

CIRUGIA MENOR

(MINOR SURGERY)

*Ingrid Córdova Herencia

RESUMEN

El personal médico deba de saber realizar una correcta cirugía menor, para ello debe de tomar en cuenta los puntos importantes sobre precauciones pre quirúrgicas, durante y postquirúrgicas, además debe de saber los instrumentos básicos para cirugía menor, diferenciarlo y saber el uso de:

- Bisturí
- Tijeras (Mayo/Metzembaum)
- Porta agujas
- Pinzas de disección/Pinzas de Hemostasia
- Cureta

DESCRIPTORES

Cirugía, tijera, quirúrgicas, sutura

SUMMARY

Medical personnel should be able to do a correct minor surgery, so they have to consider the important points about precautions in pre-surgical, during and post-surgical, besides, medical staff should know the basic tools for minor surgery, differentiate and to know the use of each one:

- Scalpel
- Scissors (May / Metzembaum)
- Needle carrier
- Dissecting forceps / hemostat
- Cureta

KEYWORDS

Surgery, scissors, surgical, suture

*Médico General
Universidad San Martín de
Porres (USMP). Lima- Perú

INTRODUCCION

Son procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones.

PREPARACIÓN DEL MÉDICO

1. Vestuario: imprescindible el uso de bata o scrubs/pijama y de guantes

estériles; la mascarilla quirúrgica y las gafas de protección ocular.

2. Colocación de guantes: los guantes quirúrgicos son estériles y descartables
3. Lavado de manos: de una duración mínima de 20 segundos, con una solución jabonosa o antiséptica de manos, frotando correctamente todas las zonas de pliegue.

TABLA 4-1: Precauciones a tener en cuenta		
PRECAUCIONES PREQUIRÚRGICAS	PRECAUCIONES DURANTE LA CIRUGÍA	PRECAUCIONES POSQUIRÚRGICAS
<ul style="list-style-type: none"> • No intervenir si el diagnóstico, la historia natural de la lesión no están claras. • Operar según la capacidad personal, tener en cuenta entrenamiento técnico adecuado en el procedimiento. • Contar con Instrumental adecuado y ayudantes suficientes • Informar completamente al paciente respecto al procedimiento, diagnóstico, etiología y pronóstico, así como también alternativas. • El paciente debe de estar al tanto de posibles complicaciones y molestias que se puedan dar. • Responder todas las dudas del paciente. • Obtener el consentimiento informado del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • No aplicar técnicas destructivas • Identificar las estructuras subcutáneas del campo quirúrgico. • No cortar tejidos sin visión directa 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la recepción de los Informes anatomopatológicos • Realizar seguimiento postoperatorio

MATERIALES DE SUTURA

El empleo de un determinado material de sutura o de un tipo de aguja puede determinar diferencias en el resultado quirúrgico, por lo que su elección debe estar fundamentada.

Una herida quirúrgica no alcanza nunca la misma resistencia a la tracción cutánea como de la piel sin cortar. La piel suturada después de dos semanas alcanza un 3-5% resistencia original, al final de la tercera semana se consigue el 20% de la resistencia y en un mes se alcanza el 50% de la resistencia. Todas las suturas son cuerpos extraños y producen una respuesta inflamatoria en la dermis, dicha respuesta inflamatoria se observa entre el segundo y

séptimo día con aumento de leucocitos polimorfos nucleares, linfocitos, monocitos en la dermis. Entre la tercera y octavo día, las células epiteliales invaden las vías de sutura (Mohan H Kudur, Sathish B Pai, H Sripathi, Smitha Prabhu, 2009)

TABLA 4-2: Material de sutura ideal.

