

CIRUGÍA MENOR A DOMICILIO: ES POSIBLE

Minor surgical procedures at home: it is possible

- Manuel Carlos Cid González¹
- Ismael Muñoz Martínez²
- Castillo Alcón Jiménez³
- Laura Coserria Sánchez²

¹Enfermero del centro de salud de Gerena, en la Z.B.S. de Guillena. Sevilla

²Médico de familia en la Z.B.S. de Guillena. Sevilla

³Auxiliar de enfermería de la residencia de inválidos Heliópolis. Sevilla

Resumen

Caso clínico: curar una úlcera en el dedo pulgar de la mano izquierda que había sido causada por la presión del pulpejo contra la falange proximal del tercer dedo, debido a la retracción tendinosa provocada por una degeneración neurológica.

Material y método: Se le practicó una tenotomía de los dedos afectados, en su domicilio, tras haber fracasado las medidas conservadoras, tales como separación de los dedos con pelotas de goma, rollos de algodón y vendas, sin mejoría en la cicatrización de la úlcera, y la imposibilidad de poder trasladar al paciente al hospital.

Resultado principal: 10 días después de la cirugía, la úlcera estaba cicatrizada por completo al haberse eliminado la hiperflexión de los dedos.

Conclusión: cuando el traslado del paciente es difícil y peligroso, es posible llevar a cabo cirugía menor en el hogar utilizando las técnicas asépticas apropiadas.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Procedimientos quirúrgicos menores
- ✓ Tendones
- ✓ Articulaciones de los dedos
- ✓ Úlceras por presión
- ✓ Procedimientos quirúrgicos ambulatorios

Abstract

Clinical case: cure an ulcer on the thumb of his left hand. The ulcer is caused by thumb pressure against the proximal phalanx of third finger, due to tendon's retraction for the cause for the neurological degeneration.

Material and methods: After having tried conservative measures such as dividers, padded bandages, rubber and cotton rolls, bandages, no improvement in ulcer healing, and the inability to transfer the patient to hospital, it was decided to minor surgery at home. Once the proper asepsis, is done a tenotomy with the fingers involved.

Main results: The result of correcting the contracture of the fingers, relieved the pressure and allowed to cure in 10 days

The main conclusion: when transferring the patient to hospital is difficult and dangerous, it is possible to carry out minor surgery in the home using appropriate aseptic technique

KEY WORDS:

- ✓ Minor Surgical Procedures
- ✓ Tendons
- ✓ Fingers joint
- ✓ Pressure ulcers
- ✓ Ambulatory Surgical Procedures

INTRODUCCIÓN:

El mejor entorno para un paciente, es su casa. Juan, a pesar de llevar encamado dos años debido a accidentes vasculares cerebrales de repetición y enfermedad de Alzheimer, gracias a la colaboración y los cuidados familiares no presentaba ningún deterioro de la integridad cutánea, salvo una úlcera en el dedo pulgar de la mano izquierda que era

causada por la presión del pulpejo contra la falange proximal del tercer dedo, debido a la retracción tendinosa provocada por la degeneración neurológica que le provocaba sus patologías. Ninguna de las manos eran operativas. El paciente, además, mentalmente, estaba desconectado del medio que le rodea.

Tras fracasar las medidas físicas de alivio de la presión, y dado que la funcionalidad de las manos no era recuperable, le planteamos a la familia la realización de una tenotomía descompresora para separar los dedos afectados.

Aunque en la revisión bibliográfica no hemos encontrado casos en los que se aborde quirúrgicamente este problema en el domicilio del paciente, ante las complicaciones de traslado de este, optamos por realizar la intervención en su casa, dentro del programa de atención domiciliaria, obteniendo un resultado satisfactorio con la cicatrización de la úlcera a los 10 días de la intervención.

