



Artículo disponible en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud
0,2 créditos



TEMA 1

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción a la cirugía menor

J. Jurado¹, R. Gil²

¹Médico de familia. Centro de Salud Medina-Rural. Medina del Campo (Valladolid)

²Responsable de Enfermería del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud de Medicina Rural. Medina del Campo (Valladolid)

Objetivos de aprendizaje

- ▶ **¿Cuáles son los medios estructurales y la dotación que la dirección del centro debe poner a disposición de los profesionales para la práctica de la cirugía menor?**
- ▶ **¿Qué zonas anatómicas son de riesgo cuando debemos intervenir en cirugía menor?**
- ▶ **¿Qué pacientes pueden ser intervenidos y quiénes deben excluirse en el marco de la cirugía menor?**

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Jurado

Médico de familia.
Centro de Salud Medina-Rural.
Medina del Campo (Valladolid)

Introducción a la cirugía menor

Técnicas y procedimientos
habituales de la cirugía menor (I)

Técnicas y procedimientos
habituales de la cirugía menor (y II)

Indicaciones clínicas abordables
desde la cirugía menor

Definición y generalidades

La cirugía menor (CM) podemos definirla como la disciplina medicoquirúrgica que incluye intervenciones conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas sistematizadas sencillas, de corta duración, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones superficiales, fácilmente accesibles, en las que se utiliza anestesia local o troncular, en régimen ambulatorio, con bajo riesgo y de las que no se esperan complicaciones posquirúrgicas significativas.

La justificación de su implantación nace del principio más básico de la actuación de la medicina de familia, como es tender a una atención integral y continuada –interviniendo en cualquier nivel de atención–, preventiva, curativa y recuperadora. La CM es una herramienta ineludible para alcanzar la calidad asistencial. Su coste-eficiencia y su rentabilidad han sido demostradas en numerosos trabajos y reconocidas por las diferentes administraciones; también, este reconocimiento ha venido de los propios pacientes, quienes la valoran por su accesibilidad e inmediatez y por la comodidad de sus resultados.

Pero no todo puede ser voluntad del profesional para desarrollarla, ya que el aprendizaje y la adquisición de una progresiva experiencia serán los pilares fundamentales para consolidar la capacitación necesaria. Esta formación debe mantenerse de forma continua, actualizándose y contrastándose en servicios y foros adecuados facilitados por las distintas administraciones sanitarias, lo que redundará en su crecimiento, extensión y mejora progresiva.

Marco quirúrgico para la actividad de la cirugía menor

Al dedicarse a intervenciones corporales superficiales no será necesario un quirófano convencional. Pero sí se precisará una zona específica en la que la limpieza (sin tener que llegar a la esterilización) se lleve a cabo a conciencia y con la regularidad requerida, de modo que siempre se haya realizado antes de comenzar las intervenciones de CM programadas. Las dimensiones deben ser suficientes como para que las técnicas se realicen adecuadamente y, a la vez, permitir el mínimo movimiento del personal, el paciente y el material quirúrgico (figura 1).

Distinguiremos las zonas siguientes:

- Zona de lavado. Lavamanos, si puede ser con mecanismo monomando (no imprescindible).
- Zona quirúrgica. Es el área donde se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico, por lo que tendrá suficiente espacio para la camilla y el material quirúrgico y sanitario: mesa-camilla quirúrgica articulada, de altura regulable y basculante; lámpara basculante de luz fría (foco diafragmable), de pie o de techo, que garantice una visión óptima; banqueta regulable en altura y con ruedas; mesa auxiliar (de Mayo o similar) de dos o más baldas, con ruedas para desplazar el equipo instrumental cerca del cirujano; zona reservada para colocar el material de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzado, y un punto para el contenedor de residuos biocontaminados.
- Zona de esterilización de material quirúrgico. Se dispondrá de un sistema de esterilización por autoclave con vapor, que permitirá esterilizar todo el material quirúrgico necesario (metálico, gasas, terminales de electrobisturí, etcétera).
- Vestuario para el personal sanitario y para los pacientes. Debería existir una zona reservada, independiente o diferenciada de la zona quirúrgica, para prepararse los profesionales y para desvestirse los pacientes, integrada en la sala y que garantiza la intimidad.
- Otras zonas. Zona administrativa y de almacén, con mesa y archivadores, ordenador, vitrinas, baldas o similar donde colocar todo el material fungible y no fungible necesario.

