

# ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

## LITERATURE REVIEW ON MINOR SURGERY PERFORMED BY PRIMARY CARE NURSES IN SPAIN

**Autores/as:**  Paula Fernández-Rodríguez <sup>(1)</sup>;  José Antonio, Sanjuán-Baltar <sup>(2)</sup>;  José María, Rumbo-Prieto <sup>(3)</sup> (\*),  
(\*)

(1) Grado en Enfermería.

(2) Enfermero. Centro de Salud de Cambre, A Coruña, España.

(3) PhD, MSN, FNP, RN. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña. Área Sanitaria de Ferrol, España.

Contacto (\*): [jmrumbo@gmail.com](mailto:jmrumbo@gmail.com)

Fecha de recepción: 02/04/2025  
Fecha de aceptación: 30/04/2025

Fernández-Rodríguez P, Sanjuán-Baltar JA, Rumbo-Prieto JM. Estado actual de la cirugía menor realizada por enfermeras de atención primaria en España. *Enferm Dermatol.* 2025;19(54): e01-e09. DOI: 10.5281/zenodo.15713314.

### RESUMEN:

**Objetivo:** Identificar los procedimientos, beneficios y limitaciones de la cirugía menor realizada de forma autónoma por enfermeras de atención primaria en España.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión de la literatura en cuatro fuentes de datos de ciencias de la salud: PubMed, Scopus, WoS y DIALNET. Se seleccionaron artículos originales, casos clínicos y revisiones publicados entre los años 2000 y 2023. La selección siguió las fases del flujograma PRISMA, y la lectura crítica se evaluó utilizando los cuestionarios del Joanna Briggs Institute.

**Resultados:** De un total de 267 referencias bibliográficas, se seleccionaron 10 artículos. Los procedimientos de cirugía menor más comunes identificados fueron la criocirugía o crioterapia, seguida de la escisión de piel y tejidos. La eficacia de la cirugía menor liderada por enfermería se reflejó en varios beneficios: ahorro económico, reducción de los tiempos de espera, aumento de la satisfacción de los pacientes y mejora en la calidad técnica de los procedimientos. Sin embargo, las principales barreras para su implementación fueron la falta de infraestructuras adecuadas y la carencia de conocimientos y habilidades específicas por parte de las enfermeras de atención primaria.

**Conclusiones:** Aunque la evidencia actual no es suficiente para determinar con absoluta fiabilidad todos los beneficios de la cirugía menor realizada por enfermeras, los resultados sugieren posibles ventajas, como el ahorro económico y la seguridad para los pacientes cuando se realiza en centros de salud. Esta práctica debe considerarse una práctica avanzada que las enfermeras de atención primaria deben fomentar para mejorar el sistema sanitario y ampliar la cartera de servicios.

**Palabras clave:** Procedimiento Quirúrgico Menor, Enfermería de Atención Primaria, Revisión.

### ABSTRACT:

**Objective:** Identify the procedures, benefits, and limitations of minor surgery performed autonomously by primary care nurses in Spain.

**Methodology:** A literature review was conducted using four health science databases: PubMed, Scopus, WoS, and DIALNET. Original articles, case reports, and reviews published between 2000 and 2023 were selected. The selection followed the phases of the PRISMA flow diagram, and critical appraisal was evaluated using the Joanna Briggs Institute questionnaires.

**Results:** Out of a total of 267 bibliographic references, 10 articles were selected. The most common minor surgical procedures identified were cryosurgery or cryotherapy, followed by skin and tissue excision. The effectiveness of nurse-led minor surgery was reflected in several benefits: economic savings, reduced waiting times, increased patient satisfaction, and improved technical quality of procedures. However, the main barriers to its implementation were a lack of adequate infrastructure and a shortage of specific knowledge and skills among primary care nurses.

**Conclusions:** Although current evidence isn't sufficient to definitively determine all the benefits of minor surgery performed by nurses, the results suggest potential advantages, such as economic savings and patient safety when performed in health centers. This practice should be considered an advanced practice that primary care nurses should promote to improve the healthcare system and expand the service portfolio.

**Keywords:** Minor Surgical Procedure, Primary Care Nursing, Review.F

### INTRODUCCIÓN:

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

La cirugía menor (CM) se define como: "el conjunto de procedimientos quirúrgicos reglados, que se llevan a cabo en tejidos superficiales y estructuras de fácil acceso, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas previos coexistentes de riesgo y caracterizándose por ser intervenciones de corta duración. Habitualmente no requieren reanimación postquirúrgica, presentan bajo riesgo para el paciente y una incidencia mínima de complicaciones tras la cirugía" <sup>(1)</sup>.

Históricamente, la CM ha acompañado la evolución de la humanidad, formando parte de la atención a heridas y otras lesiones, ejercida por profesiones precursoras de la enfermería actual<sup>(2)</sup>. En España, la primera autorización legal y marco legislativo de la CM enfermera se recoge en el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, dentro del Reglamento para las Carreras de Practicantes y Matronas<sup>(3)</sup>. Actualmente, esta competencia profesional se encuentra implícita en el artículo 54.3 (Cuidados de enfermería) de los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería<sup>(4)</sup>. Por otro lado, aparece de forma explícita como competencia profesional en varios programas formativos de enfermeras especialistas (Especialidad de Enfermería del Trabajo, Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y Especialidad de Enfermería Pediátrica) <sup>(5-7)</sup>.