En las consultas realizadas con especialistas en traumatología y neurología tampoco había constancia de ello, pero no encontraban impedimento para hacerlo si se contaba con personal formado en cirugía menor, instrumental adecuado y ambiente limpio e iluminado, ya que no se trataba de recuperar la operatividad de la mano, que era irreversible, sino de evitar la postura viciosa que le provocaba la úlcera.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 83 años de edad catalogado como gran dependiente, con limitación importante de la movilidad que lo mantiene encamado durante las 24 horas del día, con desconexión del medio que le rodea, que presenta los siguientes diagnósticos enfermeros y médicos:

Diagnósticos enfermeros principales (NANDA):

- 014 Incontinencia fecal
- 021 Incontinencia urinaria total
- 046 Deterioro de la integridad cutánea
- 051 Deterioro de la comunicación verbal
- 092 Intolerancia a la actividad
- 102 Déficit del autocuidado: alimentación
- 108 Déficit del autocuidado: baño / higiene
- 109 Déficit del autocuidado: vestido / acicalamiento
- 129 Confusión crónica

Diagnósticos médicos (CIE-10):

- E11.4 Diabetes Mellitus no insulino dependiente, con complicaciones neurológicas
- CG1 Cáncer de próstata
- I15.2 Hipertensión Arterial
- I25.5 Cardiomiopatía isquémica
- I63.6 Enfermedad cerebro vascular: Accidentes Isquémicos Transitorios de repetición
- G30.9 Enfermedad de Alzheimer

Usa cama articulada y colchón antiescara viscolástico, que se encuentra situada en el salón de la casa por ser el lugar más ventilado, amplio y luminoso, pudiendo ser observado constantemente. Los cuidados que los familiares le proporcionan dan como resultado el buen estado de la integridad tisular del paciente, solo alterada en el pulgar de la mano izquierda. Sus constantes vitales se engloban dentro de la normalidad en la evolución crónica y tórpida de su enfermedad neurológica degenerativa. La enfermedad de Alzheimer ha llegado a las últimas fases de su cronicidad,

presentando en este caso una postura corporal en la que predominan los músculos flexores frente a los extensores, llegando a adoptar una posición casi fetal con flexión de rodillas y codos, rotación interna de las extremidades inferiores e hiperflexión forzada de muñecas y de los dedos de las manos¹, llegando en último extremo a la inclusión del dedo pulgar entre el segundo y tercer dedo en ambas manos (Figura 1). Dicha presión mantenida de forma continua provocó en nuestro paciente una úlcera por presión en el pulpejo del pulgar (Figura 2).



Figura 1: Manos hiperflexionadas, que generaron una úlcera por presión en el pulgar izquierdo



Figura 2: Úlcera en el pulpejo del pulgar izquierdo provocada por la hipertensión de los dedos

La primera medida que se tomó para reducir tensiones en las manos y evitar la evolución de la úlcera fue la aplicación de medidas físicas: rollo de venda en el interior de la mano,

Cirugía menor a domicilio: es posible

pero al ejercer una presión tan alta en la flexión del conjunto de dedos, hubo que desechar tal solución, por el enrojecimiento progresivo del interior de la mano en contacto con el rollo de venda y la dificultad para cambiar dicha venda en los aseos diarios.

Como segunda medida se optó por el uso de una pelota de esponja como método de contención, volviéndonos a encontrar los mismos problemas que con el rollo de venda.

La úlcera estaba siendo tratada mediante cura plana y apósito de espuma de poliuretano, pero no amortiguaba suficientemente y la lesión seguía aumentando.

Ante la evolución negativa de la herida, y tras consultar con un traumatólogo, le planteamos a la familia la posibilidad de una intervención quirúrgica para relajar la tensión de la flexión, en concreto, seccionarle los tendones flexores de los dedos implicados. La familia nos expresó su reticencia al ingreso hospitalario y al traslado al centro de salud para que se realizase la técnica en un centro sanitario, debido al estado basal del paciente, por lo que decidimos, con el consentimiento familiar, realizar la técnica en el domicilio. Les explicamos que, por la evolución que estaba llevando la lesión, la úlcera llegaría al hueso y las posibilidades de infección serían importantes², sin contar el riesgo de necrosis de la falange distal del pulgar y la proximal del tercer dedo. Tras la intervención, la mano no ganaría en funcionalidad, pero obtendríamos una disminución de la presión en la úlcera y una evolución satisfactoria de la misma. El único cambio que ellos observarían sería la extensión de los dedos intervenidos.

Explicamos que, aunque el paciente estaba bastante delicado, al ser con anestesia local^{3,4}, los riesgos eran mínimos, pero no había que descartar las complicaciones de cualquier intervención quirúrgica: desde una pequeña hemorragia, pasando por una infección de la herida, o una reacción alérgica y un cuadro coronario agudo por la anestesia local.