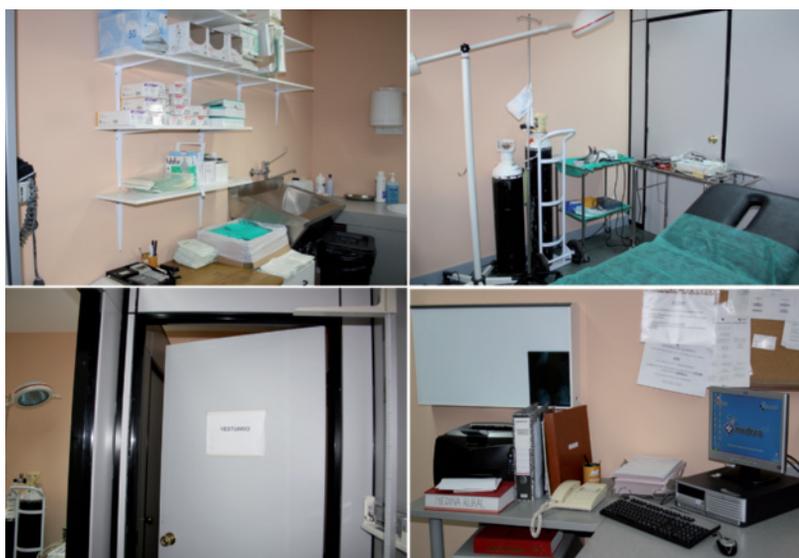


Figura 1. Marco quirúrgico



Figura 2. Instrumental quirúrgico básico

Material básico en cirugía menor

La dotación fundamental que debe existir en un servicio de CM es:

- Equipo de RCP avanzado.
- Material de exploración.
- Material fungible.
- Instrumental quirúrgico.

Equipo de RCP avanzado

Puede ser el mismo con el que todo centro de salud está dotado (siempre que sea accesible desde el marco quirúrgico).

Material de exploración

Esfigmomanómetro, fonendoscopio, pulsioxímetro.

Material fungible

- Preparados para limpieza y desinfección (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada), suero fisiológico, gasas y compresas estériles.
- Anestesia: jeringas desechables de 2, 5 y 10 cc; agujas subcutáneas, venosas e intramusculares; anestésicos tó-

picos (cloruro de etilo, EMLA, lidocaína al 4% en crema); ampollas de lidocaína al 1%, mepivacaína al 1 y 2%, con y sin vasoconstrictor (adrenalina).

- Protección: mascarillas, gorros y calzas quirúrgicas desechables; gafas quirúrgicas, paños estériles de un solo uso (fenestrados y no fenestrados), guantes quirúrgicos estériles de distintos tamaños y de distinto tipo (látex, vinilo o nitrilo). En caso de riesgo por punción se recomienda

TEMA DE LA SEMANA

cirugía menor en atención primaria

usar doble guante o los de nitrilo (más resistentes).

- Corte: hojas de bisturí de los números 11, 12 y 15, o bisturíes de un solo uso desechables; punch para biopsia de varios tamaños (3, 4, 5, 6 y 8 mm) y curetas desechables de varios tamaños.
- Sutura: sutura de seda trenzada y monofilamento (de 2-5/0), de sección triangular, de medio círculo y de 3/8 de círculo; sutura absorbible (de 3-4/0) de sección triangular, de medio círculo y de 3/8 de círculo; grapadoras para piel; otros: suturas adhesivas (distintas medidas). Cianocrilatos.
- Curas: vendas de gasa y de crepé de varios tamaños, esparadrapo, apósitos comerciales; gasas estériles de varios tamaños; hemostáticos (nitro de plata, gelatina insoluble de porcino para hemorragias [Espongostan®]).
- Conservación y transporte de muestras.
- Otros materiales: drenajes (tira de gasa, Penrose [látex blando], tejadillo); crioterápicos (nitrógeno líquido, Histo-freeze®); rotulador quirúrgico.

