

Taller de cirugía menor: 4ª 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 2008
Volumen 15
Pág. 49-51

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 éstos) 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.

COLOCACIÓN 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 QUIRÚRGICO

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 sí 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 BÁSICAS

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.

FIGURA 1

Líneas Tensión de Langer



SUTURAS QUIRÚRGICAS

SUTURAS EN CIRUGÍA 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 1/2 a 3/8 (de círculo).

La sutura más utilizada es la **seda**: 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.

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 inactivas, 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 SEGÚN LOCALIZACIÓN

- 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 realizada 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.

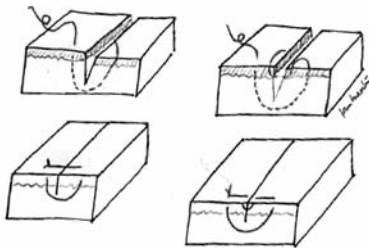
Para evitar la tensión de los puntos deberá empezarse a suturar en la zona central de la herida, posteriormente, partiendo de este punto seguiremos realizando la sutura en la zona central.

Existen diferentes tipos de suturas: Continuas, discontinuas, superficiales y profundas

En el siguiente gráfico podremos observar los siguientes tipos de suturas.

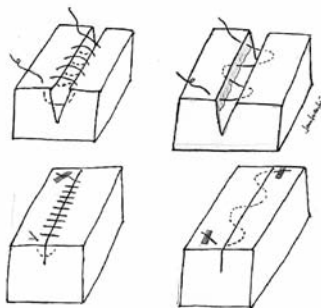
1.- Sutura simple

2.- Sutura colchonero vertical

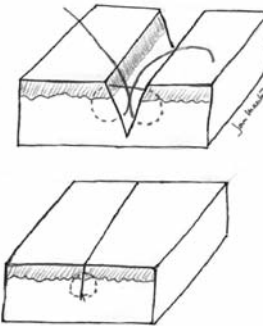


3.- Sutura continua superficial

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)