

ORIGINAL

Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano

Alejandro Pérez-Milena¹, Molina-Hurtado²
Leiva-Alarcón³, Barquero-Padilla R⁴,
Darwish-Mateos S⁵, Rodríguez-Castilla F⁵

¹Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

²Médico de Familia. Centro de Salud Castro del Río (Córdoba). Servicio Andaluz de Salud

³Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real (Jaén). Servicio Andaluz de Salud

⁴Médico de Familia. Centro de Salud Belén. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

⁵Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. Servicio Andaluz de Salud

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

Correo electrónico:

alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Twitter: @alejandro_pemi

Recibido el 24-05-2023; aceptado para publicación el 27-06-2023.

Med fam Andal. 2023; 24-33

PALABRAS CLAVE

Procedimientos Quirúrgicos Menores, Tutoría, Atención Primaria de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Cobertura de los Servicios de Salud.

RESUMEN

Título: Valoración de un programa de mentoring para la mejora del programa de cirugía menor de un centro de salud urbano.

Objetivo: Conocer las mejoras en calidad y cobertura del programa de Cirugía Menor mediante un programa de formación de tipo mentoring.

Diseño: Estudio descriptivo transversal (años 2010 a 2016).

Emplazamiento: Centro de salud urbano.

Población y muestra: Se incluyen todos los pacientes ≥ 14 años que han sido objeto de un procedimiento quirúrgico incluido en la cartera de servicios de cirugía menor y se excluyen aquellos sin registros (o ilegibles).

Intervenciones: Se instauró un programa de mentoring con dos profesionales expertos responsables que forman y supervisan directamente al resto del personal sanitario en los procedimientos quirúrgicos realizados. Se recogen los datos mediante auditoría de historias y registros clínicos entre los años 2010 a 2016, valorando calidad (consentimiento informado y envío de muestra a anatomía patológica) y cobertura anual. Análisis descriptivo y multivariante. Autorización del comité de ética.

Resultados: Se valoran 949 procedimientos quirúrgicos (78% mentoring), sobre todo infiltraciones (30%), uso del electrobisturí (26%) y extirpación de tumores benignos (13%). Participaron 37 médicos residentes (en 68% actos), 12 médicos senior (21%) y 3 enfermeros (5%). La cobertura poblacional se duplica (0,6% a 1,3%, $p < 0,01$ χ^2) con mejor calidad del consentimiento informado (99,6% vs 92,9%, $p < 0,001$ χ^2) y del envío de muestras (93% vs 76%, $p < 0,001$ test χ^2). La calidad global es mejor cuando se realiza dentro del programa formativo (OR [1,77; 3,00]) y en extirpación de tumores benignos (OR [1,32; 1,66]).

Conclusiones: El programa de mentoring implica a un elevado número de profesionales de distintas categorías mejorando la cobertura poblacional y la calidad de la Cirugía Menor.

KEYWORDS

Minor Surgical Procedures, Mentoring, Primary Health Care, Quality of Health Care, Health Services Coverage

SUMMARY

Title: Evaluation of a mentoring program for the improvement of the minor surgery program of an urban health center.

Objective: To know the improvements in quality and service coverage of the Minor Surgery program through a mentoring-type training program.

Design: Cross-sectional descriptive study from 2010 to 2016.

Setting: Urban Primary Care Center.

Population and simple: Patients ≥ 14 years of age with a surgical procedure corresponding to the Minor Surgery program were included. Patients without surgical procedures medical record or illegible written documents were excluded.

Interventions: A mentoring program was established with two responsible expert professionals who directly train and supervise the rest of the healthcare professionals in the surgical procedures performed. Data are collected by auditing medical records between the years 2010 and 2016, assessing quality (informed consent and sample submission to pathology) and annual coverage. Descriptive and multivariate analysis. Authorization of the ethics committee.