Instrumental quirúrgico

El instrumental quirúrgico de CM, a pesar de utilizarse en procesos de menor envergadura que la cirugía mayor, debe cumplir los principios de funcionalidad y de calidad (figura 2). Así, un set de CM consta de:

- Material de corte. Bisturí: es suficiente un mango de acero del n.º 3, que se adapta perfectamente a las hojas de los números 15 (para disección), 11 (para incisión) y 12 (para retirada de puntos); también pueden usarse bisturíes completos desechables, con mango de plástico. Tijeras: de Mayo (rectas o curvas, de punta roma o acabada en pico), útiles para el corte de suturas, gasas y drenajes; de Metzenbaum (rectas o curvas, de punta roma), su uso está reservado para el corte y la disección de tejidos, debido a sus brazos cortos y delgados que facilitan en gran medida el acceso a campos quirúrgicos pequeños.
- Pinzas de disección. Estándar (con o sin dientes): las más comúnmente utilizadas. De Adson o «pico de pato»

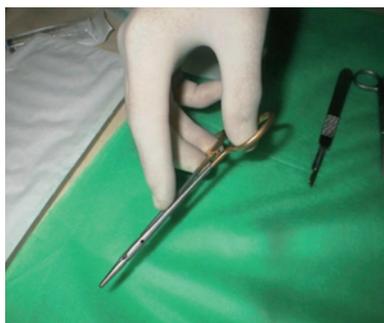


Figura 3. Manejo básico del instrumental

(con o sin dientes), son las más indicadas (desarrollan mayor precisión en la tracción de los tejidos).

- Instrumental para hemostasia. Pinza de hemostasia de Halsted (mosquito), con punta curva o recta (con dientes o sin dientes); su acción es hemostática, pero podemos dedicarla a otros usos habituales en CM como por ejemplo la tracción (tejidos, hilos de sutura). Las pinzas de Kocher son menos utilizadas en CM.
- Material de tracción y de cierre. Pinzas de Allis: se utilizan para traccionar tejidos blandos y más friables (lipomas). Portaagujas tipo Hegar (12-15 cm).
- Material complementario: separadores (de Farabeuf, de Kilner, erinas); pinza de Pean (torundas de gasa); cucharillas de borde cortante, curetas, despegadores de uñas (Killian), etc.

Manejo básico del instrumental

Tanto las tijeras como el porta y los demás instrumentos con «ojos» y cremallera deben sujetarse introduciendo ligeramente el primer y el cuarto dedos en los ojos, dedicando el segundo y tercero para asir y orientar mejor la punta del instrumento (figura 3).

La pinza deberá asirse como si fuera un bolígrafo; cuando no la utilizemos no la soltaremos sino que la sujetaremos con la palma de la mano, dejando libres los dedos para realizar la pinza manual. Debemos manejarla con decisión al sujetar el borde de la herida, ofreciendo un plano bueno para que la aguja incida (perpendicular a la superficie) o que sujete para poder utilizar la grapadora. Podemos utilizarla

tanto con dientes (facilita la tracción) como sin ellos. Una pinza muy adecuada y recomendada en CM es la de Adson (o «pico de pato»).

El bisturí lo sujetaremos de forma similar, apoyando el borde de la mano sobre la piel, utilizándolo con decisión, en un solo corte (evitar el mecanismo de sierra), y ayudándose con la otra mano para tensar la superficie cutánea donde realizaremos el corte.

Electrobisturí. Este equipamiento permite transformar la corriente eléctrica alterna de alta frecuencia en calor que, transmitido a un pequeño electrodo y aplicado sobre los tejidos, produce:

- Corte de los tejidos.
- Coagulación de los vasos sangrantes.
- Fulguración.

Pueden emplearse diferentes electrodos (formas y tamaños: finos, rectos, circulares o romboidales, con forma de bola, etc.).

Autoclave o equipo de esterilización. Permite la esterilización del material y el instrumental de uso cotidiano en la práctica de la CM. Es regulable, lo que permite adecuar los valores de presión y temperatura al tipo de material que se va a esterilizar.

