

Taller de cirugía menor: 3ª parte

F. Javier Maestro Saavedra

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. A Coruña. Coordinador del grupo

Aída Méndez Valiñas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Bueu. Pontevedra

Ramón López de los Reyes

Especialista en Cirugía General. Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña

Paloma Puime Montero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Os Tilos (Teo). A Coruña

María José Veleiro Tenreiro

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria del Ventorrillo. A Coruña

Manuel Vazquez Blanco

Dermatólogo. XAP Santiago

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 184-186

ASPECTOS MEDICO LEGALES

Información al paciente y consentimiento informado

Por consenso se puso en marcha un documento de consentimiento informado, basado en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986 y en la Ley reguladora del consentimiento informado del 28 de Mayo de 2001 de la Xunta de Galicia, que se le entrega al paciente el día de la citación para el acto quirúrgico.

La Ley de Galicia de 3/2001 de la historia clínica y del consentimiento informado regula los requisitos necesarios para el desarrollo de las técnicas quirúrgicas que realizamos en atención primaria y define el consentimiento informado como:

La conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa a la obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.

En dicho documento se le informa, verbalmente y por escrito, al paciente, de manera objetiva, por parte del médico que va realizar la intervención, del diagnóstico, del tipo de intervención que se le va a realizar, el objetivo de dicha intervención, de los procesos sobre los que se tendría que tomar medidas especiales (alergia a anestésicos locales, alteraciones de la coagulación, antecedentes de cicatrización queloides o hipertrófica), trastornos circulatorios, inmunodeficiencias, hepatitis aguda o crónica. Y se hace una valoración de los riesgos frecuentes y personalizados.

Dicha información se realiza con el tiempo suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.

El documento deberá contener:

La identificación del paciente, la identificación del centro, la identificación del médico, la identificación del procedimiento, la declara-

ción de dar consentimiento, ya sea por el paciente, su representante legal o familiar, la posibilidad escrita de poder revocar el consentimiento en cualquier momento, lugar, fecha y consentimiento autógrafa del paciente (familiar o representante legal), junto a la firma del médico.

En el documento quedará constancia de que el paciente recibe una copia del documento y de la comprensión de la información. Otra copia deberá incluirse en la historia clínica.

En el Sergas los "procedimientos clínicos en Atención Primaria" define las características en cuanto a los criterios mínimos de calidad, índice de cobertura y evaluación

Criterios mínimos de calidad:

1.- En la historia clínica quedará constancia de:

- Diagnóstico
- Consentimiento del paciente
- Anamnesis preoperatoria:
 - Alergia a anestésicos (*)
 - Alteraciones de la coagulación
 - Consumo anticoagulantes/ antiagregantes.
 - Antecedentes de cicatrización queloidea/ hipertrófica
- Resultado anatomo-patológica (**)
- Complicaciones.

(*) Excepción: Intervenciones sin anestesia o crioterapia (**) No lo necesitan las piezas obtenidas por técnicas destructivas, avulsión ungueal, drenaje de abscesos y reparación de heridas cutáneas.

2.- Deberá un registro específico y unificado donde constará (Sistema de registro):

- Identificación del paciente y del médico
- Día de intervención
- Técnica empleada y anestesia

Diagnóstico previo
Remisión a anatomía-patológica
Diagnóstico anátomo-patológico.

3.- Deberá constar en la historia clínica un plan de cuidados posterior a la intervención

Envío de muestras para el estudio histológico

Se deberá remitir al Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital de referencia las muestras obtenidas en las intervenciones con la excepción de las muestras obtenidas por:

*Cirugía destructiva (criocirugía, electrocirugía, quimiocirugía),
Avulsión ungueal con o sin matricectomía,
Drenaje de abscesos y
Reparación de heridas cutáneas con o sin Friederich*

Sin este recurso no se deberían extirpar lesiones.

Anestesia

Anestesia local

El empleo de anestésicos locales en cirugía menor tiene por objeto conseguir el control del dolor que implica la intervención, lo que requerirá, según el caso, de la elección de una de las tres técnicas empleadas: la aplicación tópica, la infiltración local y el bloqueo nervioso.