Aunque la mano derecha del paciente no presentaba ulceración, se le propuso a la familia que tras la primera intervención de la mano ulcerada, y según la evolución tras la cirugía, la posibilidad de intervenir dicha mano como medida preventiva.

Tras una semana de reflexión, acceden a la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aunque la cirugía menor es llevada a cabo en nuestro centro de salud indistintamente por un enfermero o un médico, dada la excepcionalidad del caso, esta intervención fue llevada a cabo por los dos. Un segundo médico quedó de circulante y posible ayuda extra. La auxiliar de enfermería se encargó de la preparación del instrumental y material.

La intervención fue introducida en la agenda como visita domiciliaria programada, para no afectar al resto de la cartera de servicio. Estimamos como tiempo necesario para la intervención una hora. Ninguna otra actividad propia de cada profesional implicado fue modificada.

El estado general del paciente, los días previos a la operación, era estable. Se le intervino en su propia cama, usando como mesa de instrumentar la mesa del salón.

Para la intervención preparamos el siguiente material: Dos set compuestos por: mangos de bisturí del Nº 3 y del Nº 4, tijeras punta roma, dos mosquitos, una pinza con dientes, una pinza sin dientes, hojas de bisturí del Nº 15, 11 y 36, portaagujas, anestesia local sin vasoconstrictor (mepivacaína clorhidrato 2%)⁴, jeringas de 5 cc con aguja de 0,5 x 16 mm. Seda trenzada del tres cero TB-12 y cuatro cero TB-10 con aguja. Suero fisiológico, povidona yodada, campos, gasas y guantes estériles; vendas y esparadrapo. El abordaje más fácil y menos traumático que observamos era por la base de las falanges proximales, en su cara palmar^{2,5,6,7,8} (Figura 3).

Tras lavado con agua jabonosa y desinfección desde el codo hasta la punta de los dedos, procedimos a aplicar anestesia troncular en las bases del primer, segundo y tercer dedo de la mano izquierda en sus márgenes internos y externos^{3,4} (Figura 4).



Figura 3: Abordaje quirúrgico para la tenotomía del segundo dedo



Figura 4: Infiltración troncular de los dedos

El abordaje fue como habíamos previsto. Mientras se mantenía en hiperextensión el dedo, se palpaban los tendones y, mediante una pequeña incisión perpendicular a la piel, con la punta del bisturí, se seccionaban. Tras la sección tendinosa y sutura de piel del pulgar con seda tres cero, con puntos profundos, repetimos la operación con el 2º y posteriormente el 3º dedo, quedando finalmente los tres en extensión.

La única complicación que tuvimos fue la sección de un vaso de la cara marginal interna del 3º dedo, que solucionamos mediante compresión. La flexión de los dedos 4º y 5º no comprometían la integridad tisular, por lo que no se realizó ninguna intervención sobre ellos. Se procede posteriormente a realizar cura plana de la úlcera y suturas, dejando un vendaje compresivo con revisión a las 24h siguientes a la intervención. La intervención se realizó en el tiempo previsto de una hora.

En la primera cura no se observan signos de infección, edemas, inflamación, fiebre, o signos de sangrado agudo en ninguna de las suturas. Seguimos con curas planas con povidona yodada. En la segunda cura, realizada a las 48 horas de la intervención, la evolución seguía siendo favorable. Se empezaba a objetivar un hematoma en el tercer dedo, debido a la hemorragia intraoperatoria, y la buena cicatrización de la úlcera del pulgar (Figuras 5 y 6).

Pasamos a curas planas locales cada 48 horas. La retirada de puntos fue a los 8 días. No hubo dehiscencia de suturas ni infección. El hematoma iba evolucionando bien sin aplicar ningún tipo de tratamiento.

A los diez días, la úlcera del pulgar estaba cicatrizada totalmente (Figura 7) y el paciente no se desestabilizó de ninguna de sus patologías ni presentó fiebre.

RESULTADOS:

El objetivo de esta intervención era curar la úlcera por presión del pulgar de la mano izquierda, que se consiguió a los 10 días.

Se evitó un foco de necrosis e infección, con un riesgo mínimo.

El paciente no ganó nada de funcionalidad en la mano, pero este tema era secundario, ya que la mano no era funcional antes de la intervención.

