

TALLER DE CIRUGIA MENOR

F. Javier Maestro Saavedra. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. EOXI A Coruña. Servicio gallego de Salud

ÍNDICE

Introducción. El papel quirúrgico del médico de familia.

Principios básicos:

Procedimientos quirúrgicos en cirugía menor asumibles en atención primaria.

Evaluación médica del paciente ante la cirugía menor en atención primaria.

Precaución y limitaciones de la cirugía menor en atención primaria

Infraestructura

Sala de cirugía menor. Infraestructura y mobiliario

Material quirúrgico (Fungible y no fungible)

Tratamiento y conservación del material quirúrgico

Aspectos medico legales

Información al paciente

Consentimiento informado

Envío de muestras para estudio histológico

Sistema de registro

Anestesia

Tipos de anestésicos locales

Técnicas de anestesia local

Tópica

Infiltración

Bloqueo nervioso

Precauciones y reacciones adversas.

Procedimientos básicos en cirugía menor

- Preparación del cirujano
- Preparación del campo
- Instrumental quirúrgico básico
- Maniobras quirúrgicas básicas

Lesiones dermatológicas más frecuentes. Procedimientos quirúrgicos

- Aproximación diagnóstica a lesiones dermatológicas más comunes
- Procedimientos quirúrgicos

Cuidados postoperatorios

- Profilaxis de complicaciones
- Complicaciones postquirúrgicas

INTRODUCCIÓN. EL PAPEL QUIRÚRGICO DEL MÉDICO DE FAMILIA.

Los programas de cirugía menor que se realizan en Atención Primaria supone la recuperación por parte de los médicos de familia de una actividad médica tradicional y que supone un nuevo elemento en la mejora de la gestión sanitaria, teniendo como objetivo dotar al profesional de mayor capacidad resolutoria, ampliando sus posibilidades diagnóstica y terapéuticas y, para el paciente, una reducción del tiempo de espera quirúrgico, que además se realizará en un espacio familiar como el centro de salud, evitándole desplazamientos innecesarios, con la consiguiente satisfacción del usuario y un importante ahorro económico.

La cirugía menor tiene como características comunes la utilización de prácticas quirúrgicas sencillas y de corta duración, entre 15 y 30 minutos, que se realiza en tejidos superficiales y/o accesibles y que precisando, en general, anestesia local, tienen riesgo y complicaciones posquirúrgicas escasas, pudiéndose realizar en el quirófano del hospital, en la consulta del centro de salud o incluso en el domicilio del paciente.

PRINCIPIOS BÁSICOS:

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA MENOR ASUMIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La preparación y el desarrollo de habilidades quirúrgicas, asociado a la experiencia y a la formación médica continuada son las bases sobre las que asentaremos la realización de las diferentes técnicas quirúrgicas.

La licenciatura en medicina y cirugía habilita legalmente al médico para la realización de técnicas de cirugía menor.

Hemos de basarnos en una serie de premisas:

No intervenir si no conocemos el diagnóstico o la técnica realizar.

Supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar.

Evitar utilizar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos su diagnóstico previo.

Informar al paciente y obtener el consentimiento escrito.

En la atención primaria pueden realizarse con seguridad las siguientes técnicas quirúrgicas:

1. Afeitado
2. Biopsia-punch
3. Escisión fusiforme
4. Curetaje
5. Electrocirugía
6. Reparación y sutura de laceraciones cutáneas
7. Incisión-drenaje de abscesos
8. Plastias
9. Criocirugía
10. Trombectomia hemorroidal
11. Laserterapia
12. Quimioterapia.

EVALUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE ANTE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Cualquier proceso de cirugía menor puede tener ciertos riesgos. Por ello al paciente se le debe de realizar una evaluación preoperatorio donde se valoraría:

Las enfermedades concomitantes.

Alergia a anestésicos locales

Alteraciones de la coagulación

Antecedentes de cicatrización queloide o hipertrófica,

Trastornos circulatorios, inmunodeficiencias, hepatitis aguda o crónica

Información sobre el procedimiento quirúrgico.

Obtener el consentimiento del paciente.

Las indicaciones quirúrgicas que puede asumir cada médico dependen de su nivel de conocimiento y preparaciones en técnica quirúrgicas y dermatológicas. Se deberá tener en cuenta que en caso de dudar ante la lesión el médico deberá abstenerse de intervenir y derivar al paciente.

PRECAUCIÓN Y LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRECAUCIONES EN CIRUGÍA MENOR:

Deberemos de tener en cuenta las siguientes precauciones antes de realizar una intervención:

Hipersensibilidad cutánea a agentes de uso tópico.

Tratamiento con fármacos inmunosupresores

Precaución con la utilización de fármacos vasoconstrictores

Valvulopatía y profilaxis de la endocarditis bacteriana

Contraindicaciones en cirugía menor:

Por circunstancias locales:

No intervenir en lesiones malignas

Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloide

No intervenir en zonas de riesgo de estructuras nobles:

Cara y cuello

Angulo mandibular

Sien

Zona retroauricular

Canto interno del ojo

Triangulo posterior de la cara lateral del cuello.

Fosa supraclavicular

Axila

Ingle

Epitróclea

Cara palmar de la muñeca

Caras laterales de los dedos

Por circunstancias generales:

Antecedentes de reacción alérgica a anestésicos locales

Alteraciones de la coagulación patológica o farmacológica

Diabetes mellitas evolucionada

Vasculopatía periférica grave

Fallo orgánico grave

Coronariopatía

Situaciones que provoquen atrofia cutánea o interferencia con la cicatrización normal

Déficit inmunitario

Sujetos no colaboradores.