Results: 949 surgical procedures were evaluated (78% by mentoring). Most frequent were infiltrations (30%), use of electrocautery (26%) and removal of benign tumors (13%). 37 in-training doctors (in 68% acts), 12 senior family doctors (21%) and 3 nurses (5%) participated. Population coverage doubles (0.6% to 1.3%, $p < 0.01$ χ^2) with better quality of informed consent (99.6% vs 92.9%, $p < 0.001$ χ^2) and anatomical sample delivery (93% vs 76%, $p < 0.001$ χ^2 test). The overall quality is better when it is carried out within the training program (OR [1.77;3.00]) and in the benign tumors excision (OR [1.32;1.66]).

Conclusions: The mentoring program involves a large number of professionals from different categories, improving population coverage and the quality of Minor Surgery.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Menor es una prestación sanitaria contemplada como una actividad propia del Sistema Nacional de Salud español desde 1995, formando parte de la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003 (RD 1277/2003), con una normativa actualizada en el año 2006 (RD 1030/2006). Comprende aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, sencillas y de corta duración, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requiere reanimación postoperatoria, ni presentará ningún tipo de complicación postquirúrgica importante (1). La oferta de este tipo intervenciones mejora la accesibilidad, tiene buena aceptación por parte de la población y presenta adecuados criterios de calidad (2) (3) (4). Al mismo tiempo que aporta mayor comodidad al paciente, disminuye la presión asistencial y listas de espera en otros ámbitos de atención con una significativa disminución de costes para el sistema sanitario (5).

La actividad quirúrgica en Atención Primaria logra recuperar una práctica habitual del antiguo médico de cabecera de nuestro país, perdida durante décadas por el abandono formativo y la burocratización de la Medicina General Española, además de ampliar el perfil profesional de los médicos/as de familia y las posibilidades de actuación. No obstante, su puesta en marcha requiere tanto una reorganización de la atención y los espacios de un centro de salud como el aprendizaje de determinadas habilidades prácticas imprescindibles para su desarrollo (6,7). En este campo de actuación, la adquisición de competencias clínicas es tan importante como la el asesoramiento individualizado y la experiencia individual (8).

El desarrollo e implantación del programa

de Cirugía Menor ha sido dispar en los diferentes centros de salud (8). En primer lugar, no todos los centros disponen de consulta y material específicos para las intervenciones quirúrgicas, sobre todo en consultorios rurales. Por otra parte, en muchos casos la organización ha creado una tendencia a que un solo profesional se haga responsable de las intervenciones de toda la población (9). Esta dispensarización puede dificultar la organización del trabajo en cada cupo, incrementar la demora y propiciar una menor confianza del paciente. Además, el profesional sanitario que no realiza ningún acto quirúrgico ve limitada progresivamente su capacidad resolutoria y se reducen sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas (9).

Por otra parte, la realización de la Cirugía Menor por todos los profesionales sanitarios de un centro de salud está limitada por la motivación para la participación en este programa, dado que habitualmente no es un objetivo que cuente para el centro, y por la capacidad técnica para afrontar esta atención sanitaria. En este programa es preciso el desarrollo práctico de habilidades que permitan al profesional sanitario afrontar con garantía de éxito los procedimientos de la Cirugía Menor (6–8). Para ello es preciso contar con un proceso de enseñanza-aprendizaje, activo y permanente destinado a actualizar y mejorarla capacitación de un grupo de profesionales que trabajan en equipo, haciendo frente a las nuevas necesidades en salud de la población y a los intereses y aspiraciones de cada profesional concreto para lograr su desarrollo personal (10).

Entre las distintas técnicas de aprendizaje para adultos, el mentoring ocupa un lugar destacado en la educación para adultos. Se trata de un aprendizaje entre iguales, destinado a implementar las habilidades ante la realización de actos habituales de Cirugía Menor (6,10). La técnica del mentoring está basada en la oferta realizada por un experto en la materia, quien estimula nuevas for-

mas de actuar, sirve como ejemplo al resto de compañeros y asesora sobre problemas difíciles (11). Usualmente dicha técnica implica una relación profesional continua, en contraposición a otras técnicas como el coaching, que se centra en temas o eventos de rendimiento específicos, en su mayoría a corto plazo y dirigidos por entrenadores ajenos a la organización (12).