En base a ello, la enfermería de atención primaria (AP) puede realizar de forma rutinaria procedimientos como suturas, drenajes, punciones, desbridamientos, extracciones y cuidados postquirúrgicos, entre otros atribuidos a la CM. Sin embargo, los/as facultativos/as médicos mantienen la competencia exclusiva del diagnóstico, la indicación quirúrgica y la obtención del consentimiento, aunque pueden delegar estas actividades en enfermeros/as, conforme al artículo 9.4 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias<sup>(8)</sup>. La mayoría de estos procedimientos son técnicas de cuidados de bajo riesgo, siempre que se cuente con experiencia y capacitación profesional adecuada, lo que fomenta una práctica autónoma, segura y efectiva de la CM bajo la delegación del/la facultativo responsable.

Por otro lado, la CM se considera una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito de AP desde 1995. En el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, se incluye en su Anexo I la competencia de administración de tratamientos parenterales, curas y CM, lo que obliga a las comunidades autónomas a implantar esta actividad<sup>(9)</sup>. En 1997, se inició la CM ambulatoria para mejorar la accesibilidad de los usuarios a la atención de pequeñas lesiones susceptibles de intervención simple. Impulsada por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en 1998, la CM se consolidó como nueva prestación en los centros de salud, con un incremento del 200% en el número de procesos intervenidos durante el primer año, obteniendo una buena aceptación por parte de la población, un alto interés de los profesionales y un bajo índice de complicaciones<sup>(10)</sup>.

En la actualidad, son pocas las provincias españolas que no tienen organizada la prestación de CM en sus centros de salud<sup>(11)</sup>. Sin embargo, solo 11 comunidades autónomas (CC.AA.) tienen instaurados programas de CM en la cartera de servicios de enfermería de AP <sup>(12)</sup>. Las CC.AA. pioneras han sido Andalucía y Extremadura, donde la enfermería desempeña un papel destacado en cirugías ambulatorias, incluidas desde hace años en la cartera de servicios, tanto en AP como en Atención Especializada. En Cantabria, Islas Baleares, Castilla y León, Navarra, Murcia, Aragón y Madrid, la CM se realiza de forma habitual, abordando procedimientos como la eliminación de lunares, uñas encarnadas, quistes sebáceos, abscesos epidérmicos, drenajes y verrugas, entre otros. En Galicia, el Servicio Gallego de Salud (Sergas) incluye la CM en la cartera de servicios de enfermería como una competencia clínica avanzada dentro de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria<sup>(13)</sup>. No obstante, al igual que en el resto de las CC.AA., el proceso de implantación es heterogéneo y no se desarrolla en todos los centros de atención primaria, siendo la CM realizada por enfermeras aún esporádica.

A nivel europeo, España se encuentra en niveles iniciales en comparación con los países anglosajones, que desde hace años han promovido el papel autónomo de la enfermería en intervenciones quirúrgicas locales y en quirófano<sup>(14,15)</sup>. Resulta incomprensible la limitada implantación de la CM en España, especialmente considerando el éxito y los beneficios demostrados en países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, donde la CM ambulatoria liderada por enfermeras tiene una larga tradición y amplia aceptación por parte de la población.

Asimismo, se observa una escasez de literatura científica sobre la CM realizada por la enfermería española (preferentemente en AP), y actualmente no se dispone de suficientes datos sobre su evidencia, seguridad y beneficios para la población comunitaria. Por ello, se llevó a cabo esta revisión con el objetivo de identificar los procedimientos realizados, cuantificar los beneficios, y analizar las posibles barreras o dificultades para la incorporación de la CM en la cartera de servicios de enfermería en AP. Los resultados obtenidos pretenden servir como base para la toma de decisiones estratégicas por parte de gestores y autoridades sanitarias, así como abrir posibles líneas de investigación en esta área de enfermería.

### MÉTODOLÓGIA:

#### Diseño de estudio:

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de tipo narrativo, que se centra en los resultados de artículos relacionados con el objetivo de estudio y busca dar respuesta a la pregunta: ¿Qué procedimientos, beneficios y limitaciones ofrece la cirugía menor, realizada de forma autónoma, por enfermeras de atención primaria en España?

#### Criterios de criterios de inclusión/exclusión:

- **Tipo de problema:** Estudios de investigación cuyo objetivo sea medir la efectividad, identificar limitaciones y/o describir técnicas o procedimientos de CM, realizada de forma autónoma por enfermeras en centros de salud o servicios de AP en España.
- **Tipos de intervenciones:** Estudios que analicen las actividades o la prestación de servicios de CM proporcionados por enfermeras de AP en España.
- **Tipos de resultados:** Estudios que reporten evidencias sobre efectividad, costes, satisfacción y/o barreras/dificultades de la CM realizada por enfermeras de AP en España.
- **Tipos de estudios de investigación:** Estudios empíricos (ensayos clínicos, cuasi-experimentales y observacionales: analíticos, retrospectivos y/o prospectivos, series de casos y casos clínicos), estudios cualitativos (fenomenológicos, grupos focales, acción-participación) o estudios mixtos, publicados como artículos originales, casos clínicos o revisiones.
- **Periodo de búsqueda:** Se seleccionaron registros de los años 2000 a 2023 para obtener una perspectiva amplia y relevante del tema en este siglo, desde la publicación del último estudio nacional realizado por el INSALUD <sup>(10)</sup>.
- **Idioma:** Se seleccionaron estudios escritos en español, inglés o portugués.
- **Términos de búsqueda o descriptores:** Se siguió el formato PICO (Tabla I).

