

GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA

CIRUGÍA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

Guía de práctica clínica de cirugía menor
en Atención Primaria

AUTORES

M. Paz Blanco Franco

Pediatra del Centro de Salud de Villablino. León

Emilia Bruzos González

Enfermera del Centro de Salud de Villablino. León

Luis Arturo Canedo Canedo

Enfermero del Centro de Salud del Puente Domingo Flórez. León

M. Ángeles González Fernández

Responsable de Enfermería de Equipos de la Gerencia de Atención Primaria El Bierzo. León

M. Fernanda Martínez Quiroga

Médico de Familia del Centro de Salud Ponferrada II. León

Ana Isabel Martínez Villanueva

Médico de Familia del Centro de Salud de Villafranca del Bierzo. León

José Antonio Montaña Delgado

Médico de Familia del Centro de Salud de Toreno. León

Consuelo Pol Carballo

Médico de Familia del Centro de Salud de Cacabelos. León

Pedro Manuel Sánchez Ingelmo

Enfermero del Centro de Salud de Bembibre. León

M. Dolores Vázquez Colinas

Enfermera del Centro de Salud Ponferrada I. León

Juan García Antonio.

Cirujano responsable de cirugía menor del Área de Salud El Bierzo. León

REVISORES EXTERNOS

Rosana del Amo López

Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SOCALEMFYC)

Rabwan Abou-Assali Boasly

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

José Herrero Roa

Sociedad Española de médicos de AP (SEMERGEN)

Pilar Trigueros Aguado

Asociación de Enfermería Comunitaria

COORDINACIÓN

Esther Merayo Fernández

Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria El Bierzo. León

Servicio de Programas Asistenciales

Dirección General de Asistencia Sanitaria

© Junta de Castilla y León

Gerencia Regional de Salud

Realización editorial: Gerencia Regional de Salud

Depósito Legal:

Imprime:

Guía de práctica clínica de cirugía menor
en Atención Primaria

Nuestro agradecimiento a

*Mercedes González García, Técnico de Salud del Área de Palencia
por su opinión sobre el alcance de esta guía.*

*A Alser González Martínez, Catedrático de Lengua Española,
por la revisión lingüística del texto*

*A nuestras familias
por el tiempo que no les hemos dedicado*

*A nuestros compañeros de los Equipos
por su esfuerzo en la tarea asistencial durante nuestras ausencias*

PRESENTACIÓN	13
1 INTRODUCCIÓN.....	15
Justificación.....	15
Objetivos de la Guía.....	15
Elaboración de la Guía.....	16
2 LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	19
Definición.....	19
Ventajas de la implantación de la cirugía menor en Atención Primaria.....	19
Población Diana.....	20
Criterios de inclusión.....	20
Criterios de exclusión.....	20
Situaciones especiales: pacientes anticoagulados y/o antiagregados.....	21
Actividades.....	21
Algoritmo de actuación.....	25
3 PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA MENOR.....	27
Aspectos generales.....	27
Higiene quirúrgica.....	27
Preparación del campo quirúrgico.....	27
Anestesia.....	28
Suturas.....	31
Procedimientos quirúrgicos básicos.....	34
Exéresis de lesiones superficiales.....	34
Extirpación de lesiones subcutáneas.....	36
Incisión y drenaje de abscesos cutáneos.....	37
<i>Cirugía ungueal</i>	38
<i>Extracción granuloma por cuerpo extraño</i>	41
<i>Reconstrucción desgarro lóbulo pabellón auricular</i>	41
<i>Cirugía destructiva de lesiones superficiales</i>	43
Seguimiento y tratamientos postquirúrgicos.....	46
Curas postoperatorias de la herida quirúrgica.....	46
Analgesia.....	47
Profilaxis antibiótica.....	47
Drenajes.....	47
Retirada de sutura.....	47
Complicaciones postoperatorias.....	48
Planes de cuidados estandarizados.....	51

ÍNDICE

4 EVALUACIÓN DE LA GUÍA.....	57
5 ANEXOS.....	59
<i>Anexo I: Preparación para procedimientos invasivos menores en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y/o antiagregantes plaquetarios.</i>	59
<i>Anexo II: Anamnesis preoperatoria.</i>	60
<i>Anexo III: Información previa a la intervención quirúrgica.</i>	61
<i>Anexo IV: Documento de consentimiento informado</i>	63
<i>Anexo V: Derivación al servicio de cirugía menor.</i>	64
<i>Anexo VI: Hoja de intervención.</i>	65
<i>Anexo VII: Hoja informativa para el paciente después de la intervención</i>	66
<i>Anexo VIII: Protocolo de recogida y envío de muestras a Anatomía Patológica.</i>	67
<i>Anexo IX: Hoja de petición de estudio a Anatomía Patológica (Mod. AP-45)</i>	68
<i>Anexo X: Limpieza y esterilización del instrumental</i>	69
<i>Anexo XI: Características de los anestésicos locales más usados</i>	70
<i>Anexo XII: Infraestructura para la práctica de cirugía menor en Atención Primaria</i>	71
6 BIBLIOGRAFÍA.	75

ABREVIATURAS

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
CM	Cirugía Menor
CS	Centro de Salud
EAP	Equipo de Atención Primaria
GAP	Gerencia de Atención Primaria
GP	Gestión por Procesos
GPC	Guía de Práctica Clínica
HC	Historia Clínica
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
RCP	Resucitación Cardiopulmonar

PRESENTACIÓN

Con la finalidad de aumentar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud a la población, la cirugía menor fue incluida como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de Atención Primaria en 1995. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud incluye la cirugía menor en los servicios de Atención Primaria, que contiene 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.

En Castilla y León, las intervenciones de cirugía menor forman parte de la actividad habitual de los Equipos de Atención Primaria, aunque cuando su organización deba de adaptarse localmente a cada contexto en cada una de las Áreas de Salud. Si bien se trata de una actividad consolidada resulta oportuno y pertinente establecer las pautas científico-técnicas y los procedimientos generales, y actualizar y poner al día los criterios de calidad, así como homogeneizar todas las actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de la cirugía menor en atención primaria. Este es el objetivo que se persigue con la publicación de esta guía, en la que, en todo caso, se han incluido los procedimientos quirúrgicos en la actividad asistencial de los centros de salud.

Esta guía obedece a la respuesta favorable que ha tenido la implantación de la cirugía menor en atención primaria, dotando a los profesionales de una mayor capacidad resolutoria, mejorando la relación médico-paciente y prestigiando, sin duda, la actuación de los profesionales de Atención Primaria, tanto del médico de familia (o pediatra), como de la enfermera/o. Forma parte de un proyecto más global, en el que se incluye la elaboración de guías de práctica clínica, como herramienta de ayuda clínica, iniciándose por aquellos procesos que por su elevada incidencia o prevalencia son frecuentes y cotidianos en la actividad del profesional de Atención Primaria.

En su elaboración, se han tenido en cuenta ante todo criterios de seguridad del paciente, eficacia y calidad científico técnica. Constituye una ayuda para el profesional de Atención Primaria y, así mismo, incide positivamente en la satisfacción de los usuarios con la Atención Primaria de Salud.

En definitiva, se trata de una herramienta valiosa para el profesional, diseñada por un grupo de profesionales con amplia experiencia en cirugía menor, a los que queremos agradecer su dedicación, especialmente al grupo de trabajo del Área de Ponferrada, así como también a todos los profesionales de las sociedades científicas que han participado, directamente o como revisores, en la presente guía.

Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León

INTRODUCCIÓN

1

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de esta guía se justifica por la existencia de patologías susceptibles de ser resueltas mediante técnicas de cirugía menor (CM) en Atención Primaria (AP).

La existencia de una Guía de Práctica Clínica (GPC) en CM aportará importantes ventajas a los profesionales al orientarles en el manejo óptimo de estos procedimientos, así como en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles. Los usuarios se beneficiarán de una atención homogénea y de calidad contrastada. Además para el sistema sanitario se convertirá en una prestación muy eficiente.

La presente guía va destinada a todos los profesionales implicados en las diferentes actividades que supone la realización de la CM en el Centro de Salud (CS):

- Médicos.
- Pediatras.
- Enfermeros.
- Auxiliares de enfermería.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

OBJETIVO GENERAL

Dotar a los profesionales de Atención Primaria de una herramienta útil para la toma de decisiones al planificar y realizar la cirugía menor, con el fin de que se convierta en una prestación de calidad que supere las expectativas de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer los criterios de inclusión y exclusión.
2. Enumerar las diferentes actividades a llevar a cabo.
3. Homogeneizar todas aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de la CM en AP.
4. Proponer unos criterios que nos permitan evaluar la aplicación y utilidad de la guía.

ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Esta guía de práctica clínica en cirugía menor ha sido elaborada por profesionales asistenciales, médicos/as y enfermeros/as, que forman el grupo de Gestión por Procesos (GP) de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) del Área El Bierzo y el responsable de cirugía menor del área.

Este grupo, constituido en el año 2005 para impulsar la Metodología de Gestión por Procesos, a instancia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, inicia la elaboración de esta guía en el año 2006.

Se elaboró un primer documento borrador que, tras ser presentado y validado en el seno de la Comisión de Calidad de Área en diciembre 2006, fue enviado a la Dirección Técnica de Atención Primaria que la remitió a las sociedades científicas que se relacionan:

- SocalemFYC (Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria).
- SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia).
- SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).
- Asociación de Enfermería Comunitaria.
- Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El presente documento, que recoge la nueva versión de la guía, incorpora las recomendaciones realizadas por estas sociedades científicas.

Las fotografías incluidas han sido obtenidas por los autores en distintas intervenciones realizadas, a excepción de las que corresponden a la numeración siguiente:

- 4.5.8.10.13.15, procedentes de "Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia". Autor José M^a Arribas Blanco. Jarpyo Editores S.A. Madrid 2000.
- 7. Suturas, procedente de "Manual de suturas". Área científica Menarini. Editado por Laboratorios Menarini, S.A. www.formacionsanitaria.com.

Los miembros del grupo de elaboración de la guía, declaran no incurrir en ningún posible conflicto de intereses. Ninguno ha recibido remuneración alguna por su participación en este proyecto.

Esta guía se ha realizado como documento de apoyo al Proceso de Cirugía Menor en Atención Primaria, elaborado por este mismo grupo de trabajo.

Su contenido debe ser revisado y actualizado periódicamente para recoger las innovaciones derivadas de la constante evolución de la práctica y el conocimiento clínicos. El grupo elaborador considera válido un período de cuatro años para su primera revisión.

LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

2

1. DEFINICIÓN

La cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y con escaso riesgo, en los que no se esperan complicaciones intra ni post-operatorias importantes, y susceptibles de ser asumidos con los medios disponibles en Atención Primaria.

Procedimientos incluidos en CM en AP

- Exéresis de lesiones cutáneas superficiales no sospechosas de malignidad.
- Extirpación de lesiones subcutáneas.
- Incisión y drenaje de abscesos cutáneos.
- Cirugía ungueal.
- Extracción de granuloma por cuerpo extraño.
- Reconstrucción desgarro lóbulo pabellón auricular.
- Cirugía destructiva de lesiones superficiales (criocirugía y electrocirugía).

2. VENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CM EN AP

La resolución de patologías mediante la aplicación de técnicas de CM en AP aporta importantes ventajas a los usuarios, a los profesionales y al propio sistema sanitario:

- Los usuarios obtienen un tratamiento adecuado a sus necesidades en un ambiente más accesible, con muy pocas demoras y sin desplazamientos innecesarios.
- Los profesionales sanitarios de AP suelen percibir esta actividad como un factor de motivación profesional gracias a su mayor capacidad resolutive, al refuerzo de su relación con los pacientes y a la diversificación de su práctica diaria.
- Para el sistema sanitario, el buen resultado de esta cirugía, con menor coste que los tratamientos hospitalarios, la convierte en una prestación sanitaria de eficiencia contrastada, aliviando la presión y listas de espera en otros niveles de atención.

3. POBLACIÓN DIANA

Todas las personas del Área de Salud.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente que presente alguna de las patologías susceptibles de ser tratadas mediante técnicas de CM.

Patologías susceptibles de ser tratadas con CM en AP

- Lesiones cutáneas no sospechosas de malignidad (verrugas, papilomas, fibromas, nevus...)
- Lipomas.
- Quistes epidérmicos.
- Onicriptosis (uñas incarnadas).
- Onicogrifosis.
- Cuerpo extraño en piel y tejido subcutáneo.
- Abscesos.
- Desgarro en el lóbulo del pabellón auricular.