Desde el año 2009 se lleva a cabo en el Centro de Salud El Valle (Jaén, Servicio Andaluz de Salud) un programa de tutorización basado en el mentoring para el aprendizaje de las técnicas de Cirugía Menor. El presente trabajo se diseñó para conocer los resultados en calidad y cobertura poblacional de esta intervención formativa en un centro de salud durante un periodo de 7 años, así como el tipo de intervenciones realizadas y el perfil de los profesionales participantes.

SUJETOS Y MÉTODO

Diseño, población y muestreo

Se diseña un estudio descriptivo transversal mediante auditoría de historias de salud digital y registros clínicos en papel de Cirugía Menor de un Centro de Salud entre los años 2010 a 2016. La población diana pertenece a un barrio de Jaén capital, con características urbanas y con un 40% de la población perteneciente a zonas necesitadas de transformación social. La población de estudio son todos los pacientes con 14 o más años de edad que fueron sometidos a una intervención propia de la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (13), desde el año 2010 hasta el año 2016. El listado de pacientes se ha obtenido del registro en papel del programa de Cirugía Menor. Se excluyeron aquellas personas sin registro en su historia de salud acerca del procedimiento realizado o que los datos del listado en papel fueran ilegibles.

Se ha calculado un tamaño de muestra mí-

nimo de 42 pacientes por año (nivel de confianza 95%, una precisión 3% y cobertura poblacional del 1%). Estimando un 5% de pérdidas, se han requerido al menos 441 pacientes para asegurar la validez externa. Se decide el estudio de todas las personas que han participado en el programa de Cirugía Menor.

Características del programa de mentoring

La tutorización de la Cirugía Menor se realizó por medio de dos médicos de familia, que lideraron esta actividad por su mayor competencia y experiencia. El resto del personal sanitario (médicos/as de familia, especialistas internos en formación y personal de enfermería) participaron como tutorizados (o “mentee”). Los pacientes eran captados en consulta a demanda por parte de cualquier profesional y posteriormente valorados conjuntamente junto al médico tutor para estimar la pertinencia y programar la intervención. Durante la intervención, el profesional tutorizado realizaba gran parte de la intervención bajo supervisión del tutor, quien transmitía tanto conocimientos teóricos como habilidades. Se creó una agenda específica para la Cirugía Menor tutorizada, aunque se facilitó la realización en otros horarios para mejorar la accesibilidad.

VARIABLES Y RECOGIDA DE DATOS

Se realizó una recogida de datos del registro en papel del programa de Cirugía Menor, que contenía los datos de cada intervención y los consentimientos informados, mientras que los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya y de los informes de anatomía patológica. Las variables principales son la cobertura poblacional y la calidad del acto de Cirugía Menor. La cobertura se obtiene de forma anual calculando el número total de intervenciones realizadas en el año x 100 dividido entre la población estimada. El objetivo ideal de cobertura se sitúa en el 1,5% (13). La calidad

de la Cirugía Menor se basa en los dos siguientes ítems:

1. Existencia de un consentimiento informado (CI) debidamente cumplimentado y firmado tanto por el paciente como por los profesionales. Se calcula de forma anual como $[\text{n}^\circ \text{ de consentimientos informados} / \text{n}^\circ \text{ total de cirugías}] \times 100$. Para valorar la idoneidad del CI se revisó el registro de los datos identificativos de médico/a y paciente (nombre completo, clave numérica personal o número de colegiado del médico, documento nacional de identidad o número de usuario de la seguridad social del paciente, firma), el tipo de intervención realizada, las contraindicaciones a la misma, la necesidad de firma de un representante legal del paciente y la fecha de la intervención.
2. Envío de la muestra obtenida, cuando proceda, al servicio de anatomía patológica para su procesado y diagnóstico. Se calcula de forma anual como $[\text{n}^\circ \text{ de muestras enviadas a anatomía patológica} / (\text{n}^\circ \text{ total de cirugías} - \text{n}^\circ \text{ de intervenciones donde no procede la recogida de muestras})] \times 100$.