y Web of Science (WoS): colecciones MEDLINE y SciELO Citation Index; así como el repositorio DIALNET. Con el fin de realizar una búsqueda definida y delimitada, se emplearon los descriptores establecidos en la PICO, agrupándolos entre sí mediante los operadores booleanos "AND" y "OR". La estrategia de búsqueda, según el tipo de base de datos, se describe en la Tabla II.

<b>PUBMED</b> (fecha: 30/04/2024)
Search: (((((((nurses, community health[Title/Abstract] OR (nurses, community health[MeSH Terms])) OR (nurses, public health[MeSH Terms])) OR (nurses, public health[Title/Abstract])) OR (nurses[Title/Abstract])) OR (nurses[MeSH Terms])) OR (Nurs*[Title/Abstract])) AND (((minor surgical procedures[Title/Abstract] OR (minor surgical procedures[MeSH Terms])) OR (minor surgical[MeSH Terms])) OR (minor surgical[Title/Abstract])) AND (((((((Efficiency organizational[MeSH Terms] AND (Efficiency organizational[Title/Abstract])) OR (Quality improvement[Title/Abstract])) OR (Quality improvement[MeSH Terms])) OR (Patient Satisfaction[Title/Abstract])) OR (Patient Satisfaction[MeSH Terms])) OR (patient reported outcome measures[MeSH Terms])) OR (patient reported outcome measures[Title/Abstract])) OR (cost benefit analysis[Title/Abstract])) OR (cost benefit analysis[MeSH Terms])) OR (cost effectiveness analysis[MeSH Terms])) OR (cost effectiveness analysis[Title/Abstract])) OR (barriers[Title/Abstract]))
<b>SCOPUS</b> (fecha: 30/04/2024)
( TITLE-ABS-KEY ( nurs* OR primary AND care AND nursing ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( minor AND surgical AND procedures OR minor AND surgical ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( efficiency OR satisfaction OR cost OR benefit OR barriers ) )
<b>WEB OF SCIENCE</b> (fecha: 30/04/2024)
((AB=(nurs* OR primary care nursing )) AND AB=(minor surgical procedures OR minor surgical)) AND AB=(efficiency OR satisfaction OR cost OR benefit OR barriers ))
<b>DIALNET</b> (fecha: 30/04/2024)
Enfermería de Atención Primaria AND Cirugía Menor AND eficiencia OR coste OR beneficio OR barreras OR satisfacción

**Tabla II.** Estrategias de búsqueda. (Elaboración propia).

Formato PICO	DeCS	MeSH
<b>(P) Población</b>	Enfermería de Atención Primaria Enfermería de Salud pública Enfermeras	Primary Care Nursing Nurses, community health Nurses, public health Nurses
<b>(I) Intervención</b>	Cirugía Menor Procedimiento Quirúrgico Menor	Minor Surgical Procedures Minor Surgical
<b>(C) Comparativa</b>	**	**
<b>(O) Resultados</b>	Eficiencia Organizacional Mejoramiento de la Calidad Satisfacción del Paciente Medición de Resultados Informados por el Paciente Análisis Costo Beneficio "Barreras" (texto libre)	Efficiency, organizational Quality improvement Patient Satisfaction Patient reported outcome measures Cost Benefit analysis Cost effectiveness analysis "Barriers" (free text)

**Tabla I.** Descriptores DeCS/MeSH identificados para la búsqueda bibliográfica. (Elaboración propia).

### Fuentes de información y estrategia de búsqueda:

La búsqueda de la información se realizó entre en el mes de abril de 2024. Para llevar a cabo dicha búsqueda bibliográfica, se consultaron las principales bases de datos electrónicas relacionadas con las ciencias de la salud , PubMed, Scopus

### Cribado, elegibilidad e inclusión de estudios:

Para la búsqueda de artículos y referencias, se siguieron los pasos definidos en el Diagrama de Flujo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, Flow Diagram). Las fases fueron las siguientes:

1. Identificación de las referencias bibliográficas según la estrategia de búsqueda aplicada en cada base de datos y eliminación de duplicados. Para ello, se utilizó el gestor bibliográfico Zotero.
2. Primer cribado por título y/o resumen de las referencias identificadas, basándose en los criterios de inclusión previamente establecidos. Este cribado fue realizado de forma independiente por dos revisores, de acuerdo con los criterios de elegibilidad descritos. Se usó el programa Rayyan.
3. Segundo cribado mediante la revisión del texto completo de los estudios preseleccionados en la fase anterior, aplicando nuevamente los criterios de inclusión. Este proceso también fue realizado de forma independiente por dos revisores, siguiendo las fichas de lectura crítica de la Joanna Briggs Institute (JBI Critical Appraisal Checklist)<sup>(16)</sup>, según la metodología de cada estudio.

# TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

## Extracción de datos:

La extracción de datos se realizó de acuerdo con los criterios de inclusión. Los datos extraídos incluyen detalles específicos sobre el tipo de estudio y los resultados observados (tipo de procedimiento, beneficios y limitaciones), con el fin de dar respuesta a nuestra pregunta PICO y a los objetivos de la revisión.

## Síntesis de datos:

Al tratarse de una revisión narrativa de la literatura, los resultados se presentan como una lectura crítica (síntesis discutida), basada en los hallazgos y conclusiones de los estudios evaluados, e incluyendo tablas y figuras que facilitan su presentación.

## RESULTADOS:

La revisión inicial identificó 267 referencias bibliográficas. Tras la eliminación de duplicados y un proceso de cribado exhaustivo, se seleccionaron 10 estudios como elegibles (17-26) (Imagen 1).

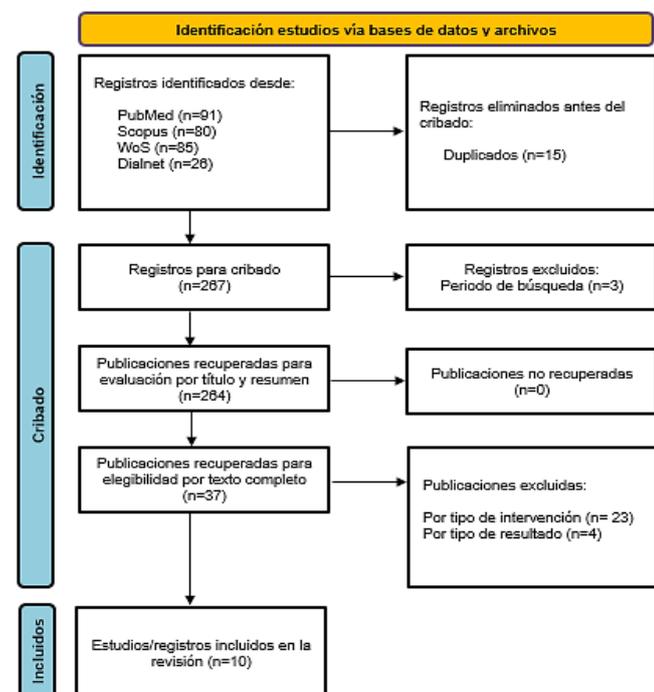


Imagen 1: Flujo PRISMA de la revisión bibliográfica. (Elaboración propia).

En el ANEXO se presenta la extracción de datos de los 10 estudios revisados, considerando las variables relacionadas con la pregunta PICO y el objetivo del estudio. El intervalo temporal de los estudios seleccionados abarca desde el año 2000 hasta el 2019. Todos los artículos fueron publicados en revistas nacionales de diversas disciplinas: el 50 % en revistas de enfermería, y el resto en publicaciones del ámbito de la farmacia, medicina general y salud pública.

De los 10 artículos seleccionados, la mayoría eran estudios observacionales descriptivos (n=6), seguido de tres estudios observacionales descriptivos de análisis económico y un estudio de caso clínico. La evaluación crítica de los estudios revisados, según los Checklist del Joanna Briggs Institute<sup>(16)</sup> se describen en la Tabla III y IV.

JBI Critical Appraisal Checklist	Gómez J, et al. (2000)	Delgado F, et al. (2002)	Oltra E, et al. (2012)	Cueto I, et al. (2014)	Oltra E, et al. (2018)	García D, et al. (2019)
Ítem 1	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Ítem 2	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Ítem 3	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Ítem 4	Si	Si	Si	Si	Si	Parcialmente
Ítem 5	No	No	No	No	Si	Si
Ítem 6	No	Si	No	No	No	No
Ítem 7	Si	Si	Si	Si	No	Si
Ítem 8	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Tabla III. JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. (Elaboración propia).

JBI Critical Appraisal Checklist	Cruzado J, et al. (2003) <sup>2</sup>	Oltra E. (2013) <sup>2</sup>	Oltra E. (2015) <sup>2</sup>	Cid M, et al. (2013) <sup>3</sup>
Ítem 1	Si	Si	Si	Si
Ítem 2	Si	Si	Si	Parcialmente
Ítem 3	No	Parcialmente	Parcialmente	Si
Ítem 4	Si	Si	Si	Si
Ítem 5	Si	Si	Si	Si
Ítem 6	Si	Si	Si	Si
Ítem 7	No	Si	Si	Si
Ítem 8	No	Si	Si	Si
Ítem 9	No	Si	Si	-
Ítem 10	Si	Si	Si	-
Ítem 11	Si	Si	Si	-

Tabla IV. (2): JBI Critical Appraisal Checklist for Economic Evaluations; (3): JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports (Elaboración propia).

## DISCUSIÓN:

Tras la realización del estudio y con el fin de responder al objetivo de esta revisión bibliográfica, se discuten y comparan los resultados estructurados según los hallazgos obtenidos:

### 1) Procedimientos de cirugía menor realizados por enfermeras de atención primaria:

En el estudio de Gómez J, et al.<sup>(17)</sup>, se identificó que los procedimientos de CM más comunes realizados por enfermeras de AP del Área de Salud de Albacete fueron las suturas (96%), drenajes de abscesos (85%), técnicas de punción/drenaje (77,5%), tratamiento de panadizos (74,5%) y uñas encarnadas (64%), seguidos por biopsias mediante curetaje (4%) o punch (2%).

