

NOTA TÉCNICA

Prevención de las lesiones digitales en la realización de nudos artroscópicos

**D. García-Germán^{1,2}, P. Aragonés¹, F. Viloria¹, P. Menéndez¹,
A. Gómez-Rice³, F. Canillas¹**

¹ Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

² Hospital Universitario de Madrid-Torrelodones. Universidad San Pablo CEU. Madrid

³ Hospital de Torrejón. Madrid

Correspondencia:

Diego García-Germán Vázquez

Hospital Central de la Cruz Roja. Avda. Reina Victoria 24, 28003 Madrid

Correo electrónico: diegoggerman@gmail.com

La realización de nudos artroscópicos puede asociarse con lesiones digitales, como resultado de la utilización de suturas de alta resistencia. La rotura de los guantes quirúrgicos puede ocurrir, aumentando el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Describimos un método sencillo y barato para evitar estas lesiones.

Palabras clave: Seguridad. Artroscopia. Suturas. Nudos. Lesiones digitales.

Avoiding finger injuries in arthroscopic knot tying

Arthroscopic knot tying can be related to finger injuries, as a result of using strong, solid-core, sutures. Glove perforations can occur, increasing the risk of disease transmission. We describe a simple, inexpensive method of avoiding these lacerations.

Key words: Safety. Arthroscopy. Sutures. Knots. Finger lacerations.

El altruismo y el comportamiento heroico en la práctica de la medicina no implica el que los profesionales sufran daños como resultado de un adecuado tratamiento de los pacientes⁽¹⁾. La realización de nudos artroscópicos puede asociarse a lesiones digitales como resultado de la utilización de suturas de alta resistencia. Estas lesiones suelen ser laceraciones cutáneas y se localizan típicamente sobre el borde radial de la articulación interfalángica distal de los dedos índice del cirujano. Se ha publicado una incidencia del 26% y la prevalencia puede ser muy alta entre cirujanos artroscopistas que presentarán un característico callo en esta localización, como resultado de traumatismos repetidos por el material de sutura⁽²⁾.

Estas laceraciones pueden ocurrir con los guantes quirúrgicos íntegros, pero con frecuen-

cia se produce una rotura del guante que permite el contacto directo del fluido utilizado con la lesión cutánea, aumentando el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas⁽²⁾. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido aislado en el fluido artroscópico proveniente de la articulación de pacientes infectados⁽³⁾.

Se ha propuesto el uso de guantes menos permeables, su cambio frecuente y la utilización de doble guante para prevenir las perforaciones⁽¹⁻⁴⁾. La industria ha desarrollado algunos dispositivos para evitar las laceraciones durante el anudado, pero estos encarecen el coste del procedimiento y pueden no ser adquiridos por nuestros hospitales o reembolsados por las compañías aseguradoras.

Hemos estado utilizando un método sencillo y que no añade un coste adicional para evitar

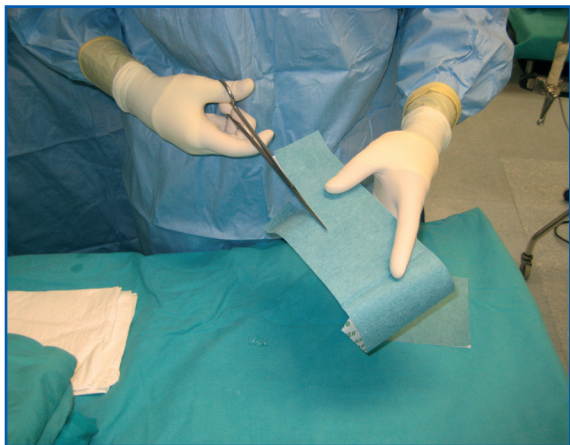


Figura 1. Se corta una franja de la tira adhesiva del set de pañeado artroscópico.



Figura 2. Se pega alrededor de la articulación interfalángica distal.

las laceraciones, prevenir las perforaciones de los guantes, impedir el contacto directo con el fluido y, por tanto, disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Se corta una franja de 2,5 x 20 cm de la tira adhesiva que incluye el set de pañeado artroscópico y se pega alrededor de la articulación interfalángica distal de los dedos índices (Figuras 1 y 2). El borde no adhesivo se corta con tijeras.

Así, se pueden realizar los nudos artroscópicos de forma segura, evitando laceraciones cutáneas y perforaciones de los guantes (Figura 3). Ha demostrado ser muy útil en nuestra práctica y está resultando muy popular entre nuestros compañeros.

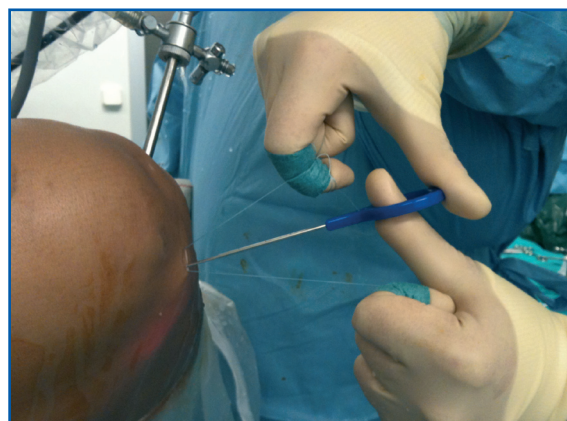


Figura 3. Se realizan los nudos artroscópicos de forma segura (en este caso, sutura de cuerno posterior de menisco externo).

BIBLIOGRAFÍA

1. Light TR, Swiontkowski MF. AOA professionalism guiding leadership. J Joint Bone Surg 2006; 88: 2303-4.
2. Kaplan MK, Gruson KI, Gorchynski, Strauss EJ, Kummer FJ, Rokito AS. Glove tears during arthroscopic shoulder surgery using solid-core suture. Arthroscopy 2007; 23:51-6.
3. Matava MJ, Horgan M. Serial quantification of the human immunodeficiency virus in an arthroscopic effluent. Arthroscopy. 1997; 13: 739-42.
4. Palmer JD, Rickett JW. The mechanism and risk of surgical glove perforation. J Hosp Infect 1992; 22: 279-86.