de CM en AP debe ser un proceso seguro (“tenemos toda nuestra vida profesional por delante para realizar CM”). Más importante que la cobertura legal e institucional son: la buena práctica clínica, la seguridad y la prudencia, las que deben ser bases conceptuales sobre las que se sustente CM. Sólo se abordarán lesiones con mínimo riesgo quirúrgico y utilizaremos las técnicas que conozcamos bien.

Perfil profesional de CM individualizado

La actividad ha de depender de que el médico la sepa hacer bien. El perfil profesional debe ampliarse sin prisas y con el ritmo adecuado a cada uno. Cada MF decidirá qué tipo de lesiones y qué técnicas utilizará asumiendo qué CM ofertará a su población asignada.

Referente para la colaboración en el desarrollo de habilidades técnicas

Apoyo de los propios compañeros para la progresiva ampliación del perfil propio en CM de cada profesional. Los MF con más experiencia quirúrgica, ayudarán y la transmitirán a sus compañeros del Centro que deseen realizar CM (aprendizaje “tutelado”).

Formación continuada (fundamentalmente intraequipo)

La capacitación técnica debe llevarse a cabo mediante formación acreditada, rotaciones específicas monitorizadas y actualizaciones frecuentes. El aprendizaje debe ser homogéneo.

Para facilitar el aprendizaje y desarrollo de la CM en el CS la organización debería permitir:

- La existencia de un equipo estable de tutor, residente y enfermero/a de cupo, adaptando una planificación horaria común como “equipo intrínseco”.
- El conocimiento, tanto para tutores como para residentes, de las patologías y técnicas que se han planificado en el Centro durante la semana.
- La asistencia y/o participación en la actividad de CM prevista por cualquier tutor del Centro, a otro tutor y, sobretodo a residente del Centro.
- Los apoyos docentes en CM (concepto de equipo docente).

Recomendaciones organizativas específicas adoptadas en nuestro EAP; que podrían facilitar la práctica asistencial y docente:

- Una agenda específica para cada tutor (dentro de una agenda común y centralizada del CS.)
- Notificación del tipo de lesión y técnica quirúrgica en la agenda común del CS.
- Dedicación horaria semanal de 1-2 horas por cada tutor.
- Realización de la actividad en horario habitual de consulta asistencial como actividad Fudamentalmente programada.
- Periodicidad fija semanal (adjudicando día y tiempo fijo para cada MF).

En nuestro EAP utilizamos un *modelo organizativo mixto*: un modelo colectivo como objetivo, donde cada médico atiende las necesidades de CM de su cupo según su formación y experiencia, junto al modelo de líderes quirúrgicos, permitiendo a los médicos menos entrenados en alguna técnica aprender del resto de compañeros mediante cirugía compartida. Este modelo mixto ha permitido establecer una docencia continuada y estable, según las necesidades de formación de cada profesional, tendiendo a una equiparación progresiva de habilidades y conocimientos en CM por parte de los MF. Al consolidarse como equipo docente quirúrgico puede ofertarse la docencia en CM a nuestros médicos residentes con garantías de un aprendizaje efectivo. En nuestro medio este modelo organizativo ha demostrado ser efectivo, aumentando progresivamente tanto el número de profesionales que realizan cirugía como el perfil profesional de cada uno de ellos.

VIII. Pero... ¿cuáles han sido nuestros resultados?

Durante estos doce años de experiencia han ido incorporándose diferentes profesionales a la actividad. En la actualidad el número de intervenciones realizadas sobrepasa las 10 000 que han sido ejecutadas por más de 100 profesionales. Doce promociones de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria han adquirido formación en CM, actividad que ya forma parte de la dinámica rutinaria de funcionamiento del equipo. A lo largo de este período hemos intentado transmitir nuestra experiencia a otros compañeros, mostrando la factibilidad de su puesta en marcha^{30,31}.

Por último valorar lo que ha supuesto la experiencia desde el punto de vista subjetivo. Para los usuarios del CS, la satisfacción con el servicio ha sido muy alta (datos no publicados de una encuesta de satisfacción a nivel nacional). Para los profesionales la realización de CM no ha podido ser más satisfactoria, ampliando nuestro campo profesional con una actividad satisfactoria, eficiente, accesible y de calidad; que nos ha permitido mejorar la relación que tenemos con nuestros pacientes. Si alguno de nuestros compañeros de atención primaria pregunta: ¿Deben realizarse actividades de CM? Le contestaría que la respuesta se la podrían dar todas las personas implicadas, tanto usuarios como profesionales. Estamos seguros de que sería contundente.

Como **Reflexiones finales** podríamos decir:

- La CM realizada por MF es una actividad que satisface las necesidades del paciente, refuerza la relación médico-paciente de una forma eficiente y es amena y gratificante para el médico.
- La realización de CM por MF puede ser efectiva y segura para el paciente, aporta muchas ventajas para el sistema sanitario y facilita una adecuada continuidad asistencial entre los dos niveles de atención.
- Para garantizar la calidad de la CM realizada por MF resulta imprescindible una adecuada coordinación con el hospital, sobretodo con los Servicios de Anatomía Patológica, Dermatología y Cirugía, para mejorar aspectos tanto formativos como asistenciales.