La piel. Cicatrización. Conocimientos anatómicos básicos

Estructuralmente, la piel consta de tres capas bien diferenciadas, la epidermis, la dermis y la hipodermis. Constituye una envoltura que cubre completamente la superficie exterior de nuestro cuerpo. Entre las funciones más importantes de la piel destacan su acción de barrera protectora (protección mecánica, física y química), la termorreguladora, la metabólica y glandular, la sensorial, y la inmunológica, entre otras.

Es necesario que nos familiaricemos con una serie de irregularidades cutáneas ordinarias que nos permitirán, en determinados procedimientos, la consecución de mínimas cicatrizaciones: las líneas de expresión (líneas de arru-

gas), las líneas de contorno (por ejemplo, el surco nasogeniano) y las líneas de tensión (de Langer o de Kraissl). Estas últimas son consecuencia de la organización de las fibras cutáneas (fundamentalmente el colágeno) y de su disposición organizada, y traducen unas determinadas propiedades elásticas de la piel. Su disposición es muy similar para todas las personas (con pequeñas diferencias), pero pueden modificarse a lo largo de la vida. Por norma general se disponen verticalmente a la dirección de las fibras musculares de la región concreta, y guardan relación con las arrugas de la piel. Tiene mucha importancia conocerlas en cada paciente, para que cuando realicemos las incisiones selectivas lo hagamos, siempre que se pueda, paralelamente a estas líneas (cicatrización mínima).

Cicatrización

Entendemos por cicatrización el fenómeno de recuperación cutánea basado en la proliferación de tejido conjuntivo con intención reparadora. Es un fenómeno dinámico muy complejo, integrado por distintas fases en las que van a intervenir componentes sanguíneos (agregación plaquetaria, coagulación sanguínea), mediadores solubles (citoquinas y otros factores de crecimiento), elementos celulares cutáneos (fibroblastos, queratinocitos modificados) y la matriz extracelular.

Cicatrización normal

Se inicia con un proceso inflamatorio que conduce a la formación de un tejido de granulación (a los 4 días de la lesión) y a la migración de fibroblastos, macrófagos y vasos sanguíneos (neovascularización) hacia el centro de la lesión; el proceso termina posteriormente con la remodelación tisular (que puede continuar durante mucho tiempo). Se distinguen varias fases:

- Fase inflamatoria (fenómenos iniciales de hemostasia: vasoconstricción, agregación plaquetaria, coagulación). Esta fase puede durar entre 1 y 5 días, aproximadamente.
- Fase proliferativa celular o fibroblástica (proliferación de fibroblastos).



Figura 4. Queloides

c) Fase madurativa o de remodelación (a partir de los 7 días, puede durar meses o años).

Este proceso es diferente si ocurre en heridas provocadas por un proceso quirúrgico («limpias», incisas, suturadas) o tras un accidente con lesión cutánea y pérdida de sustancia. Si la pérdida de sustancia interesa a toda la piel, este proceso se inicia desde los bordes de la herida, con un desarrollo progresivo lento y de fácil complicación (ulceración tórpida).

Cicatrización patológica

Existe la posibilidad de que la cicatrización adopte un comportamiento patológico en determinados pacientes y dé lugar a cicatrices de mayor tamaño que las heridas donde se inició el proceso, sobre-elevadas, de aspecto eritematoso brillante y con síntomas pruriginosos-dolorosos (queloides), o simplemente sobre-elevadas, blanquecinas, menos consistentes que la cicatriz queloidea y manteniendo cierta elasticidad, y asintomáticas (cicatrices hipertróficas) (figura 4).

La edad del paciente (más en gente joven) y la zona cutánea interesada (zona anterior del tórax, hombros, cara interna de las rodillas) son factores intrínsecos que pueden influir en la aparición de una cicatrización patológica. También existen otros factores extrín-

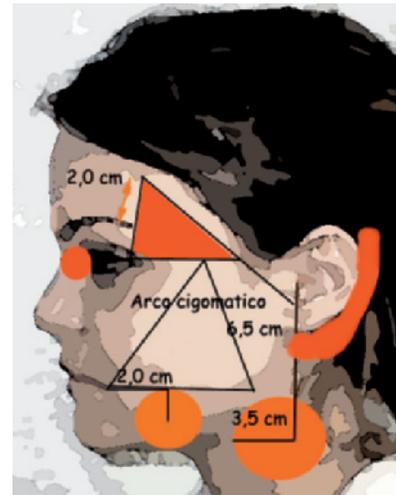


Figura 5. Zonas anatómicas críticas

secos que pueden inducirla, como la sobreinfección de la herida, determinadas enfermedades crónicas (diabetes mellitus, vasculopatías periféricas), el uso de determinados fármacos (corticoides, quimioterapia) y el padecimiento de determinados hábitos tóxicos (alcoholismo, tabaquismo).