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No deberán ser asumidos en AP los siguientes supuestos:

- Cuando las lesiones sobrepasen la epidermis en zonas anatómicas de alto riesgo (región parotídea, arco zigomático, región retroauricular, borde interno del codo, cara anterior del codo, cara ventral de la muñeca, párpados, etc...)
- Antecedentes de alergia a los anestésicos locales utilizados habitualmente.
- Sospecha de malignidad de la lesión.
- Antecedentes de cicatrices queloides.
- Existencia de coagulopatías.
- Presencia de patologías crónicas no compensadas o insuficientemente estudiadas.
- Pacientes terminales.
- Ausencia de consentimiento informado.

- Enfermedad Vascular Periférica severa para la práctica de cirugía ungueal en AP.
- Patologías que aun siendo susceptibles de incluir en el servicio, debido a su tamaño o extensión se aconseja derivar a Atención Hospitalaria (AH).

6. SITUACIONES ESPECIALES

PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O ANTIAGREGADOS

La toma de anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios no supone una contraindicación a la hora de programar una intervención de CM en el ámbito de la AP. Se debe tener en cuenta la suspensión de estos fármacos previa a la cirugía, según la pauta recogida en el Anexo I.

7. ACTIVIDADES

A. CAPTACIÓN

Consulta por parte del paciente y/o tutor, de patología susceptible de ser tratada con CM o hallazgo casual por parte del sanitario.

B. VALORACIÓN INICIAL

Diagnostico inicial de la patología y valoración de la indicación de CM en AP.

C. INFORMACIÓN AL PACIENTE

El paciente y/o el tutor, en caso de tratarse de un menor de edad o persona con alteración del área cognitiva, serán informados, utilizando un lenguaje comprensible, tanto de la patología detectada como de la posibilidad de ser abordada mediante técnicas de CM realizadas en el propio Centro de Salud.

D. ANAMNESIS PREOPERATORIA

En el caso de que el paciente acceda a la resolución de su patología en AP se realizará un cuestionario encaminado a detectar la presencia de supuestos que contraindiquen la misma (Anexo II).

E. ENTREGA DE LA HOJA INFORMATIVA Y DEL MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Resulta inexcusable para toda intervención la obtención del consentimiento informado expreso del paciente o de los padres/tutores legales de los menores e incapaces. Los requisitos legales exigen su obtención por escrito y después

de ofrecer al paciente una información detallada de todos los aspectos que puedan condicionar su decisión.

Es conveniente completar la información verbal facilitando un documento escrito de información quirúrgica general (Hoja informativa previa a la intervención. Anexo III).

Se entregará el documento de consentimiento informado (Anexo IV), aclarando que se trata de una premisa medico-legal sin la cual no se puede llevar a cabo la intervención. Se explicará que se debe leer con detenimiento y se mostrará nuestra disponibilidad para aclarar cualquier duda que se plantee.

F. DERIVACIÓN AL SERVICIO DE CM

El profesional que solicita la intervención debe remitir al equipo/responsable de CM la Hoja de derivación (Anexo V), a través del área administrativa.

G. PROGRAMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El responsable del servicio de CM del Equipo de Atención Primaria (EAP) recibirá y valorará la Hoja de derivación con el fin de planificar la agenda del servicio, asignando la fecha y hora de la intervención.

En la planificación de la agenda se considerarán una serie de criterios de oportunidad para optimizar los recursos disponibles:

- Urgencia de la intervención.
- Duración de las intervenciones.
- Afinidad de patologías.
- Cirugía sucia tras cirugía limpia (nunca al revés).

H. CITACIÓN DEL PACIENTE

Los servicios administrativos del CS comunicarán al paciente el día y la hora asignados para la intervención, recordándole que debe traer firmado el documento de consentimiento informado.

I. RECEPCIÓN E INTERVENCIÓN DEL PACIENTE

- Identificación del paciente.
- Presentación del equipo quirúrgico.
- Valoración de la patología y comprobación de la idoneidad de las circunstancias clínicas del paciente. En caso de desestimarse la intervención:
 - Se concertará una nueva cita.
 - Se derivará de nuevo a su médico.
- Realización del procedimiento quirúrgico.
- Información a los familiares acerca de la intervención.

J. CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE INTERVENCIÓN

Con fines clínicos, evaluadores, docentes y medico-legales conviene realizar un registro de intervenciones común para todo el equipo. Lo más funcional es disponer de un “Libro de Intervenciones” en la sala de cirugía donde se recojan los datos mínimos de cada intervención: Datos de los profesionales, datos del paciente, fecha de la intervención, incidencias intraoperatorias... El libro dispondrá de hojas autocopiativas de manera que una de las copias quedará en él mientras que la otra irá destinada a su archivo en la Historia Clínica (HC) del paciente.

K. ENTREGA DEL PLAN DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Al finalizar la intervención se informará al paciente y/o familiares, de forma verbal y/o por escrito (Anexo VII), de las recomendaciones postoperatorias que se deben seguir para la óptima recuperación:

- Autocuidados.
- Tratamiento farmacológico que proceda.
- Pauta de la primera revisión.

L. SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

1. Envío de la muestra:

En el caso de que sea preciso estudio anatomopatológico, se enviará la muestra al Servicio de Anatomía Patológica, observando las normas establecidas en el protocolo de recogida y envío de muestras (Anexo VIII). La muestra irá acompañada de la Hoja de petición de estudio a Anatomía Patológica (Anexo IX).

2. Recepción del informe:

Tras la recepción del informe del estudio anatomopatológico, el médico informará al paciente del resultado. Si el informe anatomopatológico correspondiera a una patología no abordable en AP se remitirá para su valoración a AH.

M. MANTENIMIENTO DE LA SALA DE INTERVENCIÓN E INSTRUMENTAL DE CM

Tras la intervención se procederá a la limpieza de la sala de CM, reponiéndose todo el material fungible utilizado durante la misma.

El instrumental se limpiará y esterilizará según protocolo (Anexo X).

N. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

En función de la patología intervenida y la técnica empleada se pautarán revisiones por parte del profesional sanitario.

O. ALTA Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

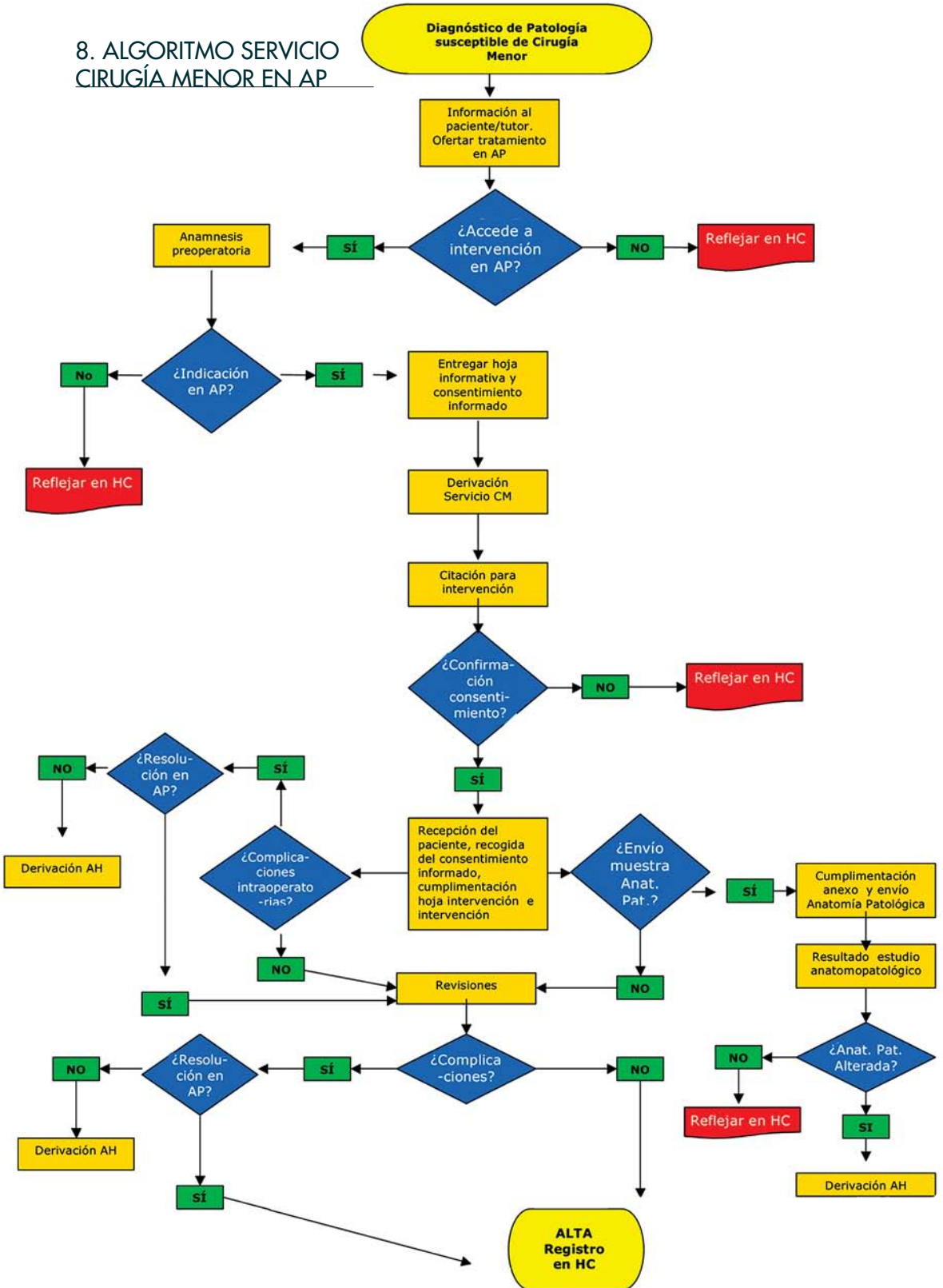
Una vez resuelta la patología que originó la inclusión en el servicio de CM y las posibles complicaciones, se procederá al alta del paciente.

En la hoja de evolución de la historia clínica, se registrarán todas las actividades realizadas desde la primera consulta (motivo de consulta, exploración, pruebas complementarias, impresión diagnóstica...), hasta el alta por curación (incluyendo los cuidados postoperatorios si estos hubieran sido necesarios) o la derivación a atención hospitalaria por cualquiera de los motivos previstos.

Se recogerán en la historia clínica del paciente todos los documentos generados como consecuencia de su inclusión en el servicio de cirugía menor:

- Anamnesis preoperatoria.
- Consentimiento informado.
- Copia de la hoja de Intervención.
- Informe de anatomía patológica.

8. ALGORITMO SERVICIO CIRUGÍA MENOR EN AP



PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA MENOR

3

1. ASPECTOS GENERALES

A. HIGIENE QUIRÚRGICA

El principal objetivo de la asepsia en cirugía es evitar la infección de la herida quirúrgica. Para ello se deben respetar ciertas precauciones universales de protección en toda intervención.

Aunque a la hora de intervenir sólo se use una simple bata de consulta limpia pero no estéril (para proteger la piel y ropa de fluidos orgánicos o soluciones desinfectantes), deberán usarse sin excepción guantes estériles, mascarilla y gafas para proteger la piel y mucosas de salpicaduras accidentales. Si se interviene a un portador conocido de hepatitis o VIH el uso de doble guante reduce a la mitad el inóculo en caso de pinchazo.

La correcta colocación de los guantes, tocando sólo su parte interior para no romper la esterilidad externa, debe ser precedida de un lavado de manos con jabón quirúrgico. En CM no es necesario el cepillado quirúrgico convencional hasta el antebrazo. Únicamente frotando toda la superficie de las manos al menos tres veces en un periodo de dos minutos (“rutina de Ayliffe”) es suficiente.

B. PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO

1. Preparación de la piel

- Piel sin pelo:

- Limpiar con solución salina fisiológica y secar con gasa estéril.
- Pincelar la zona a intervenir con torunda de gasa, montada en pinza de Pean, impregnada en antiséptico de elección: povidona yodada 10% o clorhexidina, mediante un movimiento en espiral desde el centro a la periferia, cubriendo un área mayor que el orificio de un paño fenestrado.

- Piel con pelo:

- Cortar el pelo a ras de piel con una tijera de Mayo y sólo en la zona de la intervención. Retirar los pelos cortados ayudándonos de papel adhesivo (esparadrapo o film transparente). Inmovilizar el resto de pelo que moleste con vaselina o esparadrapo.
- Evitar el rasurado. Si es imprescindible, usar una maquinilla desechable sin arañar la piel. No rasurar las cejas.

- A continuación proceder del mismo modo que en la piel sin pelo descrito anteriormente.



1. Campo quirúrgico delimitado con paño fenestrado

2. Pañeado del campo quirúrgico

- Colocar un paño fenestrado de papel impermeable estéril y desechable, preferiblemente adhesivo a la piel para fijarlo, haciendo coincidir la abertura con la zona cutánea a intervenir.
- En su defecto, delimitar la zona a intervenir ordenando en torno a ella varios paños estériles normales ayudándonos de pinzas de campo.