- Tener buenas características de manejo
- No inducir reacción tisular significativa
- Permitir nudos seguros
- Tener resistencia a la tracción adecuada
- No corte a través del tejido
- Sé estéril
- Sé no electrolítico
- Sé no alergénico

(Mohan H Kudur, Sathish B Pai, H Sripathi, Smitha Prabhu, 2009)

- Hilos de sutura: se clasifican según:
 - Su origen (natural o sintético)
 - Su configuración (multifilamentos o monofilamentos)
 - Su calibre (el grosor del hilo se mide en ceros)

TABLA 4-3: Indicaciones de tipos y tiempo de retiro de puntos (NCBI, 2011)

Región anatómica	Sutura cutánea	Sutura subcutánea	Retirada de puntos	
			Adultos	Niños
Cuero cabelludo	Grapas-Seda 2/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-9	6-8
Parpados	Monofilamento 6/0 Seda 6/0	-	3-5	3-5
Orejas	Monofilamento 4/0-5/0 Seda 4/0-5/0	-	4-5	3-5
Nariz	Monofilamento 4/0 Seda 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	4-5
Labios	Monofilamento 4/0 Seda 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	4-5
Frente y cara cuello	Monofilamento 4/0-5/0 Seda 4/0-5/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	3-5
Tronco/abdomen	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-12	7-9
Espalda	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	12-14	11-13
Extremidad superior/mano	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	8-10	7-9
Pulpejo	Monofilamento 4/0	-	10-12	8-10
Extremidad inferior	Monofilamento 3/0 grapas	Vicryl® o Dexon® 3/0	8-12	7-10
Pie	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	10-12	8-10
Pene	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-10	6-8
Mucosa oral, nasal y lengua	Catgut 3/0, Vicryl 3/0		-	-

CARACTERISTICA DE LOS HILOS DE SUTURA

TABLA 4-4: Característica de hilos de sutura

Suturas irreabsorbibles (para estructuras internas que deben mantener tensión constante)	Suturas absorbibles (desaparecen gradualmente pueden provocar reacción inflamatoria local)
1. Seda: pueden provocar reacción tisular importante. 2. Nylon: para estructuras internas que deban mantener una tensión constante (tendones, nervios). Provocan mínima reacción tisular 3. Polipropileno: indicado en sutura cutánea continua intradérmica. Precisa más nudos para que no se deshaga.	1. Poliglactín 910: indicado en suturas dérmicas, tejido celular subcutáneo, suturas profundas y ligaduras de pequeños vasos. Tiene un tiempo de reabsorción de 60 días. (Vicryl® rapid), con un tiempo de Reabsorción de 10 días y se usa en suturas de piel en niños. 2. Ácido poliglicólico: Tiene un tiempo de Reabsorción de 90 días.

INCISION

- Maniobras quirúrgicas básicas.
- Existen dos métodos para realizar la incisión, una denominada disección roma (No cortante con tijera de Metzembraum) y otra denominada cortante (que se realiza con bisturí o tijera)

- Las maniobras de disección deben realizarse de forma delicada y con una buena exposición del campo.
- Incisiones en cirugía menor: Debe realizarse teniendo en cuenta el tipo de lesión que se va a tratar, así para las escisiones, es necesario dejar

un margen adecuado (12 mm).

- Escisión fusiforme: se emplea para extirpar lesiones cutáneas con un margen de piel sana alrededor de la lesión y en profundidad. Como regla general, la longitud de la elipse debe ser 3 veces su anchura y los extremos deben tener 30 grados
- Escisión tangencial: Consiste en la extirpación mediante bisturí de lesiones muy superficiales, que cicatrizarán por segunda intención.
- Hemostasia: Permite, no sólo el control del sangrado, sino que posibilita aclarar la visión de la anatomía quirúrgica. Por otra parte, el vendaje compresivo, sobre la herida en el período postoperatorio inmediato disminuye la posibilidad de formar hematomas o seromas.