De manera similar, el estudio de Delgado F, et al.<sup>(18)</sup>, que analiza el programa de cirugía ambulatoria en los centros de atención primaria de Sevilla, señala que las técnicas más realizadas por enfermería fueron la escisión tangencial con electrocoagulación o crioterapia, seguida de la escisión fusiforme con sutura.

En el trabajo de Oltra Rodríguez E, et al.<sup>(20)</sup>, se observó que enfermería realizó un 58% de actividad urgente y un 14% de programación en CM, abordando principalmente alteraciones ungueales, drenajes de colecciones purulentas en dedos y escisiones de tumores subcutáneos, entre otros.

Por otro lado, en la investigación de Cueto IC, et al.<sup>(23)</sup>, se revisaron los registros de un programa de CM en un centro

de salud de Gijón. Los resultados mostraron que enfermería realizó, en más del 70% de los casos, las siguientes técnicas: criocirugía (37,5%), escisión superficial (19,9%) y electrocirugía (16%).

Finalmente, el trabajo de García Ávalos D, et al.<sup>(26)</sup>, que examina el programa de CM llevado a cabo por enfermería comunitaria en el centro de salud de San Felipe (Cádiz), identificó como técnicas más frecuentes: infiltraciones (33,5%), electrocirugía (29,6%), criocirugía (17,8%) y escisión de piel y tejidos (15,1%).

En resumen, al combinar los hallazgos de los estudios descritos, se concluye que enfermería desempeña un papel fundamental en los programas de CM, siendo los procedimientos más comunes la criocirugía o crioterapia, seguidos de la escisión de piel y tejidos, y la electrocirugía.

### 2) Eficacia que aporta la cirugía menor llevada a cabo por enfermeras de atención primaria:

A continuación, se presentan los resultados y el análisis de esta revisión, estructurados en función de los beneficios identificados en la cirugía menor (CM) realizada por personal de enfermería en atención primaria (AP):

#### 2.1. Valoración económica:

En el ámbito económico, Gómez J et al.<sup>(17)</sup> entrevistaron a varios enfermeros/as, de los cuales el 69% consideró que la realización de CM de forma ambulatoria disminuiría los costes sanitarios. Este artículo recoge estudios que muestran que la práctica de CM liderada por enfermería en AP es eficiente, logrando mejores resultados a un coste menor que en el ámbito hospitalario.

En el estudio de Oltra Rodríguez E.<sup>(21,27)</sup>, se analizaron los costes directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos, demostrando que los procedimientos en AP son 3,3 veces más económicos (172,51 € frente a 587,89 € en hospitales), lo que representa un ahorro del 70,6%.

De forma similar, Cruzado J et al.<sup>(19)</sup> explicaron que la mayor cantidad de personal, tiempo y gasto administrativo en hospitales hace que los procedimientos sean más costosos en comparación con la CM en AP. Por su parte, Thomas KS et al.<sup>(28)</sup> evaluaron la rentabilidad de la crioterapia dirigida por enfermería, observando que era más económica (1,95 libras) que cuando la realizaban facultativos (2,2–7 libras).

Otro estudio de Oltra Rodríguez E.<sup>(25)</sup> indicó que la CM realizada en AP por enfermería era más económica, con costes dos veces menores que en hospitales (435 €). Además, los costes directos no sanitarios por paciente en AP se reducían a la mitad (24 €). Este estudio concluyó que los procedimientos realizados en hospitales, dependiendo de los/as profesionales, son tres veces más costosos que en AP. García Ávalos D. et al.<sup>(26)</sup> también destacaron que el gasto total en AP fue de 60.544,12 €, frente a 254.363,53 € en hospitales, lo que supone un 320% más.

En conclusión, la CM realizada en centros de salud es una opción eficiente y económica, ya que requiere un presupuesto

significativamente menor que su equivalente en hospitales.

#### 2.2. Valoración de la satisfacción de los/as pacientes:

En el estudio de Oltra Rodríguez E.<sup>(20)</sup>, el 98% de los/as pacientes se declararon “satisfechos/as” o “muy satisfechos/as” con la CM realizada por enfermería en AP. Este porcentaje fue ligeramente superior al registrado para médicos en AP (98,55%) y considerablemente mayor al observado en hospitales (89,48%).

Cinco años después, Oltra Rodríguez E. et al.<sup>(25)</sup> corroboraron estos resultados, destacando una alta satisfacción relacionada con la sensación de seguridad y la calidad de la atención brindada por enfermería. Asimismo, Cid González M. et al.<sup>(24)</sup> señalaron la satisfacción de los/as pacientes con las técnicas de CM realizadas en AP, incluso en casos excepcionales en domicilios.

#### 2.3. Valoración de la reducción de los tiempos de espera:

En cuanto a la reducción de los tiempos de espera, Gómez J et al.<sup>(17)</sup> evidenciaron que el 65% de los/as enfermeros/as encuestados coincidieron en que la realización de CM en centros de salud reduciría las listas de espera y las estancias hospitalarias en un 5%-15%.

