

Protocolo de situaciones especiales: Actuaciones quirúrgicas menores en la consulta de Pie Diabético

**José Luis Lázaro Martínez. Esther García Morales.
Almudena Cecilia Matilla. Yolanda García Álvarez. Silvia Allas Aguado.
Francisco Javier Álvaro Afonso. Raúl Molines Barroso.
Irene Sanz Corbalán. Laura Gutiérrez Sánchez. Sergio Sardón Melo.
Jorge Turón Fajardo. Mariela Gallego Cosme.
María del Mar Parra Rodríguez.**

Universidad Complutense de Madrid. E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Clínica Podológica. Facultad de Medicina. Av Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
diabetes@enf.ucm.es

Resumen: La cirugía menor se configura como un servicio que, siendo técnicamente asumible por la mayoría de los profesionales sanitarios bajo condiciones correctas de adiestramiento y capacitación, contribuye al desarrollo de las posibilidades de la atención primaria que les damos a nuestros pacientes caracterizándose por la continuidad y la accesibilidad. Con la elaboración de este protocolo, y en base de experiencias previas, se pretende homogenizar las actuaciones de tipo quirúrgico que se deben llevar a cabo en la rutina de la consulta, poniendo a disposición de todos los profesionales que constituyen nuestra unidad, una herramienta de trabajo que permita normalizar esta actividad, disminuyendo la diferencia en la práctica asistencial y proporcionando de antemano un marco legal adecuado para profesionales y usuarios.

Palabras clave: Protocolos clínicos en podología. Pie diabético - Cirugía. Cirugía menor.

Abstract: Minor surgery is configured as a service, being technically acceptable by most health professionals training under the right conditions and training, helps develop the potential of primary care that we give our patients characterized by continuity and accessibility. With the development of this protocol, and based on previous experiences, is aimed at harmonizing the actions of surgical type to be carried out in routine consultation, making available to all professionals who make up our working group, a tool work to normalize the activity, reducing the difference in clinical practice and providing in advance a suitable legal framework for professionals and users.

Keywords: Podiatric clinics protocols. Minor surgery. Diabetic foot - Surgery.

GRUPO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA MENOR EN CONSULTA

Se definen aquellos profesionales que constituyen la unidad de cirugía menor y que pueden realizar los procedimientos descritos en el presente protocolo.



Las actividades de despistaje, diagnóstico y tratamiento serán llevadas a cabo por los profesionales en las consultas a demanda, siendo el jefe de servicio y/o los adjuntos los responsables de la decisión diagnóstica-terapéutica final a llevar a cabo.

OBJETIVOS

Definir las indicaciones de que procedimientos de cirugía menor se pueden realizar en la consulta y cuáles han de ser realizados en el área quirúrgica.

Establecer un protocolo de actuación para dichos procedimientos en la consulta, mediante la normalización de los mismos fundamentados en la evidencia científica.

Dar la cobertura legal tanto al profesional que realiza la cirugía menor en la consulta rutinaria, como al paciente subsidiario de la misma.

INDICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS

Requerimientos de los pacientes subsidiarios de cirugía menor en consulta

Pacientes que presenten:

- Abscesos o trayectos fistulosos adscritos a tejido celular subcutáneo.

- Úlceras crónicas con o sin signos de infección que presenten lechos fibróticos o hipergranulados que reaccionan al tratamiento de good wound care (GWC).
- Úlceras residuales post quirúrgicas que no evolucionan al tratamiento con GWC tras 12 semanas desde la intervención quirúrgica y/o presentan algún tipo de exposición ósea, sin afectación vascular o alteraciones metabólicas asociadas.

Estado vascular⁽¹⁾:

- Pacientes que presentes pulsos palpables o al menos dos de los siguientes indicadores de viabilidad vascular:
 - ✓ $TcpO_2 > 25$ mmHg.
 - ✓ ITB de 0,8 a 1,4.
 - ✓ IDB $> 0,67 - 1$.

Localización de las úlceras:

- No condiciona, es independiente de la actitud terapéutica a tomar, pero sí se tendrá especial cuidado en aquellas lesiones periféricas con posible sospecha de afectación vascular.

CONTRAINDICACIONES DE PROCECIMIENTOS MENORES EN CONSULTA

- Pacientes que presenten una clasificación de la severidad de la infección que se englobe en el grado 3 - 4 de la clasificación de PEDIS⁽²⁾ o que presenten una infección moderada o severa según la clasificación de la IDSA⁽³⁾.
- Infección necrosante de partes blandas.
- Signos clínicos y/o radiológicos compatibles con osteomielitis.

