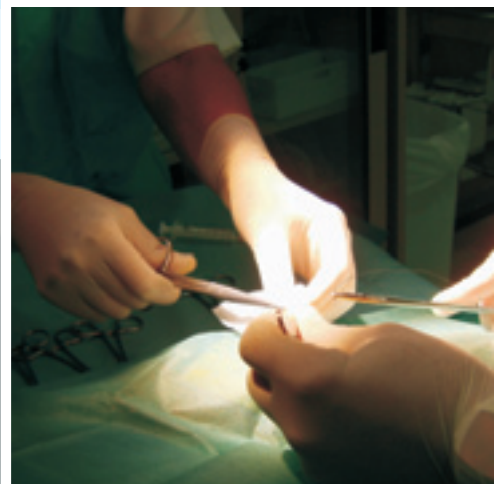


PROTOCOLO DE **CIRUGÍA MENOR** EN ATENCIÓN PRIMARIA



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

PROTOCOLO DE
CIRUGÍA MENOR
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edición

Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

Realización e impresión:

Daute Diseño S.L.

Depósito Legal:

G.C. 197-2009

I.S.B.N.:

978-84-691-7181-3

La Atención Primaria de Salud (AP) es el ámbito asistencial más próximo al ciudadano y donde deben resolverse la mayor parte de los problemas de salud de la población.

El compromiso con la mejora continua de la calidad de nuestros servicios, hace necesaria la complementariedad entre los aspectos más técnicos de la atención sanitaria con aquellos relacionados con su valoración desde la perspectiva de los usuarios.

La cirugía menor (CM) se configura como un servicio que, siendo técnicamente asumible por la mayoría de los profesionales sanitarios bajo condiciones correctas de adiestramiento y capacitación, contribuye al desarrollo de las posibilidades de la AP caracterizándose por la continuidad y la accesibilidad, y con base en el trabajo de equipo.

Este protocolo es fruto del trabajo conjunto de un grupo multidisciplinar de profesionales de diferentes islas y presenta una serie de técnicas y procedimientos con fundamento en la evidencia científica actual y asumibles desde la AP, pretendiendo mejorar la atención de los y las pacientes susceptibles de una intervención en cirugía menor.

Con la elaboración de este protocolo, y sobre la base de experiencias previas, se pretende la homogeneización del servicio de cirugía menor en la AP de nuestra comunidad autónoma, poniendo a disposición de todos los profesionales una herramienta de trabajo que permita normalizar esta actividad en los centros de salud, tanto en CM básica como avanzada, disminuyendo la diferencia en la práctica asistencial y proporcionando un marco legal adecuado para profesionales y usuarios.

Mercedes Roldós Caballero
CONSEJERA DE SANIDAD
GOBIERNO DE CANARIAS



PROTOCOLO DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

01. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	09
02. GRUPO DE TRABAJO	10
03. OBJETIVO	11
04. DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR	12
CIRUGÍA MENOR BÁSICA	12
CIRUGÍA MENOR AVANZADA	12
05. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	13
06. CONTRAINDICACIONES	14
07. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR	15
08. REQUISITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO	19
PROFESIONALES	19
FORMACIÓN	19
INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES	21
COORDINACIÓN ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES	21
09. CIRCUITO ASISTENCIAL	22
10. LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.	
ASEPSIA E HIGIENE EN CIRUGÍA MENOR	24
11. RECOGIDA Y ENTREGA DE MUESTRAS DE TEJIDOS	29
12. SISTEMAS DE REGISTRO Y EVALUACIÓN	30
13. ASPECTOS MÉDICO LEGALES	33
14. BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	
I. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES	41
II. HOJA DE VALORACIÓN QUIRÚRGICA	43
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	44
IV. HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	46
V. HOJA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
VI. LIBRO DE REGISTRO	48
VII. NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS	49
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	51



01 • INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En países del ámbito anglosajón la práctica de la cirugía menor (CM) y otras técnicas instrumentales de mayor sofisticación resultan habituales entre los médicos de AP. En este sentido, el desarrollo de las actividades de CM en los centros de salud (CS) contribuye a dotar a este nivel de atención de una mayor capacidad resolutive, y es una oportunidad de generar confianza y aumentar el prestigio que debe tener ante la población para contribuir a mejorar el sistema sanitario desde el punto de vista de la eficiencia.

Respecto a ello, las experiencias publicadas en España en los últimos años avalan la viabilidad de la implantación de la CM en AP. Desde el punto de vista asistencial se consiguen disminuir los tiempos de espera, se obtiene una elevada concordancia clínico-patológica y se aumenta la satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales. En la vertiente económica y de coordinación entre ámbitos asistenciales, estos servicios han demostrado ser coste-efectivos y disminuir las listas de espera de Cirugía general y Dermatología.

En nuestra comunidad autónoma la experiencia de las unidades de CM que funcionan actualmente está en consonancia con esta evidencia científica y, al margen de los recursos específicos existentes en las islas de Tenerife y de Gran Canaria, los profesionales de AP venían desempeñando actividades de CM de manera heterogénea, desinteresada y voluntaria con los medios disponibles habitualmente en los CS, sin que existiera en la comunidad autónoma ningún documento que estableciera un marco específico de actuación.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, cita, en su anexo I apartado e), la función para la AP de "administración de tratamientos parenterales, curas y CM", lo cual capacita y obliga en cierto sentido al Servicio Canario de la Salud a implantar la actividad de CM entre las prestaciones que se ofrecen a la población.

En resumen, este protocolo se centra en cumplir uno de los principios básicos de la AP: aumentar la accesibilidad en la oferta de servicios sanitarios a la población sobre la base de la evidencia científica y con criterios de seguridad, efectividad y eficiencia.

Gloria Julia Nazco Casariego
DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES
CONSEJERÍA DE SANIDAD. GOBIERNO DE CANARIAS

02 • GRUPO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN

Dña. Rita Tristancho Ajamil, *Jefa del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación de la D.G. de Programas Asistenciales.*

D. José Luis Alonso Bilbao, *Jefe de Sección del Servicio de Calidad y Sistemas de Información de la D.G. de Programas Asistenciales.*

GRUPO DE TRABAJO

D. Luis Barreiro Quinteiro, *Médico de familia del Centro de Salud Bº Atlántico.*

D. José Carlos del Castillo Rguez., *Técnico D.G. de Programas Asistenciales.*

D. Santiago de la Huerga Moreno, *Técnico D.G. de Programas Asistenciales.*

D. Alfredo Gómez Arnáiz, *Médico de familia del Centro de Salud San Gregorio.*

D. Miguel Ángel Hernández Rguez., *Técnico D. G. de Programas Asistenciales.*

D. Alberto Marco Balbastre, *Médico de familia del SNU Los Cristianos.*

D. Alfonso Martín Gómez, *Médico de familia del Centro de Salud Vecindario.*

D. Cirilo M. Pérez García, *Enfermero del Centro de Salud Arico.*

D. Antonio Rico Revuelta, *Médico de familia del Centro de Salud Schamann.*

D. Fernando Rodríguez Pérez, *Cirujano CAE La Laguna - Geneto.*

D. José Manuel Toscano Pardo, *Médico de familia del C. Salud Puerto del Rosario.*

REVISIÓN DE ESTILO Y FORMATO

D. Alejandro José Guerra Pérez, *Técnico D.G. de Programas Asistenciales. (Unidad Aulas de Salud).*

D. Antonio J. Montesdeoca Díaz, *Técnico D.G. de Programas Asistenciales. (Unidad Aulas de Salud).*

Dña. Natalia Wildpret Zugaza, *Técnica de la Gerencia de AP de Tenerife.*

FOTOGRAFÍA

Dña. Ángeles Afonso Pérez, *Área Técnica de Imagen Corporativa de la Gerencia de AP de Tenerife.*

Agradecemos la colaboración a todos los profesionales de atención primaria y atención especializada que han participado en la revisión de este documento y han remitido sus sugerencias y aportaciones.

03 • OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- ☐ Facilitar la implantación del servicio de cirugía menor en atención primaria del Servicio Canario de la Salud, mediante la normalización de procedimientos fundamentados en la evidencia científica.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☐ Creación de unidades de cirugía menor avanzada en las zonas básicas de salud (ZBS) priorizadas.
- ☐ Impulsar la realización de actividades de cirugía menor básica en todas las zonas básicas de salud (ZBS).
- ☐ Potenciar la realización de actividades de docencia e investigación sobre cirugía menor en atención primaria.



04 • DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR

La unidad de CM se encuentra definida en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, como “el lugar donde, bajo la responsabilidad de un médico, se realizan procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso”.

Este protocolo pretende ampliar el campo de actuación a los EAP mediante las unidades de CM, lo que correspondería a una definición más global como la de Caballero y cols., en la que la CM comprende “aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes”.

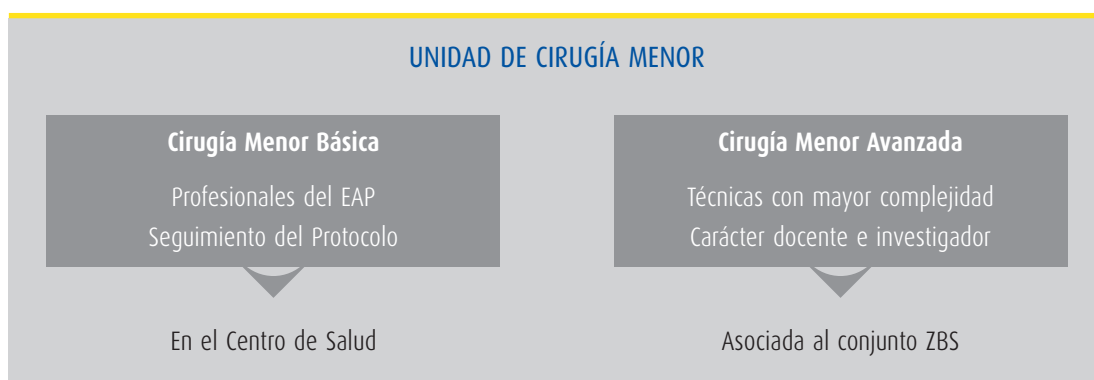
Se definirán dos niveles de atención que son los siguientes:

A. CIRUGÍA MENOR BÁSICA

- ☐ En este nivel los profesionales del EAP podrán realizar los procedimientos en los que a ella se refiere este protocolo. El número de centros de salud que contará con este servicio vendrá establecido de acuerdo con los criterios de accesibilidad y densidad de la población del área de salud.

B. CIRUGÍA MENOR AVANZADA

- ☐ Se realizarán técnicas de mayor complejidad en unidades que además tendrán carácter docente e investigador y actuarán de referencia para un conjunto de ZBS.
- ☐ Estas unidades de CM avanzada estarán ubicadas en CS determinados que serán designados siguiendo criterios de accesibilidad y por la capacidad de su infraestructura para permitir su instalación.



Cuadro resumen.
¿Qué es la Unidad de
Cirugía Menor?

05 • CRITERIOS DE INCLUSIÓN

EDAD

- ☐ Pacientes de 14 años o más

PROCEDIMIENTO

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Cirugía Menor Básica<ul style="list-style-type: none">- Anestesia local- Sutura- Punción - drenaje- Extracción de cuerpos extraños- Escisión tangencial (afeitado y curetaje)- Escisión fusiforme de lesiones superficiales- CM ungueal | <ul style="list-style-type: none">☐ Cirugía Menor Avanzada<ul style="list-style-type: none">- De éstas las que por seguridad no sean asumidas por la unidades de CM básica- Criocirugía- Electrocirugía- Escisión cilíndrica (punch)- Extirpación de lesiones subcutáneas |
|--|--|

LESIONES

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Cirugía Menor Básica<ul style="list-style-type: none">- Herida cutánea- Absceso cutáneo- Dermatofibroma- Quiste epidérmico- Quiste mucoide- Verruga- Molluscum contagiosum- Fibroma blando/péndulo- Extirpación de la uña- Uña incarnata- Panadizo | <ul style="list-style-type: none">☐ Cirugía Menor Avanzada<ul style="list-style-type: none">- De éstas las que por seguridad no sean asumidas por la unidades de CM básica- Nevus melanocítico- Queratosis actínica- Queratosis seborreica- Lipoma- Otros procedimientos específicos de cirugía menor |
|---|---|

OTROS

- ☐ Complimentación de la *hoja de valoración quirúrgica* (anexo II) y del *consentimiento informado* (anexo III).

06 • CONTRAINDICACIONES

En este capítulo se reflejan las circunstancias que contraindican de forma absoluta o relativa la práctica de la CM en AP. No obstante, en la descripción de los procedimientos se especifican las contraindicaciones concretas para cada uno de ellos.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

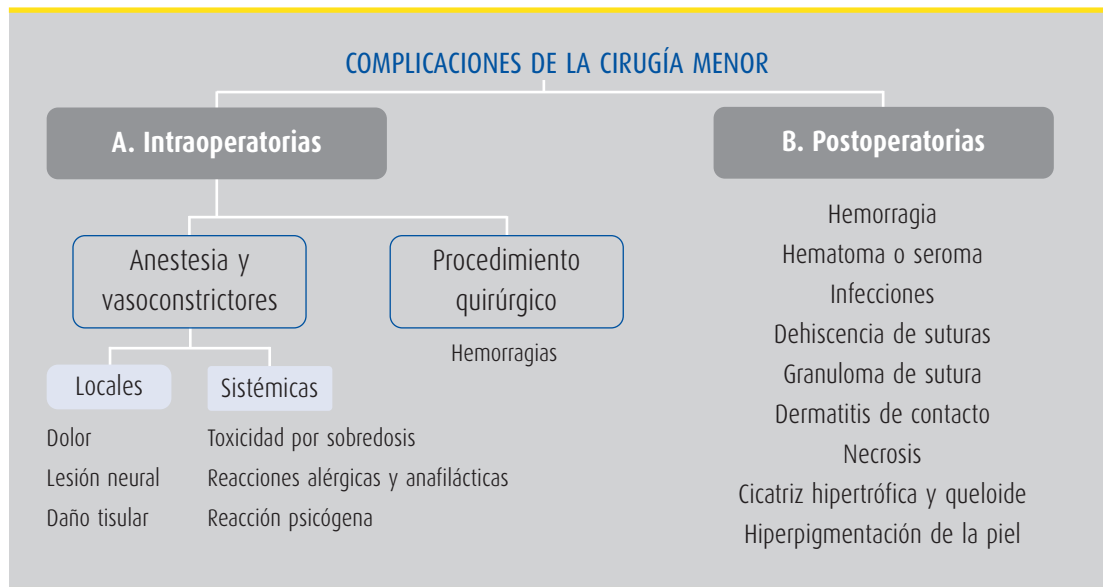
- ☐ Lesión sospechosa de malignidad
- ☐ Lesiones puramente estéticas
- ☐ Antecedentes personales Alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa)

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- ☐ Localización
 - Cara y cuello 
 - Fosa supraclavicular (pleura)
 - Axila (plexo y vasos braquiales)
 - Ingle (nervio y vasos femorales)
 - Epitróclea (nervio cubital)
 - Cara antero-externa de la rodilla (nervio ciático-poplíteo externo)
 - Cara palmar de la muñeca (nervio mediano y cubital y arterias radial y cubital)
 - Caras laterales de los dedos (nervios digitales)
- ☐ Antecedentes personales
 - Tratamiento con anticoagulantes orales o heparina. El tratamiento con antiagregantes plaquetarios que no puedan retirarse con antelación a la intervención
 - Cardiopatía isquémica grave
 - Vaculopatía periférica grave
 - Diabetes mellitus mal controlada
 - Insuficiencia respiratoria, renal o hepática grave
 - Coagulopatía
 - Déficit inmunitario (no entrarían en esta categoría los seropositivos para el VIH si no han desarrollado SIDA)
 - Portador de marcapasos o desfibrilador (si va a utilizarse bisturí eléctrico)
 - Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides
 - Alteraciones que cursan con atrofia cutánea o que interfieren con una normal cicatrización (senilidad extrema, daño solar crónico, esclerodermia, hipoproteinemia, hipercortisolismo, porfirias...)
 - Pacientes poco colaboradores (intoxicados, agitados...)
 - Pacientes especialmente lábiles o con antecedentes de lipotimias frecuentes

- Ángulo mandibular (nervio facial y glándula parótida)
- Sien (rama frontal del nervio facial)
- Zona retroauricular (nervio auricular mayor)
- Canto interno del ojo (saco y conducto lacrimal)
- Triángulo posterior cara lateral del cuello (nervio espinal accesorio)

07 • COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR



Esquema general

A. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

1. Relacionadas con la anestesia y vasoconstrictores

1.1. Locales

☐ Dolor

Causa: esta complicación se produce en la mayoría de las ocasiones por no esperar el tiempo suficiente para que actúe el anestésico local utilizado o por una incorrecta selección y administración del mismo.

Prevención: la forma de evitarlo es realizar correctamente la técnica de infiltración de la anestesia y esperar los tiempos de actuación del anestésico (ver sección de anestesia en página 50).

☐ Lesión neural

Con la anestesia puede producirse una lesión temporal y reversible tras pasar el efecto del anestésico aplicado.

Causa: si se infiltra el anestésico directamente sobre la raíz nerviosa, puede producirse una lesión en la ella que, dependiendo de su intensidad, puede ser reversible o no.

Prevención: para evitar esta complicación debe realizarse correctamente la técnica de infiltración de la anestesia (ver sección de anestesia en Anexo VIII) y retirar la aguja si al iniciar o durante la infiltración el paciente refiere un dolor lancinante o parestesias.

☐ Daño tisular

Causa: puede producirse irritación tisular por el pH de los anestésicos, más bajo que el de la piel -especialmente si se aplica un anestésico con vasoconstrictor-, lo cual causa dolor. Si aplicamos

un vasoconstrictor en cantidad excesiva o en lugares inadecuados podemos provocar una necrosis tisular.

Prevención: debe realizarse correctamente la técnica de infiltración de la anestesia (ver sección de anestesia en página 50) realizando una inyección lenta y en tejido subcutáneo, respetando las dosis y las indicaciones del anestésico y el vasoconstrictor. Debe inyectarse el menor volumen posible.

1.1. Sistémicas

☐ Toxicidad por sobredosis

Causa: se ocasiona por el paso de una cantidad excesiva del anestésico al torrente sanguíneo, que puede ser debido a una administración directa en un vaso sanguíneo por mala técnica o bien a que se superen las dosis máximas recomendadas para cada anestésico. Los síntomas derivan de las acciones de los anestésicos en el SNC (acúfenos, sabor metálico, parestesias, náuseas, vómitos, vértigo, inquietud, alucinaciones, fasciculaciones, temblor, convulsiones y síntomas severos como apnea y coma) o en el sistema cardiovascular (hipotensión -primer signo de toxicidad-, arritmias, colapso circulatorio y parada cardiorrespiratoria en asistolia).

Prevención: para evitar esta complicación debe realizarse correctamente la técnica de infiltración de la anestesia (ver sección de anestesia en página 50) comprobando durante la infiltración que no lo hacemos en un vaso sanguíneo.

Tratamiento: en sobredosificaciones leves a moderadas, administrar diazepam 1-2 mg IV diluido en suero salino y oxígeno. En casos graves, oxigenoterapia, intubación si es preciso, fluidoterapia IV, diazepam (0,1 mg/kg. de peso) en dosis incrementales IV lento o tiopental 100-150 mg en caso de convulsiones, y traslado urgente a un centro hospitalario.

☐ Reacciones alérgicas y anafilácticas

Causa: son reacciones poco frecuentes con los anestésicos utilizados habitualmente. Sus síntomas son los típicos de las reacciones alérgicas (prurito, eritema, tos, disnea, etc.) que en casos más graves puede llegar a edema de glotis, broncoespasmo severo, hipotensión y shock.

Prevención: debe investigarse SIEMPRE el antecedente de reacciones alérgicas conocidas a anestésicos locales previamente a la realización de cirugía menor.

Tratamiento: si la reacción es de carácter leve, administrar adrenalina SC a dosis de 0,3-0,5 mg/20 minutos. Si es de carácter grave: oxígeno, adrenalina 0,5 IV diluida y traslado a centro hospitalario.

☐ Reacción psicógena

Causa: es una reacción vasovagal y la complicación más frecuente. Se da generalmente en adultos jóvenes con antecedentes de episodios similares previos desencadenados por dolor, ambiente caluroso, espacios cerrados, etc.

