

Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud

J.M. Arribas Blanco^a, J.R. Castelló Fortet^b, A. Sánchez Olosó^c y N. Rodríguez Pata^a

Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia.

^aMédico de Familia. Centro de Salud Universitario Cerro del Aire. Majadahonda. Unidad Docente de Medicina de Familia Madrid.

^bCirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario Puerta de Hierro Madrid. Reseach Fellow Institute of Reconstructive Plastic Surgery. New York University. ^cCirugía Plástica y Reparadora. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

En la consulta de atención primaria surgen con frecuencia problemas que requieren para su diagnóstico o tratamiento la utilización de procedimientos y técnicas quirúrgicas básicas. Por ello, estos procedimientos (tabla 1) han de estar dentro del campo de conocimientos y competencias del médico de familia como una herramienta más para una práctica profesional de calidad.

Desde hace décadas la cirugía menor y los diferentes procedimientos en la consulta del centro de salud se vienen realizando con buenos resultados de coste-efectividad en la atención primaria de países como los Estados Unidos, el Reino Unido, etc.¹. En nuestro país en la segunda mitad de la década de los noventa (¡ya en el siglo pasado!) comenzó un enorme desarrollo de estas actividades ofreciendo también excelentes resultados de efectividad², aunque no sin grandes traspiés que afortunadamente, se han superado con el esfuerzo de todos. Hoy es una realidad que produce no sólo buenos resultados para los pacientes y para el sistema sanitario, sino un aporte de motivación y de "aire fresco" a las consultas (llenas de trabajo, de pro-

Tabla 1. Procedimientos "básicos" (se aprenderían en 5 a 10 intervenciones realizadas con monitorización experta)

Reparación de laceraciones y heridas
Drenaje y seguimiento correcto de abscesos cutáneos
Exéresis de lesiones benignas: nevos, dermatofibromas, quistes epidérmicos, lipomas, etc.
Cirugía de la uña: paroniquia, uña encarnada, hematoma subungueal
Limpieza y desbridamiento de úlceras crónicas
Valoración y tratamiento de las quemaduras leves
Electrocirugía: angioma senil y estelar, hemostasia, acrocordones, etc.
Criocirugía: verrugas, molusco contagioso, queratosis seborreica, queratosis actínica
Curetaje o biopsia por afeitado en lesiones superficiales benignas
Punch-biopsia
Trombectomía hemorroidal
Infiltraciones y artrocentesis de algunas articulaciones
Inmovilización con férulas y vendajes de algunas lesiones traumáticas
Extracción de cuerpos extraños en la piel, córnea o conjuntiva, oído, fosas nasales, etc.

Correspondencia: Dr. J.M. Arribas Blanco.
Berlín, 4, Portal 2, 3.º B.
28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid.

SEMERGEN 2001, 27: 362-375.

¹O' Cathain JE, Brazier PC, Milner M, Fall M. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 13-17.
Lowy A, Brazier I, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Minor surgery by general practitioner under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ* 1993; 307: 413-417.
Weddington WH, Gabel LL, Williams T. Surgical practice and perceived training needs of selected Ohio family physicians. *J Fam Pract* 1986; 23: 247-252.

²Arribas JM, Gil ME, Sanz C, Morón I, Muñoz Quirós S, López A et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-775.
Arribas JM. Repercusiones de la cirugía sin ingreso en las consultas de atención primaria [editorial]. *FMC* 1998; 5: 217-218.
Tárraga PJ, Marín E, García D, Celada A, Solera J, Cerdán M et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 335-338.

blemas burocráticos y vacías de motivación profesional y económica) de los médicos que trabajamos en la atención primaria española.

La cirugía menor se define como el conjunto de procedimientos en los que se aplican una serie de técnicas quirúrgicas sencillas, de corta duración, que se realizan habitualmente en los tejidos superficiales y/o accesibles, que suelen precisar anestesia local y cuya realización conlleva un bajo riesgo y mínimas complicaciones posquirúrgicas.

APRENDIZAJE Y CAPACITACIÓN EN CIRUGÍA MENOR

El aprendizaje y la experiencia en estas técnicas de cirugía deben ser elementos fundamentales para la formación completa del médico de familia.

Dicha formación (en cirugía menor), una vez iniciada en la facultad y perfeccionada en la especialidad de medicina de familia, debería mantenerse mediante una formación continuada, basándose en criterios de competencia y

actualización profesional. Otros procedimientos “avanzados” (tabla 2) requieren un mayor entrenamiento y material quirúrgico específico, por lo que su realización en atención primaria únicamente es posible si se garantizan los medios y si se tiene la experiencia adecuada para su puesta en práctica por el médico de familia. La capacitación técnica deberá llevarse a cabo mediante formación acreditada, rotaciones específicas monitorizadas, actualizaciones frecuentes y buena relación y consenso con el resto de los especialistas.

Pero la realización de estos procedimientos es, sobre todo, una actitud individual que ha de depender de que el médico que los efectúe los sepa hacer bien. Más importantes que la cobertura legal e institucional son la buena práctica clínica y la seguridad, junto con la prudencia, lo que sustenta las bases conceptuales de la cirugía menor.

Así, el conocimiento y dominio de la técnica quirúrgica, son imprescindibles para la realización de cirugía menor. Pero también el diagnóstico prequirúrgico adecuado es una premisa ineludible para garantizar la calidad de las actividades de cirugía menor, ya que dicho diagnóstico supedita la elección de la técnica quirúrgica.

Cada lesión tiene un procedimiento quirúrgico considerado como óptimo o de elección y otras alternativas válidas o contraindicadas. Existen determinados procedimientos que destruyen el tejido sobre el que actúan, por lo que no se dispondrá de pieza anatómica para su estudio histológico; por ello, se evitarán si no hay un diagnóstico de certeza previo a la cirugía. En caso de existir duda, hay que solicitar colaboración y realizar una interconsulta con otros especialistas (consultar textos recomendados).

LIMITACIONES

La topografía de las vías conductoras periféricas, fundamentalmente vasos y nervios nominados, define ciertos puntos y enclaves anatómicos como zonas de riesgo de lesión quirúrgica o traumática. Cualquier estructura situada por encima de la fascia profunda, principalmente aquellas que discurren en el tejido celular subcutáneo o fascia superficial, es susceptible de lesión en procedimientos quirúrgicos superficiales y en cirugía menor.