PRECAUCIONES

- Diabetes mellitus y arteriopatía periférica.
- En uso crónico de inmunosupresores.
- No usar vasoconstrictor en la anestesia en: arritmias, HTA severa, hipertiroidismo, feocromocitoma.
- Embarazo: hay que posponer la realización de la cirugía y si se sospecha malignidad, se derivará al especialista correspondiente.
- Enfermedad intercurrente aguda: se pospondrá hasta su restablecimiento.
- Dudas sobre las motivaciones del paciente: la cirugía está contraindicada en pacientes cuya motivación para la misma sea

cuestionable o si existe preocupación excesiva por el resultado estético.

- En pacientes con alteraciones psiquiátricas graves o en pacientes poco colaboradores está contraindicada la realización cirugía menor.

TABLA 4-5: Principios generales para obtener un óptimo cierre quirúrgico.

1. Evitar la tensión: cerrar una herida a tensión disminuye la vascularización de sus bordes.
2. Eversión de los bordes de la herida: debido a la tendencia de las cicatrices a contraerse con el tiempo, unos bordes quirúrgicos ligeramente elevados sobre el plano de la piel, irán aplanándose con el tiempo.
3. Cierre por planos: Si existe tensión, si la herida es muy profunda e implica a varios planos o si hay mucho espacio muerto, puede ser necesario el cierre en varios planos.
4. Tipo de sutura: Si una sutura se mantiene demasiado tiempo produce cicatrices en las zonas de entrada y salida de la sutura

COMPLICACIONES

- Hematomaseroma
- Infección: puede ocurrir hasta en el 1% de la cirugía menor, raramente existen síntomas generales como fiebre y/o escalofríos. El tratamiento consistirá en retirada de los puntos de sutura necesarios, ¿haciendo limpieza y desinfección diarias y dejando que la herida cierre por segunda intención; si es necesario se dejará puesto drenaje.

- Dehiscencia: es la separación de los bordes de la herida antes de la correcta cicatrización de la misma.
- Cicatriz hipertrófica y queloide: son alteraciones de la cicatrización normal que consiste en un

crecimiento excesivo del tejido conjuntivo. El grado extremo lo constituye el queloide, en el que el tejido fibroso sobrepasa los límites de la cicatriz, siendo permanente.

Recepción: 4 Noviembre de 2015

Aprobación: 5 Diciembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco, J. M. (27 de Abril de 2012). <http://www.intechopen.com>. Recuperado el 26 de diciembre de 2014, de <http://www.intechopen.com/books/primary-care-at-a-glance-hot-topics-and-new-insights/skills-in-minor-surgical-procedures-in-family-medicine>
- HVL, F.Caballero Martinez, O. Gomez Martin . (s.f.). <http://www.hvil.sld.cuf>. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/LIBRO%2520ESPAOL%2520SOBRE%2520CIRUGIA%2520MENOR/CIRUGIA%2520MENOR%2520I.pdf>
- J.HuberMD, T. (2002). (A. F. Physician, Ed.) Recuperado el 22 de diciembre de 2014, de <http://www.aafp.org>: <http://www.aafp.org/afp/2002/1215/p2231.html>
- JM.Arribas Blanco and Maria. (2012). INTECH. Recuperado el 26 de diciembre de 2014, de <http://cdn.intechopen.com>: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/35844.pdf>
- Mohan H Kudur, Sathish B Pai, H Sripathi, Smitha Prabhu. (2009). <http://www.ijdvl.com>. Recuperado el 28 de diciembre de 2014, de IJDVL: <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2009;volume=75;issue=4;spage=425;epage=434;aulast=Kudur>
- NCBI. (Enero de 2011). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (N. L. Health, Ed.) Recuperado el 28 de Diciembre de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1880974/>
- Pfenninger JL, F. G. (2010). *Procedures for Primary Care*. (3era ed.). ELSEIVER.
- PubMed. (enero de 2011). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Recuperado el 25 de diciembre de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1737150>
- SVMFiC. (Mayo de 2012). (F. B. Manuel Batalla Sales, Ed.) Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.