Prevención: es conveniente valorar frecuentemente el estado del paciente manteniendo siempre contacto verbal. No conviene hacer narraciones detalladas del procedimiento quirúrgico ante pacientes susceptibles de presentar esta complicación.

Tratamiento: generalmente sólo es necesario colocar al paciente en posición de Trendelenburg, tranquilizándole y evitando que se levante bruscamente de la camilla. En ocasiones puede ser necesario administrar suero salino IV y atropina IV.

2. Relacionadas con el procedimiento quirúrgico: hemorragia

Causa: las causas más frecuentes son la realización de una hemostasia defectuosa, la administración de tratamientos anticoagulantes o antiagregantes y los problemas de coagulación.

Prevención: debemos valorar adecuadamente los antecedentes personales de los pacientes y los fármacos que se está administrando, realizar una adecuada técnica hemostásica (ligando o electrocoagulando los vasos que no dejen de sangrar tras 1-2 minutos de compresión) y realizar una sutura por planos, evitando la creación de espacios muertos.

B. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

En general, si se ha realizado correctamente la técnica y se aplican las medidas de prevención, estas complicaciones suelen ser mínimas.

1. Hemorragia

Prevención: ejecutar adecuadamente las técnicas de hemostasia durante la cirugía. Evitar el consumo de ácido acetilsalicílico 15 días antes y después de la cirugía.

Tratamiento: compresión de la herida seguida de vendaje compresivo. Aplicación local y repetida de frío en sesiones de 15 minutos.

2. Hematoma o seroma

Prevención: realizar una correcta hemostasia.

No dejar espacios muertos: suturar por planos y aplicar un vendaje compresivo tras la cirugía.

Tratamiento: si son pequeños, suelen reabsorberse por sí solos. En el caso de hematomas o seromas mayores, se puede evacuar a través de la incisión o retirando alguno de los puntos de sutura.

3. Infecciones

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, haciendo el mínimo daño tisular y observando estrictamente la asepsia. Realizar correctamente los cuidados postoperatorios de la herida.

Tratamiento: se realizará una limpieza y desinfección diaria, retirando los puntos necesarios y permitiendo un cierre por segunda intención. Tratamiento con antibióticos orales. En caso de no respuesta, valorar la realización de cultivos del material purulento.

4. Dehiscencia de suturas

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, utilizando el material adecuado y suturando por planos.

Deben hacerse suturas sin tensión en los bordes, bien con puntos subcutáneos o colchoneros, bien realizando una disección subcutánea de los bordes.

Tratamiento: debe hacerse un cierre por segunda intención.

5. Granuloma de sutura

Prevención: debe realizarse correctamente la técnica de sutura, reduciendo la cantidad de material extraño, suturando con material lo más fino posible, dejando pocos nudos y cabos cortos.

6. Necrosis

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, realizando un adecuado tratamiento de los bordes, evitando pinzamientos, punciones o traumatismos.

Debe evitarse la excesiva tensión en la herida tras la sutura.

7. Cicatriz hipertrófica

Son cicatrices mayores de lo habitual, de superficie protuberante, rojizas y en ocasiones hipersensibles, pero que se mantienen dentro de los límites originales de la herida.

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, utilizando el material correcto. Puede ser útil la realización de sutura intradérmica.

Los pacientes con antecedentes similares deberían ser remitidos al cirujano plástico para las siguientes intervenciones. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona.

Tratamiento: en general no suele responder bien a tratamiento. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona o la infiltración intralesional de corticoides. Debe ser valorado por el cirujano plástico.

8. Queloides

Son tumores de fibras colágenas que se disponen formando remolinos y nódulos en el seno de la cicatriz, pero que desbordan los límites de la herida, tanto en volumen como en superficie en forma de digitaciones que parten de su periferia hacia áreas circundantes.

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica utilizando el material correcto. Puede ser útil la realización de sutura intradérmica. Los pacientes con antecedentes similares deberían ser remitidos al cirujano plástico para las siguientes intervenciones. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona.

Tratamiento: en general no suelen responder bien a tratamiento. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona o la infiltración intralesional de corticoides. Debe ser valorado por el cirujano plástico.

9. Hiperpigmentación de la piel

Prevención: proteger del sol las cicatrices fotoexpuestas, al menos durante 6 meses.

Tratamiento: despigmentación química.

08 • REQUISITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO

Para que este servicio pueda implantarse será necesario contar con profesionales debidamente formados y con la infraestructura y recursos materiales precisos a fin de garantizar las condiciones técnicas y de seguridad necesarias.

A. PROFESIONALES

1. Cirugía menor básica

- ☐ En cada ZBS se examinará la posibilidad de llevar a cabo estas actividades, bien individualmente entre los profesionales del EAP, bien por medio de *líderes quirúrgicos* que asuman la actividad de toda la ZBS.
- ☐ La carga de trabajo deberá ajustarse para que la práctica de la CM no suponga un incremento de la presión asistencial. Existen varias fórmulas, como revisar el volumen de los cupos asignados u organizar la actividad en las jornadas de sábado. También se facilitará la asistencia a actividades formativas en CM. La aplicación de estas medidas deberá adaptarse a las circunstancias concretas de cada profesional y CS.
- ☐ Las actividades de despistaje, diagnóstico y tratamiento serán llevadas a cabo por los profesionales médicos y de enfermería de los EAP en las consultas a demanda y concertadas correspondientes, siendo el médico el responsable de la decisión diagnóstico-terapéutica.
- ☐ Se procurará garantizar la continuidad de los profesionales que integren las unidades para conseguir una optimización de la actividad quirúrgica.

2. Cirugía menor avanzada

El equipo mínimo estará integrado por un cirujano o médico de familia que será el responsable de la unidad de CM avanzada, un enfermero y un auxiliar de enfermería. Todos dispondrán de dedicación exclusiva a la unidad, debiendo garantizarse la adecuada formación de estos profesionales.

B. FORMACIÓN

1. Cirugía menor básica

El Servicio Canario de la Salud debe garantizar la formación de los profesionales que vayan a practicar la cirugía menor. Para ello debe realizarse un curso-taller de actualización con contenido teórico y práctico, de una duración mínima de 10 y 20 horas respectivamente, con material audiovisual formativo donde se recojan los aspectos más críticos de las técnicas quirúrgicas.

La fase teórica del curso abarcará los siguientes temas:

- ☐ Introducción. Objetivos. Situación actual y propuesta. Presentación del protocolo.

- ☐ Concepto de CM. Aspectos médico legales.
- ☐ Criterios de inclusión y contraindicaciones.
- ☐ Recursos materiales e infraestructura.
- ☐ Limpieza, desinfección, esterilización y conservación del material. Asepsia e higiene quirúrgicas.
- ☐ Técnicas de anestesia.
- ☐ Procedimientos quirúrgicos elementales: incisión de la piel, disección de tejidos, hemostasia, cierre tisular y vendaje de la herida.
- ☐ Cuidados postoperatorios y retirada de la sutura.
- ☐ Manejo de las muestras de tejidos.
- ☐ Complicaciones postquirúrgicas: sangrado, hematoma, infección, dehiscencia de la sutura, reapertura de la herida, cicatriz hipertrófica, queloide y pigmentación anómala.
- ☐ Todos los procedimientos incluidos en este protocolo.
- ☐ Sistemas de registro y evaluación.

La fase práctica será impartida y supervisada por un cirujano o líder quirúrgico y su contenido se adecuará a los procedimientos que vayan a realizarse en cada CS.

2. Cirugía menor avanzada

El Servicio Canario de la Salud establecerá en los servicios de referencia un sistema de formación teórico-práctica para aquellos facultativos no cirujanos que vayan a desempeñar las actividades propias de una unidad de cirugía menor avanzada.

Los profesionales y unidades de cirugía menor avanzada que tengan carácter docente en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria deberán ser acreditados por la correspondiente unidad docente de esta especialidad.

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA		
<u>PROFESIONALES</u>	Cirugía Menor Básica	Cirugía Menor Avanzada
	- Individual: líderes quirúrgicos - Ajuste de carga de trabajo - Continuidad	- Equipo: cirujano / médico de familia + enfermera + auxiliar de enfermería - Dedicación exclusiva
<u>FORMACIÓN</u>	Curso - Taller con elementos teóricos / prácticos sobre las técnicas a desarrollar	Formación teórico / práctica a facultativos no cirujanos: acreditación
<u>COORDINACIÓN</u>	Con la Unidad de Cirugía Menor Avanzada de referencias (consultora)	Con los Servicios de Cirugía General y Dermatológica de referencia

Cuadro resumen de los requisitos para la puesta en marcha del protocolo

C. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

En el Anexo I se enuncia la dotación necesaria, tanto para la CM básica como para las unidades de CM avanzada.

D. COORDINACIÓN ENTRE ÁMBITOS ASISTENCIALES

Las unidades de CM avanzada estarán coordinadas con los servicios de Cirugía general y de Dermatología de referencia (mediante un cirujano y/o dermatólogo consultor, consulta de referencia u otro medio que se estime adecuado).

Los servicios de CM básica se coordinarán con la unidad de CM avanzada de referencia que actuará como consultora.



09 • CIRCUITO ASISTENCIAL

1. ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Los pacientes subsidiarios de CM serán captados en las consultas de AP, donde se valorará la indicación de su intervención. Previo a la realización del procedimiento o a la derivación del paciente, se deberá:

- ☐ Cumplimentar la *información prequirúrgica* de la *hoja de valoración quirúrgica* (Anexo II).
- ☐ Informar y entregar al paciente el *consentimiento informado*, junto con la *hoja informativa para el paciente*, antes de la intervención (Anexo III).

En el caso de que se considere oportuno por las características del proceso, los pacientes podrán ser derivados:

- ☐ Desde la UAF a la CM básica, a CM avanzada o a atención especializada.
- ☐ Desde CM básica, a CM avanzada o a atención especializada.
- ☐ Desde CM avanzada a atención especializada y a las exploraciones complementarias que se consideren necesarias.

2. EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Es requisito imprescindible que el paciente aporte el consentimiento informado debidamente firmado para ser intervenido. Una vez intervenido el paciente:

- ☐ Se cumplimentará la información postquirúrgica de la *hoja de valoración quirúrgica* (Anexo II).
- ☐ Se hará entrega de la *hoja informativa para el paciente después de la intervención* (Anexo IV).

En caso de haber sido intervenido en la unidad de CM básica o avanzada, el paciente será remitido con la información anteriormente referida a su UAF de referencia para el seguimiento posterior.

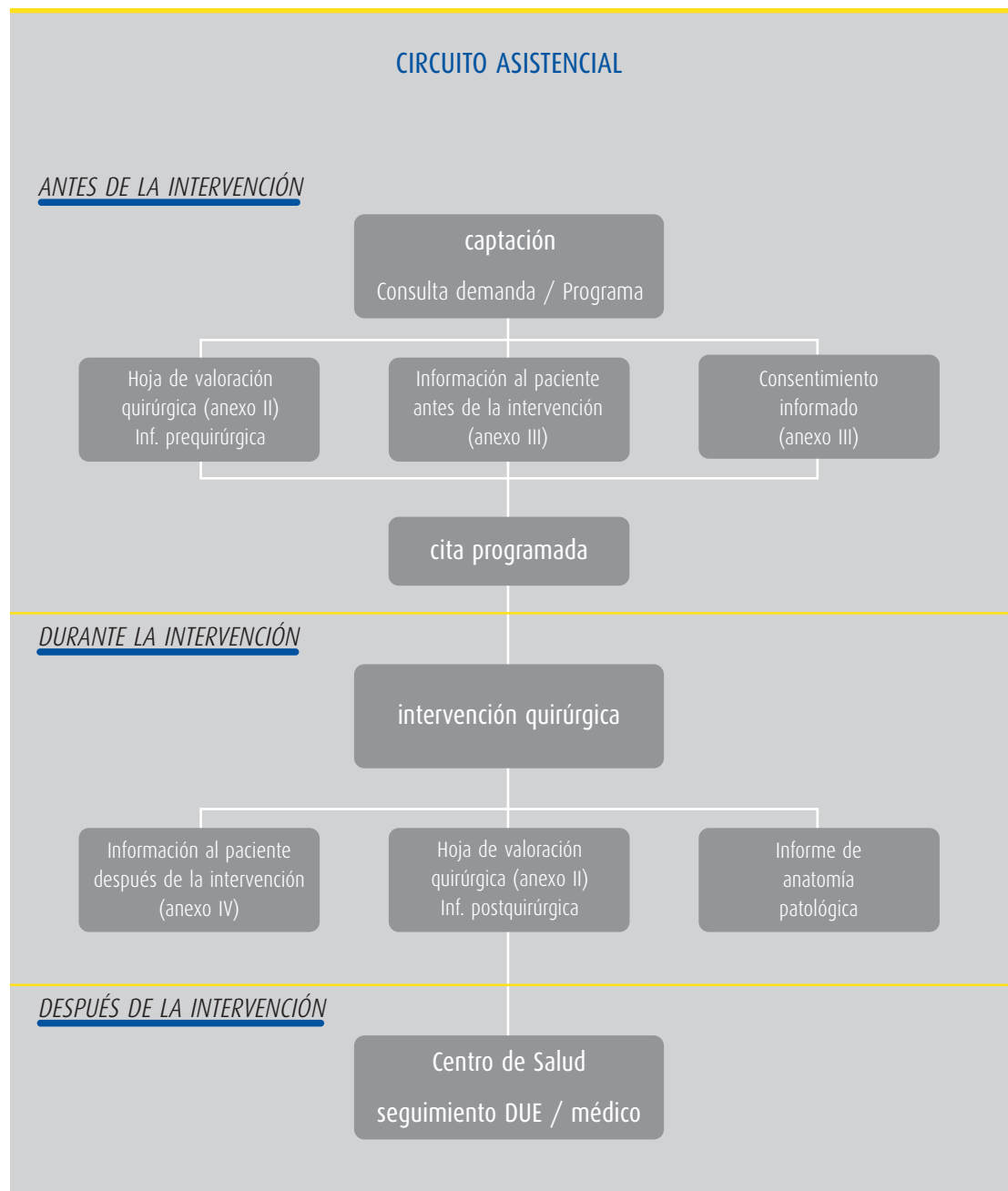
Anatomía patológica: si es preciso, la solicitud de análisis anatomopatológico se realizará cumplimentando la hoja que utilice el hospital que recibirá las muestras. El informe del laboratorio de Anatomía patológica se enviará al profesional que lo solicitó, quien remitirá una copia del informe al médico de familia del paciente.

3. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Todo el seguimiento se realizará en el centro de salud, excepto el de aquellos pacientes para quienes se considere necesaria una nueva visita de control en la unidad de CM avanzada o en atención especializada, tras la que el paciente continuará el seguimiento con su UAF de referencia.

4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En cualquier momento antes de la intervención, el paciente podrá cambiar de opinión y no querer someterse al procedimiento. En este caso deberá ser cumplimentado el modelo que se adjunta en el Anexo V.



10 • LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN. ASEPSIA E HIGIENE EN CIRUGÍA MENOR



Ciclo del instrumental

A. LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL

1. Limpieza

Su objetivo es conseguir la eliminación de restos orgánicos del instrumental.

☐ Material necesario

- Delantal de plástico
- Guantes resistentes o doble guante
- Gafas o pantallas protectoras
- Cepillo de cerdas no metálicas
- Detergente enzimático
- Bateas o recipientes adecuados para preparar la solución detergente
- Papel secante

☐ Procedimiento

- Sumergir el material en la solución detergente inmediatamente después de haberlo utilizado -separándolo por piezas y abriendo el que sea articulable- durante el tiempo que recomiende el fabricante.
- Cepillar minuciosamente el instrumental asegurándose de no dejar restos orgánicos.
- Enjuagar enérgicamente con un chorro de agua a presión para arrastrar los restos orgánicos y eliminar la solución detergente.
- Secar cuidadosamente y depositar en un lugar seco y libre de polvo a la espera de la desinfección y la esterilización.

2. Desinfección

Su objetivo es conseguir la eliminación de la mayoría de los microorganismos patógenos a excepción de algunas esporas bacterianas. Aunque la desinfección puede conseguirse también con el calor, en este protocolo nos referiremos únicamente a la desinfección química de alto nivel por efectos prácticos y por ser la más extendida en nuestro medio.

- ☐ Material necesario
 - Delantal de plástico
 - Guantes resistentes o doble guante
 - Gafas o pantallas protectoras
 - Detergente de alto nivel (glutaraldehído fenolato al 2%)
 - Bateas o recipientes con agua para diluir el desinfectante
 - Papel secante
- ☐ Procedimiento
 - Preparar la disolución desinfectante a la concentración deseada siguiendo estrictamente las instrucciones recomendadas por el fabricante.
 - Una vez limpio el material, sumergirlo completamente en la solución desinfectante durante el tiempo recomendado por el fabricante.
 - Enjuagar enérgicamente con un chorro de agua a presión para eliminar la solución desinfectante.
 - Secar minuciosamente el material, ya que debajo de una sola gota de agua pueden quedar gérmenes que afecten a la esterilización. Si no se va a esterilizar, se guardará en un lugar seco y protegido del polvo.

3. Esterilización

Su objetivo es la eliminación total de microorganismos viables, incluyendo sus formas esporuladas.

En AP se puede utilizar la esterilización con calor seco, con vapor a presión y la esterilización química. En este protocolo nos referiremos a la esterilización con vapor a presión por ser el método más extendido, seguro, y que ofrece mayores prestaciones. Además, este tipo de esterilización permite esterilizar el material en bolsas de diferentes tamaños y capacidades con lo que podremos organizar su uso de una forma más racional evitando dañarlo innecesariamente.

- ☐ Material necesario
 - Aparato de esterilización
 - Bolsas
- ☐ Procedimiento
 - Comprobar que el material ha sido lavado, desinfectado y secado.
 - Colocar el material en bolsas y marcar la fecha.
 - Seleccionar el programa adecuado en el esterilizador y comprobar el nivel de agua y el papel de registro.
 - Cargar el esterilizador sin sobrepasar el 75-85% de su capacidad. Para que el vapor llegue a toda la superficie del material, éste no debe juntarse ni entrar en contacto con las paredes del aparato.

- Una vez finalizado el proceso, verificarlo comprobando que ha sido correcto y registrar según el sistema establecido en cada unidad.
- Almacenar en un lugar seco, seguro, y conocido por todo el equipo quirúrgico.

Es aconsejable que en la unidad exista un responsable que se encargue de garantizar el adecuado tratamiento y conservación del material, de controlar sus entradas y salidas y de tener aprovisionado el quirófano del material fungible necesario.

B. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA SALA DE INTERVENCIÓN

La sala de intervención debe ser considerada como un área especial en cuanto a la metodología de limpieza y de desinfección, por lo que deberán seguirse las siguientes recomendaciones:

- ☐ Se hará siempre en húmedo.
- ☐ Se realizará diariamente y siempre que se realice una intervención de riesgo (por ejemplo, abscesos).
- ☐ Se utilizará el sistema de doble cubo tanto en las superficies como en el mobiliario.
- ☐ El material de limpieza, excepto los cubos, será exclusivo para esta dependencia.
- ☐ Los residuos biológicos se tratarán siguiendo las instrucciones que dicte la normativa en vigor sobre su recogida y transporte.
- ☐ Se utilizarán productos desinfectantes y detergentes homologados y se seguirán las instrucciones de uso que recomiende el fabricante.

Después de una cirugía, el mobiliario que se encuentra en la sala de intervención debe considerarse como de alto riesgo, de forma que los procedimientos de limpieza y desinfección que aplicaremos rutinariamente serán los establecidos para un área asistencial especial.

La superficie del mobiliario, mesas, camilla, armarios, aparatos, vitrinas, etc., se limpiarán primero con un estropajo empapado en detergente. Después se pasará una bayeta húmeda para eliminar la suciedad con los restos del detergente y, por último, se pasará otra bayeta humedecida con una solución desinfectante para superficies de alto nivel (glutaraldehído fenolato al 2%). Se dejará secar al aire.

En caso de que se produjeran manchas de sangre o vómitos, se recogerán inmediatamente con papel absorbente, vertiendo luego desinfectante sin diluir (glutaraldehído fenolato al 2%) -que se dejará actuar unos 10 minutos- en la superficie afectada. Después se limpiará con una bayeta húmeda y se dejará secar al aire.

La mejor desinfección es la que no es necesaria, por lo que cuantas menos superficies toquemos durante el proceso quirúrgico menos superficies contaminaremos.

C. ASEPSIA E HIGIENE EN CIRUGÍA MENOR

1. Higiene y protección del cirujano y ayudante

- ☐ Inmunizaciones

El personal sanitario que vaya a participar en la CM debe estar correctamente vacunado contra el tétanos y el virus de la hepatitis B (VHB).