Existen determinadas regiones anatómicas con una mayor tendencia a la presentación de cicatrices patológicas. Así, antes de extirpar una lesión en una de estas áreas, es im-

portante discutir con el paciente esta posibilidad, sobre todo en los casos en los que la extirpación obedezca a criterios estéticos, no diagnósticos o terapéuticos. La región deltoidea y el hombro, la región esternal y la región interescapular (sobre todo en personas de raza negra y en niños), son especialmente propensas a la aparición de queloides y cicatrices hipertróficas. Por todo ello, en la realización de la cirugía menor debe considerarse, para la práctica de una cirugía segura, la ubicación de las estructuras anatómicas que definen las zonas anatómicas de riesgo (tabla 3). Cuando un procedimiento quirúrgico ha de sobrepasar la fascia profunda para una correcta extirpación o cuando existe la posibilidad real de lesión de una estructura anatómica importante, debe considerarse la derivación de estos pacientes.

La realización de cualquier procedimiento quirúrgico, por mínimo que sea, no está exento de riesgos. Se debe tener siempre presente la posibilidad de aparición de complicaciones durante la intervención y después de ésta. Nunca se ha de garantizar una evolución satisfactoria de la intervención quirúrgica que se va a realizar, puesto que los resultados del tratamiento quirúrgico no son siempre predecibles, y dependen de múltiples factores, no sólo respecto a la habilidad del médico, sino también del propio paciente. Por ello, debemos informar sobre el diagnóstico de la lesión, la naturaleza y el propósito de la intervención (diferenciar las intervenciones por motivos estéticos de las

Tabla 2. Procedimientos “avanzados” (precisarían más de 20 intervenciones realizadas con monitorización experta)

Esclerosis de varices
Vasectomía
Biopsia endometrial
Eliminación de gangliones
Punción aspiratoria con aguja fina (PAAF)
Marsupialización de quistes de Bartholino
Aspiración e inyección de agentes esclerosantes en el hidrocele
Polipectomía cervical
Drenaje pleural
Paracentesis abdominal
Nasolaringoscopia

Tabla 3. Zonas anatómicas de riesgo

Zona anatómica	Riesgo de lesión o secuela
Región frontal externa	Rama frontal del nervio facial
Región temporo-frontal	Arteria temporal superficial
Región supraciliar	Rama frontal del nervio trigémino
Canto interno del ojo	Aparato lagrimal y estética
Párpados	Piel muy fina (retracción)
Preauricular	Rama auriculotemporal del trigémino
	Ramas temporales y cigomáticas del facial
	Ramas temporales de arteria temporal
Retroauricular	Nervio occipital menor y auricular mayor
Ángulo y rama mandibular	Nervio facial y glándula parótida
Región occipital (nuca)	Arteria occipital
	Nervio occipital mayor y occipital menor
Oreja	Cartílago auricular
Labios y mucosa oral	Estética y funcionalidad
Cuello anterior superficial	Vena yugular anterior y músculo pletisma
Cuello lateral superficial	Vena yugular externa
Triángulo posterolateral del cuello	Nervio espinal accesorio
Fosa infraclavicular	Vena cefálica
Axila superficial	Nervio cutáneo braquial externo
Codo (región anterior)	Venas cefálica y basilica
	Nervio cutáneo antebraquial interno
	Nervio cutáneo antebraquial externo
Muñeca, dorso superficial	Nervio radial y cubital (ramas sensitivas)
Ingle superficial	Vasos circunflejos ilíacos superficiales
	Vena safena interna
Zona posterior del maléolo peroneo	Nervio sural
Cuello del peroné	Nervio ciático poplíteo externo
Borde medial de la pierna	Vena safena interna

(Tomado con permiso de los autores y editores de Bonaplata A, Plaza C, Sánchez Olaso A, Arribas JM, Castello JR. Valoración de las zonas anatómicas de riesgo. En: Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarp-
yo Editores, 2000; 180-197.)

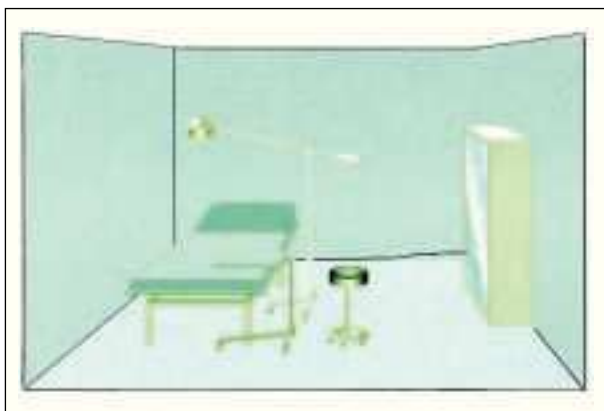


Figura 1. Sala específica para la cirugía menor y mobiliario adecuados (tomado de: Arribas JM. Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia *on line*: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso del autor).

que se van a efectuar por motivo diagnóstico-terapéutico), los riesgos de la intervención quirúrgica y las posibles complicaciones. La constatación de la información adecuada lo constituye el consentimiento informado. Pero es la buena práctica y la excelencia clínica basada en la *lex artis* la que se pondrá en “tela de juicio” cuando haya denuncia y el juez deba actuar, es decir, este documento no es una “patente de corso” para el médico; sobre todo es un requisito administrativo de obligado cumplimiento.

Por ello, la buena práctica clínica, la prudencia y el sentido común son mucho más importantes que la firma obligatoria del consentimiento informado.

INFRAESTRUCTURA Y MATERIAL BÁSICO PARA LA CIRUGÍA MENOR

La sala quirúrgica en el centro de salud y su mobiliario

Aunque en una consulta habitual de un centro de salud se pueden realizar correctamente algunos procedimientos de cirugía menor, es muy recomendable disponer de sala específica para la cirugía menor (fig. 1) que disponga de espacio adecuado (15-20 m²), bien ventilada y con una temperatura adecuada; y además, es imprescindible que esté limpia y que tenga un lavabo (si es posible, con grifo monomando y jabón con aplicador automático para lavarse las manos).

En el centro de la sala de cirugía menor habrá una camilla articulada con elevación y descenso automáticos y una silla que tenga ruedas y que no posea respaldo. Un mobiliario importante es la mesa auxiliar que se emplea para colocar el instrumento y material que se usará durante el procedimiento quirúrgico y, sobre todo, es muy importante disponer de una lámpara que proporcione una iluminación adecuada, con una potencia lumínica de entre 150 y 250 W, “de pie,” articulable, regulable en altura y con ruedas. Es aconsejable tener otra lámpara que lleve acoplada una lupa y un armario para almacenar el material desechable y el instrumental quirúrgico. Asimismo, se debe disponer de contenedores para material biocontaminado y de un sistema de eliminación en conformidad con la legislación sanitaria vigente.



Figura 2. Set de cirugía menor (bisturí n.º 15 y mango n.º 3, portaagujas pequeño, mosquitos curvos pequeños, pinzas de Adson con dientes y sin dientes, tijeras de corte [Mayo] y de disección [Metzenbaum], separador de gancho).

En ningún centro en que se realice cirugía menor debe faltar equipo³ de resucitación cardiopulmonar.

