

CIRUGÍA MENOR EN UN CENTRO DE SALUD



María José Fernández Reyes. Pediatra. C. S. “El Progreso” (Badajoz)
Eduardo Jiménez López. Médico de Urgencias del Hospital “Tierra de Barros”

1- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este taller es dar a conocer las ventajas que ofrece contar con una consulta de cirugía menor ambulatoria en atención primaria y conocer el funcionamiento teórico y práctico de la misma.

Disponer de cirugía menor en atención primaria supone una mayor accesibilidad para los pacientes y disminuye notablemente el número de derivaciones a otras especialidades como cirugía, dermatología, etc.

2- ORGANIZACIÓN DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA

Desde nuestra experiencia una consulta de cirugía menor en atención primaria debe contar con al menos dos técnicos sanitarios (médico y/o enfermero/a) con formación en cirugía menor. Es imprescindible la elaboración de un protocolo de actuación donde estén recogidos todos los procedimientos que se han de llevar a cabo en cada caso.

El tiempo dedicado vendrá dado por la demanda que se produzca. Las derivaciones de los pacientes a la consulta será realizada por su médico de familia (que debe conocer el protocolo de derivación a la consulta de cirugía) y todas las intervenciones se harán bajo consentimiento informado previo.

3- MATERIAL NECESARIO

- Consulta habilitada.
- Mesa quirúrgica.
- Lámpara de luz fría.
- Carro con cajonera para guardar y clasificar el material.
- Accesibilidad a un desfibrilador y todo el material necesario para atender una parada cardiorrespiratoria.
- Cajas para uñas encarnadas y para cirugía menor.

- Hojas de bisturí del número 11, suturas reabsorbibles e irreabsorbibles.
- Anestésico local (mepivacaína).
- Jeringas y agujas.
- Bisturí eléctrico.
- Nitrógeno líquido.
- Todo el material necesario para preparar el campo quirúrgico (limpieza de manos, guantes estériles, paños, antisépticos).
- Material para curas y vendajes.
- Frascos para anatomía patológica y formaldehído.

4- PATOLOGÍAS QUE SE PUEDEN DERIVAR

- VERRUGAS.
- FIBROMAS.
- QUERATOSIS SEBOREICA Y ACTINICA.
- QUISTES SEBACEOS < 3 CM.
- LIPOMAS < 3 CM.
- UÑA ENCARNADA.
- ONICOMICOSIS.
- INFILTRACION DE ESPOLON CALCANEO, EPICONDILITIS, RODILLA, HOMBRO.
- GRANULOMA PIOGENICO.
- NEVUS INTRADERMICO.
- EXTRACCION DE PUNTO DE SUTURA INCARCERADO.
- MOLUSCUM CONTAGIOSUM.
- DRENAJE ABSCESOS.

5- TIPOS DE SUTURA

SIMPLE:

Se aplican puntos aislados unos de otros cercanos a los bordes de la herida.
Útil en heridas poco profundas y aproximación de bordes con la poca tensión.

SUTURA EN U O COLHONERO:

Se realiza un punto profundo seguido de otro cercano a bordes a la misma altura.

Se reserva para heridas profundas o de difícil hemostasia.

SUTURA INTRADERMICA:

El hilo reabsorbible pasa de un lado a otro y de un extremo a otro de la herida en el plano de la dermis, aproximando así los bordes de la herida.

Presentan mejor resultado estético en la cicatrización, por lo cual se aplica en heridas en la cara.

SUTURA CONTINUA:

Se realizan múltiples puntos consecutivos sin cortar el hilo.

Usada en traumatología, en anastomosis viscerales, en sutura de mucosa vaginal tras episiotomía.

6- TÉCNICAS

MOLUSCUS Y VERRUGAS:

Anestesia local de la base seguida de cauterización y raspado hasta tejido sano.

Otra opción en niños más pequeños es la crioterapia con nitrógeno líquido.

UÑA ENCARNADA:

Anestesia de los colaterales del dedo.

Se puede extraer la uña completa, o si es joven, cortar y sacar el borde enclavado.

La extracción se realiza con pinza de Pean.

Fenolización en dos tandas de 45 seg, lavando con alcohol después de cada tanda.