3. Exposición del instrumental estéril

Sobre una superficie auxiliar, preferiblemente mesilla con ruedas, se coloca un paño estéril normal y se deja caer sobre él directamente de los envases protectores el material previsto para la intervención que va a ser usado de forma inmediata evitando su contaminación.

No se debe emplear el instrumental contenido en bolsas abiertas o rotas.



1. Instrumental cirugía uveal



2. Instrumental cirugía general

ANESTESIA

El uso de anestésicos locales permite un control completo del dolor durante el acto quirúrgico. Para la práctica de CM en AP pueden utilizarse tres modalidades de anestesia: tópica, infiltración local y el bloqueo nervioso (troncular).

1. Anestesia tópica

Es útil para anestesiar una pequeña zona de piel o mucosa.

Existen en el mercado preparados específicos para distintos usos:

- Aerosol de lidocaína al 10% para piel: Se aplican 3-5 pulverizaciones sobre la zona y tiene un periodo de latencia de 3-5 minutos.
- La crema EMLA (mezcla de lidocaína 2'5% y prilocaína 2'5%) aplicada con un apósito oclusivo plástico 45-90 minutos antes del procedimiento, resulta eficaz para intervenir directamente sobre pequeñas áreas de piel (inferiores a 5x5 cm).
- Sprays refrigerantes de cloruro de etilo: Permiten realizar una anestesia cutánea de corta duración por frío, suficiente para intervenciones superficiales y rápidas (afeitado, punción, etc). Se aplican varias pulverizaciones hasta que la zona tome un aspecto blanquecino, procediendo entonces a la manipulación.

2. Anestesia por infiltración local

El agente anestésico se infiltra extravascularmente en los tejidos cutáneo y subcutáneo de la zona a intervenir mediante varias inyecciones. Actúa inhibiendo la excitación de las terminaciones nerviosas.

Se suelen utilizar anestésicos del tipo amino-amidas por su menor potencialidad alérgica (Anexo XI):

- Lidocaína, de baja potencia y acción corta.
- Mepivacaína al 1 ó 2%, la más usada por su potencia y duración intermedias.

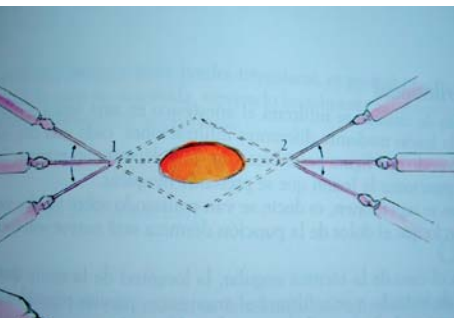
La cantidad necesaria depende de la extensión y la duración del procedimiento, pero nunca se debe sobrepasar la dosis máxima.

Podemos usar anestésico con vasoconstrictor (adrenalina 1:100.000) en aquellos procesos que sean muy sangrantes, teniendo en cuenta que en este caso el inicio del efecto es más lento pero también más prolongado.

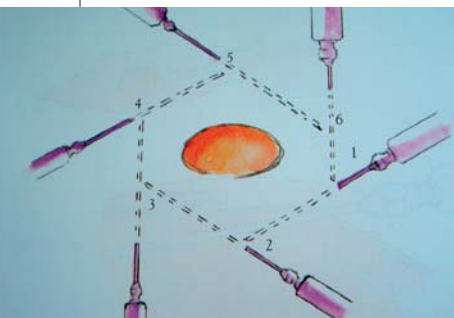
Su empleo estaría contraindicado en dedos, nariz, oreja, pene y aquellas zonas cutáneas marginales con riesgo de necrosis.

Técnica de infiltración

La primera punción se realiza introduciendo una aguja de insulina perpendicular a la piel. Se forma entonces un primer habón dérmico o subdérmico con 1-2 c.c. del anestésico. A partir de ese punto se practica la infiltración subcutánea para lo que se puede utilizar una aguja más larga introducida a través del habón inicial.



4. Técnica infiltración angular



5. Técnica infiltración perifocal

Esta segunda infiltración se puede hacer de tres maneras en función de la lesión:

- Lineal con puntos imbricados: cada infiltración se realiza a continuación de la anterior.
- Angular: con un solo pinchazo se reparte el anestésico por zonas a modo de abanico.
- Perifocal: dando varios pinchazos alrededor de la lesión.

Para cada inserción de la aguja debe aprovecharse toda su longitud infiltrando a medida que se avanza o se retira la aguja. Al mismo tiempo por cada inserción de la aguja debemos aspirar para asegurarnos de que no hemos pinchado un vaso.

3. Bloqueo nervioso (anestesia troncular)

Se inyecta el anestésico en algún punto del trayecto del nervio cutáneo que inerva la zona. Tiene la ventaja de que disminuye la tumefacción de la zona y el efecto es más duradero, pero por el contrario puede producirse un daño neural directo y el efecto anestésico se tarda más tiempo en alcanzar.

Este método se utiliza en los bloqueos digitales: Se infiltra anestésico sin vasoconstrictor mediante una aguja fina en la cara lateral de la falange proximal del dedo, llegando al periostio e infiltrando primero el plano profundo, repitiendo el proceso en la otra cara del dedo. En este caso el efecto tarda 10-15 min.

6 a y b.
Técnica
de infiltración
troncular
en dedo



4. Consideraciones generales sobre la anestesia en CM

- Explicar al paciente el procedimiento y preguntarle por posibles alergias.
- Usar una jeringa adecuada para la aguja que vamos a utilizar.
- Cargar personalmente la jeringa con el anestésico.
- Aspirar antes de inyectar.
- Mantener contacto verbal y visual continuo con el paciente para detectar precozmente las reacciones adversas.
- Esperar entre 10 y 15 min. para iniciar la intervención. La causa más común de fallo en el efecto de la anestesia es la impaciencia.
- Tener siempre dispuesto el equipo de resucitación cardiopulmonar (RCP).

C. SUTURAS

En la mayoría de los procedimientos que realizamos en cirugía menor finalizamos el acto quirúrgico bien cauterizando la zona sangrante con bisturí eléctrico, bien con una sutura quirúrgica.

Conocido el concepto de que suturar es aproximar tejidos de las mismas características con el fin de que cicatricen correctamente, recordamos los principios generales sobre la sutura en cirugía menor :

- Disminuir la tensión de la herida antes de cerrarla mediante disección dermo-grasa con tijera o bisturí.
- Cerrar por planos en heridas profundas o en caso de que existan espacios muertos.
- Aplicar la tensión adecuada para afrontar los tejidos sin isquemizarlos.
- Conseguir una buena eversión de los bordes.
- Colocar el número mínimo de puntos que consiga una buena aproximación de los bordes y elimine los espacios muertos.
- La técnica de anudado de elección en cirugía menor es la instrumental, con porta agujas y agujas curvas, que supone la primera lazada doble (nudo de cirujano) y la siguiente lazada en sentido contrario a la anterior reforzándola y sin crear aumento de tensión. El nudo se dejará a uno de los lados de la herida quirúrgica.

1. Tipos de hilo de sutura recomendados en CM

A. No reabsorbibles:

Para suturas cutáneas o mucosas que vayan a ser retiradas y para fijación de drenajes a piel.

- Naturales: Seda de numeración variable.
La elección del calibre del hilo de seda se hará en función de la zona anatómica a suturar y de la tensión a la que se verá sometido. Se elegirá el calibre mínimo posible buscando el equilibrio entre su resistencia y su secuela estética. Sirva de guía la siguiente sugerencia:
 - En sutura de cuero cabelludo: Seda 2/0 y 3/0.
 - En cuello y cara: Seda 4/0 a 6/0.
 - En tórax, abdomen, espalda y extremidades: Seda 3/0 y 4/0
- Sintéticos:
 - Poliamida: Ethylon® y Nylon®
 - Polipropileno: Prolene®

Se recomienda un calibre para suturas en cuello y cara de 4/0 a 6/0, y para tórax, abdomen, espalda y extremidades 3/0 y 4/0.

B. Reabsorbibles:

Para suturas profundas, mucosas y tejido celular subcutáneo.

- Sintéticos
 - Polilactín 910: Vicryl®
 - Ácido poliglicólico: Dexon®II

El calibre recomendado es 3/0 y 4/0.

2. Tipos de suturas

La más empleada es la sutura discontinua, en la que cada punto es realizado independientemente del siguiente, repartiéndolos uniformemente a lo largo de la herida quirúrgica. Se recomienda este tipo de sutura por sus características:

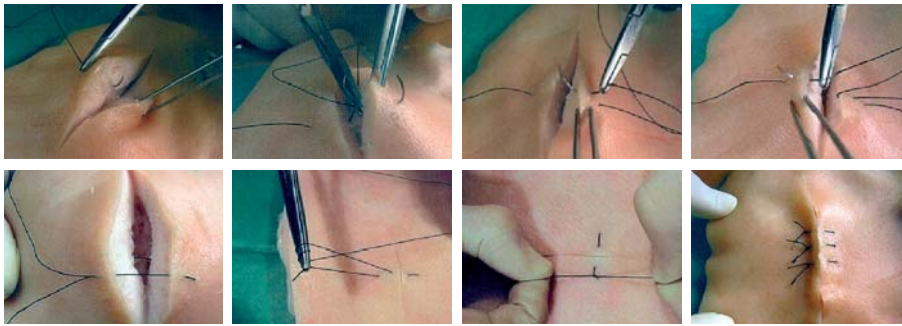
- Más facilidad para distribuir la tensión.
- Favorece el drenaje de la herida.
- Más facilidad para retirar los puntos.

Los tipos de punto más recomendados en cirugía menor son:

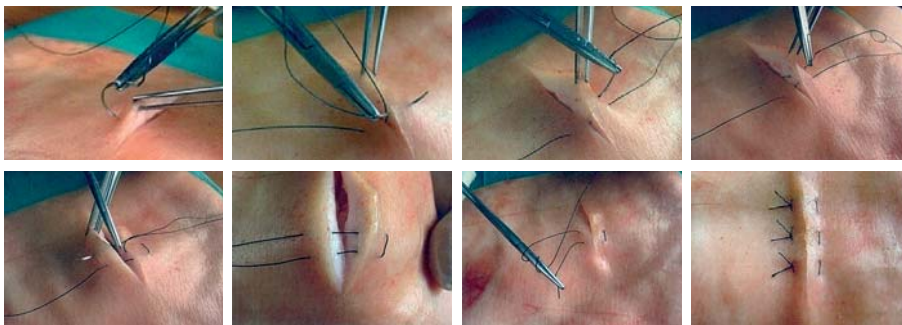
- Punto simple.
- Punto simple con el nudo enterrado. Se realiza con hilo reabsorbible.
- Punto de colchonero vertical.
- Punto de colchonero horizontal.



Punto simple



Punto colchonero vertical



Punto colchonero horizontal

7. Tipos habituales de suturas

2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BÁSICOS

A. EXÉRESIS DE LESIONES SUPERFICIALES

1. Escisión cilíndrica (Punch)

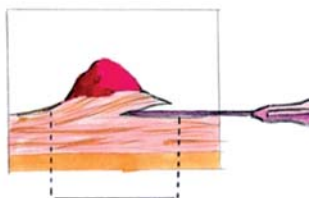
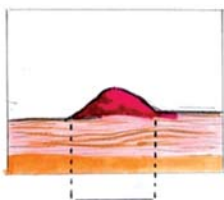
Indicaciones

Técnica que, por medio de un sacabocados (instrumento que consta de mango y un extremo de corte circular de 2 a 8 mm de diámetro), permite conseguir una muestra de la piel que profundiza hasta la hipodermis.

Técnica

Tras la desinfección y la anestesia de la zona hasta la dermis profunda, el punch se aplica de forma perpendicular con movimientos rotatorios hasta alcanzar el tejido subcutáneo. Tras la hemostasia se sutura y se envía la pieza a anatomía patológica.

2. Técnica de escisión tangencial



8. Esquema de escisión tangencial

Indicaciones

Se trata de una técnica rápida y sencilla indicada en las lesiones sobre elevadas o excrecentes de pequeño tamaño como: queratosis seborreicas, acrocordones, moluscum contagiosum y verrugas filiformes.

Técnica

1. Estabilizar la piel con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante y en dirección perpendicular a las líneas de tensión cutánea.
2. Realizar corte perpendicular a la base de la lesión y paralelo a la piel (afeitado), eliminando sólo las capas superficiales de la piel.



9a y b. Escisión tangencial de un acrocordón

3. Técnica de escisión fusiforme

Indicaciones

La escisión fusiforme es la técnica más utilizada e idónea para la eliminación de lesiones dermatológicas superficiales tales como nevus, dermatofibromas, fibroma blando, y quistes.