INFRAESTRUCTURA

La realización de un programa de cirugía menor necesita de una serie de medios materiales.

SALA DE CIRUGÍA MENOR. INFRAESTRUCTURA Y MOBILIARIO

Sería interesante que cada centro de salud dispusiese de un área quirúrgica destinada específicamente a esa actividad.

En realidad puede realizarse en cualquier espacio limpio (consulta médica, de enfermería, de curas...) siempre que se garantice la existencia de dos pequeñas áreas estériles (el campo quirúrgico donde se interviene, y una superficie para la exposición del instrumental) y además reúna las siguientes condiciones mínimas:

- camilla
- fuente de luz dirigible
- superficie auxiliar para colocación de material estéril
- asiento
- lavabo y agua corriente
- contenedor para la eliminación de productos contaminados biológicamente.



En los centros en los que la cirugía menor se practique de modo habitual, debería habilitarse una sala de uso exclusivo o preferente para el desarrollo de esta actividad, a la que se le exigirían las siguientes características:

- paredes y suelos que soporten una limpieza frecuente con hipoclorito exigible tras toda cirugía contaminante. Opcionalmente, sería deseable disponer de una zona que permita al paciente desvestirse en la intimidad.

- Mesa operatoria de altura regulable, articulada y basculante, que garantice una posición confortable tanto para el profesional como para el paciente, cualquiera que sea la zona a intervenir. Se ubicará en el centro de la sala para permitir el acceso total.
- Fuente de luz articulada y regulable en altura de luz fría, que permita una amplia maniobrabilidad multidireccional del haz de luz.
- Mesa auxiliar que permita exponer y desplazar el instrumental a una posición cómoda para el profesional (mesa de Mayo)
- Asiento con ruedas y regulable en altura.
- Lavabo con grifo de cierre no manual y dosificador mecánico de jabón
- Contenedores para la eliminación de productos contaminados
- Vitrinas y/o mesas para almacenaje y clasificación de material, accesorios, lencería...
- Equipo de reanimación cardiovascular instrumentalizado como elemento de seguridad, debiendo estar siempre disponible y accesible. Constará de: desfibrilador, laringoscopio, tubos endotraqueales, boquillas de Guedell, ambú, mascarillas, fuente de oxígeno, bomba de aspiración, equipos y soluciones para infusión parenteral, medicación de urgencia...

En todo caso, el único requerimiento expreso para la práctica de la cirugía menor ante la posible reacción alérgica a anestésicos locales es disponer de viales de adrenalina.

- Electrobisturí monopolar o bipolar y algún equipo de crioterapia serían deseables como equipos adicionales de cualquier sala quirúrgica.

MATERIAL QUIRÚRGICO (FUNGIBLE Y NO FUNGIBLE)

La elección del instrumental es la piedra básica para el desarrollo de un programa de cirugía menor. El tipo de instrumentación, la calidad, el estado de conservación, intervienen de manera directa en la obtención de resultados adecuados. Cada material tiene su uso específico y, por lo tanto, deberá ser utilizado correctamente.

MATERIAL NO FUNGIBLE:

Bisturí:

Consta de dos elementos:

Una hoja cortante, normalmente desechable, y un mango de fijación

Mangos de bisturí: Los más utilizados son los mangos planos tipo Bard-Parker:

El número 3, para hojas de los números 10 al 15 (estándar en cirugía menor)

El número 4 con hojas del 18 al 24 (cirugía mayor)

Hojas de bisturí: Las más utilizadas en atención primaria son:

La número 15, es la más empleada para disecar tejidos

La número 11, para drenar absceso y retirar puntos.

La número 10 (=15), pero más grande, útil para incisiones en piel gruesa.



El montaje de bisturí se realiza con ayuda de un portaguñas, tomando distalmente la hoja a su ranura de inserción y encajándola sobre el extremo del mango traccionando en sentido proximal. Para desmontarlo se levanta la hoja por su extremo proximal, se fija con el portaaguñas y se empuja en sentido distal. Se debe realizar estas maniobras orientando el bisturí hacia el suelo para evitar accidentes.

El bisturí se debe coger de forma cómoda según el uso al que va destinado. En CM dado que el tamaño de las incisiones es pequeño, el bisturí se asirá como un lapicero, pudiendo apoyar la muñeca y el 5º dedo formando un puente que nos dota de mayor estabilidad lo que aumenta la precisión del corte. La piel se estabiliza entre el pulgar y el índice de la mano no dominante. La incisión se inicia por uno de los extremos del corte previsto, con la hoja colocada verticalmente, haciendo avanzar el vientre de la hoja y manteniendo una presión controlada, para terminar de nuevo con la hoja en posición perpendicular al plano de la piel. Se debe procurar cortar de una sola pasada todo el espesor de la piel, evitando la incisión mellada generada por múltiples cortes lo que origina fragmentos que se necrosan y retrasan la cicatrización.

Tijeras

Es el instrumento empleado para disecar y cortar tejidos; así como suturas y otros materiales. Según la forma de las hojas pueden ser rectas o curvas y atendiendo a su remate: romas, en punta o combinación de ambas.

Las tijeras mas utilizadas son:

- Tijeras de material: para cortar hilos, apósitos, vendas... las de uso más generalizado son las tijeras de Mayo curvas de 14 cm.
- Tijeras de disección: de hojas más afiladas, son para cortar tejidos y efectuar disecciones romas. Las más empleadas son las tijeras de Metzemaum curvas de 14 cm. Conviene reservarlas en exclusiva para este fin y así preservar su filo.



