

PROTOCOLO CIRUGÍA AMBULATORIA.

OBJETIVOS:

1. Asumir en la consulta de Atención Primaria los procedimientos sencillos, realizados sobre piel o tejido celular subcutáneo, con anestesia local y en los que no se esperan complicaciones posquirúrgicas importantes.
2. Mejorar la accesibilidad del paciente a los procedimientos de cirugía menor y al mismo tiempo su satisfacción al ser realizados por su médico en su centro de salud evitando esperas de citas y desplazamientos innecesarios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

La inclusión de un paciente en el programa de cirugía menor siempre dependerá del nivel de conocimientos dermatológicos y quirúrgicos del médico que va a asumir la intervención, así como de la disponibilidad de material e instrumental suficiente.

Siempre en caso de duda, no intervenir y derivar.

Patología susceptible de Cirugía Ambulatoria.

- ✦ Heridas cutáneas.
- ✦ Abscesos cutáneos.
- ✦ Lesiones cutáneas (nevus, fibromas, dermatofibromas, queratosis actínicas, queratosis seborreicas, verrugas...)
- ✦ Lesiones subcutáneas (lipomas, quistes sebáceos...)
- ✦ Patología ungueal (uña encarnada, onicogriposis...)
- ✦ biopsias cutáneas.

Contraindicaciones

- ✦ Generales:
 - Antecedentes de alergia a anestésicos locales.
 - Alteraciones de la coagulación patológicas o por uso de fármacos (anticoagulantes o antiagregantes).
 - Diabetes mellitus con afectación vascular (mala cicatrización) o mal control metabólico.
 - Vasculopatía periférica grave.
 - Fallo orgánico hepático, renal, pulmonar o endocrino grave.
 - Situaciones de atrofia cutánea o patología que interfiera en la cicatrización normal.
 - Déficit inmunitario que aumente el riesgo de infección.
- ✦ Locales:
 - Sospecha de lesión maligna.
 - Antecedente de cicatrización hipertrófica o queiloide.
 - Si la lesión asienta en zonas de riesgo anatómico con posibilidad de lesionar estructuras nobles.

CAPTACIÓN:

Se realizará en la consulta de demanda y en la consulta programada del médico, ya sea por demanda del paciente o por ser un hallazgo casual al realizar la exploración física.

ACTIVIDADES:

Tras la captación, el médico debe informar adecuadamente al paciente sobre la intervención propuesta, sobre sus alternativas, de las molestias y posibles complicaciones, de los cuidados postoperatorios y si hubiera lugar, los días de baja laboral o escolar previstos. Se

le entregará al paciente la hoja de consentimiento informado para que la firme él, o el responsable del mismo, siendo recomendable la presencia de un testigo.

Es recomendable que toda persona que acepte la intervención, se le realice un interrogatorio rutinario preoperatorio, sobre: alergias, alteraciones de la coagulación, antecedentes de cicatrización queloidea o de alteraciones cutáneas que interfieran con la cicatrización o antecedentes patológicos graves que contraindiquen la intervención en la Atención Primaria y que deba derivarse a nivel especializado.

La intervención de no ser urgente se realizará en las horas de consulta programada del médico.

Sería ideal la existencia de una sala dedicada exclusivamente a la realización de la cirugía ambulatoria, con todo el material necesario para realizar las intervenciones. Para un uso racional de la sala, será preciso centralizar la citación para la cirugía no urgente y repartir la sala entre los médicos que lleven a cabo el programa.

TÉCNICAS BÁSICAS DE CIRUGÍA AMBULATORIA.

- Biopsia-punch
- Curetaje.
- Afeitado.
- Escisión fusiforme de lesiones superficiales.
- Extirpación de lesiones subcutáneas.
- Reparación y sutura de heridas cutáneas.
- Incisión y drenaje de abscesos.
- Cauterización
- Cirugía menor ungueal.

Es conveniente la presencia de otro profesional sanitario durante la intervención, por su valor como testigo y como asistencia técnica imprescindible para ciertos procedimientos.

Se dispondrá de formal al 10% para envío al laboratorio de referencia de la pieza para su estudio histológico.

COMPLICACIONES.

El cuidado y vigilancia de la herida quirúrgica dependerá del procedimiento realizado, pero en general se revisará en 36-48 horas y se valorará su evolución y cuidados a seguir, así como, cuando se retirarán los puntos.