Técnica

1. Diseño de la escisión: Se dibuja una elipse cutánea que cumpla las siguientes características: El eje mayor de la elipse debe medir 3 veces el diámetro trasversal. El ángulo de sus extremos no ha de ser mayor de 30° para evitar en la sutura la aparición de "orejas de perro". Ha de existir un margen entre la lesión y el borde cutáneo de la incisión de 2mm. El eje mayor del huso debe seguir las líneas de tensión cutánea.
2. Incisión cutánea superficial: Se realiza con la punta del bisturí, tensando la piel, a lo largo de todo el huso que se va a extirpar y afectando a toda la profundidad para evitar bordes irregulares. La incisión se hace dando un corte limpio, no serrando, cogiendo el mango del bisturí como un lápiz y realizando tracción con los dedos de la mano no dominante, siguiendo la línea pintada del diseño.
3. Escisión en bloque: Se practica una incisión profunda en forma de cuña con el filo del bisturí hasta alcanzar la hipodermis, traccionando el tejido con mosquito o pinzas con dientes. Completada la disección, se elimina la lesión en bloque.



10. Técnica de escisión fusiforme



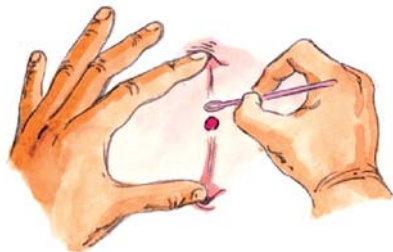
11. Técnica escisión fusiforme de nevus

12. Técnica escisión fusiforme de quiste epidérmico.

4. Técnica de curetaje

Indicaciones

Enucleación de verrugas, moluscum contagiosum, millium, queratosis seborreica, granuloma por cuerpo extraño, etc.



13. Técnica de curetaje

Técnica

1. Tensar la piel y aplicar el borde cortante de la cureta a la base de la lesión, realizando un movimiento de palanca que despega la lesión.
2. Si se realiza raspado, se tomará la cureta como un lápiz y se efectuarán movimientos tangenciales firmes, rápidos y hacia abajo.



14. Curetas



15. Técnicas de extirpación por curetaje

B. EXTIRPACIÓN DE LESIONES SUBCUTÁNEAS

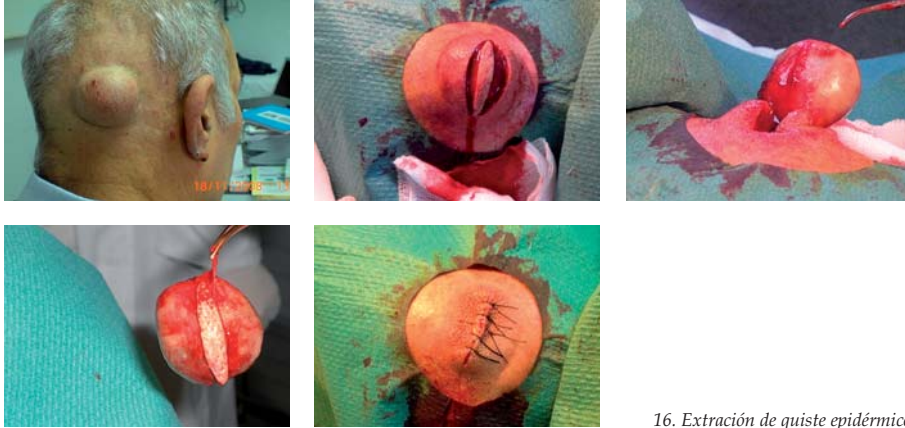
Indicaciones

Extirpación de lipomas y quistes epidérmicos (quistes sebáceos, triquilemicos, milios y dermoides).

Técnica extirpación estándar habitual

1. Infiltrar anestesia local de forma perifocal sin pinchar el quiste.
2. Incisión superficial: Se seguirá el huso cutáneo, sin pinchar la cápsula del quiste.
3. Escisión-disección de la cápsula: Con una pinza de disección se toma el borde de la piel que nos ayuda a diseccionar, despegando la cápsula progresi-

vamente con el borde curvo de las tijeras. Se debe proceder con cuidado en la disección y eliminación de adherencias, procurando retirar el quiste entero con toda su cápsula.



16. Extracción de quiste epidérmico

C. INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESOS CUTÁNEOS

Introducción

Los abscesos cutáneos son acumulaciones de material purulento que pueden aparecer en cavidades cutáneas o en cavidades producidas por las destrucción infecciosa de los tejidos (absceso perineal, panadizo, forúnculo...). El tratamiento es la incisión y drenaje.

Técnica quirúrgica

1. Localización del absceso por fluctuación.
2. Infiltrar con anestésico local en la línea de incisión y 1 cm. por fuera del borde periférico.
3. Realizar una incisión amplia usando un bisturí nº 11 en la zona de mayor fluctuación en sentido de las líneas de tensión.
4. Desbridar el interior del absceso con el dedo, una pinza Kocher o la tijera.
5. Presionar toda la periferia para facilitar el drenaje y explorar la cavidad.
6. Limpieza y desinfección del espacio con suero fisiológico o agua oxigenada hasta conseguir que drene el líquido lo más limpio posible.
7. Lavado final con povidona yodada.

8. Colocar drenaje:

- En pequeños abscesos: tira de gasa de 1-2 cm de ancho impregnada con povidona yodada.
- En abscesos mayores: tubo de Penrose, tejadillo, dedo de guante.

9. Aplicar apósito voluminoso con elevada capacidad de absorción.

D. CIRUGÍA UNGUEAL**1. Drenaje de hematoma subungueal**

Son más frecuentes en los dedos de las manos a consecuencia de traumatismos directos. La tensión producida por la acumulación de sangre entre la lámina y el lecho es la responsable del intenso dolor, que se reducirá significativamente tras su evacuación.

Debe tenerse en cuenta el traumatismo por si fuese necesaria una valoración radiológica para descartar posibles fracturas en las falanges.

La técnica de drenaje del contenido hemático no precisa anestesia y se realizará de la siguiente manera:

1. Limpieza y asepsia de la zona con povidona yodada.
2. Practicar dos orificios en la lámina ungueal mediante el empleo de una aguja biselada de 0'9x25, girándola lentamente hasta llegar al hematoma. Otra opción puede ser mediante un "clip" metálico de papelería incandescente (se calentará con un mechero sujetándolo con una pinza Kocher), aplicado directamente sobre la uña. El clip irá disolviendo la lámina hasta llegar al hematoma.
3. Una vez drenado el hematoma se tatará el dedo con un apósito estéril.

2. Paroniquia

Se trata de una infección bacteriana de entrada cuticular, con frecuencia secundaria a manicuras agresivas y a la onicofagia.

Mediante la aplicación de calor húmedo se puede promover su abscesificación y drenaje espontáneos produciéndose un alivio inmediato de las molestias.

Sólo si el dolor o la colección purulenta son excesivos se opta por realizar una pequeña incisión de drenaje con un bisturí del nº 11, paralela al margen ungueal, previa anestesia digital.



17. Paroniquia

3. Panadizo

La infección localizada en el pulpejo del dedo da lugar a un dolor intenso por el acúmulo de pus en un espacio cerrado. Además, si se deja evolucionar puede dar lugar a complicaciones potenciales (linfangitis u osteomielitis), por lo que se hace necesario el drenaje quirúrgico precoz, aparte de un tratamiento antibiótico sistémico.

La incisión y drenaje no deben hacerse en la superficie palmar del pulpejo, sino en su cara lateral, en la zona de máxima fluctuación. Posteriormente se deja un drenaje de gasa para garantizar la evacuación completa de la cavidad.

4. Avulsión ungueal

La separación de la lámina ungueal de su lecho y su extirpación completa estará indicada en las onicomicosis extensas sin respuesta a terapia antifúngica, en las deformidades ungueales excesivas (onicogrifosis) y en los arranques traumáticos incompletos.

Técnica

1. Tras el bloqueo anestésico del dedo se colocará un torniquete en la base del mismo, mediante una banda elástica (compresor) que permitirá un procedimiento exangüe.
2. La uña se despegga del lecho introduciendo un mosquito cerrado entre ambos y abriendo sus ramas en el interior.
3. Después se sujeta con una pinza gruesa (Kocher) por uno de sus laterales y se elimina traccionando hacia el lado contralateral.
4. El lecho ungueal sangrante se tapona con un apósito estéril que evite su adherencia al lecho de la herida, y se cierra con un vendaje compresivo, recomendando la elevación del miembro durante las primeras horas posteriores a la intervención a fin de evitar un excesivo sangrado.

5. Onicocriptosis

Se define como el crecimiento o enclavamiento de la uña en el epitelio circundante. También se conoce con el nombre de “uña incarnada” o “uñaero”. La localización más frecuente suele ser el primer dedo de los pies. Con frecuencia la zona suele presentar infección activa por lo que se recomienda tratamiento con antibiototerapia oral y antisépticos tópicos previos a la intervención.

Técnica

1. Bloqueo anestésico del dedo a intervenir.

2. Antes de la intervención se realizará un corte de la uña al ras del hiponiquio y, si el grosor de la uña es considerable, se recomienda fresar toda la placa a fin de que la incisión de ésta sea más fácil.
3. Se procederá a la exanguinación del dedo y la aplicación de un torniquete hemostático de manera que el paciente sangre lo menos posible. Esto se realiza elevando el pie del paciente y aplicando presión circunferencial mediante un compresor que se fijará posteriormente en la base del dedo mediante un kocher o porta-agujas. Esta isquemia se puede mantener aproximadamente unos 15 minutos.
4. Iniciamos la intervención procediendo a la avulsión parcial de la uña. Puede ayudarnos el marcar con un rotulador dermatográfico la porción lateral a eliminar, que deberá ser paralela al eje longitudinal de la placa ungueal. Se inicia el corte de la uña desde el borde distal al proximal con el bisturí con el corte mirando hacia el cielo. Seguimos avanzando y pasamos por debajo de la cutícula hasta llegar a la matriz. Notaremos una disminución de la resistencia al avance del bisturí, seguido de una resistencia final repentina al topar con el cóndilo dorsal proximal de la primera falange. Posteriormente procedemos a despegar la lámina del lecho ungueal y los tejidos adyacentes.



Por último traccionamos de la parte de la uña seccionada con ayuda de un kocher o porta. Se aconseja realizar esta operación mediante un giro suave en dirección del borde ungueal intervenido.

5. Una vez extraída la espícula se procede al legrado o curetaje de la matriz, lecho y canales ungueales. Para asegurarnos de que no queda ningún resto de matriz debemos llegar a raspar el periostio de la falange. Luego se limpian bien los restos de tejido desbridado con suero fisiológico, se desinfecta y por último se retira el torniquete, comprobando que la circulación vuelve a la normalidad (el dedo recupera la temperatura y coloración normales).

6. Con frecuencia podemos encontrar tejido de granulación exuberante en el reborde ungueal afecto. Procederemos entonces a su extirpación realizando una incisión "en cuarto de naranja".

7. La unión de la uña con el rodete ungueal se puede hacer simplemente con adhesivos cutáneos. En caso de haber realizado la extirpación del tejido de granulación puede ser precisa la sutura con seda para aproximar el rodete ungueal a la uña.

E. EXTRACCIÓN DE GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO

Definición

Reacción granulomatosa en tejido subcutáneo alrededor de un cuerpo extraño que, con el paso del tiempo, puede encapsularse o incluso infectarse y producir un absceso.

Técnica

1. Presentación de la lesión: granuloma elevado sobre la epidermis.
2. Infiltración de la anestesia de forma perifocal.
3. Se realiza una incisión amplia que cubra toda la zona elevada.
4. Con pinzas de disección o hemostáticas se extrae el cuerpo extraño.
5. Con cucharilla se hace curetaje de la base del granuloma para su limpieza y así evitar que queden restos de material contaminado.
6. Lavar con suero a chorro.
7. Suturar con puntos simples dejando suficiente distancia entre ellos para drenar una posible infección si se produjera.

F. RECONSTRUCCIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA

Introducción

El desgarro del lóbulo de la oreja suele producirse por un traumatismo agudo ó crónico relacionado con el uso de pendientes. También se han señalado algunos factores predisponentes, como pueden ser: las infecciones repetidas, la reacción alérgica causada por el material de los pendientes, un agujero de localización baja, el grosor del lóbulo (grosos menores de 4 mm. tienen una mayor probabilidad de desgarro), y la edad avanzada del paciente.

Tipos de desgarros

Se pueden clasificar en dos grupos:

- Desgarro incompleto
- Desgarro completo.

En cualquier caso la indicación de cirugía correctora es estética y debe individualizarse.