Las tijeras se manejan introduciendo las falanges distales de 4º y 1º dedo en las anillas, como todos los instrumentos quirúrgicos, apoyando el pulpejo del segundo dedo sobre las ramas.

La disección puede ser de dos tipos:

- Cortante: acción habitual del corte con tijeras
- Roma: se introduce entre los tejidos la tijera cerrada y se abre para así separarlos.

Es preciso tener una adecuada exposición de los tejidos sobre los que se va a incidir, evitando lesiones de estructuras importantes. La cautela será mayor en la disección cortante.

Una manera práctica para diferenciarlas es palpar la zona de corte, en el caso de las tijeras de disección la hoja es afilada mientras que en las de cortar materiales la hoja es más roma y con más superficie de corte.

Pota-agujas

Es el instrumento utilizado para la sujeción de las agujas curvas con las que se realizan las suturas.

En CM se recomienda el portaagujas tipo estándar de 10 o 12 cm. Que permite utilizar agujas de hasta 4/0. Se maneja igual que los otros instrumentos anillados (tijeras, mosquitos...) introduciendo falanges distales de 1º y 4º dedos de la mano dominante, con el 2º dedo extendido hacia la punta.



La aguja se sostiene con la punta del portaagujas en la unión de su tercio medio con el posterior, formando un ángulo recto respecto al porta. Con la mano pronada se introduce la aguja en la piel con un ángulo de 90° empujándola progresivamente con un movimiento de supinación.

En ocasiones es necesario sujetar el portaagujas sacando los dedos de la anillas para garantizar un buen grado de pronosupinación.

Pinzas de disección

Instrumentos quirúrgicos que permiten sujetar tejidos y materiales mediante la fuerza ejercida por la presión de las ramas.

Se sujetan como un lápiz entre 1º, 2º y 3º dedos de la mano no dominante.

Atendiendo a su extremo distal se distinguen:

- Pinzas de disección sin dientes: se emplean para retirar puntos o hacer hemostasia conjuntamente con el bisturí eléctrico.
- Pinzas de disección con dientes: la piel se debe sujetar con estas pinzas ya que tolera bien la punción ejercida por los dientes frente al aplastamiento a que es sometida cuando se sujeta con las pinzas sin dientes.

Las pinzas de disección más comúnmente usadas en CM son:

- Estándar: para manipular tejidos, materiales y hacer curas. Tamaño 13-14 cm.
- De Adson: las más útiles por su manejabilidad y precisión. Tamaño 12 cm.



Pinzas de hemostasia

Permiten mantener una tracción continua mediante el cierre de un mecanismo de cremallera. Se emplean para traccionar tejidos, para clampar vasos sanguíneos y efectuar hemostasia, manejar drenajes y para la disección roma de tejidos.

Las características determinan su uso: las puntas finas, curvas y sin dientes se necesitan para vasos y estructuras pequeñas, mientras que las que tienen ramas más largas y fuertes son para tejidos gruesos.

Existen muchos tipos en función de su forma.

- Criler, Kocher, Pean: de uso no habitual en CM.
- Halstead: Comúnmente llamadas Mosquito. Son las empleadas en CM. Terminación curva y sin dientes. Tamaño 12 cm.



Erina

Instrumento quirúrgico formado por una caña de acero que termina en una o en sus dos extremidades en garfios.

En las intervenciones quirúrgicas delicadas, en las que se quiere preservar ciertas partes de la acción cortante del instrumento.



Cizallas

Instrumento quirúrgico con dos bordes cortantes anchos y afilados utilizado por fuerza para cortar elementos duros, como los anejos cutáneos (uñas). Muy útil en matricectomía.



Separadores

Instrumentos quirúrgicos empleados para mejorar la exposición del campo quirúrgico traccionando o retrayendo tejidos. Existen modelos de muy distinta forma, según el tipo de cirugía y la profundidad del campo en el que se actúe.



Utilización del material quirúrgico

Los instrumentos quirúrgicos se manejan introduciendo las falanges distales de 1º y 4º dedo en las anillas apoyando el pulpejo del segundo dedo sobre las ramas (para realizar fuerza) y el tercer dedo como apoyo y estabilizador del instrumento.



En algunas publicaciones se ha optado por utilizar dos tipos de configuraciones quirúrgicas. Las cajas de instrumental para cirugía menor mínima y para cirugía menor avanzada.

LA CAJA DE CIRUGÍA MENOR MÍNIMA ESTA COMPUESTA POR:

Un mango de bisturí del número 3, con hojas desechables de los números 10 y 15.

Un porta agujas estándar de 14 cm.

Dos pinzas de hemostasia tipo mosquito curvas sin dientes.

Unas pinzas de disección tipo Adson de 12 cm con dientes

Unas pinzas de disección estándar de 14 cm sin dientes

Unas tijeras Mayo de 14 cm rectas con terminación roma.

Unas tijeras de Metzembaun de 14 cm curvas con terminación roma.

LA CAJA DE CIRUGÍA MENOR AVANZADA

Presenta el mismo material de la caja anterior más:

Separadores de doble uso

Unas tijeras de disección Iris curvas.

Un porta agujas estándar de 16 cm.

Unas pinzas Kocher

Un mango de bisturí del número 4 con hojas desechables del número 21.

Otros:

Bisturí eléctrico

Material de crioterapia.

Material fungible:

Guantes estériles

Hoja de bisturí

Puch de biopsia

Suturas reabsorbible y no reabsorbibles

Grapadoras

Suturas adhesivas
Jeringas
Vendas
Fracos para biopsias
Antisépticos
Anestésicos
Formaldeido
Etc.

TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO

El material quirúrgico no desechable esta fabricado con aleaciones de acero, de elevado precio por lo que debe de ser conservado correctamente para no deteriorarlo después de su utilización.

El instrumental y material quirúrgico deberá estar convenientemente preparado y clasificado, dispuesto para su uso en vitrinas o cajones preservado del polvo y alejado de fuentes de calor o humedad que puedan alterar el envase de aislamiento.

Recién acabada la intervención el material se sumergirá en un detergente enzimático específico para instrumental que evite la adherencia de restos orgánicos secos, después se limpiarán con cepillos o esponjas no abrasivas, se enjuaga con agua corriente y se seca minuciosamente. Durante este proceso deben evitarse los golpes y maltratos que deterioren el instrumental (puntas de pinzas, asas de bisturí.) así como el contacto prolongado con agentes químicos que puedan dañarlos (suero salino, nitrato de plata, compuestos de yodo, y la propias soluciones desinfectantes concentradas).

La esterilización se realiza en bolsas desechables cerradas con cinta adhesiva termoestable que verifica la acción de la autoclave (método de esterilización más utilizado en los centros de A.P). Nunca se debe dar por supuesta y todos los procesos deben ser controlados y validados por las personas encargadas de realizarlas. Se desecharan los envases deteriorados.

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 queloide 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 declaración 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 autógrafo 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

Diagnostico 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 comprobar 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/kg 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:

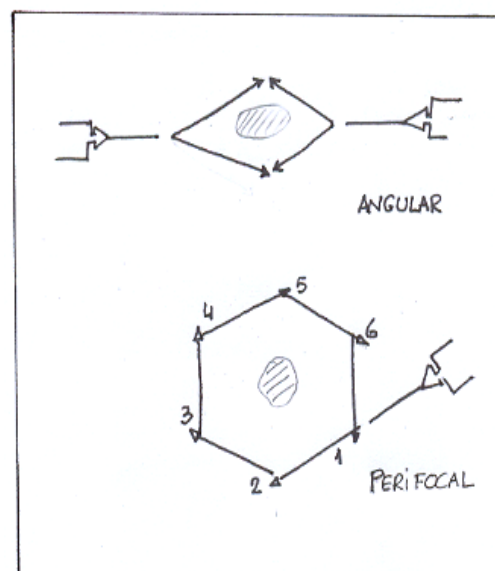
Aerosol refrigerante de agente volátil que se aplica sobre la piel durante 5 -6 segundos, hasta que esta se pone blanca con lo que se consigue un enfriamiento tisular que alcanza los -200°C que insensibiliza la zona...

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



- **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 adición a 1 ml de solución anestésica de 0,1 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 adición de alcalinizante a la solución anestésica y la aplicación de sustancias tópicas 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.

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN CIRUGÍA MENOR

PREPARACIÓN DEL CIRUJANO

VESTUARIO

La finalidad de la asepsia en cirugía es evitar la infección de la herida quirúrgica e impedir la transmisión de patógenos entre paciente y cirujano.

Aunque en cirugía menor, las prácticas rutinarias empleadas en la mayor no sean necesarias, se debe garantizar un estricto respecto de las normas universales de asepsia.

El uso de bata estéril, es aconsejable, sobre todo en los procedimientos más laboriosos al ganarse libertad de movimientos. Técnicas sencillas son asumibles con vestuario no estéril, cuidándose de no portar accesorios superfluos y permanecer con las mangas recogidas por encima de los codos.

LAVADO DE MANOS

El lavado de manos es la medida profiláctica más importante para la prevención de infecciones. En primer lugar se retirarán todos los accesorios (joyas, reloj), procediendo posteriormente al lavado, que se puede realizar por diferentes métodos según el autor consultado. Aquí nos referiremos al siguiente sistema: Humedecer manos y antebrazos (manteniéndolas siempre por encima de estos) bajo el agua corriente y aplicar jabón antiséptico. Realizar cepillado minucioso de uñas y un lavado sistemático de antebrazos y manos durante 2 minutos. Secar por aplicación (sin frotar) con paño o compresas estériles, empezando por las manos y acabando en los codos.

COLOCACION DE GUANTES

Los guantes se colocan sin tocar con la mano desnuda su parte externa. El primer guante se introduce cogiéndolo por el puño evertido con la mano contraria, el otro se sujeta por la parte externa del puño evertido con la mano ya enguantada. Finalmente se ajustan los dos guantes sin tocar el interior ni la piel del antebrazo.

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRURGICO

RASURADO

En zona cubierta de pelo o vello se realizará un rasurado de la misma con una maquinilla desechable minutos previos a la intervención. En cuero cabelludo hay que intentar que la zona rasurada sea la mínima imprescindible, fijando el cabello circundante, si molesta, con esparadrapo de papel. La ceja no se aconseja rasurarlas por la pérdida de la referencia anatómica.

Una manera adecuada de retirar los pelos que quedan en la zona es pegando una tira de esparadrapo ancho sobre la piel.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LA ZONA

Ante una herida se realizará una limpieza con agua y jabón para eliminar mecánicamente la suciedad o cuerpos extraños.

Para señalar estructuras o diseñar la incisión se puede utilizar un marcador no estéril, siempre y cuando se realice previamente a la desinfección de la zona; la cual se hará con una torunda doblada sobre si misma impregnada en antiséptico, que aplicaremos con una pinza de Pean o directamente con la mano.

El pincelado se hará mediante círculos concéntricos centrífugos, ocupando una extensión superior al orificio del campo que habremos de delimitar con los paños.