La segunda parte, la de la mano derecha, no se pudo realizar por el fallecimiento súbito del paciente, por un accidente vascular cerebral masivo a los 22 días de la intervención.

DISCUSIÓN:

Aunque la propuesta nos pareció en un principio bastante arriesgada, tras estudiar el caso con detenimiento (beneficio frente a riesgo, zona anatómica accesible, abordaje no muy complicado, medio no habitual para intervención quirúrgica, posibles complicaciones hemorrágicas o de infección fácilmente controlables...) y viendo que la dinámica familiar era favorable, decidimos consultar con un traumatólogo especializado en intervenciones de mano que nos comenta que la intervención para seccionar los tendones flexores (profundo y superficial) de los dedos para



Figura 5: Estado de las heridas quirúrgicas a las 48 horas de la intervención



Figura 6: Estado de la úlcera a las 48 horas de la intervención



Figura 7: Estado de la úlcera a los 10 días de la intervención, después de retirar los puntos de sutura

Cirugía menor a domicilio: es posible

eliminar la hiperflexión era infrecuente, que lo frecuente era realizar una elongación, pero que dada la situación del paciente es correcta la intervención quirúrgica, siempre que se puedan mantener los niveles de esterilidad y asepsia adecuados.

¿Es razonable este tipo de intervención a domicilio? ¿Es ético este tipo de intervención en un paciente cuya esperanza de vida es limitada? ¿Son los medios adecuados y proporcionados al problema que se nos planteaba y a las posibles consecuencias de la no intervención? Desde nuestro punto de vista sí.

Como decíamos al principio, la Cirugía Menor presenta un auge muy importante dentro de la cartera de servicios de enfermería en Atención Primaria. Cada vez es más relevante el apoyo y el impulso de dichas técnicas por parte de la Administración, y la buena aceptación por parte de los usuarios de la Sanidad Pública.

Si a todos estos avances le añadimos la importancia de llevar aún más allá del propio centro de salud los conocimientos y las técnicas de la Medicina y de la Enfermería, tendremos como resultado la intervención que hemos descrito en este artículo.

No queremos que sean malinterpretadas nuestras ideas ni intenciones. No creemos que se deba realizar cirugía a domicilio de forma sistemática, pero si se dan circunstancias especiales de alguno de nuestros pacientes que así lo

aconsejan, pueden llegar a ser resueltas con la implicación plena del personal sanitario, paciente y familiares.

Los riesgos minimizados, la tranquilidad de la familia, el ambiente de la intervención, la imposibilidad del desplazamiento del paciente, la cercanía al paciente, tanto física como afectiva del médico y del enfermero, la buena disposición de la familia y el resultado tan extraordinario de la intervención nos hacen ver que, teniendo los medios adecuados, eligiendo bien a los pacientes, no extralimitando nuestros conocimientos y pidiendo ayuda cuando sea necesario, la Cirugía Menor en Atención Primaria puede llegar a ser incluso a domicilio.

AGRADECIMIENTOS:

Dr. D. Manuel Manzano Ramírez de Arellano, traumatólogo especialista en mano del hospital Virgen de Valme, de Sevilla, por su información y consejos.

Dr. D. David Ezpeleta, neurólogo del hospital Gregorio Marañón, de Madrid, por su información y consejos.

D^a Simona García García hija del paciente, por las fotos durante la intervención y a toda su familia por el magnífico cuidado prestado a su padre.

Dr. D. Luis Gabriel Luque Romero, Responsable de Docencia e Investigación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), por sus correcciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Carrasco-Jiménez MS, de-Paz-Cruz JA. Tratado de emergencias médicas. Madrid: Ed ARAN Editores; 2000: 1309. Lesiones de los tendones flexores.
- 2 Pera-Blanco-Morales C. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. 2ª Ed. Barcelona, Ed Masson SA; 1996 (II/2) 356-360.
- 3 Arribas Blanco JM. Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Ed Jarpay Editores, S.A.; 2000: 232.
- 4 Carrasco-Jiménez MS, de-Paz-Cruz JA. Tratado de emergencias médicas. Madrid: Ed ARAN Editores; 2000: 1230-31.
- 5 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 1. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 140-145.
- 6 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 2. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 406-415.
- 7 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 3. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 868-873.
- 8 Pera-Blanco-Morales C. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. 2ª Ed. Barcelona. Ed Masson SA; 1996: (II/2) 349-353.