Vendaje elástico del dedo.

QUISTE SEBACEO < 3 cm:

Anestesia subcutánea en abanico

Incisión siguiendo líneas de tensión, aislando pequeña porción de piel.

Separación cuidadosa del quiste del tejido celular subcutáneo con bisturí frío, mosquito y tijera curva.

Cierre con punto colchonero, tras hemostasia con electrocoagulación.

LIPOMA < 3 cm

Anestesia en abanico subcutánea y a mayor profundidad.

Incisión simple, siguiendo las líneas de tensión.

Se localiza el lipoma que se puede pinzar con el mosquito y liberar de sus adherencias con la tijera curva, el bisturí frío y el mosquito.

Al apretar la zona ya libre de adherencias se produce el “Parto del lipoma”.

Sutura con colchonero tras electrocoagulación.

DRENAJE DE ABSCESO:

Infiltración de anestésico local en la zona.

Amplia incisión en parte declive del absceso para facilitar la salida del material purulento.

Presión en los laterales del mismo para su vaciado.

Limpieza y desinfección del espacio anteriormente ocupado por el material purulento con gasas con povidona yodada y agua oxigenada.

Se dejará drenaje (goma, gasa) con la incisión sin suturar para cierre por segunda intención.

FIEDRICH:

Técnica en heridas anfractuosas con bordes macerados, irregulares o necrosados.

Incisión alrededor de los bordes irregulares sobre tejido sano.

Queda herida limpia y de bordes simétricos.

Se procede a sutura con puntos simples.

HEMOSTASIA

Compresión el tiempo que sea necesario.

Puntos internos previos a sutura simple.

Mosquito para pinzar arteria, realizando en esa zona un punto con Vicryl.

Bisturí eléctrico que tiene modo cortar y modo coagular en función de la situación.

7- COMPLICACIONES

Las complicaciones en general son escasas si tanto el material como la preparación del personal es el adecuado.

Los más frecuentes son las infecciones, que se previenen con la asepsia, las curas locales realizadas de forma programada por el ATS así como la antibioterapia oral si la evolución no es buena, o bien si la herida inicialmente estaba infectada (como ocurre en el drenaje de abscesos).

En segundo lugar tenemos el hematoma o el sangrado de la herida, que se previene con una adecuada hemostasia y evitando tratamiento anticoagulante previo.

El dolor se previene indicando al paciente que realice analgesia oral nada más llegar a su domicilio.

La reapertura de la herida se previene con una adecuada sutura en función de la tensión y profundidad de la herida, con una adecuada incisión siguiendo las líneas de tensión del cuerpo e indicando reposo relativo en función de la localización de la herida.

Los queloides se previenen con una adecuada historia clínica.

8- CONCLUSIONES

- Un Servicio de Cirugía Menor en un Centro de Salud ahorra derivaciones a Dermatología, Traumatología y a las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, permitiendo usar sus recursos para patologías más graves.
- Es fundamental disponer de un protocolo consensuado con los especialistas para poder realizar una labor lo más correcta posible. En nuestro caso realizamos acciones sobre patologías inicialmente benignas y siempre enviamos lo extirpado a Anatomía Patológica.
- Asimismo, los médicos del Centro de Salud deben estar informados con exactitud de las patologías a derivar a la unidad de Cirugía Menor.
- El uso de nitrógeno líquido nos permite eliminar pequeñas lesiones incluso en niños de menor edad, incrementando así el número de intervenciones de Cirugía Menor del centro.
- Las curas, revisiones y retirada de puntos las realiza el ATS del cupo al que pertenezca el paciente. Esto, junto a la disponibilidad del Médico de familia-Pediatra así como del Médico que realiza las intervenciones permite un seguimiento estrecho y eficaz de las posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA:

Dr. M. Altable De La Torre. Manual de Cirugía Menor para médicos de atención primaria. 4ª Edición. Edita IM&C S.A. Madrid 1997.

Arribas JM. Cirugía Menor y procedimientos en Medicina de Familia. 2ª ed. Madrid. Jarpyo Editores. 2006.

Tárraga López, P.J. Análisis de los costes en Cirugía Menor en Atención Primaria. Rev Esp Econ Salud 2005; 4(5): 266-272.