☐ Vestimenta

Es imprescindible el uso de una bata no estéril y de guantes estériles para protegerse de fluidos orgánicos y soluciones desinfectantes (doble guante en el caso de portadores conocidos del VHB o del VIH).

Es recomendable, aunque no imprescindible, el uso de mascarilla con pantalla protectora y de gorro.



Figura 1

☐ Lavado de manos

Se utilizará la llamada rutina de Ayliffe (figura 1) que consiste en frotar todas las superficies de ambas manos con una solución jabonosa antiséptica (povidona yodada o clorhexidina) al menos tres veces durante dos minutos. No es necesario el cepillado quirúrgico convencional hasta el antebrazo. El secado se realizará con compresas estériles.

☐ Colocación de guantes

El primer guante debe colocarse traccionando con la mano desnuda la superficie del puño evertido, que quedará en contacto con la piel hasta el final (figura 2a). Para colocar el segundo guante debe introducirse la mano ya enguantada en el puño evertido del segundo guante para después traccionar y deslizarlo hasta el final (figura 2b). Por último, se terminará de ajustar el primer guante con ayuda del segundo (figura 2c).

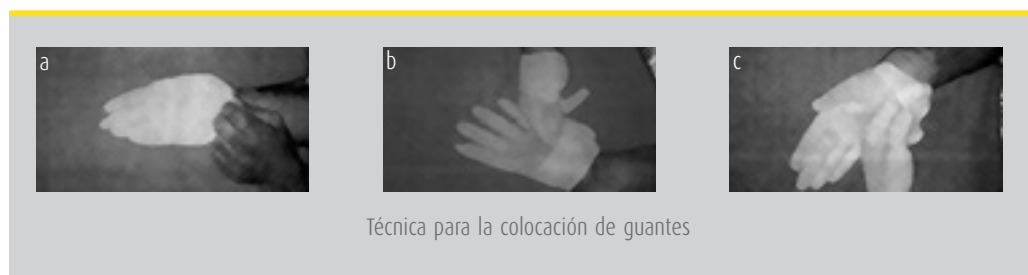


Figura 2

2. Higiene del campo quirúrgico

☐ Rasurado y preparación de la piel

Se rasurará lo imprescindible para la intervención con una maquinilla desechable o una tijera de Mayo, siendo especialmente cuidadosos en el caso de que la zona a intervenir sea el cuero cabelludo.

Tras el afeitado, se pincelará la piel con una torunda de gasas estériles embebida en povidona yodada al 10%. Se realizarán movimientos en espiral del centro a la periferia hasta colorear un área de piel mayor que el orificio de paño fenestrado que se utilice.

- ❑ Aislamiento del campo quirúrgico
Se realizará mediante la colocación de paños fenestrados estériles que se depositarán sobre la zona a intervenir directamente desde su envoltorio para evitar la contaminación.
- ❑ Presentación del instrumental
Sobre la mesa auxiliar con ruedas se colocará un paño estéril. El instrumental que vaya a utilizarse se depositará sobre él directamente desde sus envases para evitar su contaminación.

3. Manejo de los desechos

Deben utilizarse contenedores adecuados tanto para los restos quirúrgicos biocontaminados (gasas, hilos de sutura, guantes...) como para el material cortante y punzante (agujas, jeringuillas, hojas de bisturí, punches, ampollas...)

ASEPSIA E HIGIENE EN CIRUGÍA MENOR	
<u>CIRUJANO Y AYUDANTE</u>	Inmunizaciones: vacunación tétanos y hepatitis B. Vestimenta: Imprescindible bata no estéril / guantes estériles. Recomendable mascarilla / gorro. Lavado de manos: rutina de Ayliffe. Colocación de guantes.
<u>CAMPO QUIRÚRGICO</u>	Rasurado y preparación de la piel. Aislamiento del campo quirúrgico: paños fenestrados estériles. Presentación del instrumental: de envase a paño estéril.
<u>MANEJO DE DESECHOS</u>	Contenedores adecuados: restos quirúrgicos / material cortante y punzante.

11 • RECOGIDA Y ENTREGA DE MUESTRAS DE TEJIDOS

A. HOJA DE PETICIÓN

Es imprescindible utilizar los formularios del servicio de Anatomía patológica correspondiente y cumplimentar de forma legible los siguientes aspectos:

1. Datos de identificación

Nombre y apellidos del paciente, CIP, edad, sexo y teléfono de contacto, además de aquella información específica que solicite cada servicio de Anatomía patológica en particular.

2. Datos del médico

Nombre y apellidos del solicitante (quien realiza la biopsia y a quien se remitirá el informe), servicio o centro al que pertenece, teléfono y horario de contacto (por si se necesitara información adicional o comentar el caso). El médico que realiza la biopsia firmará la hoja de petición.

3. Datos de la muestra

Fecha de obtención, material remitido, localización de la lesión, antecedentes de extirpación de lesiones similares, diagnóstico clínico de sospecha y toda aquella información que se considere relevante para el caso.

B. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

1. Líquido fijador

Una vez obtenida la muestra, se introducirá en un frasco con formol tamponado al 10%, en una proporción de aproximadamente unas diez veces el tamaño de la muestra. Se cerrará el frasco herméticamente y se conservará a temperatura ambiente (una vez sumergida en formol, la muestra no debe almacenarse en nevera). No puede utilizarse alcohol ni suero fisiológico.

2. Frascos

Deben ser de plástico y con cierre hermético, preferentemente de rosca. Habitualmente se utilizan frascos de recogida de muestras de orina para las muestras pequeñas y botes de plástico de boca ancha con cierre de rosca para muestras de mayor tamaño.

3. Identificación del frasco

Se realizará con etiqueta adhesiva y/o rotulador, registrando el nombre y apellidos del paciente. Serán devueltos los frascos no identificados o aquellos en los que no coincida la identificación con la de la hoja de petición.

Es muy importante que tanto la cumplimentación de la hoja de petición como la identificación del frasco se realicen delante del paciente, para evitar el intercambio accidental de muestras. Este error es muy grave y, en ocasiones, irresoluble.

12 • SISTEMAS DE REGISTRO Y EVALUACIÓN

A. DOCUMENTOS

Las actividades de CM deben ir acompañadas de un adecuado sistema de registro que permita recoger los datos imprescindibles que garanticen la cobertura legal necesaria, la información sobre la actividad y su evaluación. Esta información se utilizará con fines clínicos, docentes y de investigación.

El servicio de cirugía menor se encuentra incluido en la cartera de servicios de AP con el código: Q000. El sistema de registro, cuyo soporte podrá ser el papel u otro informático, se basará sobre los siguientes documentos: la historia clínica, el libro de registro (Anexo VI), la hoja de valoración quirúrgica (Anexo II), el consentimiento informado (Anexo III) y diferentes hojas informativas.

1. Historia clínica

Es el documento que establece la legislación para registrar todos los datos sanitarios de los pacientes y al que tienen derecho por ley.

2. Libro de registro (anexo VI)

Es un documento donde se deben asentar de una forma simple y clara aquellos datos que se consideran necesarios para ser consultados con los fines anteriormente mencionados. En el Anexo VI se establece el modelo de libro de registro con los datos mínimos que debe recoger.

Independientemente de cómo se organice la actividad en el EAP, sólo existirá un libro de registro para todo el centro de salud, que se debe mantener en el área que se designe para realizar la actividad y al que se le asignará un custodio.

3. Hoja de valoración quirúrgica (anexo II)

La primera parte de este documento tiene como fin el minimizar la posibilidad de que ocurran accidentes evitables. Utilizado sistemáticamente ayuda a detectar pacientes con riesgo quirúrgico así como la presencia de contraindicaciones absolutas o relativas.

La segunda mitad de este documento recoge los profesionales que han intervenido en el proceso, el procedimiento empleado, las complicaciones surgidas durante y después de la intervención y la solicitud de estudio anatomopatológico.

4. Consentimiento informado (anexo III cara anterior)

Es un documento, imprescindible desde el punto de vista legal, que garantiza que el paciente recibe la información necesaria sobre la intervención que se le va a realizar y que autoriza al profesional sanitario a practicársela. Una vez cumplimentado debe ser archivado en la historia clínica del paciente.

5. Hoja informativa para el paciente antes de la intervención (anexo III cara posterior)

Es un documento que recoge todo aquello que el paciente debe saber antes de someterse a la intervención quirúrgica.

6. Hoja informativa para el paciente después de la intervención (anexo IV)

Es un documento que informa al paciente sobre los cuidados postquirúrgicos y las posibles complicaciones de la intervención.

B. INDICADORES

1. Indicadores generales

- ☐ Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP
- ☐ Número de intervenciones anuales realizadas/unidad de CM avanzada

2. Indicadores de cobertura

- ☐ Nº EAP en que se realiza CM básica x 100/nº EAP del área de salud
- ☐ Nº EAP con unidades de CM avanzada de referencia x 100/nº EAP del área de salud
- ☐ Nº de médicos que realizan CM x 100/nº de médicos del área
- ☐ Nº de enfermeras que realizan CM x 100/nº de enfermeras del área
- ☐ Nº de habitantes con acceso al servicio de CM/nº de habitantes del área

3. Indicadores de proceso

- ☐ Nº de intervenciones con consentimiento informado correctamente cumplimentado x 100/nº total de intervenciones realizadas por el EAP
- ☐ Nº de intervenciones con solicitud a Anatomía patológica x 100/nº total de intervenciones realizadas por el EAP

5. Indicadores de resultado

- ☐ Nº de complicaciones postquirúrgicas observadas x 100/nº total de intervenciones realizadas por la unidad CM
- ☐ Nº de complicaciones hemorrágicas postquirúrgicas observadas x 100/Nº total de intervenciones realizadas por la unidad CM
- ☐ Nº de infecciones postquirúrgicas observadas x 100/nº total de intervenciones realizadas por la unidad CM
- ☐ Nº de dehiscencias de suturas observadas x 100/nº total de intervenciones realizadas por la unidad CM
- ☐ Nº de cicatrices hipertróficas x 100/nº total de intervenciones realizadas por la unidad CM
- ☐ Nº de queloides x 100/nº total de intervenciones realizada por la unidad CM

- ☐ N° de diagnósticos clínicos concordantes con la anatomía patológica x 100/N° total de diagnósticos clínicos realizados por el EAP
- ☐ Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

C. NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS (ANEXO VII)

Toda persona incluida en el servicio deberá:

- NTM 1. Tener un diagnóstico clínico. La lesión a intervenir debe estar en correspondencia con los medios disponibles y la formación de los profesionales.
- NTM 2. Realizar una correcta anamnesis sobre antecedentes personales (valorar especialmente si existe antecedentes de diabetes, coronariopatías, vasculopatía periférica, déficit inmunitario, cicatrificaciones hipertróficas o queloides) y alergias a medicamentos o anestésicos locales.
- NTM 3. Hacer constar la identificación del profesional responsable de la intervención y del ayudante.
- NTM 4. Poseer un consentimiento informado firmado por el paciente o responsable legal. Haber informado de los riesgos que conlleva la intervención y sus posibles complicaciones.
- NTM 5. Tener realizada una exploración física previa a la intervención que incluya toma de tensión arterial, auscultación cardiopulmonar y palpación de los pulsos periféricos.
Excepción 1: existencia de estos datos en la historia clínica durante el último año.
Excepción 2: la palpación de pulsos periféricos si no se van a intervenir las extremidades.
- NTM 6. Haber realizado comentarios sobre la evolución de la intervención en las visitas de seguimiento. Poseer un diagnóstico anatomopatológico de los tejidos extirpados. Haber cumplimentado la fecha de intervención.
Excepción 1: no se precisaron visitas de seguimiento.
Excepción 2: no se precisó toma de muestra anatomopatológica.

D. CODIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS Y DE LOS PROCEDIMIENTOS

Se realizará la codificación de los procedimientos realizados mediante las clasificaciones internacionales CIAP y CIE 9-MC.

13 • ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

La adecuada información a los pacientes y su autonomía para decidir son la base fundamental sobre la que debe sustentarse cualquier actividad sanitaria. A continuación se enumeran los aspectos médico-legales que se consideran más relevantes.

A. PRÁCTICA DE LA CM EN AP

La práctica de la CM en el ámbito de la AP viene recogida, como ya se ha mencionado en otros apartados de este protocolo, en los reales decretos 63/1995 de 20 de enero y 1277/2003 de 10 de octubre. Del mismo modo, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se recoge en el Anexo II (cartera de servicios comunes de atención primaria) la CM que *“incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia de cada servicio de salud.”*

B. COMPETENCIA PROFESIONAL

En España la licenciatura en Medicina y Cirugía legitima al médico para la práctica de la CM. Además, el programa de formación en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria incluye formación específica en esta materia.

No obstante, reconociendo que a efectos prácticos pueden existir deficiencias de capacitación, en este protocolo se recogen y priorizan los aspectos formativos de los profesionales de AP previos al inicio de las actividades en CM. De esta forma se garantiza la actualización de conocimientos teóricos y habilidades prácticas para el ejercicio de dichas actividades.

En cuanto a los profesionales de enfermería, La Orden Ministerial de 26 de noviembre de 1945 que establece los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias, en su artículo 7º señala: *“El título de practicante habilita para realizar con la indicación o vigilancia las siguientes funciones: 1º Para el ejercicio de las operaciones comprendidas bajo el nombre de Cirugía Menor.”*

El 4 de diciembre de 1953 se publica el decreto que unifica las tres profesiones sanitarias (practicante, matrona y enfermera) en el título de Ayudante Técnico Sanitario, y el Real Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre del Ministerio de la Gobernación, de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, en su artículo 3º indica que los practicantes y los ATS tendrán las mismas funciones a todos los efectos profesionales, sin pérdida de ninguno de los que específicamente se fijaron. A falta de una normativa más específica y actualizada, es preciso acatar la legislación vigente y las sentencias emitidas que han creado jurisprudencia y que dicen que, al ser considerada una actividad delegada, debe hacerse bajo la dirección o indicación de un médico.

En la actualidad, la mayoría de los enfermeros de AP realizan CM: el 98,5% según E. Oltra Rodríguez y L. Mendiolagoitia, y el 77% según Gómez Sáez, J. et al. Existen experiencias en el Servicio Andaluz de Salud de la realización de programas de CM exclusivamente por enfermeros.

Podemos señalar tres aspectos básicos en la intervención de enfermería en CM:

1. Papel principal en gran parte de la cirugía menor a demanda o de urgencias mediante la realización de suturas de heridas, drenajes, punciones, curas de úlceras cutáneas y heridas postquirúrgicas, etc. Si bien se entiende que estas prácticas tradicionalmente asistidas por profesionales de enfermería deberían ser precedidas por una labor de diagnóstico, indicación quirúrgica y obtención de consentimiento como actos médicos indelegables, la mayoría de estos procedimientos son la aplicación técnica de tratamientos de muy bajo riesgo, en los que la tradición organizativa de los servicios sanitarios, los resultados disponibles tras años de experiencia y la capacitación profesional incuestionable de la mayoría de los profesionales enfermeros, les permiten una práctica autónoma segura y efectiva por delegación del facultativo responsable en muchos de estos procesos. Hay que señalar que la Ley 44/2003, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias, indica en su artículo 9.4 que *“dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuación pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad de realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuera posible, con la oportuna acreditación”*.

Estas prácticas, por tanto, sólo deberían limitarse en caso de duda en la capacitación técnica real en el enfermero o de disparidad de criterio profesional entre médico y enfermera, en cuyo caso debe primar la responsabilidad jerárquica del facultativo.

2. Identificación oportunista (despistaje) en las consultas de enfermería de lesiones susceptibles de ser derivadas a consulta médica para su valoración quirúrgica correspondiente.
3. Colaborador técnico del cirujano o médico de familia, en la ayudantía y soporte de la CM programada. Aunque el papel del enfermero en la práctica de CM programada puede abarcar muchos aspectos, la definición concreta de sus funciones y responsabilidades, así como la adecuada coordinación con la actuación médica, deben ser expresamente consensuadas entre ambos estamentos para evitar la descoordinación y los problemas de relación.

En relación con lo expuesto, conviene reseñar que la legitimidad real para la práctica de la CM viene dada por los conocimientos que se poseen, por la buena práctica médico-quirúrgica y por la prudencia (principio de *primum non nocere*). Como norma general, ante cualquier duda tanto diagnóstica como de resultados quirúrgicos, debemos abstenernos y derivar el caso.

C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Constituye la condición esencial para la realización de cualquier procedimiento, primando la autonomía y derecho a decidir por parte del paciente o tutor/a. Deben recogerse datos relativos a:

1. Identidad del paciente o tutor en su caso
2. Explicación breve y sencilla (comprensible) del objetivo y de la forma de llevar a cabo el procedimiento
3. Información sobre los riesgos típicos y los infrecuentes pero potencialmente graves
4. Declaración del paciente o tutor en la que expresa su consentimiento y satisfacción con la información recibida

5. Declaración del profesional que informa (médico/enfermera). En principio, el médico debe informar sobre la intervención y el enfermero sobre aquellos aspectos de su competencia. (Ley 41/2002, Art. 4) *“El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.*

“El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- ☐ Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- ☐ Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- ☐ Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- ☐ Las contraindicaciones.”

(Art. 10)

La firma del consentimiento se realizará preferentemente en presencia de un testigo. Debe quedar registrada una copia del mismo en la historia de salud del paciente.

En caso de atención urgente, (Ley 41/2002, Art. 8 y 9) la regla general es que es suficiente con que el consentimiento se preste verbalmente.

Solo será necesario que conste por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, ante la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Se podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables para la salud del paciente sin la necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo inmediato grave para su integridad física y no es posible conseguir su autorización. En este caso deberá consultarse, si las circunstancias lo permiten, a sus familiares o a las personas a él vinculadas de hecho.

Si la situación no es urgente, no será suficiente con informar a sus familiares o a las personas a él vinculadas de hecho, sino que siempre deberá recabarse su consentimiento.

En la cara anterior del Anexo III se recoge el modelo de consentimiento informado que deberá utilizarse en las unidades de CM básicas y avanzadas.

D. SEGURIDAD LABORAL

Aunque las medidas de protección son generales para todos los profesionales sanitarios, aquellos que integren las unidades de CM las deberán tener especialmente en cuenta por su propia seguridad. Estas medidas son:

1. Pauta correcta de vacunación para el tétanos y para el VHB.
2. Conocimiento, y aplicación en su caso, del protocolo existente en el área de salud ante una inoculación accidental.

E. DOCENCIA

La realización de intervenciones quirúrgicas por parte de médicos en periodo de formación MIR se realizará bajo la estricta supervisión de un facultativo responsable acreditado por la unidad docente correspondiente.

14 • BIBLIOGRAFÍA

1. Anuncio de 29 de mayo de 1998 de la Dirección Gral. de la Administración Territorial y Gobernación. Publicación de Estatutos y Tarifas del Colegio Oficial de Enfermería de Sta. Cruz de Tfe. BOC, nº 88, 17/07/1998.
2. Arribas JM, 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. Clín. (Barc.) 1996; 107: 772-775.
3. Arribas JM. Repercusiones de la cirugía menor sin ingreso en las consultas de a.p. Editorial, FMC Vol. 5, n 4, abril 1998
4. Arribas JM et al. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Jarpyo Editores. 2000.
5. Arroyo A, et al. Programme to Introduce and Develop Minor out-Patient Surgery in Primary Care. Aten. Primaria, 2003 oct. 32(6):371-5.
6. Ballesteros R, et al. Exploración básica de la mano en atención primaria. Centro de Salud, oct. 1996
7. Caballero F, Gómez Martín O, et al. Protocolo de cirugía menor. Área 6 Atención Primaria, INSALUD Madrid. 1998.
8. Caballero F, Gómez O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (I). FMC 1997. Vol. 4, supl. 1.
9. Caballero F, Gómez O. Protocolo de cirugía menor en atención primaria (y II). FMC 1997. Vol. 4, supl. 2.
10. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización.
11. Castell Oliveres X. Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. Gaceta Sanitaria. Vol. 12, nº 3 mayo/junio 1998.
12. Decreto 117/1997 de 26 de junio sobre el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC nº 95 25/07/1997.
13. Decreto 17 noviembre 1960, núm. 2319/60 (Mº Gobernación) Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Competencia profesional.
14. Delgado F, et al. Descripción de un año de experiencia en cirugía menor por enfermeros de atención primaria. Técnicas y resultados. Hygia, 2002,15 (52): 43-9.
15. Estatutos de las profesiones auxiliares sanitarias y de los colegios oficiales de auxiliares sanitarios. Orden Ministerial de 26 de noviembre de 1945.
16. García, A, García, M. Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo (1668). Ed. Enfermundi-Consejo General de Enfermería de España. Sevilla, 2001.
17. García F, et al. Las heridas y cicatrices faciales. Med. Integ. 1995. Vol. 26 Núm. 2.
18. García M, et al., Fechas clave de la enfermería. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1994, (1) 63-68.
19. González A. Sistemas de esterilización (I). Rol 1991, 157: 69-74.
20. Gómez J, et al. Papel enfermero en la cirugía menor en atención primaria de salud. Metas de enfermería 2000;3(22); 27-33.