Los anestésicos locales son sustancias químicas que bloquean la permeabilidad de la membrana celular al sodio, con lo que se impide de manera reversible la transmisión del estímulo doloroso. Se pueden utilizar solos o en combinación con otras sustancias con el fin de optimizar el proceso. De este modo se implican también en la anestesia local sustancias como la adrenalina o el bicarbonato sódico.

Tipos de anestésicos locales

Las sustancias químicas, actualmente utilizadas de manera regular en la cirugía menor, pertenecen al grupo de las amidas; estando en desuso aquellas que formaban parte del grupo de los ésteres como la procaína, tetracaína, novocaína, benzocaina por su toxicidad y mayor poder alergénico.

Amidas

Pertenecen a este grupo la Lidocaina y la Mepivacaina como las más frecuentemente disponibles y por lo tanto utilizadas en la cirugía menor practicada en el ámbito de la Atención Primaria. Otras sustancias son: bupivacaina, prilocaina y articaína.

Lidocaina: presentada en concentraciones al 1% y al 2% para la anestesia y al 5% como antiarrítmico por lo que conviene compro-

bar siempre el etiquetado ya que existen presentaciones con envases indiferenciables. Se aconseja la utilización de la del 1% a dosis de 4,5 mg/kg con un máximo de 300 mg (30ml= 3 ampollas de 10 ml) si se emplea sola, o de 7 mg/kg con un máximo de 500 mg (50ml=5 ampollas de 10ml) si se mezcla con adrenalina. En niños las dosis son 1,5-2,5 mg/kg sin adrenalina 3-4 mg/ con adrenalina.

Mepivacaina: disponible al 1% y al 2%. La dosis son de 3mg/kg con máximo de 300 mg sin adrenalina y de 5mg/kg, máximo 500 mg con adrenalina. En niños 1,5-2,5 mg/kg.

La duración e inicio de la acción anestésica varía según los textos consultados estableciéndose diferencias según el producto empleado. Dichas diferencias son más teóricas que reales, con lo que a efectos prácticos la referencia puede ser: inicio de acción a los cinco minutos y duración de 1 hora a hora y media.

Técnicas anestésicas

Anestesia tópica

Indicada en procedimientos que implican a pequeñas áreas de piel (punciones...), en actuaciones rápidas y no profundas (curetaje de molluscum, afeitado de acrocordones pequeños...), cuando no está indicada la infiltración de anestesia (desbridamiento de escaras...) y como preanestesia con la intención de disminuir las molestias de la infiltración de anestésico.

Crema EMLA:

Mezcla de lidocaina al 2,5% y prilocaina al 2,5%. Se aplica la crema en piel, generalmente cubriéndola con un apósito oclusivo plástico durante 45 a 90 minutos.

Cloruro de etilo:

Aerosol refrigerante de agente volátil que se aplica sobre la piel durante 5 -6 segundos, hasta que esta se pone blanca con lo que se consigue un enfriamiento tisular que alcanza los -200° C que insensibiliza la zona...

Anestesia por infiltración

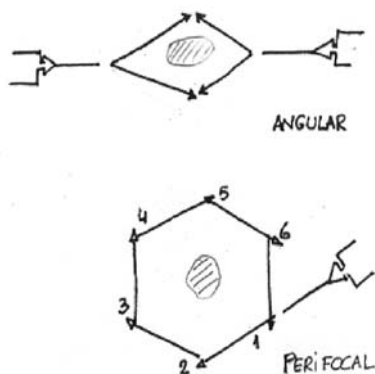
Se persigue la delimitación anestésica de la zona a intervenir mediante la punción con aguja subcutánea y la infiltración de sustancias químicas: anestésicos solos o en combinación.

La infiltración puede ser atendiendo a su profundidad: intradérmica (se genera un habón en la piel) o subcutánea, siendo esta última menos dolorosa, y en función de las punciones a realizar:

- **Angular o romboidal:** se practican dos punciones en los extremos opuestos de la lesión delimitando una zona romboidal al rectificar la dirección de la aguja en abanico sin llegar a extraerla. Se utiliza en pequeñas superficies.
- **Solapamiento o imbricación:** se realizan trayectos lineales suce-

sivos, empezando el nuevo trayecto donde finalizó el anterior hasta rodear completamente la lesión. Necesaria en superficies más amplias.