PROCEDIMIENTOS

Definición de procedimientos de cirugía menor a realizar en gabinetes

- **Curetaje.** Raspado de las paredes internas de un conducto, cavidad o estructura, para eliminar un tejido anormal o excrecencia, o bien para obtener una muestra.

- **Desbridamientos menores.** Eliminación de tejidos no viables de la lesión tales como tejido desvitalizado, contaminado o infectado y fragmentos de tejido óseo desprendido.
- **Legrados óseos.** Raspado de superficie ósea expuesta mediante una legra, cucharilla, cureta o lima, con el objetivo de agudizar el proceso cicatrizal de una úlcera postquirúrgica de más de 12 semanas de evolución y que no evoluciona tras el tratamiento adecuado (GWC + ATB guiada por cultivo de 4-6 semanas de evolución).

TERAPIAS ANTIBIÓTICAS MÍNIMAS HASTA PROGRAMAR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN BASE A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

- Tendremos que tener en cuenta el estado sistémico y metabólico del paciente a la hora de prescribir el antibiótico de paciente así como la durabilidad del mismo.
- Se pautará antibiótico guiado por cultivo si es posible o de amplio espectro.
- La duración recomendada de la duración de la terapia antibiótica para la infecciones óseas es de 6 semanas en combinación con el desbridamiento quirúrgico.
- En base a las características de la lesión, el tiempo estimado de duración del tratamiento antibiótico es⁽⁴⁾:

CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	TIEMPO ESTIMADO DE DURACIÓN (IDSA)
Sin tejido residual infectado	iv/vo	2-5 días
Tejido residual infectado (no hueso)	iv/vo	2-4 semanas
Hueso residual infectado pero viable	Iv inicialmente y posteriormente vo	4-6 semanas
Sin intervención quirúrgica previa o hueso residual postquirúrgico no viable	iv inicialmente y posteriormente vo	>3 meses

PROTOCOLO DE PERSONAL PARTICIPANTE

El equipo humano debe estar integrado por:

- 1º Cirujano (estéril).
- 2º Cirujano ayudante (estéril).
- 3º Circulante o persona apoyo no estéril.

No se permitirá la estancia de cualquier acompañante dentro del gabinete durante el procedimiento, a excepción únicamente:

- Menores de edad.
- Personas con alteraciones cognitivo mentales alteradas.

En este caso el acompañante deberá cubrirse con gorro, bata no estéril, mascarilla y permanecer fuera de los límites del campo quirúrgico.

PROTOCOLO DE ASEPSIA Y DESINFECCIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO

Limpieza y desinfección de la sala donde se realizó la intervención

Las superficies con las que los pacientes están en contacto pueden convertirse en verdaderos focos de microorganismos patógenos, por lo que la desinfección de las superficies es esencial para reducir la diseminación de dichos gérmenes.

Los productos desinfectantes serán los encargados de reducir al mínimo los gérmenes presentes, las propiedades que debe cumplir el desinfectante de superficies son:

- Amplio espectro de actividad microbiológica.
- Efecto bactericida más que bacteriostático.
- Efecto fungicida más que fungiestático.
- Efecto esporicida y viricida.
- Acción inmediata y de larga duración.
- Inocuidad y seguridad de uso.

- Olor débil y agradable y poder penetrante.

De tal manera, el gabinete donde se vaya a realizar la cirugía menor en consulta deben de haber sido previamente desinfectadas sus superficies con productos de amplio espectro tipo aldehídos, los cuales son muy activos frente a un amplio espectro de bacterias, hongos y virus. Su acción bactericida es lenta, pero no se ve influenciada negativamente por la presencia de otros compuestos que utilizamos (jabón, proteínas, etc.).

Preparación del paciente

En todo aquel paciente subsidiario de intervención quirúrgica menor en el gabinete se deberá:

- Solicitarle que se descubra el miembro inferior de la ropa que tenga, dejando al menos la pierna libre de ropa textil desde la rodilla hasta el pie.
- Realizar un correcto lavado del pie hasta los maléolos con cepillo quirúrgico impregnado en clorhexidina y su posterior aclarado con suero fisiológico, teniendo especial cuidado en no tocar con la batea la piel del paciente ni la superficie de apoyo del pie.
- Realizar un correcto secado del pie con compresa estéril.
- Pintar el pie con una solución de povidona yodada dejándola actuar durante 2 minutos con el objetivo de obtener una buena asepsia de la piel.