Procedimiento quirúrgico

1. Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza ladeada y taponar el conducto auditivo con una gasa, para evitar la invasión hemática.
2. Infiltración de anestesia a ambos lados del desgarro. Otra opción es infiltrar el pabellón completo mediante bloqueo auricular.
3. Incisión. Varía según el tipo:
 - a) Desgarro incompleto. Se realiza refrescamiento de los bordes, mediante escisión simple, utilizando pinza de disección y bisturí. Cuando el desgarro es amplio, presentando un pequeño puente de tejido remanente en la parte inferior del lóbulo, se secciona y se corrige como los desgarros completos.
 - b) Desgarro completo. Se realiza una escisión en forma de V invertida para refrescamiento de los bordes, con bisturí ó tijera recta, despegando posteriormente los bordes de la piel 1 ó 2 mm. en ambos lados para prevenir "la muesca" en el borde inferior del lóbulo.
4. Para finalizar se sutura el lóbulo por su cara anterior y posterior en direcciones perpendiculares.

Con esta técnica no se conserva el agujero del pendiente, que deberá ser re-perforado.

Consideraciones

- Una larga sutura longitudinal puede contraerse en la cicatrización y provocar una muesca en el borde del lóbulo.
- No se puede re-perforar hasta pasadas seis semanas después de la corrección quirúrgica.
- El paciente debería evitar los pendientes pesados durante seis semanas después de la reparación.



19. Técnica quirúrgica reconstructora del lóbulo de la oreja.

G. CIRUGÍA DESTRUCTIVA DE LESIONES SUPERFICIALES

1. Criocirugía

La criocirugía (destrucción de lesiones cutáneas mediante su congelación brusca) supone un tratamiento eficaz y sencillo que no precisa anestesia ni suturas, indicado en lesiones benignas superficiales como verrugas, moluscum contagiosum, pequeños acrocordones y queratosis seborreicas. Al no obtenerse espécimen para examen histológico debe evitarse siempre que exista duda de malignidad en la lesión a tratar.

El agente crioterápico más utilizado es el nitrógeno líquido con el que se alcanza una temperatura de -195°C (temperaturas inferiores a -20°C se consideran letales para la piel). Otros agentes crioterápicos consisten en mezclas volátiles (por ejemplo el dimetiléter-propano: Histofreezer®) que tras su aplicación producen, mediante evaporación, una "baja congelación" suficiente para la destrucción de ciertas lesiones.

La técnica es muy simple y consiste en tocar la lesión con una torunda de algodón impregnada en nitrógeno líquido (el dimetiléter-propano se suministra con sus propios aplicadores desechables terminados en una torunda de foam o algodón). Las torundas deben aplicarse verticalmente sobre la lesión para concentrar la temperatura más baja posible sobre su punta hasta conseguir un bloque de congelación cutáneo que abarque la lesión y 1-2 mm de piel sana circundante. La zona congelada se blanquea y así debe mantenerse durante 30-90 segundos según la lesión sea más o menos superficial. Cuanto mayor sea el tiempo y la presión ejercida con la torunda, más profunda será la congelación. Tras la descongelación aparece una flictena dermo-epidérmica y posteriormente se produce una pequeña costra bajo la que se reepiteliza la zona en 10-14 días sin

dejar cicatriz evidente. Tras este período se puede replantear una nueva aplicación si la respuesta fue parcial.

Durante la aplicación el paciente experimenta solamente una ligera sensación de quemazón que suele acentuarse durante la descongelación.

2. Electrocirugía

Los bisturíes eléctricos transforman la energía eléctrica de la red en calor, por la resistencia de los tejidos al paso de la corriente. Según la longitud de onda de la corriente se consiguen diferentes aplicaciones:

- Electrodesecación: Destrucción de lesiones superficiales.
- Electrocoagulación: Hemostasia de tejidos sangrantes.
- Electrosección: Corte de lesiones sobreelevadas o pediculadas en la superficie cutánea.

Para la cirugía cutánea se emplean aparatos monopolares que disponen de un electrodo terapéutico (mango con cabezales intercambiables) y de un electrodo de dispersión (placa) que, colocada en alguna zona distante del cuerpo del paciente, cierra el circuito. Todos los modelos tienen un selector de frecuencia que modifica la onda para producir las distintas modalidades de terapia y un selector de intensidad de corriente para regular el efecto producido.

Indicaciones

Sección, exéresis, destrucción celular o corte de lesiones cutáneas benignas (fibromas blandos, puntos rubí, nevus araneus, verrugas, granuloma piógeno, etc.) y hemostasia de puntos sangrantes (electrocoagulación).

Contraindicaciones

- Nunca utilizarlo como método de tratamiento en lesiones con sospecha de malignidad o en lesiones pigmentadas sin un diagnóstico previo de certeza.
- No se debe utilizar si el paciente es portador de marcapasos externo a demanda o en presencia de alteraciones del ritmo cardíaco de cualquier tipo.

No son contraindicaciones

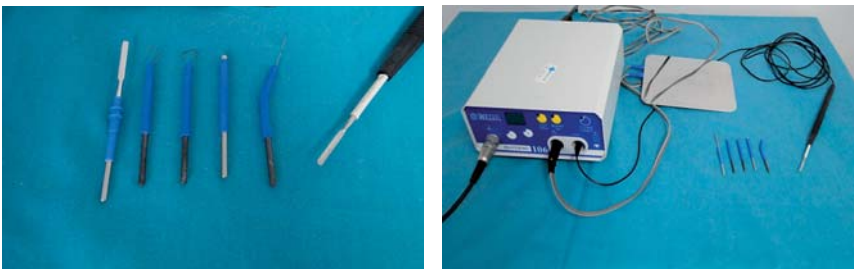
- Dentaduras no removibles metálicas (puentes fijos, implantes...).
- Prótesis metálicas (clavos, tornillos).
- Dispositivos intrauterinos.

Precauciones

- Retirar todo objeto metálico en contacto con la piel.
- No emplear antisépticos combustibles.
- Uso de guantes intactos.
- Uso de mascarillas para evitar la inhalación de humos potencialmente infecciosos.

Procedimiento

- Electrodesecación: Esta técnica no debe utilizarse si existen dudas sobre la naturaleza de la lesión a destruir, ya que no permite la obtención de muestras de tejido para su posterior análisis. Se realiza con un electrodo amplio, en forma de bola, con el que se recorre la superficie de la lesión lentamente, sin presionar, produciendo un daño muy superficial en los tejidos. Cuando la lesión burbujea o cambia de color, se elimina el tejido necrosado frotando con una gasa. Posteriormente se realizan curas húmedas hasta la reepitelización de la zona sin secuelas.
- La electrosección se realiza con electrodos en forma de asa o aguja con los que se corta el cuello de la lesión.
- La electrocoagulación de vasos sangrantes es la técnica más cómoda y eficaz de hemostasia quirúrgica. La forma correcta de detener el sangrado es la coagulación indirecta del punto sangrante aplicando la corriente a través de una punta fina de una pinza de Adson o de un mosquito, destruyendo muy selectivamente el lecho quirúrgico para no interferir en la cicatrización normal.



20. Equipo de electrocirugía con varios tipos de cabezales

3. SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTOS POSTQUIRÚRGICOS

No finaliza el proceso, y por ello el paciente no recibe el alta, hasta que la cicatrización de la herida quirúrgica se ha producido y se han resuelto las posibles complicaciones.

En el periodo postoperatorio se abordará la resolución de las siguientes necesidades:

A. CURAS POSTOPERATORIAS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Una vez finalizada la sutura de la herida, hay que proceder a la retirada y limpieza de los posibles restos hemáticos que queden sobre la superficie suturada de la herida con suero fisiológico, e impregnar posteriormente la sutura con povidona yodada.
- Es conveniente aislar la sutura del exterior durante las primeras 24-48 horas mediante la colocación de un apósito estéril, en especial aquellas heridas que se sitúan en zonas de rozamiento o con posibilidad de contaminación. La herida se mantendrá limpia y seca, cubierta con apósito. Si el apósito se mancha de sangre, deberá sustituirse por otro limpio previa limpieza de la herida con povidona yodada.
- En ocasiones, es necesario realizar un vendaje compresivo cuando existe riesgo de hemorragia y/o inmovilizar con una férula si la herida se encuentra situada en una zona de elevada tracción, como ocurre en las extremidades.
- Trascurridas las primeras 24-48 horas de la sutura se ha de efectuar una primera revisión de la zona:

Se retirará el vendaje y se valorará el estado de la herida y si la hemostasia fue correcta. Es normal que los bordes estén levemente enrojecidos, lo que no indica necesariamente infección sino inflamación, proceso lógico asociado a la cicatrización postquirúrgica.

Si la inflamación es extensa y abarca una extensión entre 0,5 y 1 cm entorno al borde de la sutura, habrá que pensar en la posibilidad de que la herida quirúrgica se haya infectado.

Entonces, presionaremos suavemente sobre el contorno de la sutura para valorar si rezuma en algún punto. Si el material drenado es purulento, se procederá a la eliminación del punto infectado para dejar cerrar por segunda intención. Cuando el líquido que aparece es serosanguinolento estaremos ante un seroma o hematoma y habrá que drenar y colocar un vendaje compresivo.

Tras la valoración se decidirá el mantenimiento o no del apósito, según la zona y características del paciente, pudiéndose desde este momento mojar la herida durante el aseo personal y secándola posteriormente de forma cuidadosa.

- La periodicidad de las curas posteriores de la herida dependerá de :
 - El grado de contaminación de la herida (limpia, sucia o infectada)
 - La localización anatómica.
 - El tipo de cicatrización (primera, segunda o tercera intención)
 - La utilización o no de drenaje.
 - La evolución de la herida.

B. ANALGESIA

Generalmente, el dolor es poco intenso controlándose con paracetamol a las dosis habituales; si esto no ocurriese, pueden asociarse otros analgésicos. En casos de dolor severo se valorará la herida para descartar la presencia de complicaciones (hematoma, infección, etc...).

C. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

La administración de antibióticos por vía oral tiene escaso valor a la hora de prevenir la infección de una herida. Se utilizarán:

- Cuando hay alto riesgo de infección postoperatoria o actuación sobre zonas contaminadas.
- Siempre, si existen criterios para la realización de profilaxis de endocarditis bacteriana.

Se elegirá el antibiótico con el espectro más adecuado según los posibles gérmenes patógenos, conociendo que el *Staphylococcus aureus* es el más frecuentemente aislado en las infecciones cutáneas. Para los microorganismos penicilina-resistentes serán de elección Cloxacilina o Amoxicilina-ácido clavulánico.

No suele ser necesaria la realización de cultivos ni la utilización de antibióticos tópicos

D. DRENAJES

Los drenajes, que se colocarán siempre tras la liberación de un absceso y también en heridas con alto riesgo de infección o sangrado, se mantendrán mientras persista la exudación realizando periódicamente los cambios precisos.

E. RETIRADA DE SUTURA

El momento elegido para la retirada de la sutura dependerá de varios factores como las características de la zona anatómica, el espesor de la epidermis, el ti-

po de cierre y la tensión de la herida. También se tendrá en cuenta que a mayor tiempo de persistencia de la sutura mayor riesgo de reacción inflamatoria a ésta, con peor resultado estético. Por otro lado, la retirada precoz puede favorecer la reapertura o dehiscencia de la herida.

En cada caso se individualizarán los tiempos de retirada de sutura pudiendo efectuarse, si existen dudas, de forma alterna. Los tiempos medios recomendados, según la región anatómica, pueden ser:

Cara	4-5 días
Cuero cabelludo	7 días
Cara anterior del tronco	8-10 días
Miembros superiores	10-12 días
Dorso y extremidades inferiores	10-14 días

Siempre se llevará a cabo previa limpieza de la zona con povidona yodada y con técnica estéril. Se hará tracción sobre el cabo de cada punto, cortando entre el nudo y la piel de manera que, al tirar, pase la mínima cantidad de hilo a través de la herida. Es importante tirar del hilo en la dirección que cierra la herida, pues en este momento todavía existe riesgo de que ésta se abra.

En algunos casos, puede ser útil la colocación posterior de suturas adhesivas para disminuir la tensión en los bordes de la herida durante el tiempo que se considere oportuno.

F. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Hemorragia

Suele deberse a traumatismo sobre la herida quirúrgica, hemostasia intraoperatoria inadecuada, ingesta de fármacos con acción sobre el sistema de coagulación o discrasias sanguíneas.

Pueden existir varios tipos de sangrado: capilar (en sábana), venoso (flujo continuo) o arterial (pulsátil, rojo más intenso y abundante).

El tratamiento consistirá:

- Compresión digital (o con gasa montada), de la herida durante 10-15 minutos, realizando posteriormente vendaje compresivo de la misma.
- Aplicación de frío (bolsa de hielo) sobre la zona en las horas siguientes, en periodos repetidos de 10-15 minutos.

La hemorragia puede prevenirse realizando una adecuada técnica hemostática durante el acto quirúrgico.

2. Seroma

Consiste en la aparición de una colección líquida bajo la sutura. Ocurre cuando se han dejado cavidades o espacios muertos. Se debe eliminar el punto y realizar compresión de la piel para drenar el contenido.