Zonas anatómicas críticas

La zona anatómica de mayor riesgo quirúrgico es la facial (figura 5), pero no debemos olvidar que las manos y los pies poseen estructuras muy delicadas de localización muy superficial, susceptibles de ser dañadas durante cualquier proceso de CM en dichas zonas.

En la región facial destacamos, a su vez, tres zonas que requieren especial cuidado y atención: los párpados, los labios y la pirámide nasal. La región más expuesta en la cara es la rama temporal del nervio facial cuando atraviesa la arcada cigomática y entra en la sien, ya que en este lugar sólo está protegida por la piel y una delgada capa de tejido celular subcutáneo. Algunas de las zonas denominadas críticas son las siguientes:

- Región frontal externa (rama del facial), región temporofrontal (arteria temporal superficial), canto interno del ojo (aparato lagrimal, retracciones), región supraciliar (rama del nervio trigémino), párpados (rama auriculotempo-

ral del V par), zona preauricular (rama auriculotemporal, ramas temporales y ramas zigomáticas del nervio facial) y zona retroauricular (rama temporal de la arteria temporal, nervio occipital menor y nervio auricular mayor).

- Cuello y pliegues: axila, codo, muñeca e ingle.

Consulta prequirúrgica

Es el primer paso a realizar, y está integrada en la fase de evaluación preoperatoria del paciente, imprescindible para confirmar y ampliar los detalles que permitan establecer la indicación y el procedimiento de CM, así como la seguridad en su desarrollo, y garantizar el plan de seguimiento más adecuado.

Toda indicación de un determinado procedimiento incluido en CM debe fundamentarse en la correcta práctica clínica que conduciría al establecimiento de un diagnóstico o su sospecha, e incluso si existe una duda diagnóstica lógica (las actividades de la CM no son sólo terapéuticas, sino también diagnósticas y preventivas), y en el hecho que entre las recomendaciones diagnósticas o terapéuticas se encuentre alguno de estos procedimientos.

Este razonamiento nos viene a indicar que de forma previa a cualquier indicación de CM debe realizarse una correcta evaluación clínica, y que si aparece la más mínima duda sobre la capacidad de resolución del proceso debe adoptarse la decisión de no llevar a cabo el procedimiento quirúrgico y remitir al paciente para su evaluación allí donde sí sea posible.

También, independientemente de que estemos capacitados y de que exista una indicación, será preciso valorar en cada caso concreto (con todos los posibles condicionantes) la relación beneficio/riesgo. De cualquier modo, toda la información debe trasladarse al paciente, quien finalmente deberá decidir si se somete al procedimiento (deberá firmar el consentimiento informado) o si, una vez conocidas las alternativas, decide suspenderlo o llevarlo a cabo en otro punto o con otro profesional.

Detección de factores de riesgo en la anamnesis

Durante la consulta prequirúrgica la anamnesis correcta y completa será fundamental. Por este motivo debemos consultar la historia clínica del paciente, y comprobar la presencia o la ausencia de determinados factores de riesgo.

Nuestra atención debemos dirigirla hacia aquellos aspectos con mayor trascendencia a la hora de intervenir, como son los antecedentes de sensibilizaciones o intolerancias farmacológicas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas con posibilidad de descompensación (HTA, diabetes mellitus, hipertiroidismo, enfermedades psíquicas, etc.), infecciones crónicas, alteraciones hematológicas, u otras con algún interés para la intervención quirúrgica. Sin olvidarnos de interesarnos por la posibilidad de sufrir alteraciones de la cicatrización o mantener hábitos nocivos, o encontrarse bajo un régimen terapéutico farmacológico con antiagregantes y anticoagulantes o cualquier otro que pueda añadir riesgos. Asimismo, no debemos olvidar preguntar en la mujer si existe posibilidad de embarazo o lactancia, y finalmente, para el éxito de los cuidados posteriores, sobre todo en las intervenciones de CM en pacientes muy mayores o con algún deterioro psíquico, la existencia de apoyo familiar.