Delgado Faraldo F. et al.<sup>(18)</sup> destacaron que el aumento de la demanda de los programas de CM realizados por enfermería en AP dio lugar a un funcionamiento eficiente, mejorando la satisfacción de los/as pacientes y favoreciendo una retroalimentación positiva del sistema.

#### 2.4. Valoración de la calidad de la técnica:

En relación con la calidad técnica, Oltra Rodríguez E.<sup>(21,27)</sup> observó que las intervenciones realizadas por facultativos en hospitales alcanzaban un 88,32% de calidad debido a la infraestructura y materiales disponibles. Sin embargo, en AP, las intervenciones realizadas por enfermería lograron un 62,96%, frente al 48,64% cuando eran realizadas por médicos. Este diferencial se atribuyó a la calidad de la información y el trato proporcionado por el personal de enfermería.

### 3) Barreras y/o dificultades para la implementación de la cirugía menor en atención primaria:

En el estudio de Gómez J, et al.<sup>(17)</sup>, se identificaron las principales causas que dificultan la realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios por parte del personal de enfermería. En orden de importancia, se destaca la deficiencia de infraestructura adecuada, seguida de la falta de formación profesional, lo que conlleva una carencia de conocimientos y habilidades, además de la escasez de tiempo para garantizar técnicas quirúrgicas de calidad para los/as pacientes.

En la actualidad, estas limitaciones persisten, lo que subraya la necesidad de que las administraciones sanitarias respalden e impulsen la cartera de servicios de enfermería en Atención Primaria. Esto incluye promover la realización de técnicas de CM de forma autónoma, especialmente en las especialidades

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

de enfermería que cuentan con competencias en esta área. Como menciona Cid González M, et al.<sup>(22)</sup>: "Con los medios adecuados, seleccionando bien a los pacientes, respetando nuestros límites de conocimiento y solicitando ayuda cuando sea necesario, la cirugía menor en Atención Primaria puede incluso llevarse a cabo a domicilio".

### Limitaciones del estudio:

Por nuestra parte, esta revisión intentó abarcar la mayor parte de la literatura existente, recurriendo a las bases de datos más relevantes en ciencias de la salud. Sin embargo, es posible que exista un sesgo de información al no haberse incluido otras fuentes documentales específicas como CINAHL o CUIDEN, que suelen indexar revistas españolas y podrían aportar información adicional. Tampoco se consideraron trabajos académicos por ser catalogados como literatura gris, lo que los excluyó de los criterios de elegibilidad. A pesar de ello, estimamos que los datos incluidos en este trabajo representan aproximadamente el 95% de lo publicado sobre el tema.

### Conclusiones:

A través de esta revisión, se han identificado numerosos procedimientos de CM que las enfermeras de Atención Primaria realizan de manera habitual y autónoma. Estos procedimientos destacan por ser clínicamente costo-efectivos desde una perspectiva cualitativa, con un ahorro económico evidente al realizarse en centros de salud en lugar del ámbito hospitalario. Además, los pacientes manifiestan altos niveles de satisfacción y seguridad con la CM realizada por enfermería en AP, valorando positivamente la reducción de tiempos de espera, la comodidad de no requerir desplazamientos innecesarios y la confianza en el profesional. Sin embargo, persisten diversos factores que limitan la expansión de la CM liderada por enfermería en los centros de salud. Entre ellos, destacan la falta de proactividad por parte del personal de enfermería para buscar soluciones y alternativas, lo que, combinado con un déficit de motivación profesional, puede derivar en una actitud acomodada que restringe las intervenciones y actividades que la enfermería podría desarrollar.

Por ello, se propone invertir en la formación de enfermeros/as para potenciar su capacidad de llevar a cabo más intervenciones de CM en AP. Además, sería fundamental mantener adecuadamente las instalaciones, dotar de material e instrumental necesario, y fomentar una mejor comunicación y coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada. Esto contribuiría a reducir las listas de espera y mejorar la eficiencia del sistema sanitario.

Por último, se observó que la calidad metodológica de los artículos incluidos en esta revisión no era suficiente para medir la eficacia de la cirugía menor (CM). Por lo tanto, los resultados de este trabajo deben aplicarse con precaución, ya que es necesario realizar estudios con una metodología más rigurosa para evidenciar de manera más fiable y precisa los beneficios de la práctica de CM por parte de las enfermeras de atención primaria.

### CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los/as autores/as indican que no tienen conflictos de interés.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Delgado Díaz A, Camacho Anguiano AM. Cirugía menor para Enfermería: Un enfoque práctico. Almería: Círculo Rojo; 2019.
2. Rodríguez FH. Un capítulo de la Enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX. *Cultura Cuid*. 2021; (7-8): 18-26. DOI: 10.14198/cuid.2000.7-8.03.
3. Peyrolón Jiménez J. Marco Legal de la enfermería en cirugía menor. *Rev Enferm Tú Cuidas* [online]; 2010 [Acceso 23/04/2024]. Disponible en: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/552>.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 269, (9 de noviembre de 2001).
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 129, (28 de mayo de 2009).
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. 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 (BOE)*, nº 157, (29 de junio de 2010).
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 157, (29 de junio de 2010).
8. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 280, (22 de noviembre 2003).
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 35, (10 de febrero de 1995).
10. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Memoria de 1998. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa; 1999. p.177.
11. Enfermeriatv.es [Página Web]: Madrid: Sindicato de Enfermería (SATSE); 2023. [publicado el 21 octubre 2019; acceso 23 abril 2023]. Rodríguez D. Cirugía menor, una competencia enfermera. Disponible en: <https://enfermeriatv.es/es/cirugia-menor-una-competencia-enfermera/>.
12. Redaccionmedica.com [Página Web]: Madrid: Sanitaria 2000; 2023. [publicado el 25 mayo de 2019; acceso 23