Preparación del personal estéril

Vestimenta:

Todo personal dentro de la sala deberá estar debidamente cubierto mediante:

- Gorro.
- Mascarilla.
- Bata no estéril.

Lavado y enguantado:

- Lavado: se utilizará la técnica de Ayliffe, que consiste en frotar todas las superficies de ambas manos con una solución jabonosa antiséptica de clorhexidina, a las menos tres veces durante dos minutos (Fig. 1). No es necesario el cepillado quirúrgico convencional hasta antebrazo.



Figura 1.

- Posteriormente, se procederá a realizar el secado por contacto o compresión con gasas o compresas estériles (nunca mediante frotado de la superficie cutánea).
- Enguantado: el personal estéril procederá enguantarse con guantes estériles y el personal circulante con guante no estériles, siguiendo las normas del protocolo de enguantado.

Preparación del campo quirúrgico

Aislamiento del campo quirúrgico:

Es el procedimiento que permite cubrir al paciente y las áreas circundantes con una barrera estéril para crear y mantener un campo estéril adecuado.

Se realizará mediante la colocación de paños estériles que se depositan sobre pernera del sillón (pañó estéril de 1 m x 1 m), y que nos permitan aislar el campo estéril del paciente (pañó estéril de 1 m x 1,5 m).

Presentación del instrumental:

El instrumental que se vaya a utilizar, ha de ser previamente preparado para evitar entradas y salidas del gabinete que pudieran poner en riesgo la asepsia de la zona.

Este, debe ser presentado al cirujano, abriendo correctamente el envase que asegura su condición de material estéril o bien depositarlo sobre la zona estéril directamente desde sus envases para evitar contaminación.

Manejo de los desechos:

Deben utilizarse contenedores adecuado tanto para los restos quirúrgicos biocontaminados (gasas, guantes, etc.) como para el material cortante y punzante (agujas, jeringuillas, hojas de bisturí, punches, etc.).

PRONÓSTICO ESPERADO

Se debe realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes para valorar si la evolución de la lesión tras el acto de cirugía menor en consulta es el esperado, de tal manera que se volverá a valorar a evolución de la lesión a las 48 horas de dicho procedimiento.

TIPO DE TEJIDO TRATADO	PRONÓSTICO ESPERADO	ACTUACIÓN SI PRONÓSTICO NO ESPERADO
INFECCIONES PARTES BLANDAS (Abscesos)	Tejido granulación Disminución de signos de inflamación. Estabilidad metabólica	ATB guiado por cultivo Reevaluación: Rx control, Estatus vascular Programar IQ en 48 horas
TEJIDO FIBRÓTICO	Tejido de granulación	Reevaluación: Rx control, Estatus vascular Programar IQ para desbridamiento de tejido fibrótico
TEJIDO ÓSEO	Tejido de granulación	ATB guiado por cultivo Reevaluación: Rx control, Estatus vascular Programar IQ en 48 horas
TEJIDO HIPERGRANULACIÓN	Tejido de granulación	ATB guiado por cultivo Reevaluación: Rx control, Estatus vascular Programar IQ

Todos los pacientes subsidiarios de este tipo de actuación, serán informados previamente de las actuaciones que se van a llevar a cabo, así como del pronóstico que se espera obtener al realizar dicho procedimiento.

Se proceda a realiza el procedimiento de cirugía menor en consulta previa firma del consentimiento informado ⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro Martínez J, García Morales E, Cecilia Matilla A, García Álvarez Y, Allas Aguado S, Álvaro Afonso FJ, Molines Barroso R, Sanz Corbalán I, Gutiérrez Sánchez L, Sardón Merlo S, Turón Fajardo J, Gallego Cosme M, Parra Rodríguez, MM. Protocolo de primeras consultas Unidad de Pie Diabético. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Protocolos de la Clínica Universitaria de Podología. 2011 Nov 3,5: 1-46.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33 Suppl 1:S1-75.
2. Schaper NC. Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. Diabetes Metab Res Rev. 2004 May-Jun;20 Suppl 1:S90-5.
3. Lipsky BA, Berendt AR, Embil J, De Lalla F. Diagnosing and treating diabetic foot infections. Diabetes Metab Res Rev. 2004 May-Jun;20 Suppl 1:S56-64.
4. Kosinski MA, Lipsky BA. Current medical management of diabetic foot infections. Expert Rev Anti Infect Ther. Nov;8(11):1293-305.

Recibido: 7 noviembre 2011.

Aceptado: 22 noviembre 2011.