Exploración física básica

- Estabilidad cardiocirculatoria: presión arterial, frecuencia cardiaca, examen del territorio venoso de los miembros inferiores (riesgo de tromboembolia).
- Exploración pulmonar: inspección y auscultación.
- Exploración cutánea.
- Pruebas complementarias, en caso de necesidad: ECG, radiografía de tórax, laboratorio (perfil hepático, renal, hematológico, coagulación). Incluso test de gestación, en caso de duda.

Criterios generales de inclusión

Siempre será el médico de cabecera quien evalúe en primer lugar la indicación o contraindicación de la interven-

ción, seguido posteriormente por el profesional que llevará a cabo la operación. En un primer momento deberá tenerse en cuenta el perfil ordinario del paciente susceptible de CM:

- Paciente orgánicamente estable, con autonomía suficiente o soporte familiar, y con capacidad de comprensión adecuada (adultos). Comprobaremos que existe facilidad para localizarle en las horas siguientes al procedimiento quirúrgico (teléfono propio o de familiares). Cercano a cualquier asistencia sanitaria por si se da el caso de complicaciones (isócrona menor de 1 hora).
- El tipo de lesión está incluido dentro del listado limitado de procedimientos ordinarios afrontables mediante técnicas propias de CM en atención primaria. Recordemos que deben ser procedimientos de baja agresión, sin riesgo intrínseco de hemorragia, superficiales y fácilmente accesibles, para los que se utilizan procedimientos de anestesia local o locorregional, de forma ambulatoria, con cuidados postquirúrgicos sencillos y con posibles complicaciones fácilmente solucionables. Las indicaciones pueden tener un carácter urgente (heridas, lesiones ungueales o abscesos) o bien diferido, entrando ya en los procedimientos regulados, que pueden estar orientados hacia el diagnóstico (obtención de muestras, biopsias cutáneas) o hacia su tratamiento definitivo (exéresis).
- El procedimiento continuará siempre que se haya realizado la firma del documento que acredita que se le ha informado cumplidamente y ha entendido todo de forma clara (ya sea el propio paciente o el familiar responsable legal de éste), y que acepta el procedimiento explicado.

Criterios generales de exclusión

Estos criterios deberán ser comprobados y evaluados siempre antes de establecer la indicación:

- Alergia a los anestésicos locales habituales, alteraciones de la coagulación (hepatopatías, coagulopatías). Tratamiento con anticoagulación oral (contraindicación relativa). El tratamiento antiagregante (ácido acetilsalicílico

[AAS], clopidogrel) es también una contraindicación relativa (existen protocolos ampliamente admitidos para, en caso necesario, adoptar la decisión más adecuada).

- Antecedentes patológicos con diferentes riesgos sobre la intervención de CM (diabetes mellitus, complicaciones vasculares, cardiopatías, vasculopatías, enfermedades respiratorias, patología psiquiátrica grave, trastornos inmunitarios, etc.).
- Lesiones con sospecha de malignidad (exclusión implícita en las actividades de CM) o con alto riesgo por su localización anatómica o por su extensión. Trastornos conocidos de la cicatrización.
- Rechazo del paciente o falta de firma del consentimiento.
- Cualquier otra causa que el sentido común indique (pacientes terminales).

Pueden darse determinadas situaciones en las que no esté tan clara la elección de una de las dos decisiones polares expuestas (incluir al paciente en el servicio o excluirlo de éste), por presentarse factores relativos de contraindicación que, dependiendo de las características del procedimiento, podrían cambiar la decisión de utilizar una determinada técnica, retrasarla en el tiempo o introducir cualquier otra modificación aconsejada (portadores de marcapasos, interacciones farmacológicas, embarazo, etc.).