PAÑEADO DEL CAMPO

Su misión es aislar el campo delimitando una superficie estéril a su alrededor. Se utilizan paños estériles fijados con pinzas de campo, pudiendo recurrir a los fenestrados cuando el campo a delimitar se ajuste al tamaño del orificio. Los paños pueden además ser autoadhesivos.

Es importante no perder las referencias anatómicas tras el pañeado (líneas de tensión, estructuras de vecindad...)

MANIOBRAS QUIRÚRGICAS BASICAS

DETERMINANTES TÉCNICOS DE UN BUEN CIERRE TISULAR

La función del cierre tisular que se realiza en las técnicas de cirugía menor tiene como principal función la aproximación de los bordes cutáneos de la herida. Si esta se realiza de manera adecuada se evitará la infección y se obtendrá un adecuado cierre tisular y el efecto estético esperado, ya que la cicatrización será realizada por primera intención.

Los objetivos del cierre tisular son: Prevenir la infección y provocar la cicatrización

El momento para realizarlo dependerá del tiempo, grado contaminación, destrucción y necrosis tisular, isquemia y localización de las lesiones

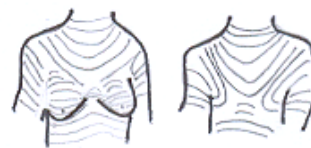
Los tipos de cierre serán: primario, secundario y diferido

La utilización de diferentes tipos de sutura es menos importante que la utilización apropiada de una técnica de cierre correcta.

CORTE E INCISIÓN QUIRÚRGICA

Hemos de tener en cuenta, para realizar el cierre de las incisiones, la presencia de las líneas de tensión de la piel, aprovechando las zonas de menor tensión.

Para conocer estas líneas de tensión, conocidas como líneas de tensión de Langer, podemos utilizar una serie de planos teóricos.



LÍNEAS TENSION
DE LANGER

SUTURAS QUIRÚRGICAS

SUTURAS EN CIRUGIA MENOR

Se define sutura como cualquier material que se utiliza para aproximar tejidos facilitando la cicatrización en menor tiempo. La sutura ideal es aquella que presenta una elevada resistencia a la tracción (difícil de romper), flexible (fácil de manipular) e inerte (generadora de nula o mínima reacción tisular).

En CM se utilizan suturas atraumáticas compuestas por una aguja curva y un hilo embutido en el extremo opuesto a la punta o mandril. Las agujas suelen ser de punta triangular y corte reverso para poder vencer con facilidad la resistencia de la piel, y su curvatura va de $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{8}$ de círculo.

Clasificación de los hilos de suturas:

Hilos de sutura irreabsorbibles:

Seda (Mersilk^R)

Es la sutura más utilizada: multifilamento trenzado, natural, de fácil anudado y gran resistencia a la tracción; pero generador de mayor reacción tisular y colonización bacteriana que las suturas de estructura monofilamentosa.



Polipropileno (Prolene^R):

Monofilamento.

Inerte, no produce reacción tisular.



Poliamida (Etilon^R):

Monofilamento.

Mínima reacción tisular.

Fuerza de tensión alta y uniforme



Hilos de sutura suturas reabsorbibles:

Poliglactin (Vicryl^R / Vicryl rapide^R)

Multifilamento trenzado sintético.

Absorción por hidrólisis con mínima reacción tisular.

Anudado fuerte

Tiempo de reabsorción:

Vicryl : 55-70 días.

Vicryl rapide: 40 días



Monocryl^R:

Monofilamento con mínima reacción tisular

Alta resistencia a la tracción



Los **monofilamentos** (nylon, poliamida, polipropileno) son de origen sintético y de más difícil manejo (poseen la llamada “memoria”: tendencia a mantener la forma del empaquetado). Aunque de mayor coste que la seda, deberemos tenerlos a nuestra disposición para el cierre de heridas en zonas que requieran un buen resultado estético.

SUTURAS ESPECIALES

SUTURA METÁLICA

Las grapas de acero, prácticamente arreactivas, se aplican mediante grapadora desechable. Fácil manejo y excelente resultado estético. Están indicadas en heridas lineales en cuero cabelludo y extremidades.

Contraindicadas en cara, manos y zonas de tensión.

SUTURA ADHESIVA

Son cintas de papel adhesivo estéril que por tracción aproximan el borde de la herida. Indicadas en heridas lineales de poca tensión (cara, pulpejo de dedos), para reforzar puntos de sutura y para mantener la aproximación de los bordes tras la retirada de estos últimos.

ADHESIVOS TITULARES

Son sustancias líquidas como el butilcianocrilato (Histoacryl®) o el octilcianoacrilato (Desmabon®) que aplicadas sobre los bordes de la herida fijan la capa más superficial de la piel manteniendo unidos los bordes. Indicadas en heridas lineales. Contraindicadas en heridas infectadas, mucosas, zonas de pliegues o de tensión.



GROSOR HILO SUTURA SEGUN LOCALIZACION

•Cara	4-5/0
•cuero cabelludo	2-3/0
•tórax	3-4/0
•espalda	2-3/0
•m.sup	4-5/0
•m.inf	3-4/0

TÉCNICAS DE ANUDADO

Para que la sutura este bien realizado deberá tener los bordes discretamente evertidos. Para conseguirlo la aguja deberá entrar en la piel de manera perpendicular (90°), ayudándose con una pinza para elevar la piel en el borde quirúrgico.

El punto de entrada y salida deberá estar a la misma distancia de la lesión.

Para evitar la tensión de los puntos deberá empezarse a suturas en la zona central de la herida, posteriormente, partiendo de este punto seguiremos realizando la sutura en la zona central.