El número de complicaciones suele ser mínimo y normalmente resueltas en la atención primaria:

- ◆ Sangrado de la herida.
- ◆ Hematomas.
- ◆ Infección.
- ◆ Dehiscencia de la sutura.
- ◆ Cicatriz queloidea.
- ◆ Pigmentación anómala de la cicatriz.
- ◆ Secuelas.

DERIVACIÓN A NIVEL ESPECIALIZADO.

- ◆ Si el diagnóstico no es claro o si no se tiene el conocimiento o material necesario para realizar la intervención.
- ◆ Si tras recibir el resultado histológico resulta una lesión maligna.
- ◆ Si se presenta alguna complicación no asumible por Atención Primaria.

SISTEMA DE REGISTRO.

En la sala de cirugía existirá un libro de registro donde se recojan los datos mínimos de la intervención (fecha, paciente, intervención, lesión, complicaciones, ayudante, médico, resultado de anatomía patológica y evolución de la intervención...)

Sería ideal el registro en otro libro del material utilizado a fin de realizar un análisis de costos del programa.

DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES

	MÉDICO	ENFERMERA O AUXILIAR
CAPTACIÓN	++	+
VALORACIÓN CLÍNICA	+++	+
INTERVENCIÓN	+++	++
SEGUIMIENTO Y CURACIONES	+	++

CRITERIOS DE EVALUACIÓN (indicadores):

- ♦ Número de intervenciones realizadas
- ♦ N° intervenciones con buena evolución/N° de intervenciones.
- ♦ Complicaciones/N° de intervenciones.
- ♦ Adecuación del diagnóstico clínico versus diagnóstico histológico.
- ♦ N° de lesiones malignas/ N° de intervenciones.
- ♦ N1 de diagnósticos histológicos/ N° de intervenciones.
- ♦ Tiempo de demora
- ♦ Encuesta de satisfacción.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADA.

Centro de Salud.
Nombre y Apellidos del Paciente.
Tipo de intervención para la que se solicita el consentimiento.

Sr. (a)

Paciente/Pariente/Tutor.

1. Por favor, lea atentamente este documento, después de leer la hoja informativa adjunta.
2. Si tiene alguna duda o quiere más información, puede preguntarle al médico ahora.
3. Por favor, compruebe que toda la información de este documento es correcta y si es así, firme en el lugar indicado.

Soy el paciente/pariente/padre/tutor (táchese lo que no proceda)

Estoy de acuerdo en:

- Que esta propuesta de intervención se me ha explicado correctamente por el médico firmante.
- El tipo de anestesia que se va a utilizar.
- He entendido que cualquier procedimiento añadido necesario al descrito, sólo si es por mi bien e interés, si está justificado por razones médicas, previa autorización verbal por mi parte.
- Autorizo la toma de fotografías de la zona con fines clínicos o docentes, garantizando adecuadamente mi anonimato.

Firma
Nombre y Firma del Testigo

Fecha:

Médico

- He explicado el tipo de intervención y las complicaciones más frecuentes posibles con palabras y términos comprensibles para el paciente y/o su pariente o tutor.
- Considero que el paciente ha sido adecuadamente informado y ha aceptado.

Nombre del Médico
Firma

Fecha:

RECORDATORIO DE RUTINA PREOPERATORIO.

Descartar las siguientes situaciones:

- ◆ Alergia a anestésicos locales, preguntar por tolerancia en exposición previa; por ejemplo en intervención dental, infiltraciones u otra cirugía menor.
- ◆ Otras alergias de interés; medicamentos(antibióticos, AINES, AAS); antisépticos con yodo, cremas o pomadas; apósitos o esparadrapos.
- ◆ Alteraciones de la coagulación: enfermedad conocida (hepatopatía, discrasias sanguíneas, etc.); ingesta de anticoagulantes, antiagregantes, ¿toma de aspirina en los últimos 15 días?
- ◆ Antecedentes de cicatrices hipertróficas/queloides.
- ◆ Alteraciones cutáneas que interfieran la cicatrización (atrofia, esclerodermia, dermatosis activas, etc.)
- ◆ Antecedentes patológicos: diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular periférica, anemia severa, inmunosupresión, patología psiquiátrica grave, otros...
- ◆ Problemas para garantizar cuidados posoperatorios (social, viajes, falta de cuidadores, etc.)

*Protocolo sobre Cirugía Ambulatoria. C.S. Mariñamansa./C.O.F.
Traducción Adaptación: Dr. Carlos González S.