- abril 2023]. Lázaro A. La Enfermería ya hace cirugía menor en España en al menos 11 CCAA. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-enfermeria-ya-hace-cirurgia-menor-en-espana-en-al-menos-11-ccaa-3981>.
13. Calvo Pérez AI, Fernández Segade J, Cimadevila Álvarez MB, Alonso Fachado A, (Coordinadores/as). Carteira de servizos de Enfermería de Atención Primaria no Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela: Gerencia del Servizo Galego de Saúde; 2019.
  14. Dunlop N. Advancing the role of minor surgery for nurses. *BJN*. 2013; 19(11). doi: 10.12968/bjon.2010.19.11.48387.
  15. Grota T, Betihavas V, Burston A, Jacob E. Impact of nurse-surgeons on patient-centred outcomes: A systematic review. *InterJ Nurs Stud Adv*; 2022; (4): 100086. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2022.100086.
  16. jbi.global [Sede web]: Adelaide (Australia): Faculty of Health and Medical Sciences The University of Adelaide; 2024. (access 2024 Apr 24) JBI Critical Appraisal Checklist. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
  17. Gómez Sáez J, Olivas Molina M, Ruiz Martínez T, Moraga Lara B, Piñero Sánchez A, Urbano Nohales C. Papel enfermero en la cirugía menor en Atención Primaria de Salud. *Metas de Enfermería*. 2000; 3(22): 27-33.
  18. Delgado Faraldo F, Carretero Ibáñez ML, Benítez Fernández MT, Rivera Sequeiros A, Pérez Rodríguez A, Delgado Carretero F. Descripción de un año de experiencia en cirugía menor por enfermeros de atención primaria: técnicas y resultados. *Hygia*. 2002; (52): 43-49.
  19. Cruzado Quevedo J, Hernández Soler J, Alcántara Muñoz P, López Román FJ, Contreras García C, Sánchez Quiles C. Los costes de un programa de cirugía menor durante un año en un centro de Atención Primaria de Salud. *MEDIFAM*. 2003; 13(4): 41-48.
  20. 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. *Heridas y Cicatrización*. 2012; 3(9): 26-9.
  21. 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; 2013.
  22. Cid González M, Muñoz Martínez I, Alcón Jiménez C, Coserria Sánchez L. Cirugía menor a domicilio: es posible. *Hygia Enferm*. 2013; (82): 44-8.
  23. Cueto Puente IC, 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*. 2014; 2(1): 5-11.
  24. Oltra-Rodríguez E. Análisis coste-consecuencia de la cirugía menor programada según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza. *Ges y Eval Cost Sanit*. 2015;(16):141-53.
  25. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Calidad percibida por usuarios de cirugía menor según nivel asistencial y profesionales que la realizan. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; (92): e201804015.
  26. García Ávalos D, Pérez Milena A. Cambios del programa "cirugía menor" en un centro de salud tras 10 años. Diferencias en las técnicas, diagnósticos, cobertura y eficiencia en el proceso. *Actual Med*. 2019; 104: (808): 164-169. doi: 10.15568/am.2019.808.or03.
  27. 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. *Economía y Salud: boletín informativo*. 2014; 79:18-19.
  28. Thomas KS, Keogh-Brown MR, Chalmers JR, Fordham RJ, Holland RC, Armstrong SJ, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of salicylic acid and cryotherapy for cutaneous warts. An economic decision model. *Health Technol Assess*. 2006 Aug;10(25):iii,ix-87. doi: 10.3310/hta10250.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