21. Guereña M J, Perna C, Gajate J. Clinicopathological Correlation in 370 Cases of Skin Minor Surgery Carried Out by Family Physicians. *Aten Primaria* 2001 sep. 30;28(5):320-5.
22. Guía de actuación en atención primaria. Segunda Edición. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2002.
23. Guillén C, et al. Manual Semfyc enfermedades de la piel. Ed. Masson 1996.
24. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
25. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
26. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (BOE nº 280 del 22 de Noviembre de 2003).
27. López A et al. Minor Surgery in Primary Care: Consumer Satisfaction. *Aten. Primaria* 2000 jun 30; 26(2):91-5.
28. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Xunta de Galicia. 2005.
29. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión. Real Decreto 842/2002, de 2 de agosto, B.O.E. nº 224.
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Evaluación de experiencia piloto de cirugía menor en atención primaria. Madrid, 1997.
31. Narbona B. Técnicas básicas en cirugía. Ed. Gregori 1982.
32. Oltra E, Mendiola Goitia L. Enfermería y cirugía menor. Antecedentes históricos. *Híades, Hª Enfermería*, 2001 oct. (8): 441-44.
33. Pérez C, et al. Guía de limpieza, desinfección y esterilización en atención primaria. Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. 2003.
34. Protocolo de actuación. Cirugía menor en atención primaria. Gerencia de A.P. de Badajoz. 1999.
35. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. 2004.
36. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. INSALUD. Área 1. Madrid. 1998.
37. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. INSALUD. Área 2 Madrid. 1998.
38. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Dirección de Atención Primaria. 1997.
39. Protocolo de cirugía menor. Atención primaria. INSALUD. Área 11 Madrid. 1998.
40. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 35 del 10/02/1995.
41. Rodríguez F. Apuntes del Curso de Cirugía Menor para Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife. 1997.
42. Romero, F. Implantación de la cirugía menor en atención primaria, una apuesta de calidad. *El Médico* nº 676, Mayo 1998.
43. Sánchez I, Zaragoza M. Instrumental quirúrgico: manipulación y conservación. *Rol*, 1988, 115, 56-60.
44. Sánchez J. Manual de técnicas quirúrgicas. Anestesia local. Cirugía menor. Ed. Fdez. Díaz de Santos. 1992.
45. Schniedman L. Manual de procedimientos de enfermería. Ed. Interamericana. 1993.
46. Tarraga PJ, et al. Economic Impact of the Introduction of a Minor Surgery Program in Primary Care. *Aten. Primaria* 2001 mar 31;27(5):335-8.
47. Urraca, J. et al, Cirugía menor en el centro de salud. *Cuadernos de Gestión*. Vol. 1, nº 3 oct-dic. 1995.
48. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz J, Blasco D. Efficiency of Minor Surgery in Primary Care According to the Costs. *Aten. Primaria* 2002 jun. 30; 30(2):86-91.
49. Wieck-King-Dyer. Técnicas en Enfermería. Interamericana. 3ª edición. 1998.



ANEXOS

I. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES	41
II. HOJA DE VALORACIÓN QUIRÚRGICA	43
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCIÓN	44
IV. HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	46
V. HOJA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
VI. LIBRO DE REGISTRO	48
VII. NORMAS TÉCNICAS MÍNIMAS	49



ANEXO I • Infraestructura y recursos materiales

A. CIRUGÍA MENOR BÁSICA

Infraestructura y mobiliario

- ☐ Sala adecuada para CM
- ☐ Mesa de despacho
- ☐ Silla de despacho
- ☐ 2 sillas confidente
- ☐ Papelera
- ☐ Teléfono
- ☐ Lavabo con agua corriente, dispensador de jabón y toallero de papel
- ☐ Vitrina con llave para material
- ☐ Camilla
- ☐ Escabel de camilla
- ☐ Banqueta con ruedas de altura articulable
- ☐ Foco de luz dirigible
- ☐ Lámpara lupa de pie
- ☐ Biombo
- ☐ Mesa auxiliar (cigüeña) con ruedas
- ☐ Contenedores para material desechable y para productos biológicos
- ☐ Esterilizador (opcional el del propio CS)
- ☐ Material de RCP accesible

Material fungible

- ☐ Mascarillas con pantalla protectora y gorros
- ☐ Guantes estériles
- ☐ Cepillos para lavado de manos
- ☐ Paños de campo no fenestrados y fenestrados
- ☐ Bisturís desechables
- ☐ Suturas no reabsorbibles y reabsorbibles
- ☐ Puntos de aproximación
- ☐ Jeringas y agujas
- ☐ Drenajes (varios tipos)
- ☐ Apósitos de tipo tulgrasum® o linitul®
- ☐ Gasas y compresas estériles
- ☐ Vendas
- ☐ Esparadrapos
- ☐ Tiritas

- ☐ Bateas
- ☐ Anestésicos locales
- ☐ Suero fisiológico
- ☐ Povidona yodada
- ☐ Rasuradoras
- ☐ Botes estériles para recogida de muestras de tejidos
- ☐ Formol al 10%
- ☐ Delantales de plástico
- ☐ Gafas o pantallas protectoras
- ☐ Detergente enzimático
- ☐ Detergente de alto nivel
- ☐ Cepillo de cerdas no metálicas
- ☐ Varillas de nitrato de plata

Cajas de instrumental quirúrgico

- ☐ Tijera de Mayo curva de punta recta de 14 cm
- ☐ Tijera de Meztembaum curva de punta roma de 14 cm
- ☐ Porta-agujas de 14 cm
- ☐ Pinza de disección con diente de 12 cm
- ☐ Pinza de disección fina sin diente de 13 cm
- ☐ Pinza de disección de Adson con diente de 12 cm
- ☐ 2 pinzas de mosquito curvas sin dientes de 12,5 cm
- ☐ Cucharilla para moluscum contagiosum
- ☐ 2 Separadores de doble uso de Senn-Mueller o de Kilner
- ☐ Pinza de Pean

B. UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AVANZADA

Además de lo expuesto para la Unidad de CM Básica:

- ☐ Sala con suelo conductivo y panel de aislamiento
- ☐ Lavabo con llave quirúrgica
- ☐ Camilla articulada regulable en altura y basculante
- ☐ Foco articulable de luz fría
- ☐ Bisturí eléctrico con accesorios
- ☐ Aparato para criocirugía/criterapia con nitrógeno líquido
- ☐ Carro de RCP con desfibrilador y pulsioxímetro
- ☐ Esterilizador
- ☐ Punchs

ANEXO II • Hoja de valoración quirúrgica



Servicio
Canario de la Salud

GERENCIA DE
Unidad de CM Básica ☐ Avanzada ☐

HOJA DE VALORACIÓN QUIRÚRGICA

CENTRO DE SALUD FECHA
MÉDICO/A ENFERMERO/A
PACIENTE
DOMICILIO TELÉFONO
CLAVE Hª SALUD NÚMERO S.S.

ANTECEDENTES PERSONALES	SÍ	NO
Alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa)		
Tratamiento con fármacos que alteren la coagulación		
Cardiopatía isquémica grave		
Vasculopatía periférica grave		
Diabetes mellitus mal controlada		
Insuficiencia respiratoria, renal o hepática graves		
Coagulopatía		
Déficit inmunitario		
Portador de marcapasos o desfibrilador		
Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides		

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
LOCALIZACIÓN:

EXPLORACIÓN FÍSICA	NORMAL	PATOLÓGICA
Tensión arterial		
Auscultación cardiopulmonar		
Pulsos periféricos		

EQUIPO DE INTERVENCIÓN:

P-1. (NOMBRE Y CATEGORÍA)
P-2. (NOMBRE Y CATEGORÍA)

FECHA DE INTERVENCIÓN HORA
PROCEDIMIENTO APLICADO
COMPLICACIONES DURANTE EL ACTO: NO ☐ SÍ ☐

ENTREGA DE MUESTRA PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA: NO ☐ SÍ ☐
1ª REVISIÓN (FECHA Y COMENTARIO)
2ª REVISIÓN (FECHA Y COMENTARIO)

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	SÍ	NO
HEMORRAGIA / HEMATOMA		
INFECCIÓN		
DEHISCENCIA DE SUTURA		
CICATRIZ HIPERTRÓFICA		
QUELOIDE		

Fdo. Equipo de cirugía menor.....

ANEXO III • Consentimiento Informado

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE ANTES DE LA INTERVENCIÓN



Servicio
Canario de la Salud

GERENCIA DE

Unidad de Cirugía Menor

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro de salud

Nombre y apellidos del paciente

Lesión para la que se solicita consentimiento:

Procedimiento a realizar

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Por favor, lea atentamente este documento, después de leer la hoja informativa adjunta (en el reverso de esta hoja).

Si tiene alguna duda o quiere más información, puede preguntarle al médico o enfermera ahora.

Por favor, compruebe que toda la información de este documento es correcta y, si es así y está conforme, firme en el lugar indicado.

Soy el PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL (marque con un círculo lo que proceda).

- Estoy de acuerdo en que se me ha explicado correctamente por el médico abajo firmante el tipo de intervención así como la anestesia que se va a utilizar.
- He entendido que cualquier procedimiento añadido al descrito sólo se realizará si es por mi bien, si es necesario, si está justificado por causas médicas y previa autorización verbal por mi parte.
- Autorizo la toma de fotografías/vídeo de la zona a intervenir con fines clínicos o docentes, garantizando adecuadamente mi anonimato, así como la presencia de alumnos con fines docentes.

AUTORIZO:

Fecha: / / DNI:.....Firma

MÉDICO:

He explicado el tipo de intervención y las complicaciones más frecuentemente posibles, con palabras y términos comprensibles para el paciente y/o su familiar o tutor.

Considero que el paciente ha sido adecuadamente informado y ha aceptado.

Nombre del médico:

Fecha: / / Firma

**LA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO FIRMADO, ES IMPRESCINDIBLE PARA QUE
SE LE REALICE LA INTERVENCIÓN**

HOJA INFORMATIVA ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Las técnicas de cirugía menor son pequeñas intervenciones que se realizan sobre la piel con anestesia local y tras las que no son esperables complicaciones importantes. Estos procedimientos duran entre 10 y 30 minutos y al finalizar podrá regresar a su casa. Puede acudir después de haber comido o bebido algo. Si lo prefiere, puede acompañarle un familiar o un amigo, aunque éste, en general, no podrá entrar en la sala de intervención.

Los tipos de intervención que se practican más habitualmente son:

- **Escisiones:** se extirpa la lesión con una porción de piel sana alrededor reparándose posteriormente con una sutura de puntos.
- **Biopsias:** se toma un fragmento de la lesión para su análisis reparándose posteriormente con una sutura de puntos. El fragmento extirpado se envía al laboratorio para su estudio y confirmación diagnóstica.
- **Electrocoagulación:** la lesión se destruye mediante un bisturí eléctrico no precisándose sutura posteriormente.

Si es su caso, su médico o enfermero le informará sobre otros tipos de intervención.

PROCEDIMIENTO AL QUE SE VA A SOMETER

- **Firma del consentimiento informado:** después de leer esta hoja informativa y de realizar las preguntas que desee, debe firmar la hoja de consentimiento informado autorizando la intervención propuesta.
- **Preparación:** se tumbará en la camilla con la zona del cuerpo a tratar descubierta y se le aplicará en la lesión y a su alrededor un antiséptico coloreado (povidona yodada), cubriéndola después con un paño estéril.
- **Anestesia local:** se le administrará un anestésico local inyectado con una aguja fina alrededor de la lesión tras lo cual no notará ningún dolor. En caso de percibir molestias, avise al profesional que le intervenga y se le administrará más anestesia.
- **Cirugía:** la intervención será realizada por un médico, un enfermero, o por ambos, según sea su complejidad. Si durante la técnica se extirpa una lesión, ésta se enviará al laboratorio para su análisis histológico. El resultado se lo podrá dar su médico o enfermero al cabo de unos 15-30 días.
- **Sutura:** tras la intervención, y si fuera necesario, la zona de piel afectada se reparará con puntos de sutura. Estos puntos, salvo si son reabsorbibles, se le retirarán al cabo de unos días tal y como se le indicará.
- **Vendaje:** se le colocará un vendaje y se le darán instrucciones sobre su cuidado y de cuándo debe ser revisado por su médico o enfermero.

Si es su caso, su médico o enfermero le informará sobre otros procedimientos.

PROBLEMAS QUE PUEDEN OCURRIR

Aunque en la mayoría de los casos se obtiene la curación rápida de la zona intervenida, en alguna ocasión pueden ocurrir problemas menores que usted debe conocer:

- **Inflamación:** un pequeño enrojecimiento de los bordes de la herida es normal y carece de importancia. Desaparece en pocos días.
- **Infección:** ocasionalmente la inflamación alrededor de la herida aumenta, acompañada de dolor y, a veces, pus en la herida o en los puntos de sutura. Si esto ocurre, deberá acudir a su médico o enfermero por si precisara retirar la sutura o tomar un antibiótico.
- **Hemorragia:** en estas pequeñas intervenciones el sangrado es mínimo, pero puede producirse eventualmente después de haber suturado la herida. Casi siempre cede comprimiendo la zona durante unos minutos. Si no lo consigue, deberá acudir a su médico o enfermero por si necesitara algún tratamiento complementario.
- **Dehiscencia de la sutura:** la herida se puede abrir, pero casi siempre se debe a una retirada demasiado precoz de los puntos o a un exceso de actividad en la zona tras la intervención. Su médico o enfermero le aconsejará reposo e incluso le inmovilizará la zona intervenida si existiera riesgo especial.
- **Cicatriz evidente:** algunas personas tienen una forma anormal de cicatrizar las heridas produciendo cicatrices de gran tamaño. Si le ha ocurrido con anterioridad, existen más posibilidades de que vuelva a pasar.
- **Síncopes:** determinadas personas pueden sufrir episodios de mareo momentáneo durante o después de la intervención. Suelen ser de origen emocional y ocurren sobre todo en personas fácilmente impresionables. Si ha sufrido algo parecido previamente, coméntelo a su médico o enfermero.
- **Problemas con la anestesia:** las alergias son extremadamente raras con los anestésicos utilizados actualmente. Si junto a la anestesia se utiliza adrenalina (disminuye el sangrado de la zona) algunos pacientes muy sensibles pueden percibir nerviosismo o palpitaciones. Si ha sufrido algo parecido previamente coméntelo a su médico o enfermero.

PREGUNTE A SU MÉDICO O ENFERMERO/A CUALQUIER OTRA DUDA O CONSULTA QUE DESEE.

ANEXO IV • Hoja informativa para el paciente después de la intervención



Servicio
Canario de la Salud

GERENCIA DE
Unidad de Cirugía Menor

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Se le ha realizado una intervención quirúrgica menor y se le ha suturado con puntos para acelerar el proceso de cicatrización. Con el fin de evitar complicaciones y que el proceso de recuperación sea lo más rápido y eficaz posible, le sugerimos que lea las siguientes recomendaciones:

- **Dolor:** si después de pasar el efecto de la anestesia tuviera molestias puede tomar cada horas.
- **Cuidados del vendaje/apósito:** el vendaje, salvo recomendación específica en otro sentido, debe retirarse al día siguiente de la intervención, aplicándose a continuación sobre la herida, y siempre que no sea alérgico al yodo, povidona yodada. Siga las instrucciones que le den sobre los cuidados posteriores y, aunque la mayoría de las heridas no precisan estar tapadas pasados unos días, conviene seguir aplicando povidona yodada dos veces al día y mantener la zona limpia.
- **Baños:** deberá evitar mojar la herida durante el primer día. Después podrá lavarse utilizando agua y jabón normal secando suavemente la zona y aplicando posteriormente povidona yodada. La herida puede mojarse pero no debe mantenerse húmeda. Si el vendaje se moja, debe quitarse, secar la herida, aplicar povidona yodada y volver a tapar con gasa o dejar al aire, dependiendo de lo que le hayan recomendado.
- **Exposición al sol:** las heridas en proceso de cicatrización se oscurecen y se pigmentan si les da el sol. Debe evitar la exposición al sol de la zona operada hasta pasados 4-6 meses. En zonas expuestas habitualmente (cara, cuello, brazos) conviene utilizar cremas protectoras con un factor de protección alto durante este tiempo.
- **Retirada de puntos:** debe acudir al centro de salud para la retirada de los puntos de sutura a los días.

Una vez que se los hayan retirado, si le colocan unas tiras adhesivas, las debe mantener puestas unos 5-7 días, para ayudar a una correcta cicatrización. Si le hubieran dado puntos internos, debe saber que éstos no se retiran, ya que se absorben espontáneamente.

Posibles complicaciones:

- **Reapertura de la herida.** Se produce por exceso de tensión de la cicatriz. Cuantos menos movimientos o esfuerzos realice en la zona de la herida, mejor cicatrizará. Debe evitar esfuerzos, coger cargas pesadas o practicar ejercicios, que incidan sobre la zona durante 20 - 30 días. Si nota que se abre la herida, debe acudir a su centro de salud.
- **Infección.** Los bordes de la herida pueden estar ligeramente enrojecidos, lo que es completamente normal. Si el enrojecimiento abarca más de 0,5 cm. del borde, nota demasiado dolor o ve signos de pus en la herida, acuda al centro de salud.
- **Hemorragia.** La mayoría de las hemorragias se interrumpen aplicando presión sobre la zona. Si el vendaje o apósito se le mancha de sangre, cámbielo por una gasa estéril u otro vendaje. Si aprecia sangrado de la cicatriz, presione con una gasa sobre la herida unos minutos y si continúa sangrando acuda al centro de salud.

ANEXO V • Revocación del consentimiento informado

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña..... (nombre y apellidos del paciente)
de..... años. con D.N.I. nº

D/Dña..... (nombre y apellidos) de años con
D.N.I. nº en calidad de (representante legal) de
..... (nombre y apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento,
que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 200... (lugar y fecha)

Fdo.: El médico

Fdo.: El paciente o representante legal

[illegible]

Hoja nº _____

ANEXO VII • Normas técnicas mínimas

Historia de salud:

SERVICIO Q.000 CIRUGÍA MENOR

NORMAS TÉCNICAS		EVALUACIÓN			PUNTOS
NTM 1	Consta el diagnóstico	SÍ	NO	No=0 Sí=100	
NTM 2	Antecedentes personales	SÍ	NO	No=0 1Sí=50 2Sí=100	
	Alergias	SÍ	NO		
NTM 3	Identificación del profesional responsable y ayudante/s	SÍ	NO	No=0 Sí=100	
NTM 4	Hoja de consentimiento informado firmada por el paciente o responsable legal	SÍ	NO	No=0 Sí=100	
NTM 5	Medición de la tensión arterial	SÍ	NO	Exc. 1	No=0 1Sí=33 2Sí=66 3Sí=100
	Auscultación cardiopulmonar	SÍ	NO	Exc. 1	
	Pulsos periféricos	SÍ	NO	Exc. 1 Exc. 2	
NTM 6	En las visitas de seguimiento consta la valoración de la herida	SÍ	NO	Exc. 1	No=0 1Sí=33 2Sí=66 3Sí=100
	Existe informe anatomopatológico de los tejidos extirpados	SÍ	NO	Exc. 2	
	Fecha de la intervención	SÍ	NO		



GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

ANESTESIA LOCAL

SUTURA

CIRUGÍA MENOR DE LA UÑA

- UÑA INCARNATA
- EXTIRPACIÓN DE LA UÑA
- EXTIRPACIÓN MATRIZ UNGUEAL
- PANADIZO

ABSCESO CUTÁNEO

QUISTE EPIDERMOIDE O SEBÁCEO

DERMATOFIBRA

FIBROMA PÉNDULO

EXTIRPACIÓN DE NEVUS

EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS

QUERATOSIS SEBORREICA

QUERATOSIS ACTINIA

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

LIPOMA

ANESTESIA LOCAL

La realización de una cirugía menor confortable y segura precisa la utilización de anestésicos locales (AL). Actúan a nivel de los axones bloqueando la propagación del potencial de acción en los canales de sodio, logrando así un bloqueo reversible de la conducción de los impulsos nerviosos.