Instrumental básico

El médico que realice cirugía menor debe tener un conocimiento profundo sobre el instrumental quirúrgico, su manejo y su mantenimiento. La calidad, el estado y el tipo de instrumentos pueden afectar al resultado de una técnica quirúrgica; y su elección debe basarse en criterios científicos y no en apreciaciones subjetivas.

A continuación se describen de forma sintética, las características más importantes del instrumental básico recomendado en la cirugía menor (fig. 2) (consultar la bibliografía para ampliar información):

Bisturí. Permite efectuar corte preciso sobre la piel y otros tejidos y realizar disección no roma de los tejidos. Se debe disponer de un mango del número 3 con hojas del número 15 y 11. La hoja del bisturí se acopla sobre el mango en una posición única, haciendo coincidir la guía de la hoja con la del mango.

Portaagujas. Los portas tienen las hojas de las puntas especialmente diseñadas para tomar las agujas con precisión y seguridad. La aguja se toma por una zona entre el tercio medio y el posterior de ésta. Se debe disponer inexcusablemente de un porta estándar pequeño o mediano (12 a 15 cm) con una punta capaz de manejar agujas de hasta 4/0; no son de gran utilidad los portaagujas largos. Es muy importante no emplear el porta para manipular otros materiales que no sean la aguja o el hilo.

Tijeras. permiten realizar tanto cortes de tejidos y materiales (suturas, vendajes, etc.) como la disección de los tejidos. Se debe disponer de unas tijeras de corte (*de Mayo*)

³Imprescindible para cualquier intervención de cirugía menor, sobre todo si se realiza con anestesia local.

Los requerimientos de material y medicación necesarios son: bolsa autohinchable (Ambú), cánula de Guedel (tres tamaños), laringoscopio, adrenalina (ampollas de 1 ml a 1: 1.000), atropina (ampollas de 1 ml/1 mg), diazepam (ampollas de 2 mg/10 mg) y oxígeno con bolsa de reservorio.

curvas de punta roma, de 14 cm de largo, y de unas tijeras de disección (*de Metzemaum*) curvas de punta roma, de 11,5 cm de largo. En ningún caso se emplearán las tijeras de disección para cortar materiales.

Pinzas de disección. Se emplean para sujetar, traccionar y hacer presa en los tejidos o en materiales quirúrgicos como hilos de sutura. De los diferentes modelos existentes, en cirugía menor se debe disponer de unas pinzas de *Adson* con dientes, de 12 cm de largo para manejar la piel, y de una pinza de *Adson* sin dientes para la retirada de puntos; en su defecto, se emplearán unas pinzas de tipo estándar pequeñas, con y sin dientes.

Es muy recomendable no manipular nunca la piel con una pinza sin dientes.

Pinzas de hemostasia. De los diferentes modelos existentes, en cirugía menor se debe disponer inexcusablemente de 2 o 3 pinzas de mosquito curvas sin dientes de 12 cm. Se emplearán para hacer tracción de los tejidos, para hacer hemostasia y, en algunos casos, para hacer disección cuando no dispongamos de unas tijeras pequeñas.

Separadores. Permiten exponer el campo quirúrgico, mediante la separación o retracción de los bordes de la herida. De los diferentes modelos existentes, en cirugía menor se debe disponer de un separador, por lo menos, idealmente del tipo de doble uso, o *Senn-Mueller*. Una alternativa barata consiste en doblar la punta de una aguja intramuscular (21 G) como si fuese un gancho simple.

Un **set de instrumental** para realizar técnicas de cirugía menor debe incluir:

- Un portaagujas estándar (Webster, Crile-Wood, Hegar) de 14-16 cm.
- Dos pinzas de hemostasia mosquito curvas sin dientes.
- Unas pinzas de disección estándar de 14 cm, con dientes, o una pinza de disección de *Adson* con dientes.
- Unas pinzas de disección estándar de 14 cm sin dientes.
- Un mango de bisturí del número 3, con hojas desechables del número 15.
- Unas tijeras de Mayo de 14 cm curvas o rectas con terminación roma.
- Unas tijeras de *Metzemaum* de 14 cm curvas con terminación roma.
- Opcionalmente: uno a dos separadores de doble uso (*Senn-Mueller*), una tijeras de disección rectas y un rotulador estéril.

Otros materiales quirúrgicos:

- *Punch-biopsy* (instrumento para toma de biopsias en sacabocados).
- Cureta o cucharilla (instrumento para raspar).
- Regla de medida esterilizable.
- Rotulador.
- Rasuradora.
- Paños de campo estériles fenestrados.
- Suero fisiológico, povidona yodada.
- Gafas protectoras.
- Recipientes de plástico (para envío de muestras a ana-

tomía patológica u otros laboratorios y específicos para objetos punzantes).

– Formaldehído en solución al 40%. Se debe diluir hasta el 10% para el envío de las muestras a anatomía patológica (todas las muestras extirpadas deben enviarse a dicho servicio).

– Guantes de látex: estériles y no estériles.

Los instrumentos quirúrgicos son costosos y su funcionamiento óptimo es frágil. Con un cuidado apropiado, un instrumento debe durar 10 años o más. Es natural que a la larga los instrumentos se deterioren por el uso normal; sin embargo, la mayor parte del daño obedece a una limpieza y manejo incorrectos. Por otra parte, el instrumental debe utilizarse siempre estéril, ya que los procedimientos que se realizan en cirugía menor exigen la esterilización del material. Los pasos que se deben realizar para el tratamiento adecuado del material quirúrgico son:

1. Separar (utilizando guantes) los objetos punzantes o cortantes de un solo uso y arrojarlos al contenedor de material biocontaminado.
2. No depositar el instrumental en suero fisiológico, ya que puede deteriorarse, ni dejar secar la materia orgánica del instrumental después de su uso. Se depositará en soluciones desinfectantes (glutaraldehído fenolato, solución desinfectante comercial [tetaborato sódico, glutaraldehído] o solución de clorhexidina al 0,05%).
3. Esterilizar. El método más adecuado y recomendable es en autoclave siguiendo las instrucciones y los controles de calidad de dicho proceso.

Materiales de sutura

Disponemos de diferentes tipos de suturas: hilos, grapas, suturas adhesivas y adhesivos tisulares. El empleo de un determinado material de sutura o del tipo de aguja puede significar una diferencia en el resultado quirúrgico. Así pues, su elección debe estar basada en criterios científicos.

Hilos de sutura

Existen muchas clasificaciones según su naturaleza o composición, pero la más útil es la clasificación por las características respecto de su eliminación por el organismo⁴. Así:

Suturas irreabsorbibles. No son degradadas por el organismo (o lo son muy lentamente). Se emplean en suturas cutáneas que vayan a ser retiradas o para estructuras internas que deben mantener una tensión constante (tendones):

- Seda (Seda®, Mersilk®). Fácil manejo pero reacción tisular importante.