3. Hematoma

Los hematomas pequeños suelen reabsorberse espontáneamente. Los de mayor tamaño se evacuarán a través de la incisión quirúrgica, o retirando alguno de los puntos de sutura, haciendo presión mediante una torunda y colocando drenaje si se considera necesario.

Su aparición puede condicionar un mayor riesgo de otras complicaciones, como dehiscencia, infección o necrosis.

Para prevenir su formación se realizará una correcta hemostasia intraoperatoria y sutura por planos sin dejar espacios entre los tejidos afectados, colocando posteriormente un vendaje compresivo.

4. Infección

Puede ocurrir hasta en el 1% de los casos de cirugía menor limpia, con frecuencia en relación con fallos en la técnica estéril. También puede ser la última fase de otras complicaciones, como el hematoma, la dehiscencia y la necrosis.

Los signos y síntomas suelen aparecer entre el cuarto y el octavo día del postoperatorio siendo los más frecuentes: dolor, tumefacción, enrojecimiento de los bordes de la herida y, en ocasiones, supuración de material purulento. Raramente existen síntomas generales como fiebre y/o escalofríos.

El tratamiento consistirá en:

- Retirada de los puntos de sutura necesarios, haciendo limpieza y desinfección diarias y dejando que la herida cierre por segunda intención; si es necesario se colocará drenaje.
- Iniciar antibioterapia oral, de forma empírica, con los antibióticos descritos anteriormente.

5. Dehiscencia de la sutura

Es la separación de los bordes de la herida antes de la correcta cicatrización de la misma.

Existen factores predisponentes en relación con el paciente como la edad avanzada, enfermedades crónicas, ingesta de fármacos o malnutrición y secundarios a la cirugía: excesiva tensión en los bordes de la herida, utilización de material de sutura inadecuado o retirada precoz del mismo.

Puede ser la fase final de otras complicaciones, como el hematoma o la infección.

Una vez producida la dehiscencia, la cicatrización tendrá lugar por segunda intención, con el consiguiente mal resultado estético.

Para prevenir esta complicación se realizará una técnica quirúrgica correcta, empleando material de sutura adecuado y cierre por planos. Se intentará disminuir la tensión en la sutura mediante disección subcutánea de los bordes.

6. Granuloma de sutura

Se produce en una zona donde existe un punto enterrado o invertido, por reacción tipo cuerpo extraño al material de sutura, apareciendo una nodulación dolorosa y dura.

Como medida de prevención se utilizará material reabsorbible del calibre más fino posible, realizando pocos nudos, profundos y dejando cabos muy cortos.

7. Dermatitis de contacto

La aparición de lesiones ecematosas con prurito asociado en la zona circundante a la herida quirúrgica suele ocurrir por hipersensibilidad a antisépticos, apósitos, esparadrapos, antibióticos tópicos u otros.

Si se detecta el agente causal deberá retirarse y se valorará la aplicación de corticoides tópicos.

8. Necrosis eccema

Ocurre por alteración de la circulación distal en los márgenes de la herida, generalmente por tensión excesiva e isquemia de los bordes ocasionando hipoxia tisular. Los pacientes fumadores tienen mayor riesgo de desarrollar necrosis.

El tratamiento consistirá en:

- Desbridamiento amplio y limpieza del tejido necrótico.
- Antisepsia abundante de la herida.
- Antibióticos de forma precoz si existe riesgo de infección.

9. Cicatriz hipertrófica

Es una alteración de la cicatrización normal.

En la cicatriz hipertrófica se produce una prominencia de ésta que respeta los límites de la misma. Su grado extremo lo constituye el queloide en el que el tejido fibroso sobrepasa los límites de la cicatriz, siendo de carácter permanente.

Se produce por un crecimiento excesivo del tejido conjuntivo debido a una falta del control regulador de la epidermis. Las zonas de localización preferente son el tórax, la zona superior de la espalda y los hombros. Existe una predisposición individual de cada persona y es muy difícil de prevenir. Es más frecuente que aparezca en jóvenes y personas de raza negra. Los pacientes con antecedentes previos deberían ser derivados a cirugía plástica.

10. Hiperpigmentación de la piel

Esta alteración generalmente se produce en áreas expuestas al sol y suele ser más frecuente en personas con pigmentación cutánea oscura.

Todas las cicatrices quirúrgicas en zonas foto expuestas deben ser protegidas mediante productos con filtros solares al menos durante los seis meses posteriores a la cirugía.

Ocasionalmente la hiperpigmentación puede mejorar e incluso remitir espontáneamente.

4. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Por consenso en el Grupo de Trabajo se acuerda utilizar la metodología del Proceso de Atención de Enfermería que considera la atención que prestan los enfermeros como un proceso de resolución de problemas.

Ante cualquier problema de salud es necesario hacer una valoración de las necesidades del paciente y en base a ellas formular los diagnósticos de enfermería aprobados por la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para cada diagnóstico, se establecen unos resultados u objetivos priorizados NOC (Nursing Outcomes Classification) a conseguir con determinadas intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification) a través de distintas actividades.

Hay que tener en cuenta que cada persona presentará necesidades distintas y por tanto de la valoración individualizada se obtendrán distintos diagnósticos de enfermería.

Así los Planes elaborados para el cuidado de las personas que afrontan una intervención de CM se organizan según la estructura: Diagnósticos NANDA-Objetivos NOC-Intervenciones NIC - Actividades.

En esta guía se presenta un Plan de Cuidados general que parte de los Diagnósticos de Enfermería comunes a casi todas las personas en la prestación del servicio de cirugía menor :

1. Riesgo de lesión perioperatoria (00087)
2. Ansiedad (00146)
3. Deterioro de la integridad tisular (00044)
4. Dolor agudo (00132)
5. Riesgo de infección (00004)

1. DIAGNÓSTICO NANDA: RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA (00087)

Definición

Riesgo de lesión como resultado de las condiciones ambientales que se dan en el entorno perioperatorio.

Factores de riesgo

- Desorientación.
- Inmovilización.
- Alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia.

1.1 NOC: Control del riesgo (1092)**1.1.1 NIC: Precauciones quirúrgicas (2920)**

- Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.
- Solicitar al paciente o acompañante que declare el nombre del paciente.

1.1.2 NIC: Precauciones con hemorragias (4010)

- Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragias y sobre las acciones apropiadas.

1.1.3 NIC: Identificación de riesgos (6610)

- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

1.1.4 NIC: Control de infecciones (6540)

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Administrar un agente de inmunización si procede.
- Administrar terapia antibiótica si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los signos y síntomas de infección y cuando deben de informar de ellos al profesional.

2. DIAGNÓSTICO NANDA: ANSIEDAD (00146)**Definición**

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido por el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Factores relacionados

- Necesidades no satisfechas.
- Crisis de maduración o situacionales.
- Estrés.
- Amenaza de cambio en: el rol, estado de salud, entorno...

2.1 NOC: *Autocontrol de la ansiedad (1402)*

2.1.1 NIC: **Enseñanza prequirúrgica (5610)**

- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Describir las rutinas preoperatorio.
- Evaluar la ansiedad del paciente/ ser querido relacionada con la cirugía.
- Informar al paciente/ ser querido de la duración esperada de la operación.
- Informar al ser querido sobre el sitio de espera.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si procede.

2.1.2 NIC: **Disminución de la ansiedad (5820)**

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

2.1.3 NIC: **Técnica de relajación (5880)**

- Hablar suavemente.
- Mantener contacto visual con el paciente.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Sentarse y hablar con el paciente.
- Utilizar la distracción, si procede.

3. **DIAGNÓSTICO NANDA: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**

Definición

Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Factores relacionados

- Factores externos mecánicos.

3.1 NOC: Curación de la herida por primera intención (1102)**3.1.1 NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440)**

- Aplicar antiséptico.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.
- Enseñar al paciente y / o familia a cuidar de la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Retirar las suturas cuando esté indicado.

3.1.2 NIC: Vigilancia de la piel (3590)

- Comprobar la temperatura de la piel.
- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema.

4. DIAGNÓSTICO NANDA: DOLOR AGUDO (00132)**Definición**

Experiencia sensitiva emocional y desagradable ocasionada por una lesión tisular, real o potencial descrita en tales términos (Internacional Association for the Study of Pain), de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente con un final anticipado o previsible y duración menor de seis meses.

Factores relacionados

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)

4.1 NOC: Control del dolor (1605)**4.1.1 NIC: Manejo del dolor (1400)**

- Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, etc.).
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

4.1.2 NIC: Manejo de la medicación (2380)

- Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Enseñar al paciente y/o a la familia el método de administración de los fármacos, si procede.
- Explicar al paciente y/o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

5. DIAGNÓSTICO NANDA: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Definición

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo

- Destrucción tisular.
- Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos...)
- Enfermedades crónicas.

5.1 NOC: Curación de la herida por primera intención (1102)

5.2 NOC: Curación de la herida por segunda intención (1103)

5.2.1 NIC: Control de infecciones (6540)

- Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- Administrar un agente de inmunización, si procede.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.

Se propone una evaluación de esta guía dirigida a valorar tres dimensiones:

1. Grado de implementación en su ámbito de aplicación según un cronograma previsto.
2. Adherencia a las recomendaciones que establece.
3. Impacto de la guía en la práctica de la cirugía menor en la Atención Primaria.

Deberá diseñarse en su momento el estudio: tipo de evaluación, período de tiempo evaluado, tamaño de la muestra, unidades de estudio, fuentes de datos...

Se propone la siguiente Metodología de Evaluación (nivel de desarrollo I):

1. IMPLEMENTACIÓN EN LOS EEAP

Criterio

Adopción de esta guía como referente para la realización de cirugía menor en el EAP.

Indicador

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EEAP que adoptan la guía}}{\text{N}^\circ \text{ de EEAP que ofrece CM en su CS}} \times 100$$

Estándar

- En el primer año, el 40%
- En el segundo año, el 80%
- En el tercer año, el 100%

Se realizará un seguimiento anual tras el primer año de difusión de la guía en los EEAP.

2. NIVEL DE ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

Se establecen tres criterios clave para la monitorización:

- Realización de una correcta anamnesis preoperatoria, dirigida a descartar contraindicaciones de la intervención (Anexo II).
Fuente: historia clínica del paciente.
- Revisión postoperatoria a las 24-48 horas con el paciente citado desde el mismo día de la intervención.
Fuente: historia clínica del paciente y hoja de cuidados postoperatorios
- Existencia de documento de consentimiento informado y hoja de intervención (Anexos IV y V).
Fuente: historia clínica del paciente.

3. IMPACTO DE LA GUÍA EN LA PRÁCTICA DE LA CM EN ATENCIÓN PRIMARIA

Criterios:

- Evolución cuantitativa favorable de las coberturas en el servicio cirugía menor de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (aumento significativo de la cobertura).
Fuente: Resultados de los numeradores de cobertura globales de área en la auditoría anual de la Cartera de Servicios.
- Satisfacción percibida por los grupos de interés: profesionales, usuarios y administración sanitaria.
Fuentes:
 - Resultados cualitativos de encuestas de satisfacción dirigidas a profesionales que realizan cirugía menor y a usuarios del servicio.
 - Valoración cualitativa y cuantitativa por el órgano gestor competente de la eficiencia de la prestación de cirugía menor en la Atención Primaria llevada a cabo según esta guía de práctica clínica.

Tras una primera evaluación de esta dimensión de la guía a los cuatro años del inicio de su implantación, coincidiendo con la primera revisión de la misma, las sucesivas evaluaciones tendrán periodicidad bianual.

ANEXO I: PREPARACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MENORES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES O ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

Cuando un paciente tratado con antiagregantes plaquetarios o con anticoagulantes orales precisa someterse a una intervención de cirugía menor se nos plantea una disyuntiva, bien retirar el tratamiento con el posible incremento del riesgo de presentar una complicación tromboembólica cardiovascular o bien mantenerlo aumentando así el riesgo de complicación hemorrágica durante y/o tras la intervención.

Revisada la reciente bibliografía no se encuentra unidad de criterio en las recomendaciones, por ello y tras consultar con la Unidad de Anticoagulación del Servicio de Hematología de nuestro Hospital de referencia, proponemos las siguientes actuaciones:

ANTICOAGULANTES ORALES: SINTROM®

- Suspender la toma de Sintrom® 3 días antes del procedimiento.
- Administrar heparina de bajo peso molecular subcutánea cada 24 horas, desde el primer día en que se suspende el Sintrom®, continuando el día del procedimiento y posteriormente durante 4 días más (8 dosis de heparina en total).
- Reanudar el Sintrom® a la dosis habitual el mismo día del procedimiento, simultaneándolo con la heparina durante los 5 días.

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

1. Ácido acetilsalicílico

Hay unanimidad respecto a la recomendación de no suspenderlo.

2. Clopidogrel

Se recomienda suspenderlo 5 días antes de la intervención. Las evidencias disponibles sobre los riesgos en el periodo perioperatorio son limitadas y esta recomendación se basa en el consenso de expertos.