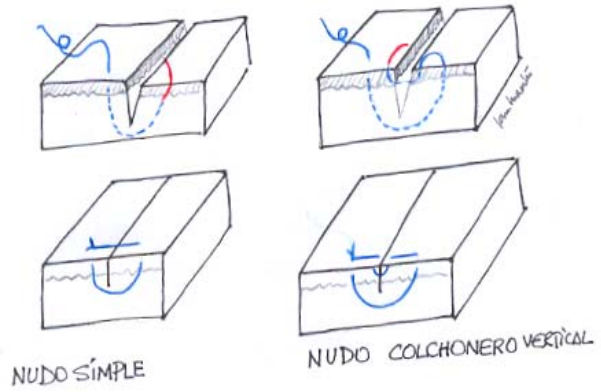
Existen diferentes tipos de suturas:

Continuas, discontinuas, superficiales y profundas

En el siguientes grafico podremos observar los siguientes tipos de suturas.

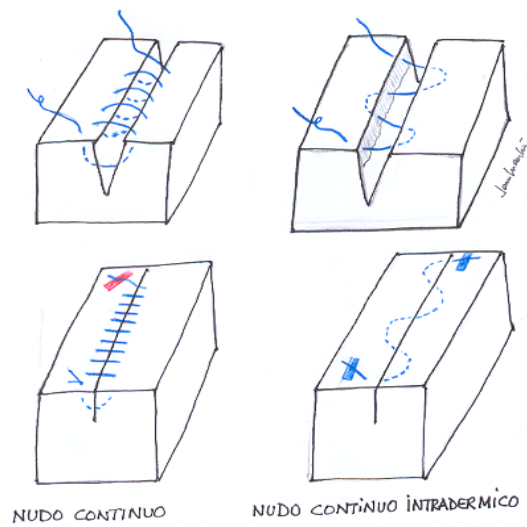
1.- Sutura simple

2.- Sutura colchonero vertical

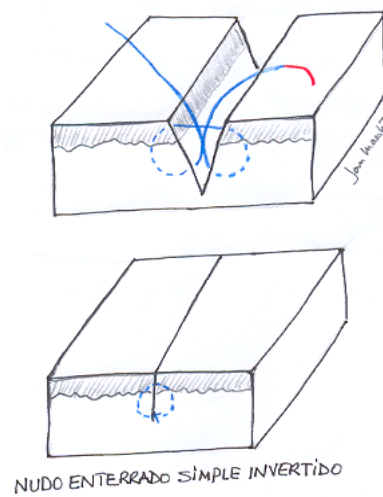


3.- Sutura continua superficial

4.- Sutura continua intradérmica



5.- Sutura enterrada simple



HEMOSTASIA

La hemostasia de la herida quirúrgica suele empezar antes de realizar la incisión quirúrgica, para ello se suele utilizar la adrenalina, en una concentración de 1:100.000, junto al anestésico local.

Tras realizar la incisión la hemostasia se puede realizar por técnicas de compresión directa con una compresa estéril, donde lo importante es realizarla durante un tiempo prolongado; por la propia sutura de la herida; con la utilización de mosquitos y suturas con vicril en el caso de lesiones pulsátiles (arterial) o venoso (continuo); la electrocoagulación con el bisturí eléctrico.

DRENAJE DE HERIDA QUIRÚRGICA

La utilización del drenaje puede tener dos utilidades:

Intención terapéutica, para eliminar materiales extraños o perjudiciales de un determinado lugar

Intención profiláctica, para prevenir la acumulación de líquidos y favorecer la obliteración del espacio muerto

Tipos de Drenaje:

Drenaje por capilaridad (Tipo Penrose o con gasas orilladas)

Drenaje aspirativo (de látex, silicona)

LESIONES DERMATOLÓGICAS MAS FRECUENTE. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LESIONES DERMATOLÓGICAS MAS COMUNES.

LESIONES EPIDÉRMICAS

- *Queratosis seborreica*
- *Queratosis actínica*
- *Fibroma blando*
- *Verruga vulgar*
- *Verruga genital*
- *Molluscum*
- *Léntigos solares*

LESIONES SUBEPIDÉRMICAS

Dérmicas:

- *Nevo nevocítico común*
- *Nevo nevocítico congénito*
- *Nevo nevocítico atípico o displásico*
- *Dermatofibroma*
- *Tumores anexiales*

Subcutáneas:

- *Quiste epidermoide*
- *Lipoma*

QUERATOSIS SEBORREICA

Es el tumor cutáneo más frecuente

No hay factores etiológicos conocidos, exceptuando casos familiares de predisposición genética

Comienza como una mácula que evoluciona con los años a una lesión exofítica, de marrón a negro, no infiltrada, con patentes comedones



QUERATOSIS ACTÍNICA

Lesión descamativo queratósica, rasposa al tacto, que aparece de los 40 años en adelante en áreas expuestas, con capacidad para evolucionar a un carcinoma espinocelular.

FIBROMA BLANDO

Tumor pediculado que aparece en zona de pliegues, de color piel a color negro, de milímetros a varios centímetros.



VERRUGA VULGAR

Hiperplasia cutánea causada por infección por virus epidérmotrópico que tiende a desaparecer espontáneamente con el curso de los años.



VERRUGA GENITAL

Hiperplasia cutánea causada por infección por virus mucotrópico altamente contagioso por contacto sexual, con capacidad oncogénica en algunos casos y capacidad destructiva local en otros.

LENTIGO SOLARES

Mácula pigmentada uniformemente que aparece en áreas expuestas en personas mayores. No tiene significación precancerosa pero sí de daño solar acumulado.