La estructura química de estos fármacos consta de un anillo aromático y un grupo amina. Según el tipo de cadena que une ambos componentes dividimos a los AL en dos grupos: ésteres y amidas. Debido a sus riesgos potenciales (mayor probabilidad de reacciones alérgicas y de sobredosificación), los ésteres se reservan para su uso en formulaciones tópicas. Las amidas excepcionalmente producen alergia real. De ellas las más usadas en atención primaria son: la lidocaína, mepivacaína o la bupivacaína.

ANESTÉSICOS LOCALES MÁS USADOS EN CM				
AGENTE	INICIO ACCIÓN	DURACIÓN	DOSIS MÁXIMA	NOMBRE COMERCIAL
LIDOCAÍNA (solución al 1%)	Rápido (= 1 minuto)	Intermedia (30-60 minutos)	Sin adrenalina: 300mg (30ml) (4mg/kg) Con adrenalina: 500mg (50ml) (7mg/kg)	Lincaína® Anestecidan® Cidancaina® Xylonibsa®
MEPIVACAÍNA (solución al 1 y 2%) (de elección)	Rápido (3-5 minutos)	Intermedia (30-60 minutos)	(1%) Sin adrenalina: 300mg (30ml) (5mg/kg) (1%) Con adrenalina: 500mg (50ml) (7mg/kg)	Scandicaín® Scandinibsa®
BUPIVACAÍNA (solución al 0,25%)	Intermedio (>5 minutos)	Larga (1-3 horas)	Sin adrenalina: 175mg (70ml) (3mg/kg) Con adrenalina: 225mg (90ml) (3mg/kg)	Svedocaín®

Las dosis recomendadas son referidas a adultos. En niños se aconseja el uso de lidocaína al 1% sin superar las dosis de 1,5 mg/Kg (sin adrenalina) o de 3-4 mg/Kg (con adrenalina).

En cirugía menor podemos utilizar básicamente **tres tipos de anestesia**:

ANESTESIA TÓPICA

Se puede aplicar sobre mucosas o piel.

Aplicación en mucosas

Existen formulaciones de anestésicos locales en solución, gel o colirio, que producen una anestesia de corta duración suficiente para pequeños procedimientos (drenaje de un orzuelo, sutura de pequeñas laceraciones orales, sondaje urológico, etc.).

Aplicación en piel

Existen cremas de anestésicos locales (EMLA®) que pueden insensibilizar aceptablemente en 30-40 minutos zonas de piel poco queratósicas. Es útil en niños (ante procedimientos como la punción lumbar o la sutura de heridas) o en adultos con fobia real a las agujas y punciones. Otra forma de anestesia tópica, más utilizada que las cremas, es el aerosol refrigerante de cloruro de etilo (Cloretilo®). Estos aerosoles consiguen una anestesia cutánea eficaz de muy breve duración (un minuto) por enfriamiento. Su aplicación se hace vaporizando el área a anestesiarse durante 5-6 segundos hasta su blanqueamiento y procediendo inmediatamente a una intervención rápida (afeitado, punción, etc.). Puede combinarse con anestésicos por infiltración vaporizando con Cloretilo® previamente a la aplicación de éstos últimos.



Figura 2

Anestesia local intradérmica

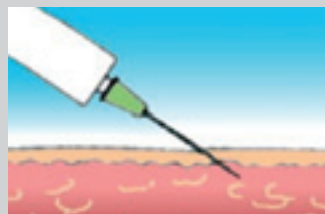


Figura 3

Anestesia local subcutánea

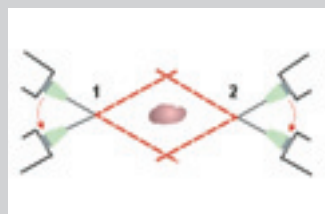


Figura 4

Infiltración angular (doble punción)

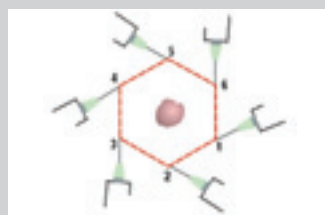


Figura 5

Infiltración perifocal

ANESTESIA POR INFILTRACIÓN

Donde el agente anestésico se infiltra extravascularmente mediante una o múltiples inyecciones en los tejidos cutáneo y subcutáneo de la zona a intervenir. Es la técnica más común para la CM de territorios no distales.

Se hace primero la *infiltración del primer habón anestésico*. Para esto usamos una aguja de punción subcutánea (naranja), con la que conseguimos una zona de piel insensible sobre la cual podemos introducir agujas más gruesas y largas. Esta primera punción puede aliviarse realizando previamente una aplicación de Cloretilo®. Puede resultar asimismo menos dolorosa si la punción se realiza acercando la piel pellizcándola entre dos dedos. Realizamos entonces una infiltración que, según su profundidad, puede ser intradérmica o subcutánea (menos doloroso) con 1-2 ml de anestésico.

A continuación realizamos la *infiltración subcutánea del área quirúrgica completa*. A través del primer habón puede introducirse (si es preciso) una aguja más gruesa y larga, infiltrando repetidamente pequeñas cantidades de anestésico a medida que se avanza o retira la aguja. Con cada inserción de la aguja es conveniente aprovechar toda su longitud. Una vez realizada la infiltración conviene esperar 2-3 minutos mientras se da un suave masaje sobre la zona con una gasa, para ayudar a la difusión de la anestesia y dar tiempo a que sea efectiva.

Hay varios patrones para realizar esta infiltración (figuras 4 y 5):

ANESTESIA TRONCULAR (por bloqueo nervioso regional)

Donde el agente anestésico se infiltra en algún punto del trayecto del nervio cutáneo con lo que se insensibiliza distalmente todo el territorio dependiente.

Tiene las ventajas de permitir anestesiarse grandes superficies corporales con mínimas cantidades de anestésico, no producir tumefacción de la zona, poseer un efecto anestésico prolongado y, además, evitar la manipulación de zonas dolorosas antes de su intervención.

Como desventajas debemos señalar que existe la posibilidad de producir daño neural (traumático o químico), tiene un inicio de acción algo más lento (8-10 minutos) y aumenta el riesgo de inyección intravascular dada la proximidad de arteria y vena al nervio.

En A.P. es de especial interés la utilización del bloqueo digital para las intervenciones de los dedos de manos y pies (sutura de laceraciones, tratamiento de la uña *incarnata*, panadizos, etc.).

El uso de un vasoconstrictor junto con el agente anestésico prolonga y aumenta su efecto anestésico, aunque el inicio del efecto es algo más lento. Además de lo referido ofrece la ventaja de facilitar el acto quirúrgico al minimizar el sangrado y también de hacer menor el riesgo de toxicidad sistémica del anestésico.

Las desventajas que tiene su utilización son: produce irritación tisular al infiltrar (por su bajo pH), el riesgo de espasmo prolongado y una posible estimulación simpática cardiovascular y del SNC.

Como contraindicaciones tenemos:

1. No debe usarse anestesia con vasoconstrictor en zonas acras (dedos, oreja, nariz, párpados o pene).
2. No debe aplicarse en pacientes con vasculopatía periférica, HTA, coronariopatía, diabetes ni en gestantes.
3. no debe asociarse con el uso de IMAO, beta-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos ni fenotiacidas.

El agente de elección es la adrenalina a concentración al 1:100.000. Existe en soluciones comerciales combinadas con el anestésico local. Tienen el inconveniente de ser más dolorosas al infiltrar que el anestésico solo. Como alternativa indolora y disponible en cualquier medio, tenemos la posibilidad de preparar una dilución adecuada del vasoconstrictor (0,1 ml de la adrenalina comercial al 1:1.000 en 10 ml de suero fisiológico). Con esta solución podemos infiltrar el área que deseamos isquemizar después de haber anestesiado la zona. En cualquier caso no debe excederse la dosis de 0,5 mg de adrenalina.

EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES

Locales

Las complicaciones más frecuentes son la aparición de dolor, formación de equimosis o hematomas, la lesión de un tronco nervioso o de la estructura subcutánea.

Para evitarlas debemos explicar al paciente lo que se le va a hacer y lo que va a sentir (sensación de "ardor" o "pinchazo"); utilizar agujas no muy gruesas ni muy cortas; realizar la punción cuidadosamen-



Bloqueo digital/anestesia troncular

Figura 6

te infiltrando el anestésico lentamente con el menor volumen de anestésico posible; si al realizar bloques nerviosos interdigitales el paciente refiere dolor, se debe detener la inyección y cambiar ligeramente la posición de la aguja (retirar despacio hasta que no duela); hay que tener mucho cuidado con la inyección intravascular, dada la proximidad de la arteria y vena al nervio en estas zonas (se debe aspirar antes de inyectar).

Sistémicas

Pueden ser básicamente de tres tipos: reacción alérgica, toxicidad por sobredosis y las más frecuentes que son las reacciones psicógenas.

Las *reacciones alérgicas* son excepcionales con los anestésicos recomendados (amidas). La clínica es la típica: picor, urticaria, eritema, tos, disnea, náuseas, vómitos, diarrea; cuando es grave, aparece broncoespasmo, edema de glotis, hipotensión y shock. *Tratamiento*: si son leves poner adrenalina SC 0,3- 0,5 mg, repetible cada 20 minutos. Si es grave avisar para traslado a una UVI, oxígeno adrenalina IV diluida (0,5 mg c/5-10 minutos).

Intoxicación por sobredosis: puede ser absoluta (poner más dosis de las recomendadas para cada AL) o relativas (por inyección intravascular del AL). Se producen síntomas derivados de la toxicidad cardiovascular y sobre el SNC.

SÍNTOMAS DE LA INTOXICACIÓN POR SOBREDOSIS DE AL

SNC (clínica más precoz de intoxicación)

- ☐ Leve: acúfenos, sabor metálico, parestesias, náuseas, vómitos, vértigo, inquietud
- ☐ Moderada: nistagmus, alucinaciones, fasciculaciones, temblor de manos y convulsiones
- ☐ Grave: apnea y coma

Cardiovascular

Hipotensión, arritmias, colapso circulatorio, parada cardíaca en asistolia.

Tratamiento de la intoxicación por sobredosis leve - moderada - grave

Administrar 1-2 mg de diazepam IV diluido en 10cc de suero salino y oxígeno. Si es grave: avisar para traslado a UVI, oxígeno, diazepam IV (0,1 mg/kg) aumentando dosis de 5 en 5 mg, lentamente.

Reacción psicógena: es la más frecuente de las reacciones adversas que se producen en CM. Son reacciones vaso vagues producidas por ansiedad o dolor. Pueden ser de intensidad variable, llegando incluso al síncope. Se tratan con posición de Trendelenburg, tranquilizando al paciente. A veces es necesario el uso de fluidoterapia y atropina (1 amp IV).

MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN CM

- ☐ No sobrepasar las dosis (cargar personalmente la jeringa). Esperar el tiempo necesario para el efecto anestésico.
- ☐ Preguntar por alergias (intervenciones previas, procedimientos dentales).

- ☐ Aspirar la jeringa siempre antes de infiltrar el anestésico.
- ☐ Si en el momento de la punción aparece dolor intenso, retirar la aguja y cambiar el sentido de la infiltración.
- ☐ Mantener contacto verbal con el paciente durante la intervención. Evitar comentarios inadecuados (p. ej. narración de la intervención).
- ☐ Disponer de material de RCP mínimo:
 - Ambú
 - Cánula de tráquea
 - Laringoscopio
 - Adrenalina (amps. De 1ml a 1:1000)
 - Diazepam (amps. de 2 ml con 10mg)
 - Atropina
 - Oxígeno
 - Tubos endotraqueales (varias medidas)
 - Material para perfusión endovenosa (catéteres, sistemas de goteo y solución intravenosa)



SUTURAS

CONCEPTO

Entendemos por sutura, el procedimiento que se sigue en una herida (quirúrgica o no) para poner en contacto los bordes de la misma, con el fin de que cicatrice correctamente.

OBJETIVOS

El objetivo principal de una sutura es aproximar tejidos de las mismas características para lograr una adecuada cicatrización. De esta manera se logra restablecer la continuidad de la barrera cutánea que por cualquier circunstancia ha sido alterada.

MATERIAL NECESARIO

Dividiremos este apartado en dos partes:

Materiales de sutura

Material necesario para efectuar correctamente una sutura.

El material utilizado en las suturas puede ser: natural, sintético o metálico. No obstante, desde un punto de vista práctico podemos clasificarlo como absorbible o no absorbible.

1. Suturas absorbibles son:

- ☐ Safil® es una sutura sintética absorbible a medio plazo, multifilar, trenzada e impregnada, compuesta por ácido poliglicólico puro (color violeta o incoloro). Safil® se reabsorbe por hidrólisis y aporta una absorción fiable y predecible. Período de resistencia útil de 22 a 25 días. Período de reabsorción de 60 a 90 días.
- ☐ Ácido poliglicólico (Dexon®) y Polyglactin 910 (Vycril®). Material inorgánico reabsorbible. Multifilamento. Formado por polímeros de ácido glicólico y láctico. Su degradación es por hidrólisis química, hecho que disminuye la reacción tisular de la sutura. Su reabsorción es total hacia los 90 días.
- ☐ Polidioxona (polydioxona®, PDS®) Sutura sintética absorbible. Monofilamento. Compuesto de poliéster. Se degrada por hidrólisis no enzimática. Más flexible y resistente que los anteriores. Se reabsorbe entre 180 y 190 días. Causa poca reacción tisular.

2. Suturas no absorbibles

No son degradadas por el organismo, o lo son muy lentamente, por lo que necesitan ser extraídas una vez cicatrizada la herida. Son:

- ☐ Metálicas. Tanto en hilos de acero inoxidable como en clips.
- ☐ Seda. Material natural trenzado (Seda®, Mersilk®). Pueden producir reacción tisular importante. Si se sospecha infección, se va a mantener mucho tiempo o se quiere un mejor resultado estético (p.ej. en cara), es mejor usar nailon o polipropileno. Tiene la ventaja de ser barata y de fácil manejo.
- ☐ Nailon. Material sintético (poliamida) monofilamento (Ethilon®, Dermalon®, Nylon®) o multifilamento. Son más caros y difíciles de manejar que la seda, pero producen menos reacción tisular. Posee gran elasticidad y resistencia a la tracción.
- ☐ Polipropileno. Material sintético monofilamento (Prolene®, Surgilene®, Miralene®). Produce mínima reacción tisular. Es la indicada para realizar una sutura continua intradérmica. Precisa más nudos que la seda y que el nailon. Gran resistencia a la tensión. Es la sutura recomendada en las situaciones de riesgo de infección y cuando se precise mínima reacción tisular.
- ☐ Adhesivo tisular. Recientemente se comercializa en España (en los EEUU hace unos años, desde 1995, aunque los primeros estudios clínicos fueron presentados por Coover en los años 50) el Octylcyanocrilate (Dermabond®), que es un adhesivo tisular derivado de Cianocrilato y cuyos resultados parecen alentadores. En España no existen todavía estudios de su aplicación en cirugía menor.

Tanto las absorbibles como las que no lo son, tienen diferentes calibres y suelen venir montadas con las agujas correspondientes, de modo atraumático (hilo y aguja forman una unidad).

Las agujas utilizadas en la sutura suelen ser de acero con elevada resistencia a la deformación, pulidas en su superficie, microafiladas y con resistencia a la corrosión.

Tipos de agujas más usuales

- ☐ Aguja de sección triangular. Tiene dos bordes en el plano horizontal y un borde cortante en el plano vertical. Son las de elección en CM. Las agujas Tapercut son triangulares en su parte distal y cónicas en el resto de la aguja. Se usan para tejidos de resistencia intermedia.
- ☐ Aguja cilíndrica o de sección circular. No tiene ningún borde cortante y termina en una punta cónica punzante. Se suele utilizar para tejidos que ofrezcan poca resistencia, como por ejemplo, las mucosas.

En cuanto a la forma podemos indicar los dos tipos más habituales: la recta y la curva. La curva, en sus diferentes calibres y secciones, es la más utilizada hoy día. Los grados de curvatura son diferentes: 1/ 2, 3/8, 5/8, 1/ 4, de círculo. Las más utilizadas en CM son las de 3/8 de círculo. En cuanto a sus longitudes podemos decir que oscilan entre 4 y 60 mm.

A título orientativo, veamos una relación de calibre de suturas y su lugar más habitual de uso:

- ☐ Párpados: nailon, polipropileno o seda (de 6/0 a 8/0)
- ☐ Cara: nailon, polipropileno o seda (de 5/0 a 6/0)
- ☐ Tronco, piernas, brazos: seda o polipropileno (de 2/0 a 3/0)
- ☐ Pies:
 - Dorso: seda o polipropileno (2/0 a 3/0)
 - Planta: seda o polipropileno (de 0 a 2/0)
- ☐ Cuero cabelludo: seda o polipropileno (de 0 a 2/0)

- ☐ Interior de los labios, lengua, genitales: Vicryl®, Dexon® o Safil® (de 2/0 a 3/0)
- ☐ Subcutáneo: Vicryl®, Dexon® o Safil® (de 2/0 a 3/0)
- ☐ Mamas: nailon, polipropileno o seda (de 4/0 a 5/0)

PROCEDIMIENTOS DE SUTURA

Tipos de ligadura o puntos

Las suturas pueden ser continuas o discontinuas (puntos sueltos). Tanto en un caso como en el otro, se usan diferentes tipos de puntos. Sólo vamos a hacer mención a los puntos más usados; habitualmente es decir, los que se aplican en tejidos superficiales o próximos. Dentro de las discontinuas podemos destacar el punto simple (con nudo exterior y con nudo interior o invertido) y el punto en U (doble o de colchón), tanto en su variedad vertical como horizontal.

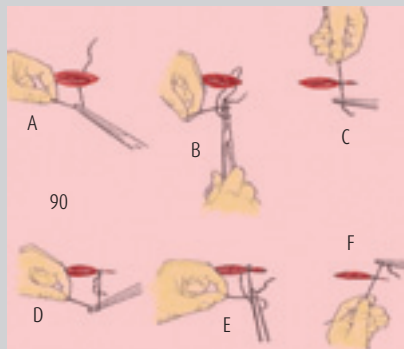


Figura 7

Punto simple. Secuencia del anudado con porta

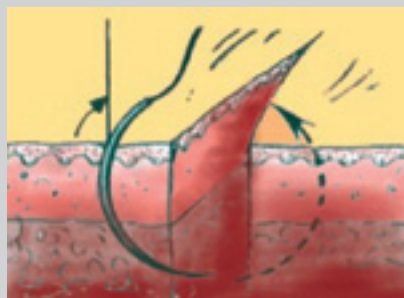


Figura 8

Introducción perpendicular de la aguja en la piel



Figura 9

Punto simple con doble vuelta

- ☐ **Punto simple.** Punto con, al menos, dos lazadas (nudo) una vez correctamente abocados los bordes de la herida. Se aplicará la tensión necesaria y suficiente para mantener los bordes unidos. El punto se comienza a dar (con mayor o menor profundidad) con la aguja perpendicular al plano de la piel, normalmente a unos 3 mm del borde inicial o primero; sacamos la aguja por la cara interna del primer labio de la herida y la volvemos a introducir por el segundo labio, de modo que venga a salir perpendicularmente a unos 3 mm por la parte externa del segundo borde; tiramos de ese extremo del hilo de sutura hasta dejar unos 7 u 8 cm de hilo en el extremo distal y anudamos.
- ☐ **Punto simple de interior.** La técnica es similar la anterior salvo en que el nudo permanecerá en el interior del tejido, lo cual nos indica que el material a utilizar en este caso debe ser una sutura absorbible. Suele utilizarse en heridas profundas para aproximar las caras internas de los bordes a suturar, y para proceder al ligado de algún vaso sangrante. Puede efectuarse tanto en plano horizontal como vertical.
- ☐ **Punto en U.** Es un punto utilizado para mantener adecuadamente unidos los bordes cuando existe entre ambos más distancia de la habitual, con lo que se originará más tensión en la sutura. Puede decirse que reparte adecuad

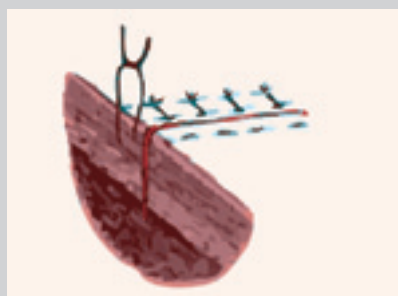
mente esta tensión entre las partes internas y externas de la herida.