⁴Una sutura se considera absorbible si pierde la mayoría de su fuerza tensil en 60 días cuando es colocada bajo la superficie cutánea, aunque no implica que se haya reabsorbido completamente. Desaparecen gradualmente del organismo por reabsorción biológica o hidrólisis; provocan una reacción inflamatoria en el organismo. El tiempo de soporte de estas suturas es aquel en el que la sutura mantiene unido al tejido y el tiempo de reabsorción es aquel en que existe la sutura en los tejidos; estos tiempos son diferentes en cada sutura.



Figura 3. Sobre de sutura con las características de hilo y de la aguja (calibre del hilo (6/0), aguja (de 3/8 de circunferencia y de sección triangular Y), nombre comercial (Seda), composición (seda trenzada) y de 75 mm de longitud).

- Nylon (poliamida) monofilamento (Ethilon[®], Nylon[®]) o multifilamento (Supramid[®], Terilene[®]). Es más cara y difícil de manejar que la seda: tiene más memoria y precisa más nudos. La reacción tisular es mínima.

- Polipropileno: monofilamento (Prolene[®], Surgilene[®]). Muy suave y con mucha más memoria que el anterior. Reacción tisular mínima.

Suturas absorbibles. Se emplean en suturas profundas o no extraíbles.

- Catgut (submucosa intestinal de oveja o serosa intestinal de vaca) sin tratar (Catgut simple[®]) o tratado con sales de cromo para aumentar su resistencia (Catgut crómico[®]). Se usaba hasta febrero de 2001 en sutura de mucosas (oral, lengua) y ligaduras de pequeños vasos; sutura de planos profundos (tejido subcutáneo). En la actualidad su comercialización ha sido interrumpida en función del origen del producto.

- Poliglactín 910: material sintético trenzado revestido (Vicryl[®]). Está indicado en suturas dérmicas, tejido celular subcutáneo, suturas profundas y ligaduras de pequeños vasos. Vicryl rapid: sutura cutánea absorbible (niños pequeños, pacientes no colaboradores). Produce menor reacción tisular que el catgut.

- Ácido poliglicólico: material sintético trenzado (Dexon[®]). Indicaciones: similares al Vicryl[®].

Las características, tipos, configuración e indicaciones se describen en la tabla 4. Un equipo básico de cirugía menor debe disponer de suturas no reabsorbibles de calibres 2/0, 3/0, 4/0 y 5/0, y de suturas reabsorbibles de 3/0 y 4/0; montados en agujas de sección triangular de 3/8 de circunferencia. Con estos calibres es posible realizar cualquier cirugía menor en cualquier región anatómica. En niños pequeños o sujetos poco colaboradores se puede emplear para el cierre cutáneo una sutura absorbible de reabsorción rápida y buena tolerancia, como el Vicryl rapid[®], evitándonos la retirada de puntos (en la tabla 5 se indican las recomendaciones de materiales de sutura según la zona corporal).

Las agujas están diseñadas para llevar el hilo de sutura a través de los tejidos produciendo el mínimo daño. Para cirugía menor, nos interesan sólo las agujas curvas que se manejan con el portaagujas y específicamente a las de sección triangulares (con un arco de circunferencia de 3/8 o 1/2), por atravesar con facilidad los tejidos de elevada resistencia, como la piel o el tejido subcutáneo. Antes de abrir un sobre de sutura es importante fijarnos en la información que nos proporciona el sobre el tipo de hilo (nombre comercial y composición), calibre (en ceros) y longitud (en cm), del hilo, tamaño, forma (dibujado a tamaño natural) y sección de la aguja (un triángulo para triangular y un círculo para cónica) (fig. 3).

Grapas

Las grapas están disponibles en distintas anchuras (W: grapas anchas, R: grapas normales), en grapadoras desechables precargadas. El empleo de grapas frente a las suturas convencionales presenta ciertas ventajas, como la rapidez con la que se realiza la sutura, la resistencia y la reacción tisular nula.

Están indicadas en heridas lineales en el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades, y contraindicadas en la cara, en las manos, la espalda o los pliegues. Las grapas se mantienen el mismo tiempo que se mantendría una sutura convencional en esa región anatómica. La retirada de grapas se realiza mediante un extractor de grapas que proporciona el mismo distribuidor de las grapadoras.

Tabla 4. Materiales de suturas: características, tipos, configuración e indicaciones

Material de sutura	Tipo	Configuración	Indicaciones en cirugía menor
Seda	Irreabsorbible	Multifilamento	Suturas cutáneas y extraíbles en general (incluyendo mucosa si se va a retirar)
Seda [®] , Mersilk [®]			
Nylon	Irreabsorbible	Monofilamento	Suturas cutáneas precisas, sutura tendinosa
Ethilon [®] , Dermalon [®] , Nylon [®]			
Supramid [®] , Terilene [®]	Irreabsorbible	Multifilamento	Mismas indicaciones que la seda, aunque mejor tolerado
Polipropileno	Irreabsorbible	Monofilamento	Sutura intradérmica
Prolene [®] , Surgilene [®]			
Poliglactín	Reabsorbible	Multifilamento	Sutura subcutánea, ligaduras
Vicryl [®]	(60 días)		
Ácido poliglicólico	Reabsorbible	Multifilamento	Igual que el poliglactín
Dexon [®]	(120 días)		
Polidioxanona	Reabsorbible	Monofilamento	Sutura subcutánea, especialmente si hay tensión
PDS II [®]	(180 días)		

(Tomado con permiso de los autores y editores de Castello JR, Arribas JM, Marín M. Suturas: hilos, agujas, grapas y suturas adhesivas. En: Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo Editores, 2000; 11-21.)

Suturas adhesivas

Son cintas de papel poroso adhesivo (en bolsa estéril) de distintas anchuras y longitudes, capaz de aproximar los bordes de una herida o incisión. Pueden cortarse al tamaño apropiado según la necesidad concreta y no es necesario anestesia local. Su aplicación es sencilla y no quedan “marcas” de puntos.

Su indicación es en heridas lineales y superficiales con poca tensión (frente, barbilla, eminencia malar, tórax, superficies no articulares de las extremidades y pulpejo de los dedos), en heridas en pacientes ancianos cuya piel es fina, frágil o las heridas con alto potencial de infección.

No se recomiendan en heridas con tensión, en las que no puedan detenerse la hemorragia o las secreciones, en el cuero cabelludo y en zonas pilosas, pliegues y superficies articulares.