Se recogieron otras variables como la realización del acto quirúrgico dentro del programa de mentoring o no, la categoría del profesional tutorizado (médico/a de familia, médico/a interno residente, enfermero/a), el tipo de intervención quirúrgica y el año y mes de su realización.

Análisis de datos

Se comprobó la normalidad de los datos y su homocedasticidad, utilizando el programa SPSS v21 para su análisis. Se realizó primero un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y posteriormente un análisis bivalente en función de si el acto quirúrgico se hizo dentro del programa de mentoring o no. Por último, se hizo un análisis multivariante

mediante regresión logística empleando la calidad de la cirugía menor como variable dependiente (variable que suma la existencia de registro en la historia clínica, existencia de consentimiento informado y envío de muestra a anatomía patológica) y el resto de variables como variables independientes, entre ellas la tutorización en el programa de mentoring.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue autorizado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén (según normativa del RD 223/04), siguiendo la normativa del informe Belmont y los principios de la Declaración de Helsinki de la AMM (Brasil, octubre 2013) y la normativa legal respecto a la autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) y la protección de sus datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). El acceso a los registros médicos fue realizado por médicos con actividad clínica en el propio centro, identificándose con usuario y contraseña individuales. Los datos recogidos se procesaron de forma anónima, de forma que los resultados finales no pueden relacionarse con los datos clínico-asistenciales de cada paciente concreto.

RESULTADOS

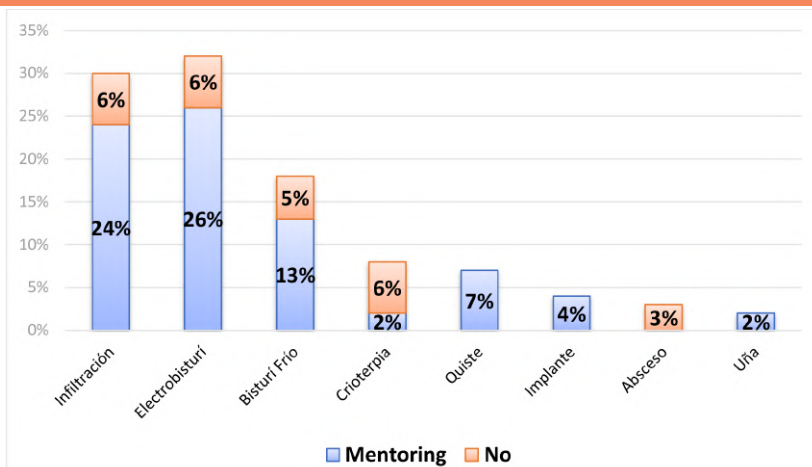
Caracterización de las intervenciones de

Cirugía Menor

Se han realizado un total de 949 actos quirúrgicos durante los siete años de estudio del programa de Cirugía Menor, 56% en mujeres y 48% en hombres, siendo tutorizados el 78% de los mismos. Participaron un total de 37 médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, actuando en un 68% de los procedimientos quirúrgicos. Por parte de los profesionales senior, participaron 12 médicos de familia en un 21% de las intervenciones y un total de 3 enfermeros en un 5% de las actuaciones (diferencias significativas con $p < 0,001$ test χ^2).