El procedimiento es el siguiente: comenzamos dando el punto con la aguja en plano perpendicular a la piel y en un intervalo de entre 4 y 10 mm del borde. Extraemos la aguja por la cara interna del primer labio en su zona profunda; pasamos la aguja en plano perpendicular por la zona profunda del segundo labio y la abocamos a una distancia de entre 4 y 10 mm del borde del segundo labio. Volvemos a pasar la aguja a través de la superficie del segundo labio y a 1 o 2 mm del borde, extrayéndola por la cara interna de ese segundo labio, para luego pasarla a través de la cara interna del primer labio, de modo que aboque a 1 u 2 mm en la superficie de ese primer labio. Efectuamos ahora un mínimo de dos lazadas (preferentemente tres), de modo que cada lazada tenga el sentido de cierre contrario a la de la anterior, al efecto de que el nudo sea plano.

El punto en U horizontal, es de una técnica similar al anterior salvo en que tanto las introducciones como las salidas de la aguja en la superficie de la piel, se deben efectuar a una distancia de los bordes comprendida entre 4 y 10 mm. Las salidas y entradas en las caras interiores de los labios dependerán de la profundidad que queramos abarcar.

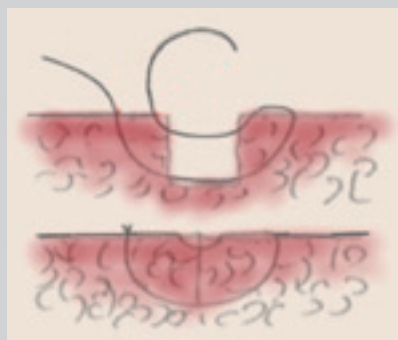
Dentro de la sutura continua, la más utilizada es la sutura simple continua, que no es más que puntos simples continuos, sin cortar el hilo.

- **Sutura intradérmica.** Apta para el cierre de heridas lineales con mínima tensión. Los cabos no precisan ser enlazados. Muy buen resultado estético. Este tipo de sutura debe ser utilizada con hilos monofilamentos - sintéticos no-absorbibles. El tiempo de retirada de este tipo de sutura ronda los 10 días.



Colchonero vertical o en U

Figura 10



Colchonero vertical

Figura 11



Colchonero horizontal

Figura 12



Sutura continua simple



Sutura intradérmica

Figura 13 y 14

CONSIDERACIONES

Colocación del paciente

El paciente debe estar siempre en posición de decúbito prono o supino, sobre una camilla, para evitar posibles desmayos y caídas. La altura de la camilla nos debe posibilitar el trabajo sin necesidad de inclinarnos demasiado (tanto si trabajamos de pie o sentados), ya que una postura incorrecta puede causarnos molestias y favorecer un “acabado rápido” y prematuro.

Tiempo de sutura

Habitualmente se indica que una herida que lleve abierta más de 6 horas está contaminada, con lo cual no procede la sutura. No obstante, consideramos que según se haya producido la herida, así como su mantenimiento ulterior, podemos modificar esta pauta. Una herida de 6, 8, o 10 horas, pero que ha sido producida limpiamente, y se ha mantenido en buenas condiciones higiénicas, está contaminada, pero con un refresco de los bordes y caras internas puede quedar en buenas condiciones para una adecuada sutura. Del mismo modo, una herida de menos de 6 horas de evolución producida de forma sucia o mantenida en malas condiciones higiénicas, puede aconsejar el no suturar (la mordedura de perro, por ejemplo).

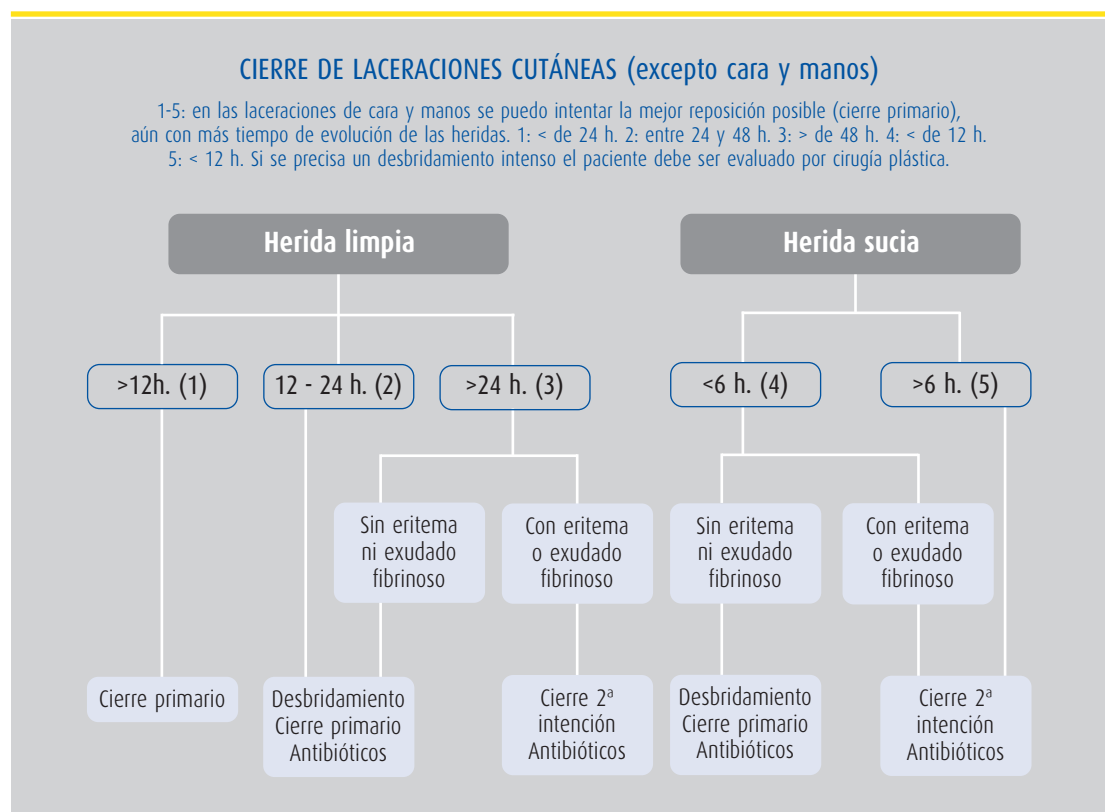


Figura 15

Limpieza

Las heridas no son habitualmente regulares ni en dirección ni en profundidad; los bordes pueden estar contusionados y con pérdidas. El primer aspecto que se impone es la limpieza del área entorno a la herida, y posteriormente esta misma. Una vez limpiada la herida, procedemos a extraer posibles cuerpos extraños incrustados en ella (bordes y labios). El interrogatorio al paciente nos revelará las condiciones en que se produjo el traumatismo y el tipo de materiales causantes.

Una vez efectuados los pasos anteriores, preparamos la herida para la sutura. Hay que eliminar, recorriendo con la tijera o el bisturí, esfacelos y otros tejidos muertos, de modo que el posterior cierre de la herida produzca una cicatriz lo más pequeña, regular y continua posible.

El refrescamiento de los bordes está indicado en dos situaciones principales: ante un cierto retraso en el tiempo de sutura, y ante heridas irregulares de diversa profundidad y que requieran, en consecuencia, una homogeneización y regularización de sus labios y bordes.

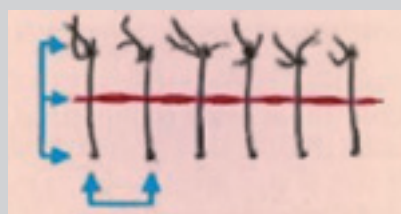
El refrescamiento podemos realizarlo con bisturí, efectuando un corte (preferiblemente continuo), en dirección longitudinal al eje de la herida, de modo que pueda producirse un abocamiento lo más simétrico posible de ambos márgenes. El refresco no debe superar los 2 mm de ancho, y hay que tener en cuenta la tensión a la que se someterá al tejido circundante al efectuar la sutura.

Distancia entre puntos

Como regla básica debemos tener en cuenta que el número de puntos es el necesario y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la más superficial. Aproximadamente, 4-6 mm de distancia entre puntos puede ser un intervalo apropiado como referencia general. No se puede dejar espacios muertos que rompan la linealidad de la cicatriz. Estos espacios muertos en la zona profunda de la herida, pueden posibilitar el establecimiento de hematomas lo que implica un aumento de tensión en la zona y, en consecuencia, una apertura de la herida, o su infección y abscesificación.

Tensión de los puntos

También debemos tener en cuenta una regla básica: ejercer la tensión necesaria y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la superficial. Si la tensión es excesiva, el tejido se isquemia, produciendo una cicatrización defectuosa. Una tensión excesiva puede incluso romper, y como mínimo erosionar, los bordes de la herida, o su infección y abscesificación. En ocasiones no es fácil introducir la aguja y abocarla en los lugares previamente decididos (por dónde entra y por



Distancia entre puntos

Figura 16



Área de disección para disminuir la tensión de los puntos de sutura

Figura 17



Técnica de las dos mitades (Halving)

Figura 18

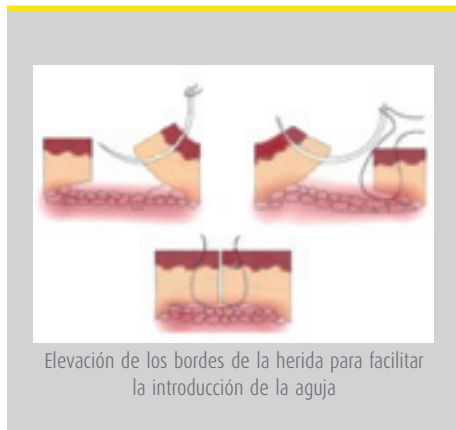


Figura 19

dónde sale). Una forma de facilitar la tarea es tomar con pinzas el ángulo externo del labio y traccionar hacia arriba, y a continuación introducir y abocar la aguja en los lugares elegidos. Siempre hay que abarcar más tejido en profundidad que en superficie para elevar los bordes de la herida.

Infecciones

La mejor manera de prevenir la infección de la herida es la limpieza concienzuda, con más razón si la herida está contaminada. El cepillado de la herida (con gasa, por ejemplo), la retirada de los pequeños fragmentos de piel que no pueden ser recolocados, el refrescamiento..., son técnicas de uso habitual cuya aplicación debe ser generosa. Es de gran ayuda en la realización de estas técnicas, contar con lupas o cristales de aumento, así como de una buena fuente de luz. Las lámparas de lupa son ideales para ello.

En otro orden de cosas, hay heridas que de antemano no vamos a suturar: las causadas por mordeduras de animales y humanos. Ya de por sí acarrear una contaminación lo suficientemente activa como para que existan grandes posibilidades de infección. Únicamente, si llevamos a cabo un refrescamiento bien amplio existen posibilidades de abortar la infección.

Drenajes

En las heridas de bastante profundidad, quirúrgicas o no, aparte de requerir sutura interna con material absorbible, será conveniente aplicar drenaje para disminuir la posibilidad de que se desarrolle un absceso. Debe introducirse desde el fondo de saco de la herida hasta unos 2 o 3 cm al exterior. Habrá que tener buen cuidado de no fijar el drenaje con alguno de los puntos de sutura, pues su retirada posterior se complicaría.

Una vez evacuado el absceso debe retirarse el drenaje y permitir la definitiva cicatrización por segunda intención.

El control de una herida con drenaje, suturada o no, debe hacerse como mínimo a diario.

Hemostasia



Figura 20

Tanto en la herida accidental como en la quirúrgica pueden producirse roturas de pequeños vasos que acarrear pequeñas hemorragias o puntos sangrantes que dificultarán sobremanera la correcta sutura de la herida. La hemostasia consiguiendo la lograremos de diferentes maneras.

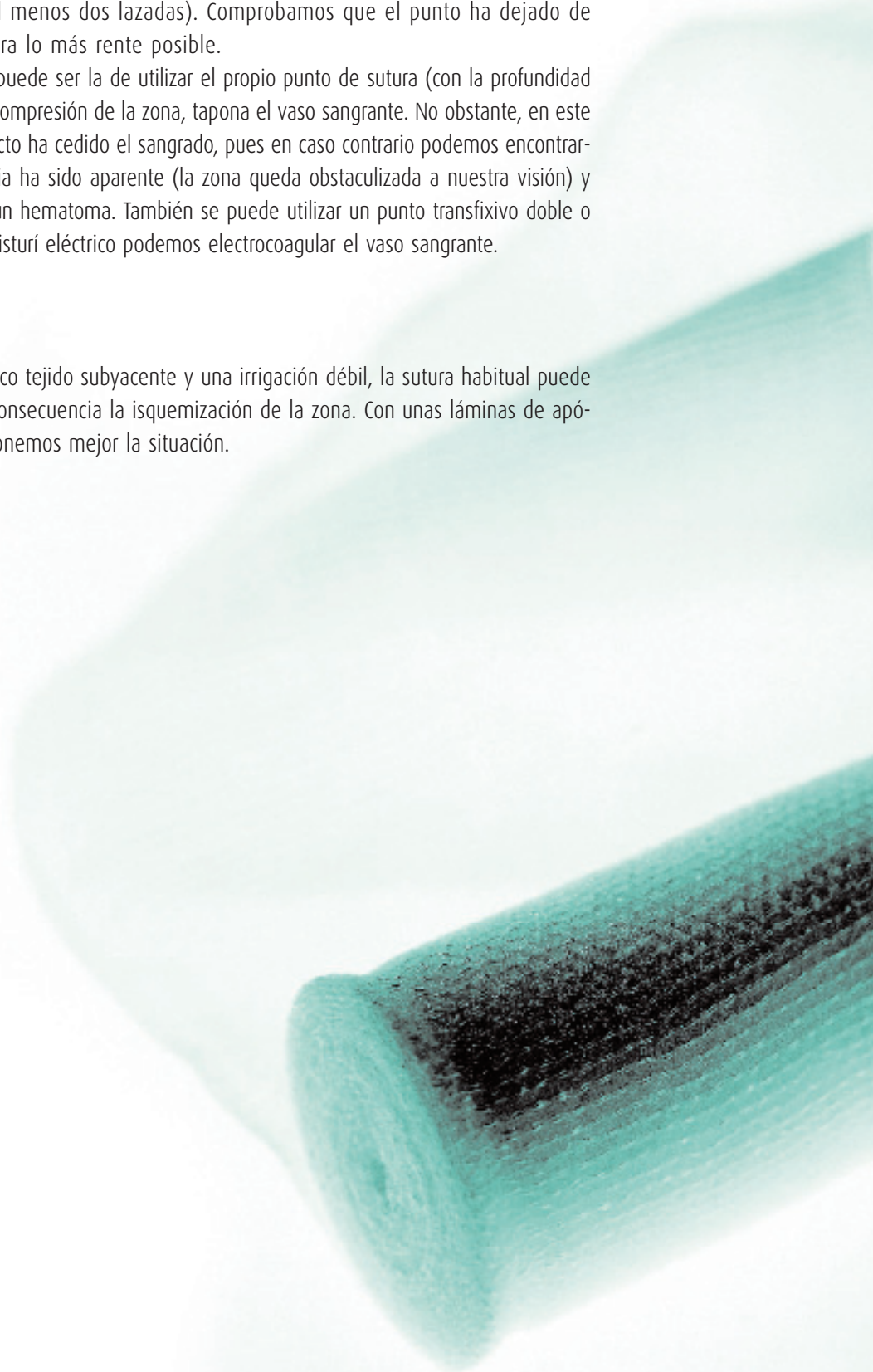
La primera forma consiste en ejercer una presión continuada durante al menos 5 minutos, en un plano superior al punto de sangrado. Es frecuente que esta compresión nos de buen resultado siempre y cuando el vaso afectado sea de muy pequeño calibre.

La segunda forma, cuando la primera no es suficiente, es aplicar una sutura con material absorbible sobre el punto sangrante. Para ello localizaremos primero el vaso sangrante (secar y observar, secar y observar,...); lo pinzaremos con una pinza mosquito y luego, por debajo de la punta del mosquito, aplicaremos un nudo (al menos dos lazadas). Comprobamos que el punto ha dejado de sangrar y cortamos el hilo de sutura lo más rente posible.

Otra forma de cohibir la hemorragia puede ser la de utilizar el propio punto de sutura (con la profundidad y tensión necesarias), que al ejercer compresión de la zona, taponar el vaso sangrante. No obstante, en este caso debemos comprobar que en efecto ha cedido el sangrado, pues en caso contrario podemos encontrarnos con que el cese de la hemorragia ha sido aparente (la zona queda obstaculizada a nuestra visión) y ello podría originar la formación de un hematoma. También se puede utilizar un punto transfixivo doble o en X (figura 20). Si disponemos de bisturí eléctrico podemos electrocoagular el vaso sangrante.

ALTERNATIVAS DE SUTURA

En la zona pretibial, donde existe poco tejido subyacente y una irrigación débil, la sutura habitual puede originar una tensión excesiva y en consecuencia la isquemia de la zona. Con unas láminas de apósito oclusivo es probable que solucionemos mejor la situación.



Cuando la herida no tiene gran profundidad, es relativamente lineal y de poca longitud, podemos utilizar tiras estrechas de cinta adhesiva hipoalérgica o apósitos especialmente preparados para el cierre de la piel (lineales tipo Steri-Strip®, o en forma de mariposa). En este caso, primero aproximaremos los labios de la herida utilizando estas tiras, y posteriormente aproximaremos los bordes con tiras similares. Para que estos apósitos resulten eficaces, la piel debe estar perfectamente limpia y seca; de lo contrario, la adherencia de las tiras es deficiente.

Protección de la sutura

Una vez efectuada la sutura, comprimimos los bordes para comprobar si sangra, limpiamos la zona con un producto antiséptico y aplicamos un apósito estéril, que sujetaremos con vendas o esparadrapo. Una vez colocado, el apósito debe ejercer una ligera presión sobre la zona de sutura. Citaremos al paciente para revisión inicial a los 3 días (si hay drenaje, a diario) y según evolución, para retirar la sutura. El paciente puede lavarse la herida a partir de las 24 horas de la sutura, debiendo posteriormente secarla bien y aplicar un antiséptico (generalmente povidona yodada, salvo alergia). No olvidar la vacunación antitetánica, si procede, y registrar el procedimiento.

CIRUGÍA MENOR DE LA UÑA

UÑA INCARNATA



Concepto

Consiste en la penetración continuada del borde lateral de la uña en el tejido cutáneo blando, con dolor, enrojecimiento y tumefacción de la zona.

Objetivo

Restaurar la correcta situación de la uña y su entorno, proporcionando alivio y normalización en la zona.

Material necesario

- | | |
|--|---|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes estériles |
| ☐ Paño estéril fenestrado | ☐ Venda de gasa orillada de 5 cm |
| ☐ Tira de gasa orillada | ☐ Antiséptico (povidona yodada) |
| ☐ Agua oxigenada | ☐ Pinza de Pean |
| ☐ Bisturí | ☐ Sonda acanalada |
| ☐ Tijera de puntas | ☐ Porta agujas |
| ☐ Seda 3/0 | ☐ Material y equipo para anestesia local |
| ☐ Material de registro | ☐ Pinzas de disección |

Procedimiento

1. Afectación leve

- ⁽¹⁾ Informar adecuadamente al paciente de lo que se va a hacer. (Previamente se habrá solicitado higiene del pie).
- ⁽²⁾ Revisión de: consentimiento informado y hoja prequirúrgica
- ⁽³⁾ Colocar al paciente cómodamente en posición supina en la camilla.
- ⁽⁴⁾ Nos ponemos los guantes estériles y al paciente el paño fenestrado.
- ⁽⁵⁾ Con gasas montadas en la pinza de Pean y empapadas con el antiséptico, pintamos el dedo afectado así como el adyacente.
- ⁽⁶⁾ Aplicamos anestesia local según el procedimiento adecuado (troncular).
- ⁽⁷⁾ Opcionalmente podremos ejercer isquemia en la base del dedo con una gasa anudada en torno a la base.