MANIOBRAS QUIRÚRGICAS ELEMENTALES

Manejo del instrumental

La realización correcta de procedimientos de cirugía menor exige conocer el manejo del instrumental quirúrgico. La adquisición de hábitos erróneos puede derivar en un mal procedimiento quirúrgico o en un mayor tiempo que redunda en que los resultados finales no sean adecuados.

Manejo del bisturí

Se maneja con la mano dominante (parcialmente apoyada sobre la superficie de trabajo), como si fuese un lápiz, lo que permite hacer cortes precisos. Con la mano con-

tralateral se debe tensar la piel en dirección perpendicular a la dirección de la incisión. El bisturí debe efectuar un corte perpendicular a la piel (no biselado), excepto en zonas pilosas (cuero cabelludo o cejas), donde ha de inclinarse de manera paralela a la salida del pelo, para no lesionar los folículos.

La disección con bisturí se denomina cortante, en contraposición con la disección roma efectuada con un mosquito, con el borde externo de las tijeras.

Manejo de las tijeras

Se manejan introduciendo parte de las falanges distales del pulgar y el cuarto dedo en las anillas, apoyando el segundo sobre las ramas del instrumento. Para la disección roma (emplear una tijera de *Metzemaubum*), se introduce la tijera con la punta cerrada, y a continuación se abre, separando los tejidos entre planos más o menos anatómicos (fig. 4). Para la disección cortante, se introduce la tijera con la punta abierta y se cierra, cortando los tejidos.

Las maniobras de disección⁵ deben realizarse de forma delicada y con una buena exposición del campo, nunca a ciegas, para no dañar estructuras importantes de manera irreversible; para ello, es fundamental conocer la anatomía de la zona de la intervención.

Manejo del portaagujas

Al igual que otros instrumentos con anillas, el porta se maneja introduciendo parcialmente las falanges distales del pulgar y del cuarto dedo de la mano dominante en las anillas, mientras que el índice se dirige hacia la punta (fig. 5).

Tabla 5. Indicación de tipo de sutura y tiempo de permanencia de puntos

Región anatómica	Sutura cutánea	Sutura subcutánea*	Retirada de puntos	
			Adultos	Niños
Cuero cabelludo	Grapas	Vicryl® o Dexon® 3/0	7-9	6-8
	Seda 2/0			
Párpados	Monofilamento 6/0	—	3-5	3-5
	Seda 6/0			
Orejas	Monofilamento 4/0-5/0	—	4-5	3-5
	Seda 4/0-5/0			
Nariz	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	3-5
	Seda 4/0			
Labios	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	4-5
	Seda 4/0			
Frente/resto de la cara	Monofilamento 4/0-5/0	Vicryl® o Dexon® 4/0	4-6	3-5
Cuello	Seda 4/0-5/0			
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	Vicryl® o Dexon® 3/0	8-12	7-10
	Grapas			
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	Vicryl® 3/0	—	—	—

*Cuando sea preciso.

(Tomado con permiso de los autores y editores de Castello JR, Arribas JM Marín M. Suturas: hilos, agujas, grapas y suturas adhesivas. En: Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpay Editores, 2000; 11-21.)

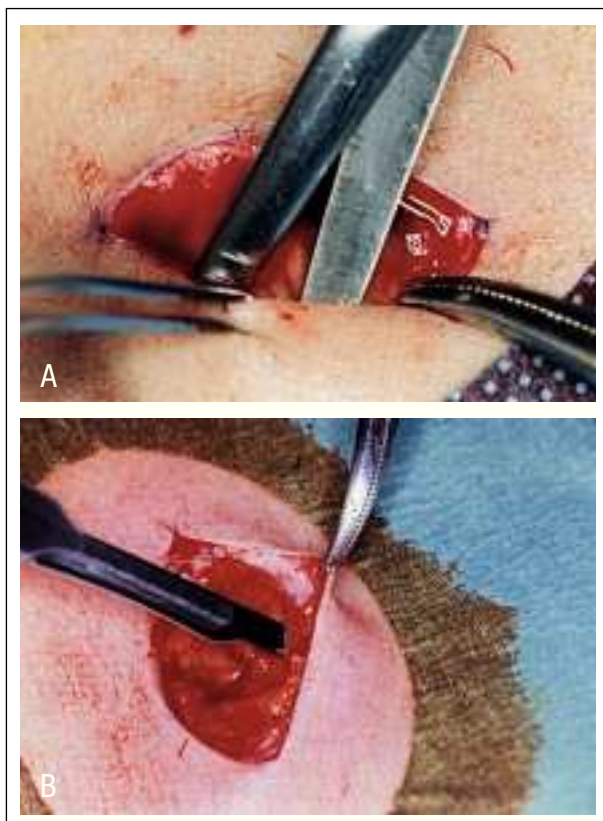


Figura 4. Disección con tijera (a) y con bisturí (b) (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).



Figura 5. Modo correcto de tomar el portaagujas.

Al realizar la sutura, el porta debe describir un movimiento de pronosupinación para facilitar el paso de la aguja a través de los tejidos. El ángulo de entrada de la aguja sobre la piel debe ser de 90° para lograr una correcta eversión de los bordes de la herida. La mano no dominante sujeta la piel con una pinza de disección o un separador, oponiéndose a la presión de la aguja para facilitar su entrada.

⁵En cirugía menor, los planos de disección más frecuentes deben ser: para la cara y el cuello, el correspondiente a la unión entre la dermis y el tejido subcutáneo; para el cuero cabelludo, el plano subgaleal, y para el tronco y las extremidades, el correspondiente a la unión entre la fascia superficial y la profunda.