3. Doble antiagregación (Ácido acetilsalicílico y Clopidogrel):

Utilizado en pacientes de alto riesgo a los que se ha implantado un stent recientemente, no suspender la antiagregación.

ANEXO II: ANAMNESIS PREOPERATORIA

Descartar las siguientes situaciones:

1. ALERGIA A ANESTESICOS LOCALES: Preguntar por tolerancia en exposiciones previas: por ejemplo intervención dental, infiltraciones u otra cirugía menor.

2. OTRAS ALERGIAS DE INTERES:

- Medicamentos (antibióticos, AINES, AAS)
- Antisépticos con yodo, cremas o pomadas.
- Apósitos o esparadrapos.

3. COAGULOPATÍAS:

- Hepatopatía.
- Discrasias sanguíneas.

4. ANTICOAGULACIÓN:

- Toma de anticoagulantes. Nombre del fármaco:.....
- Toma de antiagregantes. Nombre del fármaco:.....

5. ANTECEDENTES DE CICATRICES HIPERTROFICAS / QUELOIDEAS.

- Si.
- No.

6. ALTERACIONES CUTÁNEAS QUE INTERFIERAN LA CICATRIZACION:

- Atrofia.
- Esclerodermia.
- Dermatitis activas.
- Otras:.....

7. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Diabetes.
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia vascular periférica.
- Anemia severa.
- Inmunosupresión.
- Patología psiquiátrica grave.
- Otros:

8. PROFILAXIS ANTITETANICA.

- Si.
- No.

PROBLEMAS PARA GARANTIZAR CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

- Si.
- No.

ANEXO III: INFORMACIÓN PREVIA A SU INTERVENCIÓN QUIRURGICA

Las técnicas de cirugía menor son pequeñas intervenciones que se realizan sobre la piel, con anestesia local, tras las que no son esperables complicaciones importantes. Estos procedimientos duran entre 10 y 30 minutos y al finalizar podrá regresar a su casa. Si lo prefiere, puede hacerse acompañar por un familiar o amigo aunque este no podrá entrar en la sala de intervención.

A continuación le hacemos las siguientes recomendaciones, que le rogamos que siga encarecidamente:

PREPARACIÓN PREVIA A LA CIRUGÍA

- Si el día de la intervención ó días previos a la misma, tiene fiebre, dolor de garganta..., o cualquier signo de infección, debe ponerse en contacto con nosotros e informarnos de su estado.
- El día de la intervención deberá ducharse ó asearse todo el cuerpo.
- Deberá llegar al Centro, sin cadenas, reloj, esmalte de uñas ó maquillaje.
- Deberá retirarse las prótesis (lentillas, dentadura postiza, etc.) o si no es posible, advertirlo.
- Si en la zona de intervención existe vello, Vd. mismo puede rasurárselo con cuidado de no lesionar la piel. En cualquier caso el personal del centro supervisará la zona y realizará el rasurado si fuera necesario.
- No tome nada en las tres horas previas a la intervención.
- Comunique de manera clara todos los antecedente de interés médico que posea (alergias medicamentosas, intervenciones previas, etc...), así como de cualquier medicación ó droga que esté tomando.

COMPLICACIONES QUE PUEDEN OCURRIR

Ningún procedimiento invasivo está exento de algún riesgo. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables:

- Problemas con la anestesia (alergia).
- Inflamación ó molestias sobre la zona que ceden habitualmente con tratamiento adecuado.
- Hemorragias y hematomas.
- Infección de la herida.

- Dehiscencia de la sutura (que se abra la herida).
- Cicatrización anormal.
- Que se reproduzca la lesión intervenida.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarlo.

Pregúntele a su médico y/o enfermero cualquier otra duda o consulta que desee plantear.

ANEXO IV: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**1. PACIENTE**

NOMBRE..... APELLIDOS.....

2. REPRESENTANTE

NOMBRE..... APELLIDOS.....

VINCULACION CON EL PACIENTE
 Familiar vinculado de hecho Representante legal Otros
3. PROFESIONAL

NOMBRE..... APELLIDOS.....

Nº COLEGIADO CATEGORÍA.....

4. PROCESO ASISTENCIAL

.....

.....

.....

DECLARO:

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hojas adjunta/s que contiene la información clínica.

5. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto

En..... a de..... de.....

EL PACIENTE/REPRESENTANTE

EL PROFESIONAL

Fdº.....

Fdº.....

6. LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En..... a de..... de.....

EL PACIENTE/REPRESENTANTE

EL PROFESIONAL

Fdº.....

Fdº.....

ANEXO V: DERIVACIÓN AL SERVICIO DE CIRUGÍA MENOR

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y apellidos:.....

CIAS:.....

Fecha y firma:.....

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

Teléfono:.....

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

Localización:.....

Tamaño:.....

Impresión diagnóstica:.....

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....
.....**CITACIÓN PARA INTERVENCIÓN**

Nombre del paciente:.....

Teléfono:.....

Día y hora de la intervención:.....

ANEXO VI: HOJA DE INTERVENCIÓN

GAP:.....EAP:..... Médico de Cabecera:.....

Equipo de Cirugía menor:

Nombre:Cat. profesional:..... N° colegiado:.....

Nombre:Cat. profesional:..... N° colegiado:.....

Nombre:Cat. profesional:..... N° colegiado:.....

Enfermo:Sexo: Edad: N°H°Clínica:.....

Alergias conocidas

No

Si:

Contraindicaciones intervención:

No

Si:

Lugar, fecha y hora de la intervención:

.....
.....

Procedimiento:

.....
.....

Observaciones:

.....
.....

Incidencias intraoperatorias:

.....
.....

Tratamientos farmacológicos:

.....
.....

Plan de cuidados postoperatorios:

.....
.....

Firma de los profesionales del equipo de cirugía menor:

Fdo:..... Fdo:..... Fdo:.....

ANEXO VII: HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

Estimado señor o señora:

Se le ha realizado una intervención de cirugía menor, a partir de este momento los cuidados que se proporcionen en la zona intervenida van a ser importantes. Siga siempre las indicaciones concretas de su médico o enfermero y como indicaciones generales lea las que se enumeran a continuación:

- Si tras el efecto de la anestesia tiene alguna molestia puede tomar algún analgésico de los que use habitualmente: paracetamol (Gelocatil, Termalgin, etc.) pero no debe tomar ácido acetilsalicílico (Aspirina, Adiro...)
- El vendaje debe ser retirado a las 24-48 horas. Durante este tiempo debe mantenerlo limpio y seco. Su enfermero/a le informará de cómo debe realizar las curas posteriores o si, por el contrario, debe acudir a realizarlas a la consulta.
- No debe mojar la herida en los dos días siguientes. Posteriormente puede lavarla con agua y jabón, secándola de forma suave y sin traccionar la piel. Esta debe estar siempre limpia y seca.
- Mantenga la zona en reposo y procure no hacer esfuerzos para evitar que la herida se abra y se alargue el tiempo de recuperación.
- Si ha sido suturado con puntos o grapas, deberá acudir a la consulta de enfermería para su retirada al cabo dedías.
- Si se va a analizar la muestra extirpada deberá acudir a la consulta de su médico de familia para ser informado del resultado dentro dedías.
- Para que la cicatriz quede menos marcada, al menos en los 6-8 meses posteriores no la exponga al sol, tápela o utilice una crema con alto factor de protección solar.
- Puede aplicar a la cicatriz crema hidratante.

Signos de alarma

Entre los más frecuentes podemos señalar:

Hemorragia: Tras la intervención puede manchar el apósito con un poco de sangre. Esto es normal. Si el sangrado es muy abundante, presione sobre la zona.

Infección: Es normal que la zona esté un poco enrojecida. Son signos de infección si está muy enrojecida, caliente, duele o supura.

Reapertura de la herida: Se puede producir por infección o exceso de tensión por esfuerzos.

Si aparecen debe acudir a su médico o enfermero.

ANEXO VIII: PROTOCOLO DE RECOGIDA Y ENVIO DE MUESTRAS A ANATOMÍA PATOLÓGICA.

- Las piezas extirpadas no deben, en ningún caso, ser destruidas y deben ser remitidas al laboratorio de anatomía patológica.
- La muestra no debe congelarse y puede ser mantenida a temperatura ambiente.
- El envase debe ser suficientemente amplio para contener la pieza y el líquido fijador. Es preferible que sea estéril aunque no es una condición indispensable. Debe tener boca ancha y un cierre eficaz.


Se enviará al servicio de Anatomía Patológica de referencia perfectamente rotulado o etiquetado con los datos del paciente (nombre y apellidos, número de identificación...) e irá acompañado por el volante formulario existente a tal fin. Si existiesen varias piezas de un mismo paciente cada una irá en un envase distinto.

- El líquido fijador debe cubrir totalmente la muestra para que se conserve adecuadamente y no se produzca desecación de ninguna de sus partes. Existen múltiples líquidos fijadores. El más utilizado es el formaldehído tamponado concentrado al 4-13% según preferencia del servicio de anatomía patológica de referencia. Debe tenerse en cuenta que la forma comercial puede venir en concentraciones superiores, entre el 30 y el 40%, por lo que debe ajustarse diluyéndolo en la cantidad correspondiente de agua destilada, aunque también puede servir agua corriente.

Conviene recordar que el suero fisiológico y otros líquidos no son válidos como fijador y por lo tanto no se pueden usar como tal.

- Para el transporte de las muestras se utilizarán neveras portátiles y será realizado por la persona encargada de la recogida y traslado de las muestras al hospital de referencia.

ANEXO IX: DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ANATOMIA PATOLOGICA			
Centro de Salud EAP: _____		Enfermera/o: _____	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____		TIS: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____		Nº Hª CLINICA: _____	
TELEFONO: _____		POBLACION: _____	
FECHA DE INTERVENCIÓN: _____		D.N.I.: _____	
FECHA ENVÍO MUESTRA: _____		PRIORIDAD: NORMAL <input type="checkbox"/> PREFERENTE <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/>	
Datos y diagnóstico clínico:			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			
Entidad Clínica Codificada			
Firma y sello de facultativo A.P.			
Servicio de Anatomía Patológica *Fecha de recepción de muestra: _____		Recibido por: _____ Firma: _____	
Informe anatómopatológico:			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>			
*Fecha envío de informe: _____		Enviado por: _____ Firma: _____	
Centro de Salud *Fecha de recepción de informe: _____		Recibido por: _____ Firma: _____	

ANEXO X: LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL

Para evitar el deterioro del costoso instrumental quirúrgico se deben observar una serie de consideraciones en su manipulación:

- El material contaminado debe ser siempre considerado de alto riesgo de transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis...) por lo que no se debe manipular sin la debida protección.
- Una vez terminada la intervención el instrumental contaminado se sumergirá en alguna solución desinfectante específica (glutaraldehído, hipoclorito sódico, etc.), durante 10 a 30 minutos, que evite la adherencia de restos orgánicos secos y lo desinfecte.
- Después se limpia con cepillos o esponjas no abrasivos, se enjuaga en agua corriente y se seca minuciosamente.
- Tras su embolsado, se procederá a la esterilización en autoclave.
- No se debe depositar en suero fisiológico pues resulta corrosivo.
- No dejarlo secar con restos orgánicos después de su utilización.
- Manipularlo cuidadosamente: no tirarlo sobre superficies duras, no utilizar las tijeras de tejidos para cortar otros materiales, etc.

Conviene esterilizar el material en bolsas desechables mixtas (papel y plástico) que permitan ver el contenido de la misma. Deben ser termosensibles (para verificar la acción del autoclave). Las hay autosellables mediante adhesivo, o si no, se cerrarán mediante termoselladora. No se debe emplear el instrumental contenido en bolsas abiertas o rotas.

El tiempo, la presión y la temperatura de esterilización en autoclave variarán según el tipo de material:

- Caucho, goma, silicona, vidrio...: 1 atmósfera/120°C/20 minutos.
- Instrumental embolsado y textil: 2 atmósferas/134°C/10 minutos.
- Instrumental suelto para uso inmediato: 3 atmósferas/134°C/3 minutos.

La forma más cómoda de utilizar el instrumental quirúrgico es empaquetarlo agrupando un conjunto de piezas básicas que se utilizan en la mayoría de las intervenciones. Las piezas de uso menos frecuente pueden esterilizarse en bolsas individuales.