- ⁽⁸⁾ Al objeto de desprender un canal de uña en la parte afectada, introducimos la sonda acanalada hasta la base de la uña. Removemos un poco para favorecer el desprendimiento.
- ⁽⁹⁾ Con la tijera efectuamos un corte a lo largo y con el porta agujas clampamos y a continuación retiramos el fragmento de la uña.
- ⁽¹⁰⁾ Con el bisturí limpiamos y cortamos el crecimiento de tejido lateral (mamelón).
- ⁽¹¹⁾ Lavamos con agua oxigenada.
- ⁽¹²⁾ Efectuamos un vendaje compresivo del dedo.
- ⁽¹³⁾ Deshacemos el torniquete.
- ⁽¹⁴⁾ Recomendamos reposo al paciente con el pie intervenido en alto.
- ⁽¹⁵⁾ Ver si procede cobertura antibiótica.
- ⁽¹⁶⁾ Citamos para primera cura a los 2-3 días.
- ⁽¹⁷⁾ Registramos el procedimiento en la historia clínica y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

2. Afectación profunda

Hasta el punto 8º, igual que la anterior.

- ⁽⁹⁾ Despegamos la uña de su lecho (ancho aproximado de 0,5 cm.) y la cortamos longitudinalmente con tijera recta, del borde libre a la unión matricial. Este primer corte debe tener la profundidad suficiente para incluir tejido matricial si fuese necesario.
- ⁽¹⁰⁾ Efectuamos un segundo corte en el lateral del dedo, que incluya el tejido de granulación (mamelón) y cruce en perpendicular al primer corte.
- ⁽¹¹⁾ Extirpamos esta cuña de tejido (uña, matriz y tejido blando).
- ⁽¹²⁾ Limpiamos la zona con agua oxigenada.
- ⁽¹³⁾ Aplicamos antiséptico.
- ⁽¹⁴⁾ Efectuamos una sutura transversal de tres puntos.
- ⁽¹⁵⁾ Vendaje compresivo y retiramos el torniquete.

Resto del procedimiento, igual que lo anterior.

Consideraciones

Si por cualquier razón no fuese posible suturar, aplicar un vendaje compresivo que aproxime los bordes. Para evitar recidivas es necesario instruir al paciente sobre un correcto corte de uñas (rectas) y utilización del calzado adecuado.

EXTRACCIÓN DE UÑA



Concepto

Consiste en la extirpación de la uña de cualquier dedo (manos o pies) por medios quirúrgicos.

Las causas originales suelen ser: hematoma subungueal amplio, traumatismo, infección, micosis...

Objetivos

Corrección de la situación anormal en el dedo afectado, favoreciendo la recuperación del lecho ungueal y crecimiento normal de la uña.

Material necesario

- | | |
|---|---|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes estériles |
| ☐ Paño estéril fenestrado | ☐ Venda de gasa orillada de 5 cm |
| ☐ Compresa tipo Tulgrasum® | ☐ Riñonera o bandeja |
| ☐ Compresor | ☐ Antiséptico (povidona yodada) |
| ☐ Pinza de Pean | ☐ Porta agujas |
| ☐ Bisturí | ☐ Material y equipo para anestesia local |
| ☐ Material de registro | |

Procedimiento

1. Comentar adecuadamente al paciente lo que se le va a hacer.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina en la camilla.
4. Preguntar por posibles alergias: tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
5. Montar unas gasas en la pinza de Pean, empaparlas en el antiséptico y pintar todo el dedo afectado así como los colaterales.
6. Efectuar la anestesia local según procedimiento adecuado.
7. Aplicar un torniquete bien con un compresor, bien con una gasa abierta y anudada en la base del dedo afectado, al efecto de lograr una isquemia y poder trabajar más cómodamente. Si se trata de la

uña de un dedo de la mano podemos aplicar un torniquete con un guante, cortando la punta del dedo del guante y enrollándola hasta la base del dedo de la mano.

8. Una vez puestos los guantes, colocar el paño estéril fenestrado de modo que solo salga por el orificio el dedo a intervenir.
9. Introducir suave y firmemente, cerrado y en posición de plano/horizontal el porta agujas bajo la uña, de modo que la punta llegue hasta el extremo proximal de la misma.
10. Ejecutar con el porta, si es preciso, un movimiento de vaivén lateral al efecto de facilitar su ubicación correcta.
11. Abrimos el porta bajo la uña, con lo que lograremos que ésta se desprenda casi en su totalidad.
12. Sacamos el porta y lo introducimos de nuevo en posición perpendicular al plano de la uña pinzando un extremo de la misma.
13. Hacemos un movimiento de eversión (enrollamiento) hacia el extremo contrario, de modo que la uña se desprenda de la matriz de formación.
14. Con el bisturí legamos el lecho ungueal, o retocamos los bordes, si fuese necesario.
15. Limpiamos con agua oxigenada. Lavamos con el suero fisiológico y aplicamos un antiséptico.
16. Con el dedo seco, colocamos sobre él un Tulgrasum® al efecto de que no se peguen las gasas.
17. Gasas estériles. Vendaje compresivo con la venda de gasa orillada.
18. Deshacemos el torniquete.
19. Analizar si procede cobertura antibiótica.
20. Citamos para una primera cura 3-4 días después.
21. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicación previa de higiene adecuada.

Indicamos reposo y aconsejamos analgesia si hay dolor.

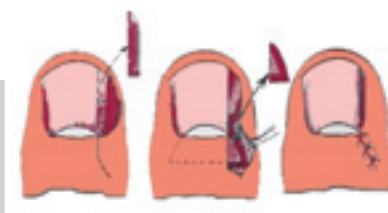
Si la extirpación es consecuencia de un traumatismo importante en la zona, hay que plantearse una revisión de la matriz de crecimiento por si está afectada.

Si la extirpación es consecuencia de una micosis, hay que legar bien la zona para aplicar posteriormente el antimicótico.

La primera cura será menos dolorosa si antes de retirar el apósito lo humedecemos con agua oxigenada.

Debemos dar las indicaciones necesarias para una higiene correcta de los pies.

EXTIRPACIÓN DE MATRIZ UNGUEAL



Concepto

La extirpación de la matriz ungueal es un procedimiento que consiste en la extracción del cartilago/matriz responsable del crecimiento de la uña. Puede efectuarse de forma parcial o total. Habitualmente, la extirpación parcial afecta a los dos extremos laterales de la matriz ungueal, aunque frecuentemente y por el crecimiento de pequeñas garras se efectúe por un solo lateral. Está indicada la extirpación de la matriz ungueal (total o parcialmente) en infecciones de repetición (lateral o bilateral) y crecimientos anómalos de la uña -bien por traumatismo en matriz, bien por micosis- que concluyan en una necesidad repetitiva de extracción de la uña.

Objetivos

Prevenir en cualquier dedo situaciones anómalas que desemboquen en la necesidad ineludible de extirpación de la uña de un modo repetido, para posibilitar la funcionalidad de la zona.

Material necesario

- | | |
|---|--|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes estériles |
| ☐ Venda de gasa orillada de 5 cm | ☐ Paño estéril fenestrado |
| ☐ Paño estéril no fenestrado | ☐ Tulgrasum® |
| ☐ Riñonera o bandeja | ☐ Compresor |
| ☐ Antiséptico tipo povidona yodada | ☐ Pinza de Pean |
| ☐ Pinza de disección s/d | ☐ Pinza de Adson c/d |
| ☐ Dos porta agujas | ☐ Bisturí |
| ☐ Sutura de seda del 2/0, 1/0, 0/0, a elegir | ☐ Tijera |
| ☐ Equipo y material para anestesia local | ☐ Material de registro |

Procedimiento

1. Informar adecuadamente al paciente del desarrollo del procedimiento. (Previamente se habrá solicitado la adecuada limpieza de los pies).
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en supinación sobre la camilla.
4. Con gasas empapadas en antiséptico y montadas en la pinza de Pean, desinfectamos todos los dedos de la extremidad (comenzando por el afectado) y la misma.
5. Aplicamos anestesia local del dedo afectado según el procedimiento adecuado.
6. Pasados 2-3 minutos, aplicamos una isquemia (por torniquete) en la base del dedo, bien con una gasa des enrollada y anudada, bien con un compresor pinzado.
7. Con todo el instrumental preparado, nos ponemos los guantes estériles y colocamos el paño no fenestrado

bajo la mano o el pie afectado del paciente y el fenestrado sobre el mismo.

8. Efectuamos la extracción de la uña del dedo en primer lugar, según procedimiento protocolizado. Una vez completado este, pasamos a la matriz ungueal propiamente dicha.
9. Con el bisturí, hacemos una incisión en cuña profunda (incluyendo piel y planos) hasta el plano óseo, en ángulo de 45° al eje longitudinal y en los vértices de la base ungueal (ambos lados).
10. Retiramos el tejido cortado y nos cercioramos de habernos llevado los extremos laterales de la matriz ungueal (tacto semiduro y color blanquecino).
11. A punta de bisturí incidimos verticalmente la piel y planos, trazando una línea que una los dos vértices de las cuñas abiertas. La incisión con el bisturí debe ser lo suficientemente profunda para llegar a plano óseo.
12. Retiramos todo el tejido de la zona de incisión hacia adelante, cuidando de llevarnos la zona profunda (matriz ungueal propiamente).
13. Revisamos la posible remanencia de restos de matriz. Para ello, raspamos si fuera menester, con la punta del bisturí. Nos debe quedar limpia una zona rectangular cuyo largo es el ancho del dedo y de ancho propio unos 2-3 mm.
14. Frotamos la herida con una gasa empapada en antiséptico y luego aplicamos un generoso lavado con el mismo.
15. Procedemos a la sutura de la zona del siguiente modo: utilizamos seda calibre del 2/0 al 0/0 (según dedo); efectuamos uno o dos puntos simples que vayan desde la zona próxima a los vértices hasta la piel justo por encima de donde estaba la matriz ungueal en cada lateral; debemos tener la precaución de tomar suficiente tejido en cada lado del punto, para forzar una aproximación de piel hacia la antigua matriz. Si la aproximación no fuera completa, daremos uno o dos puntos sueltos desde la zona central uniendo la piel con el lecho ungueal. Este punto debe tener un margen de 2-3 mm desde borde de la piel.
16. A continuación aplicaremos, por este orden, el Tulgrasum®, una gasa con antiséptico sobre la zona, y un vendaje compresivo con la venda de gasa.
17. Comprobar si procede cobertura antibiótica. Dar analgesia si hay dolor.
18. Recomendamos reposo de la zona y citamos en 3-4 días para la primera cura.
19. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

La extirpación de matriz ungueal es un procedimiento definitivo y radical, por lo que no debe ofertarse más que en situaciones límite.

Habida cuenta de que en el desarrollo del procedimiento llegaremos hasta el periostio, aumentará la posibilidad de infección. Por ello es obligado mantener una rigurosa asepsia durante el desarrollo del procedimiento. La limpieza y lavado de la zona durante y después del procedimiento debe ser concienzuda.

El punto simple indicado en el apartado 16 del procedimiento debe efectuarse en una sola maniobra, para no mermar la capacidad de resistencia del lecho ungueal.

No es conveniente llevar a cabo el procedimiento en personas con un pronunciado déficit circulatorio distal o en pacientes diabéticos con las últimas glucemias superiores a 160 mg/dl.

Las curas posteriores deben ser efectuadas con rigurosa asepsia.

PANADIZO



Concepto

Acúmulo purulento por infección estrepto o estafilocócica en el entorno y zona del pulpejo del dedo. Cursa con dolor, enrojecimiento y tumefacción de la piel, con latidos al colgar la extremidad.

Objetivo

Eliminar por evacuación la infección de la zona, posibilitando el alivio y la recuperación funcional.

Material necesario

- | | |
|---|---|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes estériles |
| ☐ Venda de gasa orillada de 5 cm | ☐ Equipo y material de anestesia local |
| ☐ Agua oxigenada | ☐ Antiséptico (povidona yodada) |
| ☐ Suero fisiológico | ☐ Pomada antibiótica |
| ☐ Tira de gasa orillada | ☐ Pinza de mosquito (s/d) |
| ☐ Bisturí | ☐ Material de registro |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre lo que se le va a hacer.
2. Revisión de hoja prequirúrgica y consentimiento informado.

3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina sobre la camilla.
4. Pintar con el antiséptico la totalidad del dedo afectado y la zona adyacente.
5. Aplicar anestesia local según el procedimiento si las condiciones sépticas del dedo no lo desaconsejan.
6. Con el bisturí efectuamos una o dos incisiones (según necesidad) longitudinales en la cara lateral afectada del dedo.
7. Desbridamos con la pinza de mosquito si es necesario.
8. Limpiamos con agua oxigenada, lavamos con el suero fisiológico y aplicamos el antiséptico.
9. Con la zona seca, introducimos una tira de gasa orillada (empapada en povidona yodada) que nos servirá de drenaje.
10. Colocamos un apósito estéril.
11. Comprobamos si procede cobertura antibiótica o analgesia si hay dolor.
12. Citamos para cura al día siguiente.
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicaremos al paciente los cuidados de la zona y una postura antiálgica.

Hay que valorar la opción de no utilizar anestesia local (salvo tópica) habida cuenta del alivio inmediato que siente el paciente una vez efectuada la incisión inicial.

ABSCESO CUTÁNEO

Concepto

Podemos entender como absceso una colección de pus anatómicamente localizada, con una *sintomatología típica de dolor localizado, tumefacción y enrojecimiento así como posible fluctuación (estado indicativo de su próxima apertura)*. La incisión y drenaje es la forma más habitual de afrontar el problema.

Los abscesos que podemos abordar en una consulta de AP son los superficiales. En estos casos, podemos solucionar el problema del paciente con o sin anestesia local y con una rápida incisión, desbridamiento interior, limpieza y drenaje.

Cualquier absceso de considerable profundidad o extensión, o que curse con fiebre alta, debe ser remitido urgentemente a cirugía.



Objetivos

Posibilitar la eliminación de la infección en la zona afectada.

Eliminar el dolor que conlleva este tipo de procesos y facilitar la recuperación y normalización de la zona.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes |
| ☐ Tres jeringas de 5cc | ☐ Tiras de gasa orillada u otro tipo de drenajes |
| ☐ Paño fenestrado | ☐ Agua oxigenada |
| ☐ Povidona yodada | ☐ Suero fisiológico |
| ☐ Bisturí de punta | ☐ Material necesario para anestesia local, por si procede |
| ☐ Pinza de mosquito curva | ☐ Tijera tipo Metzenbaum |
| ☐ Pomada antibiótica | ☐ Material de registro |
| ☐ Cloruro de etilo | |

Procedimiento

1. Expondremos un procedimiento general para abordar un absceso. Las peculiaridades anatómicas exigirán adaptaciones.
2. Informar adecuadamente al paciente de lo que se le va a hacer para de lograr su colaboración. Las respiraciones lentas y profundas favorecen la relajación.
3. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
4. Colocar adecuadamente al paciente de modo que podamos visualizar y manipular cómodamente la zona afectada.

5. Pintar con la povidona yodada toda la zona afectada y su entorno.
6. Colocar el paño fenestrado.
7. Según el procedimiento adecuado, aplicar la anestesia local (si procede), bien sobre la zona fluctuante, bien en el entorno del absceso (a decidir según el tamaño de este).
8. Con el bisturí del nº 11 efectuamos una rápida incisión sobre el área fluctuante, de longitud igual al su diámetro o con la profundidad suficiente para permitir una buena evacuación del pus almacenado.
9. Si hubiese cubierta necrótica, debe ser recortada y retirada para permitir una correcta evacuación. La existencia de esta cubierta necrótica es indicativa de que estamos ante un absceso de cierta profundidad.
10. Presionamos con unas gasas en el entorno del absceso para forzar una evacuación del pus profundo.
11. Con la pinza de mosquito curva dilatamos el absceso: la introducimos cerrada y la abrimos en el interior. Efectuamos esta maniobra un mínimo de dos veces y en cruz.
12. Si el tamaño de la cavidad nos lo permite, introduciremos un dedo enguantado para comprobar que no quedan cavilaciones.
13. Aplicamos el agua oxigenada en el interior con una jeringa. Limpiamos y repetimos la maniobra con povidona yodada. Limpiamos y repetimos con suero fisiológico. Limpiamos.
14. Colocamos drenaje según el tamaño de la cavidad: gasa orillada semiempapada con povidona yodada, gasa para absorción, u otro tipo de drenajes.
15. Aplicamos gasas como compresa sobre la zona y sujetamos con esparadrapo.
16. Citamos para el día siguiente, pues deberá efectuarse una cura diaria, removiendo y cambiando las gasas interiores y exteriores, previa limpieza de la cavidad.
17. Indicamos cuidados de la zona: no mojar en los primeros días y evitar una movilización excesiva.
18. Recomendamos analgésicos si hay dolor y cobertura antibiótica si procede.
19. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

El absceso deberá curarse por medio de granulación: de dentro hacia fuera. Por lo tanto, debe mantenerse la incisión abierta hasta observar que el nuevo tejido de granulación está muy próximo a los bordes. Si tratamos un absceso de regular tamaño y debemos introducir varias gasas para ayudar a la desbridación, hay que contarlas, para no olvidarnos de retirar alguna de ellas.

Cuando un absceso no está “maduro” (no hay fluctuación evidente) o está indurado, es que no está preparado para la incisión. Actuaremos entonces de manera conservadora (con o sin antibióticos) durante varios días. El calor húmedo (fomentos) suele favorecer la localización de la infección y madurar el absceso.

Si el absceso se rompe espontáneamente, es conveniente ampliar la abertura y drenar correctamente.

Hay que tener en consideración como alternativa a la anestesia local, la anestesia tópica por enfriamiento.

QUISTE EPIDERMOIDE O SEBÁCEO

Concepto

Tumoración de características benignas, que crece en las capas superficiales de la dermis, de contenido graso, móvil y, generalmente, de pequeño o mediano tamaño, y que cuando crece mucho se suele sobreinfectar, produciendo otros problemas (abscesificación).

Objetivos

Eliminación total y completa -cápsula incluida- sin producir rotura, ya que pequeños fragmentos de esta pueden llegar a reproducir el quiste. Deberá realizarse la técnica precozmente, ya que si la posponemos podremos encontrarnos con la infección y la diseminación de su contenido por los tejidos anejos.

Material necesario

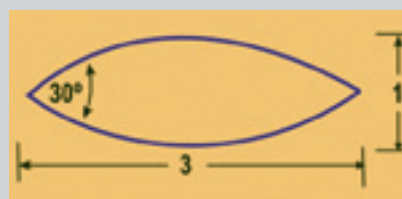
- | | |
|--|--|
| ☐ Solución de povidona yodada | ☐ Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| ☐ Anestésico local | ☐ Gasas estériles |
| ☐ Guantes estériles | ☐ Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| ☐ Hoja bisturí nº 15 | ☐ Pinza disección con dientes tipo Addson |
| ☐ Mango bisturí nº 3 | ☐ Mosquito curvo |
| ☐ Mosquito recto | ☐ Sutura de Safil® nº adecuado, si es necesaria |
| ☐ Sutura de seda nº adecuado | ☐ Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos |
| ☐ Portagujas | ☐ Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |

Procedimiento

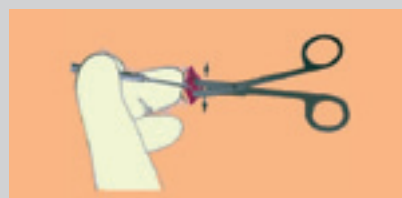
1. Informar al paciente de la técnica a realizar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Preguntar por posibles alergias, tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla en la posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según el procedimiento y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión y extirpación de la lesión:
 - **En huso.** Técnica de elección. Procedimiento más habitual, extirpación en bloque de la lesión: incisión superficial con el bisturí, en forma de huso y de tamaño ligeramente superior al diámetro del quiste (cuidando de no cortar la cápsula); con la pinza de mosquito traccionamos ligeramente hacia arriba la zona interior del huso, de modo que posibilitemos el recorte (con la tijera Metzenbaum o bisturí) del entorno del quiste, hasta que sea factible el corte de la base.