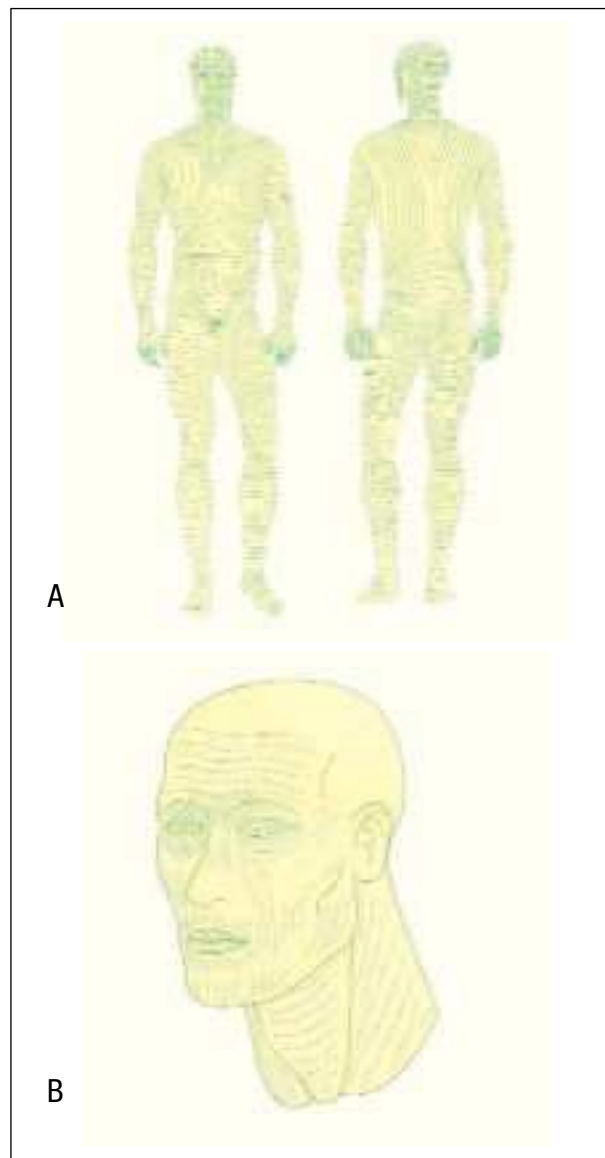


Figura 6. Diagramas de líneas de tensión de la piel en tronco y extremidades (parte anterior y posterior [a]) y de la piel en región facial [b] (tomado de Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia *on line*: curso de cirugía menor por Internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso del autor).

Manejo de las pinzas de disección

Usadas con la mano no dominante son el instrumento auxiliar más importante; permiten exponer los tejidos que van a ser incididos, disecados o suturados, mientras la otra mano utiliza el instrumento principal. Las pinzas se sujetan de manera similar a un lápiz, entre el primero, segundo y tercer dedos.

Manejo de las pinzas de hemostasia

Se introduce el pulgar y el cuarto dedo por las anillas, mientras que el segundo dedo se dirige hacia la punta. Poseen diversos usos: hemostasia, tracción de tejidos, sujeción de materiales (torundas, paños quirúrgicos) y disección roma.

Manejo de los separadores

Si la cirugía se realiza con un ayudante, será éste el que use los separadores; en caso contrario, es el propio cirujano el que los maneja con la mano no dominante.

El corte y las incisiones en cirugía menor

Para planificar una incisión quirúrgica es preciso tener en cuenta la anatomía de la zona que se va a intervenir, las líneas de mínima tensión y la naturaleza de la lesión que se va a tratar.

Las incisiones o escisiones quirúrgicas deben realizarse de manera que resulten en una cicatriz adecuada, tanto desde el punto de vista funcional como estético. Para ello, es preciso orientarlas de manera paralela a las líneas de mínima tensión (coinciden con las líneas de expresión facial y con las líneas de relajación cutánea. Existen también diagramas de las líneas de mínima tensión [fig. 6a y 6b] que pueden consultarse para planear una incisión).

El diseño de las incisiones o escisiones, además, debe realizarse teniendo en cuenta el tipo de lesión que se va a tratar; así, para las biopsias escisionales, es necesario dejar un margen adecuado (al menos 2 mm) de piel sana alrededor de la lesión y en profundidad, en función de cada lesión. Para las biopsias parciales o incisionales, la incisión debe planearse de manera que incluya piel sana vecina.

Resulta útil pintar la incisión planeada, para no perder las referencias tras colocar los paños quirúrgicos. Para ello, pueden emplearse rotuladores esterilizados o se puede pintar la incisión antes de realizar la antisepsia de la zona.

Maniobras de hemostasia

Permite no sólo el control de la hemorragia, sino que posibilita al cirujano aclarar la visión de la anatomía quirúrgica. Existen diferentes tipos de hemostasia:

Presión externa

Constituyen el método de hemostasia más empleado en cirugía menor, donde las incisiones o heridas no suelen afectar a los vasos sanguíneos importantes. Constituyen también un método provisional para detener una hemorragia importante hasta que el paciente pueda ser trasladado.

– *Presión digital*. Se puede realizar aplicando directamente el dedo o grasa.

– *Taponamiento*. Se emplea para lograr hemostasia y eliminar espacios muertos (p. ej., nariz) o para asegurar el cierre de una herida desde la base hacia el exterior, (p. ej., en la cicatrización por segunda intención).

– *Vendaje compresivo*. En las extremidades, en el postoperatorio inmediato, disminuye la acumulación de líquido y la hemorragia.

– *Torniquetes*. No es un método de hemostasia *per se*, pero proporciona un control temporal de la hemorragia, permitiendo explorar la herida y disminuir el tiempo quirúrgico. Se emplea sobre las extremidades y los dedos mediante distintos procedimientos: manguito de isquemia (como alternativa, se puede emplear el manguito del esfigmomanómetro), guante de goma o drenaje Penrose (su

aplicación en la base del dedo permite realizar intervenciones en un campo exangüe).

Pinzas de hemostasia (hemostato)

Tras identificar el vaso sangrante, se pinza con el extremo de una pinza de hemostasia sin dientes (tipo mosquito), observando que al hacerlo cesa la hemorragia (a veces precisa ligadura posterior). Los intentos de pinzar a ciegas un vaso sangrante en el lecho de una herida abierta deben evitarse a toda costa por el riesgo de lesionar estructuras importantes (p. ej., nervios, tendones).

Ligaduras

Tras la identificación del vaso sangrante, se debe pinzar mediante una pinza de hemostasia, preferentemente curva. Se pasa el hilo reabsorbible por debajo de la pinza y se anuda.

Electrocirugía (bisturí eléctrico)

Tras la identificación del vaso sangrante, se debe pinzar mediante una pinza de hemostasia; a continuación, se pone en contacto el terminal del bisturí eléctrico con la pinza y se presiona el botón de coagulación (azul) durante 1-2 s.

LA PREPARACIÓN ANTE LA CIRUGÍA MENOR

Preparación del cirujano

Vestuario

El vestuario que se utiliza en cirugía tiene como función el aislamiento recíproco del paciente y del personal de quirófano. En los procedimientos de cirugía menor se considera imprescindible el uso de mascarilla quirúrgica, bata y guantes estériles. Las gafas u otras medidas de protección ocular se recomiendan en caso de riesgo de salpicaduras por material contaminado (abscesos) o en enfermos de riesgo potencial.

En todo procedimiento quirúrgico intervienen “idealmente”, además del médico que realiza la intervención, un ayudante de campo, cuya función es facilitar el procedimiento al cirujano (instrumentar, separar, cortar), y un ayudante circulante (enfermera), que se encarga de proveer material necesario para realizar el procedimiento. Casi nunca existe esta condición idónea en los centros de salud, por lo que se hace precisa una buena planificación del acto quirúrgico para disponer de antemano del material que se pueda necesitar durante la intervención.

Lavado de manos

El médico debe realizar un lavado de manos y antebrazos antes de cualquier procedimiento invasivo que requiera esterilidad (lavado anatómico). Para un procedimiento como una cura, se pueden lavar las manos con una solución jabonosa normal, sin necesidad de usar cepillo, frotando correctamente todas las zonas de pliegues.