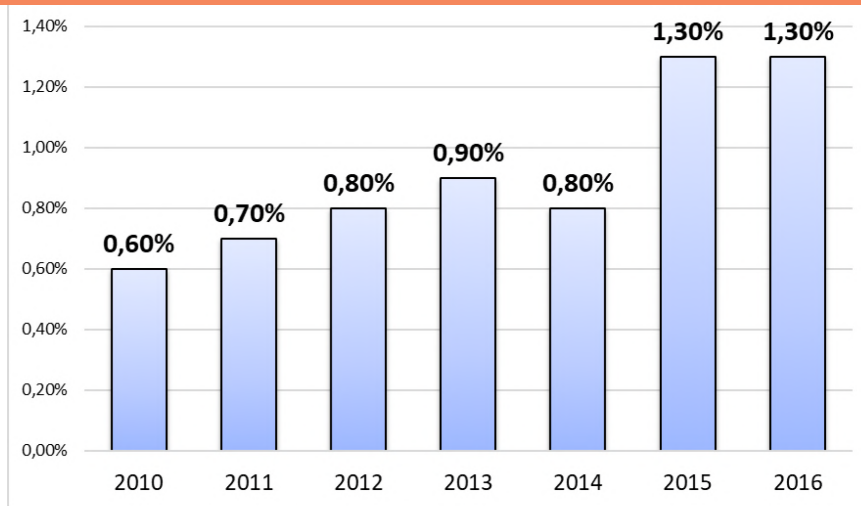
Los procedimientos quirúrgicos más realizados fueron las infiltraciones periarticulares e intraarticulares (30%), seguido por la extirpación de tumores benignos mediante el uso del electrobisturí (26%) o del bisturí frío (13%). En menor porcentaje se hizo uso de la crioterapia con Histofreezer© (8%), se procedió a la extirpación de quistes sebáceos y lipomas (7%), se insertaron/retiraron implantes anticonceptivos subcutáneos (4%), se drenaron abscesos (3%) y se realizaron intervenciones sobre patología ungueal (2%). La extirpación de tumores benignos, con cualquier técnica, y las infiltraciones fueron las intervenciones más realizadas en el programa de mentoring (figura 1, $p < 0,001$ test χ^2).

Figura 1. Tipos de intervenciones realizadas en Cirugía Menor según la realización o no de la formación tipo mentoring



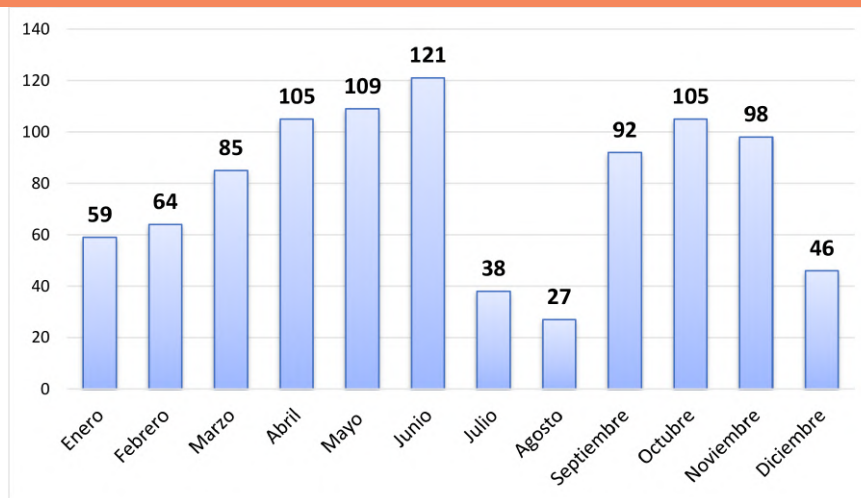
Diferencias significativas con $p < 0,01$ χ^2

Figura 2. Cobertura del programa de Cirugía Menor en función del año de estudio



Diferencias significativas con $p < 0,001 \chi^2$

Figura 3. Número total de actos quirúrgicos por mes.



Diferencias significativas con $p < 0,01 \chi^2$

Figura 4. Número total de actos quirúrgicos por mes.