NEVO NEVOCÍTICO COMÚN

Tumoración cutánea benigna debida a proliferación de células névicas (melanocitos modificados) en los primeros años de vida.

Es una lesión pigmentaria, de maculosa a verrucosa, de color uniforme y límites definidos.

NEVO NEVOCÍTICO ATÍPICO

Tumoración cutánea benigna debida a proliferación de células névicas (melanocitos modificados) en los primeros años de vida.

Es una lesión pigmentaria, de maculosa asimétrica, de contorno irregular y color variado.

Entre el 21% y el 35% de los melanomas se originan en nevos previos

NEVO NEVOCÍTICO CONGÉNITO

Tumoración cutánea benigna debida a proliferación de células névicas (melanocitos modificados) intraútero.

Es una lesión pigmentaria, de maculosa a verrucosa, que ocupa áreas de milimétricas a regionales y desarrolla pelo terminal en la pubertad.

QUISTE EPIDERMOIDE

Lesión nodular subcutánea causada por una obstrucción del epitelio del folículo piloso que forma una pared en forma de bolsa que genera queratina hacia el interior de forma continuada.

Clínicamente se caracteriza por una lesión palpable subcutánea lisa, móvil, localizada en áreas

seborreicas que presenta siempre un poro en su parte central.



DERMATOFIBROMA

Tumoración originada por un traumatismo cutáneo, con proliferación posterior fibrocolágena que da lugar a una lesión dura, engastada en la piel, infiltrada, pigmentada en superficie.

LIPOMA

Tumoración adiposa que se percibe clínicamente como una masa subcutánea de consistencia blanda, límites imprecisos y superficie tabicada al tacto.

TUMORES ANEXIALES

Tumoración subcutánea de origen sudoríparo o folicular, de configuración sólida, que se percibe clínicamente como un nódulo preciso de consistencia dura y límites bien definidos

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Para realizar la disección de los tejidos utilizaremos tres tipos de técnicas de escisión:

Escisión tangencial

Escisión cilíndrica

Escisión fusiforme

ESCISIÓN TANGENCIAL

Normalmente se realiza la técnica de afectado utilizando una hoja del bisturí con mango del nº 3 o utilizando las curetas quirúrgicas. Se utilizan eliminando la epidermis y dermis superior, debida a que sino se podrían producir una epitelización inadecuada ya que la herida suele curar por segunda intención y la cicatriz es mínima.

Siempre deberemos realizar estas técnicas bajo anestesia local (tópica o subcutánea).

Tras la extirpación deberemos realizar una limpieza de la zona junto a hemostasia, que se podría realizar por compresión, por medios físicos, químicos o eléctricos.

Posteriormente se realizará una cura sobre la zona

Los riesgos son la persistencia lesional, el compromiso del estudio histológico o queloides en determinadas zonas

ESCISIÓN CILINDRICA

Se utiliza para la eliminación de pequeñas piezas, de aspecto circular, con un tamaño de menos de 8 milímetros. Se realiza con un sacabocados o punch, que corta un cilindro cutáneo mediante un movimiento rotatorio. Las ventajas incluyen la comodidad del procedimiento, la nitidez del corte en los bordes y la muestra pancutánea garantizada.

Los más utilizados son de 5 y 8 milímetros de diámetro. Este instrumento realiza una incisión que incluye todas las capas cutáneas.

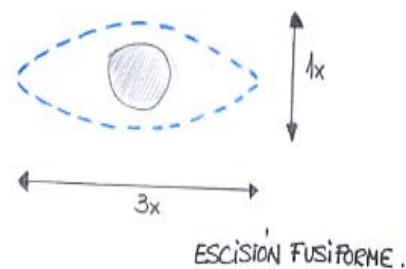
Hemos de realizar una tensión, en sentido perpendicular a las líneas de tensión, con los dedos de la mano libre al realizar la incisión, esto permitirá que la incisión será discretamente fusiforme y permitirá el cierre con sutura de manera más fácil utilizando la zona de menos diámetro.

Las desventajas son pequeñas, tendencia a pequeñas orejas de perro, posible corte de una arteria subcutánea y coste económico.

ESCISIÓN FUSIFORME

Es la técnica elegida para la eliminación de lesiones cutáneas más grandes, evita los pliegues periféricos y permite un cierre sin tensión.

Se realiza con bisturí haciendo un huso elíptico que incluye la lesión en su interior, con el eje mayor sobre las líneas cutáneas y el menor adaptado al diámetro, con una relación de 3:1 entre ambos.



Normalmente la incisión deberá incluir un margen de seguridad de 2 milímetros de piel sana en la periferia de la lesión. En cuanto a la profundidad dependerá del tipo de lesión que estemos interviniendo.

El eje mayor de la elipse deberá estar orientado paralelamente a la línea de tensión cutánea.

OTRO TIPO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

EXTIRPACIÓN DE LESIONES SUBCUTÁNEAS

Se realiza en dos fases, una escisión elíptica en superficie y una disección con tijera de Metzembaun en el plano subcutáneo, separando la periferia del tumor o quiste del colágeno circundante. Al quedar un defecto considerable, suele precisar una sutura por planos, para evitar la acumulación de hematomas en el espacio virtual, resultante de la eliminación de la lesión extirpada. También es importante la realización de un vendaje compresivo durante las 24 horas del postoperatorio.

Este tipo de extirpaciones son utilizadas en la exéresis de quistes y lipomas

CRIOCIRUGÍA

Es la destrucción de tejido mediante congelación. Es una técnica sencilla que no necesita preparación quirúrgica, ni anestesia, hemostasia ni suturas

Requiere: a) enfriamiento brusco a una tasa mayor de 100°C/minuto,
b) temperatura tisular mínima de - 25°C,
c) calentamiento lento a una tasa de 10°C/minuto o menos,
d) dos ciclos de congelación/descongelación.