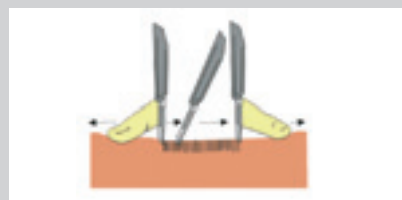
- **Lineal.** Para quistes situados en zonas críticas en las que no se pueda realizar un huso para extirpación en bloque. Incisión superficial con el bisturí, de tamaño ligeramente superior al diámetro del quiste (y con cuidado de no cortar su cápsula); con el mismo bisturí (zona de corte hacia el exterior) profundizamos en los extremos de la incisión, de modo que con la pinza de mosquito podamos ampliar lateralmente el desbridamiento; con la pinza de Adson elevamos uno de los bordes mientras vamos diseccionando (“pelando”) el entorno del quiste con la tijera de Metzenbaum (concavidad hacia fuera); igual por el otro borde, hasta que podamos cortar la base del quiste.
8. Hemostasia por compresión del lecho, o mediante pinza hemostática si existe algún vaso sangrante.
 9. Sutura. Puntos simples o en U, del siguiente modo:
 - En bloque: sutura que atraviesa los planos profundos; susceptible de aplicar en lechos de poca profundidad y poca tensión en los bordes de la herida.
 - Por planos: utilización de sutura reabsorbible para planos profundos y seda para los superficiales.
 10. Se colocará drenaje si procede.
 11. Limpieza de la zona con povidona yodada
 12. Apósitos
 - Apósito: herida superficial y pequeña
 - Gasas: herida algo mayor y sin complicaciones
 - Compresivo: herida complicada con sangrado, etc.
 13. Indicación de analgesia, si hay dolor. Antibioterapia, si procede.
 14. Indicamos cuidados posteriores y próxima cita de revisión.
 15. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.



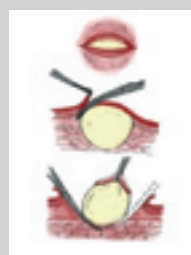
Dimensión ideal de la escisión elíptica o en huso



Disección roma con tijera



Posición del bisturí durante su trayectoria



Incisión cutánea, disección y extracción de un quiste



Alternativa de tracción del huso

Consideraciones

Crear un ambiente relajado y confortable ayudará al paciente a confiar y evitará trastornos y complicaciones.

Realizar diagnóstico diferencial previo.

Interrogar sobre antecedentes.

Es importante mentalizar al paciente sobre cuidados en la zona afectada para posibilitar una correcta cicatrización y evolución posterior.

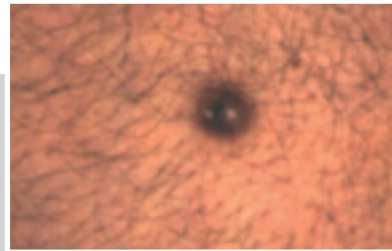
DERMATOFIBROMA

Concepto

También llamado fibroma simple, histiocitoma o fibroma en pastilla, se trata de una formación nodular intradérmica firme, convexa, única o múltiple.

Como signo característico aparece una depresión central cuando se pellizca.

Su aparición se ha relacionado con traumatismos previos y con picaduras de insectos. Presenta un periodo de crecimiento lento. No suele ser doloroso y se trata de una lesión benigna aunque debería realizarse siempre un estudio anatomopatológico de estas lesiones por ser pigmentadas.



Objetivos

Eliminación de la tumoración.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| ☐ Solución de povidona yodada | ☐ Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| ☐ Anestésico local | ☐ Gasas estériles |
| ☐ Guantes estériles | ☐ Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| ☐ Hoja bisturí nº 15 | ☐ Pinza disección con dientes tipo Addson |
| ☐ Mango bisturí nº 3 | ☐ Mosquito curvo |
| ☐ Mosquito recto | ☐ Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |
| ☐ Portagujas | ☐ Sutura de seda nº adecuado |
| ☐ Sutura de safil® nº adecuado si necesario | ☐ Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre técnica que se le va a aplicar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina o prona sobre la camilla.
4. La técnica utilizada será similar a la empleada en la extirpación del quiste epidermoide realizando una extirpación en huso.

FIBROMA PÉNDULO

Concepto

También llamado acrocordón, fibroma blando o moluscum pendulum.

Son tumores pediculados de tamaño muy variable que aparecen en cuello, párpados, ingles y axilas. Son benignos aparecen de forma predominante en obesos. Suelen ser asintomáticos salvo si se produce una torsión del pedículo que suele molestar.



Material necesario

- | | |
|--|--|
| ☐ Solución de povidona yodada | ☐ Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| ☐ Anestésico local | ☐ Gasas estériles |
| ☐ Guantes estériles | ☐ Pinza disección sin dientes tipo Addson |
| ☐ Bisturí eléctrico | ☐ Esparadrapo |

Procedimiento

1. Desinfección de la zona con povidona yodada.
2. Habitualmente aplicaremos anestesia local.
3. Aplicación del electrodo de masa del bisturí eléctrico.
4. Indicamos al paciente la necesidad de que retire cualquier objeto (adorno) metálico de su cuerpo.
5. Regular el aparato a la intensidad de corte-coagulación deseada.
6. Emplear el terminal adecuado, de asa o de cuchillete, montándolo en el mango de bisturí.
7. Una vez montado el campo estéril, se procede a la extirpación de la lesión.
8. Colocamos un apósito protector adecuado.
9. Indicamos los cuidados posteriores y citamos para la revisión.
10. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicar medidas higiénicas y de protección.
Recomendar analgesia si hay dolor.

EXTIRPACIÓN DE NEVUS

Concepto

El nevus o lunar es una lesión cutánea de la piel, plana o elevada, con pelo o sin él.

El nevus intradérmico, o lunar común del adulto, es de color pardusco o negro, con superficie elevada y frecuentemente con pelos. Sus bordes suelen estar bien definidos. El nevus de unión, común en la edad infantil y ubicado entre dermis y epidermis, suele madurar en la pubertad a nevus intradérmico. Ocasionalmente da origen a melanoma maligno.

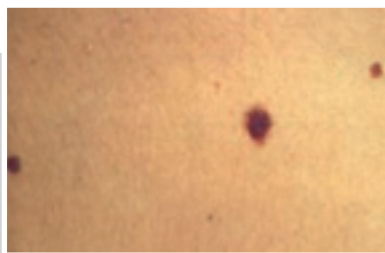
Su superficie es plana o muy poco elevada, varía de color (desde pardo claro a negro), no tiene pelos y es de bordes no bien definidos, con el margen sangrando hacia la piel adyacente.

El nevus compuesto es una combinación histológica de los dos anteriores, con porción intradérmica central oscura y elevada, rodeada de un aro plano y pálido y, por lo general, tienen pelo.

En nuestro medio se llevará a cabo la escisión del nevus intradérmico únicamente, habida cuenta de que los de unión son potencialmente peligrosos y requieren una cirugía más amplia.

Las indicaciones para la extirpación del nevus intradérmico son la localización en cara (obvio, elevado, oscuro y con pelo) y en áreas de roce o apoyo (cinturón, collares, sostén).

La muestra, una vez extirpada SIEMPRE debe enviarse a Anatomía patológica (en formol) para confirmar su benignidad. No debe extirparse con medios destructivos.



Objetivos

Efectuar profilaxis de lesiones malignas, resolver problemas potenciales en áreas de roce y sitios de presión o apoyo.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| ☐ Gasas estériles | ☐ Guantes estériles |
| ☐ Paño fenestrado estéril | ☐ Apósito estéril |
| ☐ Maquinilla de rasurar | ☐ Antiséptico tipo povidona yodada |
| ☐ Portagujas | ☐ Envase con formol para enviar muestra a Anatomía patológica |
| ☐ Tijera de corte/sutura | ☐ Sutura de seda (el calibre dependerá de la zona) |
| ☐ Pinza de mosquito curva y recta | ☐ Mango n° 3 y hoja de bisturí n° 15 |
| ☐ Pinza de Adson s/d y c/d | ☐ Tijera de Metzenbaum fina y roma |
| ☐ Material de registro | ☐ Material propio para la anestesia local |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre la técnica que se le va a practicar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.

3. Colocar al paciente cómodamente sobre la camilla.
4. Con el instrumental correctamente preparado, aplicamos el antiséptico en la zona afectada y su entorno inmediato.
5. Rasuramos la zona, si procede.
6. Efectuamos el procedimiento de anestesia local, preferiblemente en rombo.
7. Con el bisturí efectuamos un corte en elipse, de modo que su eje mayor coincida con las líneas de tensión.
8. Sujetamos el nevus con la pinza de Adson en sucesivos lugares, lo vamos elevando y efectuamos simultáneamente la disección en la elipse hasta poder extirpar el nevus, colocando la muestra en el frasco de formol. Para efectuar la disección podemos ayudarnos de la pinza de mosquito curva o de la tijera de Metzenbaum.
9. Efectuamos la sutura de bordes, con no excesiva presión (seda o nailon fino según el lugar de que se trate) y aplicamos un apósito estéril (en su defecto, gasas y esparadrapo).
10. Citamos para dos días después para su valoración e indicamos la retirada de los puntos para el cuarto día después de la intervención si ha sido en la cara, y al efecto de prevenir marcas de puntos.
11. Recomendamos analgesia si hay dolor.
12. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.
13. Indicamos los cuidados posteriores.

Consideraciones

La extirpación en áreas de rozamiento requerirá un pequeño almohadillado para evitar la irritación de la zona intervenida.

Cuidados para la zona intervenida: evitar la humedad de la zona hasta retirar la sutura; que el paciente nos comente evolución si es en zona de rozamiento; evitar tomar el sol durante los 2-3 primeros meses si es en zona expuesta.

Si el diagnóstico diferencial es dudoso, no debe extirparse en nuestro medio y sí enviarlo al especialista correspondiente.

Si la zona a intervenir está en la cara, la escisión elíptica debe ser lo más ajustada posible, y seguir minuciosamente las líneas de tensión.

El envío de las muestras a Anatomía patológica debe ser sistemático, para confirmar la benignidad.



Nevus intradérmico



Dibujo del huso para extirpación nevus



El A, B, C, D E del melanoma
(señales de peligro)

EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS

Concepto

Las verrugas son tumores epiteliales frecuentes y contagiosos causados por unos sesenta tipos distintos de virus del papiloma humano (PHV). Algunos de estos tumores pueden llegar a malignizarse. Es habitual la regresión completa tras varios meses, con o sin tratamiento; pueden persistir durante años e incluso recidivar.



Objetivo

Evitar contagios y propagación de la infección. Quitar molestias.

Procedimiento

La selección depende de la morfología y localización de la verruga, de los medios a nuestro alcance y de la pericia o experiencia personal. No obstante, aparece como tratamiento de elección -tras el tradicional de queratolíticos- la crioterapia, por su eficacia y excelentes resultados cosméticos, por la ejecución rápida y sencilla, por no requerir anestesia -salvo excepciones- ni preparación de la piel -salvo excepciones- y con escasos cuidados posteriores, se ha convertido en el método de elección en Atención Primaria.

Tipos de procedimientos:

1. **Curetaje y aplicación de queratolíticos.** Consiste en el raspado de la capa más superficial de la verruga con bisturí o tijeras, protección de la piel que circunda la lesión y posterior aplicación del queratolítico. Este procedimiento puede ser realizado por el paciente o en el centro de salud. Los queratolíticos más usados son una mezcla de ácido salicílico y ácido láctico al 16,7%, o ácido salicílico al 30-40% en cura oclusiva nocturna (verrugas plantares).
2. **Crioterapia.** Consiste en la destrucción de la lesión mediante una congelación controlada.

☐ **Productos a emplear:**

- Nitrógeno líquido (-195,6° C.) por torunda tópica, o vaporización directa. Se aplica en dos tandas, cada una de entre 20 y 45 segundos de duración, según el tamaño de la lesión, separadas por un periodo de descongelación. El halo de congelación debe rebasar en 2-3 mm a la lesión, ya que la destrucción tisular sólo se produce a -20° C, temperatura que se alcanza a esa distancia del bloque congelado. Al cabo de 3 semanas hay que valorar la lesión y comprobar si requiere otra sesión.

Para el tratamiento de las lesiones plantares, recubiertas de una capa de hiperqueratosis, es necesario el raspado antes de proceder a la crioterapia. En las verrugas en párpados, labios y uñas de manos y pies la congelación es más dolorosa, por lo que se debe valorar la utilización de anestesia local.

En pacientes con compromiso circulatorio en miembros inferiores (vasculopatía, neuropatía), la crioterapia está contraindicada por debajo de la rodilla.

3. **Sección y aplicación de nitrato de plata.** Método a emplear en verrugas filiforme de pequeño tamaño. Consiste en el corte de la verruga, previa desinfección de la piel, con una tijeras curvas, y la aplicación de nitrato de plata para coagular el vaso nutricional y evitar posibles recidivas destruyendo el tejido basal que induce el crecimiento de la verruga. No requiere anestesia.

4. **Bisturí eléctrico**

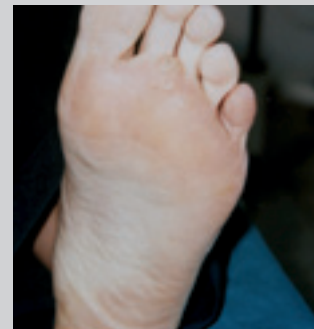
- ☐ **Electrodesección (fulguración).** Consiste en la eliminación de la lesión mediante la destrucción superficial y posterior raspado de los tejidos destruidos (con pinza o gasa), hasta acabar con ella. En las lesiones pediculadas de gran tamaño se puede afeitar la lesión y después electrodesecar la superficie sangrante. Para conseguir la fulguración hay que seleccionar en el generador una corriente de alto voltaje, bajo amperaje y muy amortiguada.

Es importante no presionar, pues se requiere aire en medio de la corriente para que sea efectiva.

- ☐ **Electrosección.** Se emplea para la eliminación de pequeñas lesiones pediculadas que no requieren electrocoagulación. Para ello hay que seleccionar en el generador una corriente de bajo voltaje, alto amperaje y muy ligeramente amortiguada.

Todos las técnicas con bisturí eléctrico requieren anestesia local.

5. **Escisión fusiforme con bisturí convencional.** Consiste en la extirpación de la lesión mediante la realización de un huso que la englobe, y posterior sutura. Método de elección en lesiones que requieran anatomía patológica.

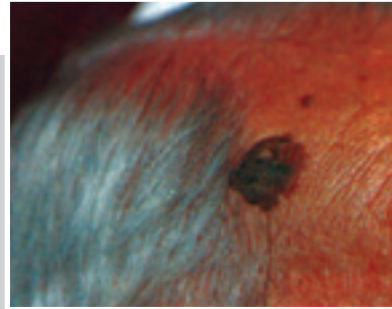


Verrugas plantares



Verrugas plantares después de fulguración

QUERATOSIS SEBORREICA



Concepto

Son los tumores más frecuentes en la edad media de la vida y aumentan con la vejez y son proliferaciones epidérmicas de aspecto verrugoso con componente genético autosómico dominante de carácter benigno.

Se localizan básicamente en cara, cuello y tórax.

Se presentan como pequeñas lesiones -al comienzo de 1-3 mm- marrón claro, de escaso grosor y su superficie es punteada. Con el tiempo se produce engrosamiento e incremento del tamaño, entre 1-6 cm, con forma redondeada u oval.

Objetivo

Eliminar la lesión por las molestias que suele ocasionar a los pacientes por su localización.

Procedimiento

El tratamiento de elección es la crioterapia, la fulguración con bisturí eléctrico o, si existe duda diagnóstica, debe realizarse una exéresis en huso con estudio anatomopatológico posterior.

Consideraciones

Los procedimientos están descritos en patologías anteriores.

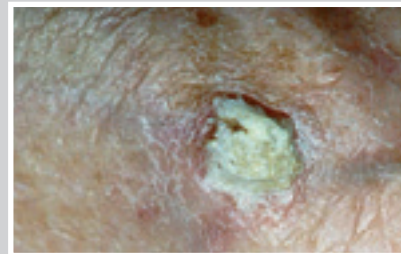
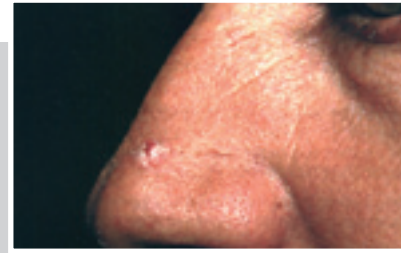
En ocasiones su morfología plantea dudas diagnósticas con otras lesiones pigmentadas de la piel como son:

- | | |
|--|---|
| ☐ Queratosis actínica | ☐ Nevus melanocítico |
| ☐ Lentigo maligno | ☐ Ca. basocelular pigmentado |
| ☐ Melanoma | |

QUERATOSIS ACTÍNICA

Concepto

Estas proliferaciones epidérmicas aparecen en pacientes de edad media-avanzada. Son lesiones máculopapulares de color pardo amarillento, apariencia seca y textura rugosa con descamación. Pueden ser únicas o múltiples, son debidas al daño acumulativo de los rayos ultravioleta y están localizadas en zonas expuestas al sol.



Objetivo

Extirpación de la lesión por su potencial de malignización, que origina con el tiempo tumores malignos, sobre todo carcinomas epidermoides.

Procedimiento

Si las lesiones son escasas (una o pocas), el tratamiento podrá ser la electrocirugía o la crioterapia; si son múltiples, el tratamiento electivo será la crema tópica de 5-fluoruracilo al 1-5%.

Consideraciones

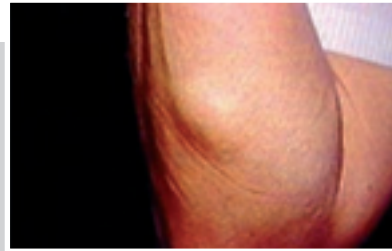
Si existe duda diagnóstica con carcinoma espinocelular se debe derivar al dermatólogo de referencia.

LIPOMA

Concepto

Son tumores benignos de tejido adiposo, subcutáneos, unitarios o múltiples y bien delimitados, que no suelen estar adheridos a la piel ni a planos profundos. Se localizan preferentemente en tronco, cuello y antebrazo, su crecimiento es lento y no suele ser doloroso.

Las lipomatosis generalizadas y los grandes lipomas serán valorados por el servicio de cirugía.



Objetivo

Extirpación cuidadosa del tumor completo para minimizar las complicaciones.

Material necesario

- | | |
|---|--|
| ☐ Solución de povidona yodada | ☐ Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| ☐ Anestésico local | ☐ Gasas estériles |
| ☐ Guantes estériles | ☐ Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| ☐ Hoja bisturí nº 15 | ☐ Pinza disección con dientes tipo Addson |
| ☐ Mango bisturí nº 3 | ☐ Mosquito curvo y recto |
| ☐ Mosquito recto | ☐ Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |
| ☐ Portagujas | ☐ Sutura de seda del número adecuado |
| ☐ Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos | ☐ Separadores tipo rastrillo o mini Farabef |
| ☐ Sutura de safil® del número adecuado si es necesaria | |

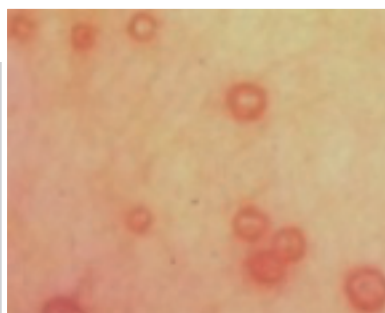
Procedimientos

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Revisión del consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Preguntar por posibles alergias tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla, en posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según técnica y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión. Se incidirá linealmente con el bisturí en la piel hasta llegar a la lesión realizando el despegamiento de la zona superficial. Posteriormente se atraparé el lipoma con la pinza de Allis o el mosquito y se irá despegando de los diferentes planos con la tijera, el mosquito o el dedo y ayudado por los separadores, para obtener siempre una buena visión directa del campo quirúrgico.
8. Hemostasia y cierre. Se procederá a la hemostasia de los diferentes vasos sanguíneos que estén sangrando mediante ligadura o electrocoagulación. La sutura se realizará por planos, evitando espacios virtuales y dejando drenajes si fuese necesario. Cerrar la piel y valorar a las 48 horas de la intervención.
9. Limpieza de la zona con povidona yodada.
10. Apósitos compresivos para evitar hematomas.
11. Indicación de analgesia si hay dolor. Antibioterapia si procede.
12. Indicamos los cuidados posteriores y la próxima cita de revisión.
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos la hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Hay que ser cuidadoso en la técnica quirúrgica para minimizar los riesgos de complicaciones.

MOLUSCUM CONTAGIOSUM



Concepto

Lesión tumoral infecciosa benigna de la piel producida por un virus.

Son lesiones papulosas de color blanco perlado con umbilicación central de 1 a 5 mm. Pueden aparecer en cuello, tronco, área no genital o párpados. Son muy frecuentes en niños e inmunodeprimidos.

Objetivo

Evitar los contagios y la propagación de la infección. Eliminar molestias.

Procedimiento

Crioterapia o electrocoagulación. También existe la posibilidad de realizar curetaje de la lesión.

NOTAS

NOTAS