Variable	Beta	OR	IC al 95%	Ji2 Wald	P
Independiente	0,340			0,332	0,564
Programa de mentoring	0,868	2,381	(1,77; 3,00)	7,617	0,006
Médico	18,334	0,997	(0,93; 1,07)	0,005	0,945
Enfermero	-0,074	0,928	(0,91; 3,03)	0,004	0,947
Tipo de intervención (1)	0,399	1,490	(1,32; 1,66)	21,985	0,000

La variable dependiente es la existencia de un adecuado consentimiento informado más el envío de muestra a anatomía patológica. (1) Extirpación tumores benignos frente al resto de intervenciones.

Cobertura y calidad de la Cirugía Menor

La cobertura media es del 0,91% con una tendencia creciente del número total de actos quirúrgicos realizados cada año desde el inicio del programa de mentoring. Se contaron 95 intervenciones en el año 2010, 106 en 2011, 114 en 2012, 126 en 2013, 117 en 2014, 198 en 2015 y 193 en 2016. Este incremento hace que la cobertura pase de un 0,6% en 2010 a un 1,3% en 2016 (figura 2, $p < 0,01$ χ^2). Se aprecia una clara estacionalidad de la realización de la Cirugía Menor, disminuyendo las intervenciones en los meses de verano (julio y agosto) y en los meses más fríos (diciembre a febrero) y con un mayor número en los meses de abril a junio y octubre (figura 3).

Respecto a la calidad, el consentimiento informado se cumplimentó adecuadamente en el 97% de las intervenciones, siendo superior en las operaciones realizadas en el programa de mentoring (99,6%) frente a los actos que se hicieron fuera de este programa formativo (92,9%, $p < 0,001$ test χ^2). En cuanto al envío de muestras al laboratorio de anatomía patológica, se remitieron para estudio en el 87% de las operaciones realizadas donde se obtuvo material tisular. De igual forma, en las intervenciones realizadas en el programa de mentoring se envió un mayor porcentaje de muestras que en las operaciones sin tutorización (93% vs 76%, $p < 0,001$ test χ^2).

Factores relacionados con la calidad de la Cirugía Menor

La relación entre la calidad del procedimiento quirúrgico realizado (entendida como el registro de un consentimiento informado por escrito con firma del paciente más el correcto envío de muestra al servicio de anatomía patológica para su valoración) con el resto de variables estudiadas se valo-

ró mediante un análisis multivariante (tabla 1). El programa de mentoring incrementa la probabilidad de una mejor calidad con una OR de 2,4, con un intervalo de confianza al 95% de (1,77; 3,00). Entre las diferentes intervenciones realizadas, el procedimiento de extirpación de tumores epidérmicos y dérmicos benignos se relacionó con una mejor calidad del acto quirúrgico, con una OR de 1,5 frente al resto de procedimientos realizados en los que fue preciso el envío de muestra, con un intervalo de confianza del 95% de (1,32; 1,66).

DISCUSIÓN

El programa formativo en Cirugía Menor basado en el mentoring ha conseguido mejorar la cobertura poblacional del programa, incrementar la calidad del acto quirúrgico e involucrar a todo el equipo de profesionales sanitarios en estas tareas. Estos logros confirman resultados iniciales donde se constataba un aumento del número de profesionales que practicaron intervenciones menores, tanto por el aumento de confianza en sus capacidades como por la mejor percepción de su capacitación con el apoyo del tutor (6). De hecho, actividades concretas como las infiltraciones de hombro han supuesto una importante mejora en la cartera de servicios del centro de salud (14).

La calidad es un elemento central de este programa. Desde hace más de tres décadas se está demostrando en diferentes países que la realización de técnicas de Cirugía Menor en atención primaria no suponen una merma de la calidad de las intervenciones (8,15). El programa formativo de mentoring ofrece más garantías para que todo el proceso se realice correctamente al observarse el protocolo de actuación por su finalidad docente. Otros estudios encontraron una importante mejora para descartar la patología

maligna y premaligna, y en la concordancia clinicopatológica de las lesiones (16–18) con una baja tasa de complicaciones postquirúrgicas (19).