En la actualidad utilizamos dos tipos de productos criogénicos

El **nitrógeno líquido** (- 195 °C). Se utiliza con un contenedor especial para su aplicación.



Los aerosoles de mezcla volátiles de **dimetileter-propano** (Histofreezer[®]), que producen por evaporación una congelación de - 57 °C

ELECTROCIRUGÍA

La utilización de bisturís eléctricos en cirugía menor, que transforman la corriente alterna en calor, permite realizar diferentes técnicas dependiendo de la longitud de onda utilizada:

Incluye

- a) electrosección,
- b) electrocoagulación,
- c) electrodesecación y
- d) electrofulguración.

Para la utilización del bisturí eléctrico hemos de tener una serie de precauciones:

No utilizar antisépticos volátiles e inflamables,

Retirar cualquier elemento metálico del paciente (lo cual supone una contraindicación en el caso de pacientes con prótesis metálicas).

Evitar la inhalación de humos resultantes

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES

Para evitarlas las infecciones hemos de realizar tras el cierre tisular se deberá irrigar el campo con una solución de povidona-iodada (Betadine[®]) y se cubre con una cura oclusiva.

Deberá realizarse una cura con el enfermero del cupo en las siguientes 24-48 horas.

Tras esta revisión se realizará higiene diaria de la zona, principalmente con jabón y agua, secándola posteriormente con una gasa estéril y manteniendo un vendaje para evitar el roce de la herida.

Siempre hemos de incluir una pauta analgésica con los fármacos habituales como el paracetamol o el metamizol.

La retirada de los puntos deberá realizarse lo antes posible para evitar la cicatriz, y tratando de impedir la apertura o dehiscencia de la sutura.

Debemos de individualizar cada uno de los casos, pero de manera general deberemos retirar las suturas siguiendo las siguientes tablas:

- | | |
|-----------------------------------|-------------|
| • cara | 4-5 días |
| • cuero cabelludo | 7-8 días |
| • tronco anterior | 8-10 días |
| • extremidades superiores | 10-12 días. |
| • Dorso y extremidades inferiores | 10-14 días. |

Se puede realizar el retirado de los puntos eliminando puntos alternos y reforzando la zona con tiras adhesivas.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

Aunque en la mayoría de los casos la curación de la zona intervenida se realiza sin complicaciones, en algún caso se presentan una serie de problemas menores que deberemos de controlar:

El sangrado de la herida suele ser mínimo, pero puede presentarse después de haber suturado la herida. Se suele solucionar comprimiendo la zona durante unos minutos.

En el caso de presentarse la un hematoma deberá de realizarse un drenaje de este, mediante la incisión o retirada de algún punto.

Inflamación. Suele durar dos días y suele carecer de importancia

Se sospechará una infección temprana en el caso de presentar un enrojecimiento de los bordes que sobrepase los 0,5 centímetros. Se confirmará

ante la presencia de supuración. El tratamiento obliga a drenar la herida, dejándola cicatrizar por segunda intención con cobertura antibiótica.

Las alteraciones de la cicatrización también se encuentran presente entre las complicaciones de la cirugía menor, entre ellas incluiremos:

La dehiscencia de suturas, normalmente se suele presentar por una retirar demasiado prematura de los puntos o aun exceso de la actividad en la zona tras la intervención, como por ejemplo en la zona alta del dorso.

Las cicatrices queloides, típicas en ciertas zonas, como zona anterior del tórax y zona deltoideas, en jóvenes. Si existe una predisposición genética es difícil de evitar. Existen diferentes técnicas para evitarlas como: Infiltraciones esteroideas, apósitos de silicona.

Hiperpigmentación de zonas, principalmente en las expuestas de características grasas (nariz y frente). Se recomendará al paciente el uso de fotoprotección alta durante tiempo.

BIBLIOGRAFIA:

Arribas Blanco José María. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid; Jarpyo Editores S.A (2ª edición). 2000.

Domínguez Romero M, Galiana Martínez JA, Pérez Vega FJ. Manual de cirugía menor. Madrid; Aran Ediciones SL. 2002

Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (I). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.

Caballero F, Gómez O. Protocolos de cirugía menor en atención primaria (II). En: Formación médica continuada (FMC). Barcelona. Editorial Doyma. 1997.

Manual de Cirugía menor. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Galicia. Santiago de Compostela

Parra Oses A, Sada Goñi J, Urdanoz Sanmartín MJ. Protocolo de cirugía menor en atención primaria. Pamplona; Servicio Navarro de Salud. 1997.

Caballero F, Gómez O, Caballero O. Taller de cirugía menor. III Jornadas de actualizaciones en Medicina de Familia. Barcelona 2002.

Menon MK. Minor surgery in general practice. The practitioner. 1986; 230: 917-920

Berchid M, Martínez V, Illana J, López MA, Rodríguez ME. Salud Rural. 2000; XVII (7): 23-48.

Fuller J.R. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. Buenos Aires; Editorial Panamericana, 1995.

Bull, M.J., Gardiner, P. Surgical procedures en primary care. Oxford; Oxford University Press, 1995.

Bass R, Abdouch I, Halm D, Harrison J, Mith J. Cirugía menor ambulatoria. Barcelona; American Academy of Family Phisicians, 2000.

Sodera K. Operating room and equipments. En: Sodera K. Minor surgery in practice, Cambridge; Cambridge University Press, 1994: 13-33.