Información y consentimiento clínico y legal

Desde el punto de vista legal, el enfermo tiene el derecho de ser informado acerca de su padecimiento, la propuesta de tratamiento y las terapias alternativas, así como de los riesgos y las posibles complicaciones que pueden presentarse durante el procedimiento o después de éste.

Esta información debe ser completa y suficiente para que el paciente pueda tomar una decisión, aceptando el procedimiento o, por el contrario, rechazándolo. Cuando el paciente no esté capacitado la información será para la persona legalmente responsable.

- La cirugía menor es una herramienta coste-efectiva y rentable, que permite alcanzar la calidad asistencial, mejorando la relación paciente-profesional y la satisfacción de los propios profesionales.
- Para el desarrollo de la cirugía menor no es necesario un quirófano: se precisa una zona específica del centro sanitario, con unas dimensiones adecuadas y unas garantías sanitarias de limpieza, higiene, luz y mantenimiento.
- Debemos comprobar siempre, antes de establecer la indicación, todos los criterios generales de exclusión, así como los particulares de cada paciente.
- El consentimiento informado en ningún caso protegerá de la impericia, la negligencia, la imprudencia o la inobservancia.

La obligación de informar siempre corresponde al profesional que llevará a cabo el procedimiento (aunque participen otros profesionales), el cual deberá hacerlo con la suficiente antelación y dejando constancia escrita y documentada de que se ha realizado. La redacción del documento se hará de forma clara, con términos sencillos, huyendo del lenguaje técnico y sin utilizar abreviaturas. Se entregará una copia exacta al propio paciente o a su familia cercana.

Es muy importante que recordemos el alcance del consentimiento informado, que liberará al profesional de la responsabilidad legal de las complicaciones previsibles pero en ningún caso lo protegerá de la impericia, la negligencia, la imprudencia o la inobservancia. La información deficiente, errónea o con omisiones graves o elementales se considera igual a la situación de no informar.

Preparación del material y el marco quirúrgico

Para que el material sea lo más duradero posible y se conserve en las mejores condiciones de uso, han de seguirse unas mínimas normas de mantenimiento:

- Nunca se almacenará el instrumental en suero fisiológico, por ser corrosivo.
- Siempre se limpiará lo antes posible, eliminando la suciedad antes de que se seque.
- Se evitarán en lo posible los golpes, manipulando el material con suavi-

dad, ya que puede dañarse su superficie, despuntarse o perder ajuste.

- Siempre que contacte con sustancias corrosivas (yodo, nitrato de plata, etc.) lo limpiaremos inmediatamente.
- Una vez limpio iniciaremos el proceso de desinfección.

Limpieza y desinfección

- Se utilizarán productos comerciales idóneos (clorhexidina, glutaraldehído), evitando mantener el instrumental largos periodos (toda una noche o todo un fin de semana) dentro de la solución.
- Para la limpieza se utilizarán cepillos de fibra blanda no metálica.
- Siempre, tras la limpieza, se enjuagará con abundante agua y se secará a continuación.
- Conviene lubricar periódicamente las articulaciones con aceite de parafina.

Esterilización

- Se esterilizará el material de forma individual, cada pieza en un sobre de esterilización.
- Para hacerlo en grupos funcionales, se almacenarán en cajas metálicas de esterilización que, a su vez, se introducirán en un sobre de esterilización.
- Rotularemos en el exterior del sobre la fecha y, en el caso de las cajas, su contenido.
- Lo introduciremos en el autoclave, seleccionando el programa adecuado (presión, temperatura y tiempo). Como criterios generales indicar:

TEMA DE LA SEMANA

cirugía menor en atención primaria

- Instrumental metálico: programa de 3 atmósferas y 140 °C durante 3 minutos.
- Gasas: a 2 atmósferas y 130 °C durante 10 minutos.
- Guantes y elementos de goma: a 1 atmósfera y 120 °C durante 20 minutos.

Higiene, asepsia y antisepsia durante el procedimiento

Lavado de manos

- Se utilizará jabón especial para lavado quirúrgico.
- Cepillo de fibra sintética de dureza idónea.
- Toallas de papel o compresas estériles.