- El éxito de la puesta en marcha de la CM en AP atraviesa, de forma imprescindible, por cambios organizativos en el equipo, una estructura mínima adecuada y una formación específica tanto en habilidades técnicas como en diagnóstico clínico de lesiones dermatológicas.
- La crioterapia puede ser, por su excelente seguridad y efectividad, una primera actividad adecuada para favorecer la puesta en marcha e implicar a todo el equipo en la CM.
- El entorno formativo en CM para el MF puede ser cambiante, siendo más hospitalario al inicio (dermatología y cirugía general). Posteriormente el CS puede convertirse en el eje idóneo del aprendizaje quirúrgico en AP mediante estrategias variadas, tales como cambios organizativos o la formación continuada intraequipo.
- El modelo organizativo para la CM que más posibilidades tiene para extenderse y perpetuarse es un modelo colectivo como objetivo, donde cada médico atiende las necesidades de CM de su cupo según su formación y experiencia, junto al modelo de líderes quirúrgicos, permitiendo a los médicos menos entrenados en alguna técnica aprender del resto de compañeros mediante cirugía compartida.
- Antes de iniciar la CM en un CS resultaría de interés un debate entre los profesionales para consensuar su *cultura propia*. En nuestro EAP se decidió que sus características fueran de voluntariedad, para los propios pacientes, mediante trabajo en equipos intrínsecos no excluyentes y realizando cirugía segura para ir mejorando el perfil quirúrgico individual de cada MF. Se potenciaron los apoyos formativos mediante la formación continuada intraequipo y la cooperación entre profesionales para el desarrollo de habilidades quirúrgicas.

Referencias

1. Menon NK. Minor surgery in general practice. *The Practitioner* 1986; 230: 917-19.
2. Evaluación de la experiencia piloto de cirugía menor en atención primaria. Madrid: Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Primaria. diciembre 1997.
3. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchant I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A. et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-75.
4. Calnan M. Variations in the range of services provided by general practitioners. *Family Practice* 1988; 5: 94-104.
5. Milne R. Minor surgery in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 175-77.
6. Brown JS. Minor operations in general practice. *BMJ* 1979; 1: 1609-10.
7. Baldwin B, Stal S, Matson CC. Plastic and reconstructive surgery. In: Rakel RE. ed. *Textbook on Family Practice*. 4^a ed. Filadelfia. WB Saunders. 1990: 785-795.
8. Hall DW. A review of minor surgery in general practice in the United Kingdom. *Fam Pract* 1987; 322-29.
9. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *British Journal of General Practice* 1992; 42: 13-7.
10. Arribas JM, Gil ME, Sanz C, Morón I, Muñoz Quirós S, López A. et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin* 1996; 107: 772-75.
11. Sharman J. Patients' response to a general practice minor surgery service. *Practitioner* 1986; 230: 27-9.
12. Shrank AB. General practitioners and minor surgery. *British Journal of Dermatology* 1991; 125: 599-00.
13. White M. The dermatologist's view. *Br J Hosp Med* 1993; 49(3): 153-54.
14. Bull AD, Silcocks PB, Start RD, Kennedy A. General practitioners, skin lesions and the new contract. *J Public Health Med* 1992; 14(3): 300-306.
15. Maguire N. Effect of a skills programme on minor surgical workload in general practice. *Ir Med J* 2000; 93(5): 136-8.
16. Berry DP, Harding KG. Potential pitfalls of minor surgery in general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 358-59.
17. Weddington WH, Gabel LL, Williams T. Surgical practice and perceived training needs of selected Ohio Family Physicians. *J Fam Pract* 1986; 23(3): 247-52.

18. Luna C, Menárguez JF, Alcántara P. Infraestructura existente en Atención Primaria en Murcia para la práctica de Cirugía Menor (panel). Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 13-16 noviembre. 1996.
19. Luna C, Menárguez JF, Alcántara P. Experiencia y actitudes en Cirugía Menor de los sanitarios de la región de Murcia (panel). Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 13-16 noviembre. 1996.
20. Menárguez JF, Aguilar J. Cirugía Menor en atención Primaria. Comunicación a la mesa redonda “La coordinación y la comunicación entre atención Primaria y Atención Hospitalaria”. Murcia: I Congreso Regional de Calidad Asistencial. 27-28 noviembre. 1997.
21. Alcántara Muñoz PA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo enseñamos cirugía menor en Atención Primaria?. Tribuna Docente 2003; 4 (3): 13-22.
22. Alcántara P, Raigal S, Martínez E. Eficacia de la crioterapia sobre lesiones cutáneas en Atención primaria. Alcantarilla. Comunicación al V Congreso de Atención Primaria. 1998.
23. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
24. Martín Fernández J, Martínez Marcos M, Ferrández Santos J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 497-502.
25. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA. Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales? Aten Primaria 2001; 28(1): 80-81.
26. Menárguez JF, Martínez E, Robles J. Cirugía Menor en Atención Primaria ¿es adecuado el nivel de calidad con que se realiza? Alcantarilla. Comunicación al V Congreso de Atención Primaria. 1998.
27. Shrank AB. General practitioners and minor surgery. British Journal of Dermatology 1991; 125: 599-600.
28. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oorgahan P. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991; 303: 1177-79.
29. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA, González Caballero JD, García Canovas A, López Piñera M, Cruzado Quevedo J. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de la calidad?. Aten Primaria 2003; 31(1): 23-31.
30. Menárguez JF, Alcántara P, Cruzado J. Cirugía Menor en un Centro de Salud. Inicio de una experiencia. Lorca: Comunicación al IV Congreso de Atención Primaria de Salud. 13-15 junio. 1996.
31. Alcántara P, Menárguez JF, Berenguer JJ. Cirugía Menor en un Centro de Salud. Experiencia de los 6 primeros meses (panel). Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 13-16 noviembre. 1996.