De igual forma, la cobertura poblacional se ha ido aumentando progresivamente hasta duplicar los valores iniciales, acercándose al objetivo marcado por el Servicio Andaluz de Salud (13), algo que no ocurre en centros de la misma zona que no tienen una formación específica (5). Esta mayor actividad se acompaña de una disminución de los costes hospitalarios estimados entre un 25%-75% (5) (20). La Atención Primaria ofrece un entorno de menor coste para la resolución de procesos quirúrgicos de baja complejidad y sin necesidad de ingreso hospitalario, al tiempo que disminuye sensiblemente las listas de espera quirúrgicas y descentraliza los servicios de los grandes hospitales. Además, mejora el grado de satisfacción del paciente con unos tratamientos que son muy bien recibidos, ya que la intervención va a ser llevada a cabo por un profesional conocido de un entorno cercano y con el que tiene confianza (3) (18) (21). Algunos estudios contraponen la satisfacción del paciente, por la accesibilidad a estos procedimientos, frente a la necesidad del incremento de las habilidades de los médicos/as de familia y la necesidad de la mejora en el diagnóstico de las lesiones malignas (21,22). No obstante, la mejora de las competencias prácticas mediante una formación práctica como la propuesta (6) y el incremento del uso del dermatoscopio en Atención Primaria (23) pueden ayudar a superar estas dificultades.

Hay dos datos interesantes que matizan los buenos resultados en cobertura poblacional. Por un lado, el programa de Cirugía Menor es estacional dado que se repite un patrón de menor oferta en las temporadas con mayor frecuentación de la población (coincidiendo con la época de infecciones respiratorias

aguda durante los meses más fríos) y cuando hay un menor número de profesionales (como ocurre durante el periodo estival) (5). La escasa incentivación que supone realizar una actividad, no está exenta de riesgos, puede explicar que se atisben datos de acomodamiento en los profesionales apreciándose que solo aumentan los procedimientos fáciles, de casi exclusiva trascendencia estética, e incertidumbre en su crecimiento en las técnicas más avanzadas y coste-efectivas (8).

El estudio cuenta con un posible sesgo de información, al tener que recoger de forma retrospectiva los datos de los registros clínicos. Algunos aspectos que pueden ser muy importantes para determinar la calidad, tales como la concordancia anatomopatológica y la aparición de efectos secundarios, no han sido recogidos. Por último, hay una menor participación de los profesionales senior, siendo muy escasa por parte de la enfermería pese a la incorporación de esta actividad a sus tareas clínicas (24).

Como conclusión, se puede hacer una valoración positiva del programa formativo de mentoring para obtener habilidades en Cirugía Menor, incrementar la calidad y la cobertura e implicar a todo el equipo de profesionales sanitarios (6,16,25). Cuando se opera de manera óptima, la tutoría es mutuamente beneficiosa, mejorando el conocimiento, la satisfacción y el rendimiento laboral de ambas partes (26). La formación MIR es una muestra excelente de cómo ese liderazgo cercano y continuo mejora competencias y habilidades, siendo necesario extender este tipo de formación continuada práctica a todos los miembros del equipo. Un segundo paso sería establecer una formación en red entre profesionales, de manera que los profesionales que han aprendido estas técnicas sean competentes para poder enseñar a nuevos profesionales noveles.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Premios

La presente investigación ganó el áccesit al mejor trabajo clínico médico inédito en la XXIII convocatoria de premios a trabajos científicos e inéditos “Dr. Ramiro Aguilera Vaquero” del Colegio Oficial de Médicos de Jaén (30/10/2018).

Agradecimientos

A D. Juan Carlos Peña Sánchez por el impulso para iniciar este programa y a D. Andrés Moreno Corredor por su buen hacer en la docencia. A todos los profesionales de la salud que durante este periodo han contribuido al buen desarrollo de este programa de mentoring en el Centro de Salud El Valle (Jaén).