Se humedecerán las manos y los antebrazos. El cepillado se realizará desde las zonas distales (dedos) hacia las proximales (antebrazo). Una vez terminados el enjabonado y el cepillado se enjuagará con abundante agua, repitiendo la operación dos veces. Al acabar, se mantendrán las manos por encima de los codos y se secarán.

Colocación de bata, gorro, mascarilla, gafas y calzas estériles

No debemos subestimar las intervenciones realizadas en CM, en las que es preciso adoptar las medidas de protección adecuadas, entre ellas colocarnos una bata quirúrgica estéril, que será impermeabilizada (evitará riesgos de contacto con sangre y otros líquidos) y de un solo uso. Si tenemos ayudante, nos ayudará a colocárnosla y a atar los cordeles de sujeción.

Se recomienda el uso de gafas quirúrgicas, que nos protegerán de cualquier imprevisto, sobre todo en el drenaje de abscesos o en la exéresis de quistes.

Igual ocurre con los gorros (hay diferentes tipos) y las calzas. Una vez colocada la mascarilla y adaptada, daremos paso a las siguientes actuaciones.

Colocación de guantes quirúrgicos estériles

Es muy importante para nuestra protección comprobar que los guantes estériles son los adecuados, es decir, quirúrgicos. Existen muchos modelos estériles que no lo son. El grosor de las paredes del guante es mayor, lo que aporta un plus de seguridad ante el riesgo de lesionarnos durante el proceso quirúrgico. En caso de asistir a pacientes portadores de enfermedades infecciosas (inmunodeficiencia humana, hepatitis C), se recomienda la colocación de doble guante.

La técnica de colocación debe ser exquisita, evitando cualquier contaminación de la superficie exterior del guante al contactar con nuestras manos. Los guantes ya vienen preparados para este fin, identificado el del lado derecho y el del izquierdo, y con un doblado en sus bordes para que cuando los manipulamos toquemos sólo la cara interna. Una vez puestos tensaremos los bordes adaptándolos a las mangas de la bata quirúrgica.

Preparación del campo quirúrgico

- Limpieza de la zona, primero con agua y jabón, o por arrastre con suero fisiológico a presión.
- En aquellas zonas con pelos, si fuera necesario, se rasurará con maquinillas desechables, haciéndolo a contrapelo y eliminado todos los restos de pelos (se puede utilizar esparadrapo para esta operación). En el cuero cabelludo podemos evitar este rasurado apartando el cabello y sujetándolo con esparadrapo de papel.

- Desinfección de la zona con pinceladas de povidona yodada (o alternativas), utilizando una gasa impregnada y sujeta con una pinza de Pean que se aplicará en una zona más amplia que el simple campo de intervención, comenzando por el centro y terminando en la periferia. Es conveniente marcar la zona a intervenir con un rotulador quirúrgico.
- Cubrir la zona con paños estériles (lo haremos con los guantes estériles ya puestos y desplegando los paños antes de cubrir la zona, sujetándolos con «cangrejos»). Podemos utilizar paños fenestrados y los que portan una zona adhesiva que impide su desplazamiento. ■

Bibliografía

- Arribas-Blanco JM, Castelló Fortet JR, Sánchez Olaso A, Rodríguez Pata N. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. SEMERGEN. 2001; 27: 362-375.
- Camacho F, De Dulanto F. Instrumental y material de sutura. En: Camacho F, De Dulanto F, editores. Cirugía Dermatológica. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995; 71-82.
- Documento de consentimiento informado para una intervención de cirugía menor. Gerencia de Atención Primaria de Talavera (Toledo). SESCAM. Disponible en: http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/quienes_somos/CIRUGIA_MENOR.pdf
- Giménez-Arnau AM. Cicatriz hipertrófica y queloides (I). Actualidad dermatológica. 2004; 43: 897-908.
- Guía de práctica clínica de cirugía menor en atención primaria. Junta de Castilla y León, 2010.
- Guía de recomendaciones específicas sobre limpieza, desinfección y esterilización de material sanitario en atención primaria. Gerencia de Atención Primaria. Valladolid-Oeste. 2002-2003.
- López A, Lara A, De Miguel A, Pérez P, Ribes E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000; 26: 91-95.
- Romero AR, Fernández JM, Fernández I, Vázquez JC. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Madrid: Ergon, 2008.