### ANEXO: Características de los estudios revisados.

Autor / Año	Tipo de estudio	Procedimientos	Beneficios	Limitaciones
<b>Gómez Sáez J, et al.</b> (2000)	Observacional, descriptivo y transversal.	77% de enfermeras realizan habitualmente CM. Técnicas habituales: Suturas, abscesos, punción-drenaje, panadizo y uña encarnada.	65% de la enfermería opina que la CM en AP podría disminuir la lista de espera. El 69% de las enfermeras cree que la CM en AP ahorraría costes sanitarios.	Demanda excesiva, pasividad, nulos reconocimientos, honorarios y falta de inquietud profesional y de unificación de criterios en los registros de enfermería.
<b>Delgado Faraldo F, et al.</b> (2002)	Observacional, descriptivo y transversal.	1541 procesos. Patología cutánea: Dermatofibromas, verrugas, quistes y papilomas. Técnicas más empleadas: escisión, crioterapia y electrocauterización.	0,06% de complicaciones derivadas de la CM. Tiempo de espera de 2 semanas. 2,4 revisiones por proceso. Papel de enfermería relevante a nivel educativo, preventivo e informativo para la población.	No se indican.
<b>Cruzado Quevedo J, et al.</b> (2003)	Observacional, descriptivo y de evaluación de costes.	Práctica de criocirugía.	Se estimó que la práctica de criocirugía por enfermería tenía un coste total anual de 3.545,11€; el coste medio por lesión tratada con criocirugía fue de 10,55€; y el coste medio por paciente fue de 13,28€. El coste medio por paciente, en relación a otros procedimientos de CM, se estimó en 46,13€. Los programas de CM en AP muestran un bajo coste.	No se indican.
<b>Oltra Rodríguez E, et al.</b> (2012)	Observacional, descriptivo y transversal.	Técnica: no se especifica. Patologías cutáneas: Alteraciones ungueales, infecciones de dedos, colecciones purulentas, tumores cutáneos benignos, lesiones dérmicas de origen vírico, tumores subcutáneos benignos, entre otros.	Las enfermeras realizaron 58% de episodios urgentes y 14% de episodios programados.	No se indican.
<b>Oltra Rodríguez E.</b> (2013)	Técnicas mixtas: observacional-descriptivo, evaluación de costes y cualitativo-fenomenológico.	Las intervenciones de CM realizadas por enfermeras fueron: 62% programadas y 87% urgentes, frente a los médicos: 38% programadas y 13% urgentes.	Los/as usuarios/as se declaran como "satisfechos/as o muy satisfechos/as" en: un 98% si es la enfermera de AP quien realizó la intervención, un 98,55% si es el médico en AP, y un 89,48% cuando la intervención la realiza un médico en el hospital. Los costes totales (costes directos sanitarios y no sanitarios, más costes indirectos) en AP fueron de 172,51€ cada proceso completo (independientemente del profesional). Supone 3,3 veces menos que en el hospital (587,89€), y un ahorro económico estimado del 70,6%. La potencialización de la enfermera especialista de familiar y comunitaria y/o la enfermera de práctica avanzada son modelos adecuados para un desarrollo efectivo de la CM en AP por enfermería costo-efectivo.	No se indican.
<b>Cid González M, et al.</b> (2013)	Caso clínico	Realizar una a tenotomía de dedos afectados en domicilio, tras haber fracasado las medidas conservadoras.	CM es realizada por enfermero y médico en un caso excepcional, por imposibilidad de traslado del paciente, para evitar postura viciosa que originó una lesión por presión en mano. La CM dentro de la cartera de servicios de enfermería en Atención Primaria está en auge. Hay una buena aceptación por parte de los usuarios de la Sanidad Pública.	No se indican
<b>Cueto Puente IC, et al.</b> (2014)	Observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo.	Las patologías más frecuentes fueron: verruga vulgar, fibroma blando, queratosis seborreica, uña encarnada, verrugas plantares, quiste epidérmico, nevus melanocítico, heridas cutáneas, abscesos y queratosis actínica. Las técnicas más empleadas fueron: criocirugía, escisión superficial y electrocirugía.	El 81,7% de las intervenciones de CM programadas fueron realizadas por enfermeras.	No se indican.

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

<p><b>Oltra Rodríguez E.</b> (2015)</p>	<p>Observacional, descriptivo y de evaluación de costes.</p>	<p>No se indican.</p>	<p>Los costes del proceso completo de CM varían entre 173€, si lo realiza la enfermera en Atención Primaria; y 587,9€, el médico en el hospital. Los/as usuarios/as están altamente satisfechos/as, más cuando la CM se realiza en AP (98% con la enfermera). La calidad técnica es adecuada en el 62,9% de las enfermeras de AP, sin que ello suponga, en ningún caso, riesgos considerables para la seguridad del/la paciente. El coste del proceso en el nivel hospitalario (435€) resultó más de dos veces superior al coste del proceso en AP (siendo ligeramente inferior cuando interviene la enfermera).</p>	<p>No se indican.</p>
<p><b>Oltra Rodríguez E, et al.</b> (2018)</p>	<p>Observacional, descriptivo y transversal.</p>	<p>No se indican.</p>	<p>Tiempo de demora de 2,5, sin diferencias significativas con los médicos de AP. Satisfacción "buena/muy buena" (96,6%), sin diferencias significativas por el tipo de profesional. La seguridad percibida durante todo el proceso, incluida la intervención, fue "seguros o muy seguros" en el 98,6% de los/as usuarios/as, independientemente del tipo de profesional. La confianza del/la usuario/a en el/la profesional de enfermería de AP fue del 100%, frente al 97,1% de los médicos de AP y 97,6% de los médicos del hospital.</p>	<p>No se indican.</p>
<p><b>García Ávalos D, et al.</b> (2019)</p>	<p>Observacional, descriptivo y transversal.</p>	<p>Intervenciones en lesiones dermatológicas, tumores cutáneos y tumores subcutáneos. Procedimientos de escisión de piel y tejido subcutáneo, criocirugía y electrocirugía..</p>	<p>11,7% del total de intervenciones. 98% respuestas "bueno/muy bueno" de calidad percibida por los/as usuarios/as. 62,97% adecuada calidad técnica. 2,35 días de media de tiempos de espera. Coste total del proceso: 176€.</p>	<p>No se indican.</p>