ANEXO XI: CARACTERÍSTICAS DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES MÁS USADOS

Medicamento	Nombre comercial	Farmacología y mecanismo de acción	Indicaciones y dosificación	Efectos adversos y precauciones	Instrucciones
LIDOCAINA	-Clorhidrato de Lidocaina 1%, 2%, 5% -Anestecidan -Cidancaina -Lincaina -Xylomibsa	-Anestésico local tipo amida que actúa por bloqueo nervioso reversible -Inicio de acción: 2-4 min. -Duración: 1-2 h, según cantidad y amplitud de la zona	-Usar la concentración al 1% en adultos, no más de 30 ml. -En niños usar al 0,25-0,50%, no más de 4mgr/Kg. de peso	-Toxicidad del SNC: visión borrosa, mareo, convulsiones tónico-clónicas (dosis dependiente) -Hipovolemia, hipotensión, alteración de la conducción cardiaca. -Reacción de hipersensibilidad. -No asociar a adrenalina de forma rutinaria. -Precaución en ancianos y niños.	Manejar cuidadosamente las dosis
MEPIVACAINA*	Scandimbsa 1% 2% 3% (2ml ó 10ml)	-Anestésico local tipo amida que actúa por bloqueo nervioso reversible. -Inicio de acción: 2-5 min. -Duración: 1-2 horas, según cantidad y amplitud de la zona.	-Usar la concentración al 1% en adultos, no más de 30 ml. -En niños usar al 0,25-0,50%, no más de 7mgr/Kg. de peso.	-Similar a la Lidocaina.	Manejar cuidadosamente las dosis.
TETRACAINA	-Anestesia tópica, ampollas de 1ml (10mgr) -Lubricante urológico organon, crema 7,5mgr. -Presente en múltiples preparaciones (colirios, cremas, solución)	-Anestésico local tipo éster. -Similar mecanismo de acción que lidocaina. -Inicio de acción: más lento que los anteriores. -Duración: 30-40 min.	-Se utiliza para anestesia local, fundamentalmente oftálmica y tras su aplicación como crema .	-Similar a Lidocaina. -Mayor tendencia a producir sensibilización por contacto que otros anestésicos locales	-El uso continuado sobre el ojo puede producir graves complicaciones. -No permitir su uso como automedicación.

* Podemos usar anestésico con vasoconstrictor (adrenalina 1:100.000) en aquellos procesos que sean muy sangrantes, teniendo en cuenta que en este caso el inicio del efecto es más lento pero también más prolongado. Su empleo estaría contraindicado en dedos, nariz, oreja, pene y aquellas zonas cutáneas marginales con riesgo de necrosis.

ANEXO XII: INFRAESTRUCTURA PARA LA PRACTICA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. CARACTERÍSTICAS Y DOTACIÓN DE LA SALA DE CIRUGÍA MENOR

Los procedimientos de C.M., donde nunca se penetran en cavidades corporales cerradas, no precisan de un quirófano convencional. En realidad pueden realizarse en cualquier espacio limpio siempre que se garantice la existencia de dos pequeñas áreas estériles en toda la intervención: el campo quirúrgico donde se interviene y una superficie para la exposición del instrumental estéril.

Sería deseable disponer de una sala suficientemente amplia, entre 15 y 20 m². Constará de un sistema de climatización capaz de asegurar una temperatura ambiente constante de entre 20 y 22°C, y deberá estar bien iluminada y ventilada. El revestimiento de paredes, suelos y mobiliario de la sala deberán soportar su limpieza frecuente con diluciones de hipoclorito (requerimiento indispensable tras una cirugía contaminante).

Esta sala deberá estar dotada con el siguiente equipamiento mínimo:

- Lavabo con grifo, preferiblemente monomando y dispensador de jabón.
- Camilla o mesa de operaciones de altura regulable, articulada y basculante. Para facilitar el acceso se recomienda situarla en el centro de la sala.
- Asiento con ruedas y mecanismo que permita regular la altura.
- Mesa auxiliar para el instrumental, con ruedas y altura ajustable.
- Lámpara quirúrgica de luz fría, de pie con ruedas o de fijación a techo, articulable y regulable en altura.
- Vitrina para almacenaje de material.
- Equipo de resucitación cardiopulmonar básico completo.
- Bisturí eléctrico monopolar con diferentes cabezales.
- Autoclave, termoselladora y bolsas mixtas pelables.

2. INSTRUMENTAL BÁSICO

- Mangos de bisturí números 3 y 4.
- Hojas de bisturí que correspondan a los anteriores (números 10, 11 y 15).

- Tijeras:
 - Para cortar material (tijeras de Mayo), rectas y curvas.
 - De disección (tijeras de Metzembraum), curva y recta roma de 14 cm.
- Porta-agujas tipo estándar de 14 a 16 cm.
- Pinzas de disección tipo estándar con y sin dientes de 13 cm.
- Pinzas de Adson con y sin dientes de 12 cm.
- Pinzas de hemostasia: pinzas de mosquito sin dientes rectas y curvas de 12 cm.
- Pinzas de Pean.
- Pinzas de Kocher.
- Separadores de Erina, de doble uso, Farabeuf y automáticos.
- Cucharillas cortantes.
- Curetas.
- Batea.

3.MATERIAL FUNGIBLE

- Agujas subcutáneas e intramusculares.
- Jeringas de 1, 2, 5, 10, 20, y 50 ml.
- Gasas estériles.
- Paños desechables estériles, fenestrados y no fenestrados.
- Vendas:
 - Vendas de gasa de 5 x 10 cm de ancho.
 - Vendas elasticas de crepé de 5 x 10 cm de ancho.
 - Vendas de algodón de 5 x 10 cm de ancho.
 - Vendas elásticas adhesivas: 5, 7,5 y 10 cm de ancho.
- Férula de aluminio.
- Esparadrapo.
- Suero fisiológico para irrigación.

- Soluciones antisépticas: Clorhexidina o povidona yodada.
- Recipientes estériles de plástico para envío de muestras a anatomía patológica.
- Contenedores para material cortante o punzante y para restos biocontaminados.
- Formol en solución.
- Guantes de látex estériles y no estériles, de varios números.
- Rasuradora de un solo uso.
- Banda de goma estéril para isquemia.
- Mascarillas.
- Apósitos hemostáticos (Spongostan®).
- Apósitos adhesivos estériles de varios tamaños.
- Apósito plástico: Nobecután®
- Gasa orillada para drenaje.
- Suturas:
 - No reabsorbibles:
 - Seda: Números 1/0, 2/0, 3/0, 4/0, 5/0, 6/0, con aguja curva triangular premontada.
 - Polipropileno (Prolene®, Surgilene®).
 - Reabsorbibles: Poliglactin 910 (Vicryl®) ó Acido poliglicólico (Dexon®).
 - Suturas cutáneas adhesivas.
 - Dermabond®.

BIBLIOGRAFÍA



1. Arribas JM, Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Volumen 1. Editorial Jarpyo S.A.
2. Suturas y Cirugía Menor para profesionales de enfermería. Ed. Médica Panamericana. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/material/técnicas/sutura/sutura.asp>
3. Guía de consentimiento informado de la Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid 2006.
4. Altable De La Torre M. Manual de Cirugía menor para médicos de Atención Primaria. 4ª edic. IM&C S.A. Madrid 1997
5. Guía para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en Atención Especializada. Junta de Castilla y León. Sacyl 2008
6. Pérez Sánchez J, Villar Gil J, Aguilar Martínez A, Ortega Hervás V, Campón Montero M^a V. Crioterapia en Atención Primaria. Madrid: MSD; 2001.
7. Arribas Blanco JM, Fernández Cañadas S, Rodríguez Pata N, Baos Vicente V. Técnicas alternativas en cirugía menor: criocirugía y electrocirugía. *Semergen*. 2002; 28: 496-513. [Texto completo]
8. Castillo Castillo R, Morales Mañero AM, Carrasco Serrano A. Guía de uso de la criocirugía en atención primaria. *Med. Fam. (And)*. 2002; 2: 114- 122.
9. Kuwahara RT. Cryotherapy. [Internet]. *E Medicine*; 2003. [Fecha de consulta 9-11-09]. Disponible en:
<http://www.emedicine.com/derm/topic553.htm>
10. Campillo-Artero, C. Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria* v.19 n.5, Barcelona Sept.-Oct.2005
11. García Caballero M, Neugebauer E et al. Cirugía basada en la evidencia: de la teoría a la práctica. *Cir And* 2000; 11:350-4.

12. AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) instrument. Disponible en [http:// www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org). Sitio creado en marzo 2004.
13. García Gutiérrez JF. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica. Guías de práctica clínica. Universidad de Málaga, 2002.
14. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Fremantle N, Harvey EL (1998 b). Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2002.
15. Guía básica para el manejo y tratamiento de heridas .Grupo Andaluz para el desarrollo y la investigación de la cirugía menor. 2005.
16. Servicio Andaluz de Salud. Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. Junta de Andalucía; 2004.
17. Gould DJ, Chudleigh JH, Moralejo D, Drey N. Intervenciones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en la atención al paciente. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2
18. Agustí A, López F. Antiagregantes orales en el perioperatorio, ¿mantener o retirar el tratamiento?. Fundació Institut Català de Farmacologia: <http://www.doyma.es>. Artículo 190.939. Consultado el 11/05/2007.
19. Gosalbes Soler V. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. SVMFI. Fichas de Consulta Rápida. Anticoagulación oral en atención primaria. 2010.
20. Anticoagulantes y antiagregantes en cirugía, ¿Mantener o suspender?. Infac, Volumen 17. N°8. 2009. <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>. Consultado 21/01/2010
21. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. [Minor surgery in the family physician's office. Description of one year's experience][Article in [Spanish] Atención Primaria. 1996 Feb 15;17(2):142-6
22. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez A, Pérez López P,

- Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios.
23. Gallego Ruiz A, Peces Morate FJ, Elviro García P, Sierra Garrido .Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria Vol. 13 - Núm. 1- Enero 2003.MEDIFAM 2003; 13: 19-22
 24. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Caña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia Vol. 13 -Núm. 4- Abril 2003.MEDIFAM 2003; 13: 285-290
 25. Cruzado Quevedo J, Hernández Soler J, Alcántara Muñoz P, López Román FJ, Contreras García C, Sánchez Quiles C. Los costes de un programa de cirugía menor durante un año en un centro de Atención Primaria de Salud Vol. 13 - Núm. 4- Abril 2003.MEDIFAM 2003; 13: 277-284.
 26. Gallego Ruiz A, Peces Mórte FJ, Elviro García P, Sierra Garrido C. Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria.
 27. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, González-Baylín Monje ML, Laguna Delgado L, Verdugo Rosado M. [Effectiveness of dermatologic minor surgery in the office of the family physician and patient satisfaction in relation with ambulatory surgery][Article in Spanish] *Med Clin (Barc)*. 1996 Dec 7;107(20):772-5.
 28. Caballos Villar D, Hernández Núñez J, Ledesma Martín-Pintado F, Ruiz Ramos R. Diagnóstico diferencial entre nevus y melanoma en Atención Primaria, ¿cuándo biopsiar? *Medifam* 2002. vol.12 nº 2, febrero 2002.
 29. Puras A, Fernández Seara P, Sanz Anquela M, Arellano A, Guarch R. Anatomía Patológica en Cirugía Menor (Atención Primaria).*Revista Española de Patología*. Año 2002 volumen 35, nº 1
 30. Martín Fernández J, Martínez Marcos M Ferrándiz Santos J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. *Revista de Atención Primaria* 2001; 27:497-502.

31. Vaquero Martínez JJ, García Aparicio JM, Díaz Gómez J, Blasco Paredes D. Eficiencia de la cirugía menor en atención primaria según el nivel de facturación. *Revista Atención Primaria* 2002;30(2):86-91.
32. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Revista de Atención Primaria* 2001; 28:320-325
33. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA, González Caballero JD, García Canovas A, López Piñera M, Cruzado Quevedo J. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad?. *Revista de Atención Primaria* 2003;31(1):23-31
34. Elola Vicente P, Aroca Vicente J, Huertas Paredero MV, Díez Sebastián J, Rivas Belludo L, Martínez Martínez G, et al. Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcohólicas. *Revista de Enfermería Clínica* 2008; 18(1):3-8.
35. Lermenda, C. Cirugía menor en adulto mayor: 10 años de experiencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40:129-30. Alfaro González JV, García Giralda L, Casas I, Sandoval C y Buitrago L. Gestión de calidad en el programa de cirugía menor en atención primaria. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. *Revista Calidad Asistencial* 2004; 19(6):380-7.
36. Graells J, Espinola A, Barrio C, Muñoz MD, Román A, Parellada N. Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2007; 98(3):171-177.
37. Tárraga López P-J, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, Cerdán Oliver M, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Atención Primaria*. Vol.27. Núm.5. Marzo 2001.
38. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006*. Elsevier. Madrid 2005.
39. McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier Mosby. Madrid 2005.

40. Moorhead S, Jonson M, maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. Madrid 2005.
41. Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas m, Moorhead s. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Harcourt Mosby. Madrid 2002.
42. López García de Viezma A. Manual de suturas. Ed. Menarini. Madrid, 2005
43. Manual de cirugía menor en atención primaria. Xunta de Galicia. 2005