Colocación de los guantes

Los guantes quirúrgicos tienen una doble finalidad: defender a los enfermos de los microorganismos del personal sanitario y proteger al cirujano de infecciones del paciente.

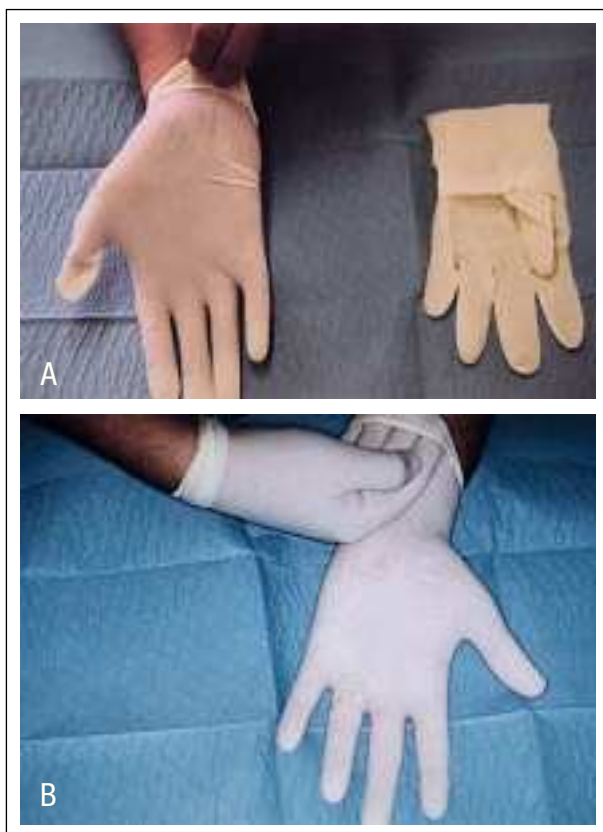


Figura 7. Secuencia en la colocación de los guantes quirúrgicos.

Se colocan después del lavado de manos; la parte talcada o interna se puede tocar con las manos y la parte no talcada o externa sólo con los guantes (fig. 7).

Preoperatorio en la cirugía menor

En las intervenciones de cirugía menor básicas, en general, no precisaremos estudios complementarios de preoperatorio. Sin embargo, realizaremos una serie de *preguntas dirigidas* para detectar:

- Reacciones adversas a anestésicos locales. Se preguntará por la existencia de problemas en aplicaciones previas de anestésicos locales (dentista), así como de otros fármacos.
- Fármacos que pueden influir en el desarrollo de la cirugía:

- **Anticoagulantes.** Es necesario modificar la pauta tal como aparece en el siguiente cuadro:

Día-2. Suspender el Sintrom®. HBPM subcutánea.
 Día-1. Suspender el Sintrom®. HBPM una dosis subcutánea.
 Día-0. Control del tiempo de protrombina. Si el INR está entre 1 y 1,6 se podrá realizar la cirugía.
 HBPM una dosis subcutánea.
 Sintrom® (cantidad habitual) (la misma que antes de su suspensión).
 El paciente puede ser dado de alta (si estuviera ingresado).
 Día +1. HBPM una dosis subcutánea.

Sintrom® tomará la cantidad habitual.

Día +2. HBPM una dosis subcutánea.

Sintrom® tomará la cantidad habitual.

Día +3. HBPM una dosis subcutánea.

Sintrom® tomará la cantidad habitual.

Día +4. Seguirá con Sintrom® a la dosis habitual.

Acudirá a revisión a la consulta para INR anticoagulación el día +10 (siete días después de la intervención).

HBPM: heparina de bajo peso molecular (Deltaparina-Fragmin®, Boxol®-5000 U/0,2 ml, o Enoxaparina-Clexane®, Decipar®-40 mg/0,4 ml; 100 UI = 1 mg).

- **Bloqueadores beta, neurolépticos y antidepresivos.** En estas pacientes, debería evitarse la utilización de adrenalina asociada al anestésico local.

– Enfermedades cardíacas. Individualizaremos el uso de pruebas complementarias y la valoración por el cardiólogo.

– En los pacientes portadores de marcapasos a demanda no hay que utilizar bisturí eléctrico.

– Discrasias sanguíneas. Tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activada y recuento plaquetario

– Enfermedad vascular. La adrenalina está contraindicada en pacientes con vasculopatía periférica de origen arterial al igual que en zonas acras.

– Diabetes mellitus. La cirugía menor puede repercutir en el aumento de las necesidades de insulina y las complicaciones postoperatorias.

Preparación del campo quirúrgico

Antes de comenzar el acto quirúrgico, la región corporal del paciente al que se va a intervenir debe estar en condiciones de asepsia. Para ello se realizarán los siguientes procedimientos:

- Rasurado. Se aconseja hacerlo en los minutos previos a la intervención. No es correcto rasurar las cejas por la pérdida de la referencia anatómica
- Desinfección. Eliminar suciedad y cuerpos extraños y después pincelar la zona con povidona yodada al 10% mediante círculos concéntricos del centro al exterior de la zona que se va a intervenir.
- Pañado. Se realiza siempre con los guantes estériles para cubrir la zona.

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS EN CIRUGÍA MENOR

Biopsias

El procedimiento de biopsia de piel permite obtener muestras de tejido cutáneo para su estudio anatomopatológico; además, en ocasiones, es un procedimiento terapéutico, ya que elimina pequeñas lesiones de forma completa.

Curetaje

Es una técnica quirúrgica simple que consiste en “raspar” o enuclear, mediante una cucharilla (fig. 8) diferentes tipos de lesiones cutáneas superficiales, sobrelevadas o hiperqueratósicas (verrugas, molusco contagioso, etc.). El estudio anatomopatológico no es fiable.



Figura 8. Curetaje.



Figura 9. Afeitado (*shaving*) (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia *on line*: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).

Afeitado o escisión tangencial (*shaving*)

Consiste en realizar una sección (con bisturí del n.º 15) paralela a la superficie cutánea de la lesión mediante un corte tangencial. El sangrado suele ser mínimo, y no precisa sutura posterior, por lo que los resultados estéticos son muy buenos.

Es útil para la extirpación de lesiones cutáneas benignas superficiales, sobrelevadas (queratosis seborreicas, acrocordones, fibromas péndulos, etc.), o localizadas en las regiones de superficie convexa (pabellón auricular, nariz).

Procedimiento

Tras la desinfección de la zona y la anestesia, se realiza la tensión de la piel que rodea la lesión, colocando la hoja del bisturí de forma paralela a la superficie cutánea y seccionando con movimiento tangencial bajo la lesión (fig. 9). Posteriormente, se realiza la hemostasia mediante compresión y la pieza extirpada se envía a anatomía patológica.