Bibliografía

1. Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía en Atención Primaria. En: Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. 7ª ed. Barcelona: Elsevier. 20149, p. 1056-1078.
2. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria*. 2000;26(2):91-5.
3. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S, et al. Calidad percibida por usuarios de cirugía menor según nivel asistencial y profesionales que la realizan. *Rev Esp Salud Pública* 2018; 92: e201804015.
4. Hansis ML. [Quality assurance in ambulatory surgery]. *Chir Z Alle Geb Oper Medizen*. 2004; 75(2):120-5.
5. 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.
6. Pérez-Milena A, Simão-Aiex L, Ramirez-Picó MA, Juárez-Jimenez MV. Avaliação de um programa de formação baseado no Mentoring para aquisição de habilidades em pequena cirurgia num centro de saúde urbano em Jaén, Andaluzia, Espanha. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2012; 7(25).
7. Puche JM, Muñoz PA. Incorporación de un Programa de Cirugía Menor en un Centro de Salud de España. *Arch En Med Fam*. 2009; 11(1):39-49.
8. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43(2):58-60.
9. Caballero-Martínez F. Cirugía menor en el centro de salud: situación actual y perspectivas de futuro. *Aten Primaria*. 2005; 36(10):535-6.
10. Martín Fernández J, Martínez Marcos M, Ferrándiz 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(7):497-502.
11. Mullen CA, Klimaitis CC. Defining mentoring: a literature review of issues, types, and applications. *Ann N Y Acad Sci*. 2021; 1483(1):19-35.
12. Rolfe A. Do I need a mentor or a coach? *Korean J Med Educ*. 2016;28(4):397-9.
13. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Cirugía menor. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. 2019. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/210-otros-servicios/2109-cirurgia-menor> [accedido 24/5/23]
14. Leyva Alarcón A, Molina Hurtado E, Barquero Padilla R, Expósito Sáez M, Ganfornina Rus F, Pérez-Milena A. Eficiencia de las infiltraciones con corticoides en pacientes con hombro doloroso en Atención Primaria. *Med fam Andal*. 2020; 21:98-106. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/06/v21n2-28-36.pdf>
15. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Quality of minor surgery by ge-

- neral practitioners in 1990 and 1991. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1994; 44(385):364-5.
16. 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 calidad? *Aten Primaria.* 2003; 31(1):23-31.
 17. Salinas Martín MV, Muñoz Repeto I, Hernández Gonzalo D, Cañadas de León M. Calidad del informe de solicitud de estudio anatomopatológico y motivos de consulta en cirugía menor ambulatoria de atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39(2):105-6.
 18. Ramírez Arriola MG, Hamido Mohamed N, Abad Vivás-Pérez JJ, Bretones Alcaráz JJ, García Torrecillas JM, Huber E. Descripción de la concordancia clinicopatológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de atención primaria. *Aten Primaria.* 2017; 49(2):86-92.
 19. Klein R. [Complications of minor operations in general practice]. *MMW Fortschr Med.* 2016; 158(17):51-2.
 20. Salem IJI. La excelencia en la cirugía menor ambulatoria. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla 2014. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/23916/S_TD_PROV157.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2008; 12(23):iii-iv, ix-38.
 22. Pérez Hernández FJ, Goya Arteaga L, González Siverio JL, Llada Marrero RP. Concordancia diagnóstica entre atención primaria y cirugía menor en una zona básica de salud. *Semergen.* 2021; 47(3):144-50.
 23. Pokhrel PK, Helm MF, Greene A, Helm LA, Partin M. Dermoscopy in Primary Care. *Prim Care.* 2022; 49(1):99-118.
 24. Cirugía Menor. Desarrollo de Nuevas Competencias Enfermeras. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud 2019. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PracAvCirugiaMenor24052011.pdf
 25. Lawrence PS. Managerial coaching—A literature review. *International journal of evidence based coaching and mentoring* 2017; 15: 43-69
 26. Bickel J, Brown AJ. Generation X: implications for faculty recruitment and development in academic health centers. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2005; 80(3):205-10.