TABLA 1



- **Bordes abiertos:** en heridas limpias se puede infiltrar los bordes desde el interior de las mismas con la que la técnica es menos dolorosa.

La combinación de anestésico con otras sustancias se utiliza para optimizar la técnica de la anestesia por infiltración, minimizando sus inconvenientes:

- **Vasoconstrictor:** fundamentalmente adrenalina (1:100.000 que se obtiene al diluir 0.1 ml de adrenalina 1:1000 en 10 ml de suero). Se atenúa el sangrado operatorio, se prolonga el efecto del anestésico y se reduce su toxicidad. Existen mezclas comerciales y si no se dispone de ellas se puede reinfiltrar con la adrenalina diluida después de haber anestesiado. No se aconseja superar un máximo de 5 ml de la dilución de adrenalina y evitar su uso en zonas acras (dedos, orejas, nariz, pene) por el riesgo de necrosis debido a la isquemia. Su uso estaría contraindicado en enfermos con arritmias, hipertiroideos, ancianos, diabéticos, hipertensos, distonías neurovegetativas e infección de la zona.
- **Alcalinizante:** la utilización de un agente alcalinizante tiene por objeto disminuir el dolor de la propia infiltración. Se emplea para este fin la adicción a 10 ml de solución anestésica de 1 ml de suero bicarbonatado sódico al 8,4%. Tiene como inconveniente que aumenta considerablemente el tiempo de latencia.

Bloqueo nervioso

Infiltramos la vecindad de un tronco nervioso para anestesiar todo el territorio de distribución distal. El más practicado por su utilidad y sencillez es el bloqueo digital para la cirugía de manos y pies.

La técnica consiste en infiltrar 1 ml de anestésico sin vasoconstrictor en ambas caras laterales de la raíz del dedo, con la aguja perpendicular al plano de la piel. Se debe esperar un mínimo de 5 minutos, verificando la insensibilidad antes de intervenir y esperando el tiempo necesario si esta no se constata.

Precauciones y reacciones adversas

Dolor:

Disminuir el dolor de la infiltración maximiza la intencionalidad del acto anestésico. Son medidas destinadas a este fin, las ya mencionadas adicción de alcalinizante a la solución anestésica y la aplicación de sustancias tóxicas como preanestésicos; y además: evitar mezcla con vasoconstrictor (acidifica la solución), calentar con las manos el anestésico, punciones sucesivas en zonas ya anestesiadas, infiltración lenta y progresiva, agujas finas.

Infección

Técnica aplacada con asepsia disminuye las posibilidades de infección.

Hematoma:

Manipulación cuidadosa de la aguja. Los cambios de dirección sin extracción de aguja conviene realizarlos retirándola lo máximo posible antes de hacer cualquier movimiento lateral.

Toxicidad:

La toxicidad aparece por sobredosificación y es evitable respetando las dosis máximas administrables con lo que hay que verificar siempre las concentraciones de los viales utilizados, asociando vasoconstrictor si no hay contraindicación para ello y aspirando siempre antes de introducir al agente anestésico para verificar que no nos encontramos en torrente sanguíneo.

Reacción vagal

Leve pero frecuente y desagradable. Su prevención será objeto de atención antes de iniciar los procedimientos. Tranquilizar al paciente, premedicar si se estima oportuno en función del grado de ansiedad manifiesta, colocar al paciente siempre en decúbito, mantener contacto verbal y evitar la visión del instrumental y el campo quirúrgico.

Reacciones alérgicas

La reacción de hipersensibilidad inmediata grave es excepcional y su tratamiento se realiza de acuerdo a los protocolos establecidos. Es por ello obligado disponer del material y medicación adecuados para combatirla. El paciente deberá ser siempre interrogado por su tolerancia en exposiciones previas a anestésicos y ante cualquier duda obviar la aplicación del mismo, posponiendo la intervención y recomendando la valoración por alergólogo.