Biopsia incisional

Permite conseguir tejido en profundidad y un área que incluya piel periférica sana que demuestre la transición de un tejido a otro. Por tanto, es útil en la valoración de procesos que afecten al tejido subcutáneo y como estudio previo al tratamiento definitivo de las lesiones grandes.

Procedimiento

Tras la desinfección, la anestesia y el diseño del hueso, se realiza una incisión hasta la hipodermis, incluyendo parte



Figura 10. Biopsia incisional (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).

de piel sana (fig. 10). Tras la hemostasia se sutura y se envía la pieza a anatomía patológica.

Biopsia *punch*

Técnica que, por medio de un sacabocados (instrumento que consta de mango y un extremo de corte circular de 2 a 8 mm de diámetro [fig. 11]), permite conseguir una muestra de la piel que profundiza hasta la hipodermis.

Procedimiento

Tras la desinfección y la anestesia de la zona hasta la dermis profunda, el *punch* se aplica de forma perpendicular con movimientos rotatorios hasta alcanzar el tejido subcutáneo. Tras la hemostasia se sutura y se envía la pieza a anatomía patológica.

Escisión fusiforme

Es una técnica que permite no sólo un diagnóstico y tratamiento simultáneos, sino también una sutura de cierre técnicamente sencillo y con resultados cosméticos muy buenos. Su diseño, en forma de huso, debe asumir un margen de seguridad en la superficie y en la profundidad (todos los planos de la piel) de la lesión.

Es un procedimiento idóneo para eliminar las lesiones cutáneas.

Procedimiento

1. Diseño de la escisión: elipse que incluya la lesión, cuyo eje mayor debe medir tres veces el diámetro transversal. Ha de existir un margen entre la lesión y el borde cutáneo de la incisión de al menos 2 mm (fig. 12). El eje mayor del huso seguirá las líneas de tensión cutánea.

2. Preparación del campo quirúrgico: rasurado, limpieza y antisepsia.

3. Infiltración anestésica en sábana, abarcando todo el borde de la incisión y el tejido que se va a disecar. En el diseño fusiforme está indicada de forma prioritaria la infiltración angular (fig. 13).

4. Incisión cutánea superficial a lo largo de todo el huso que se va a extirpar, tensando la piel, que afecta a toda la profundidad para evitar bordes irregulares, siguiendo la línea pintada del diseño (fig. 14).

5. Escisión en bloque hasta la hipodermis. Hay que tener cuidado al utilizar las tijeras para cortar por riesgo de dañar estructuras “a ciegas” (fig. 15).



Figura 11. Punch para biopsia en sacabocados (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).

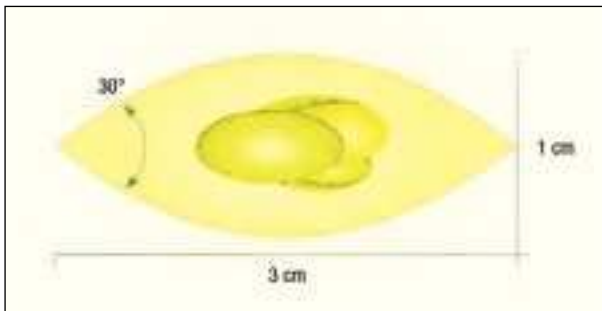


Figura 12. Diseño correcto de la escisión fusiforme (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia on line: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).

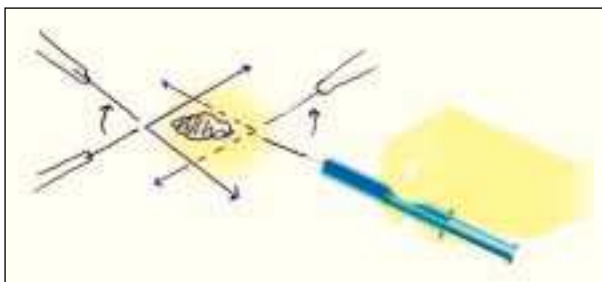


Figura 13. Infiltración anestésica angular (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia on line: curso de cirugía menor por Internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).

6. Hemostasia de la zona quirúrgica y, si fuese preciso, se practicará disección subcutánea de todo el margen de la herida: disección de la unión dermograsa para preparar la herida quirúrgica, de forma óptima, para el cierre.

7. Sutura de la herida por planos. La sutura del plano profundo se realiza con sutura reabsorbible, dando puntos invertidos con nudo enterrado y la sutura superficial de la epidermis con sutura no reabsorbible (elección de la sutura según zonas [v. anteriormente]). Es importante conseguir la eversion de los bordes de la herida. El número de puntos dependerá de la tensión de la herida, el grosor del hilo y el tipo de cierre (fig 16).

8. Limpieza de la zona y colocación de un apósito estéril.

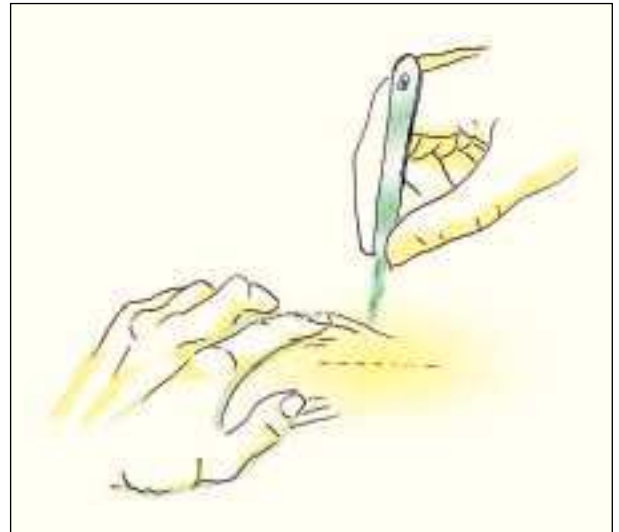


Figura 14. Incisión superficial (tomado de Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia on line: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).



Figura 15. Extirpación en bloque (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).

9. Introducción de la pieza en formol para su envío a anatomía patológica.

Extirpación de lesiones quísticas (quistes y lipomas)

Lipoma

Tumorción benigna de tejido graso, de localización muy variable y que puede alcanzar gran tamaño. El motivo principal para tratarlo suele ser estético y el único tratamiento efectivo es la extirpación quirúrgica.

Quistes

También son lesiones benignas originadas a partir del epitelio epidérmico que se presentan como tumoraciones esféricas, elásticas y tensas que están adheridas íntimamente a la piel, pero no a los planos profundos.

Vamos a referirnos fundamentalmente al quiste epidérmico, cuya eliminación está justificada cuando se produce do-

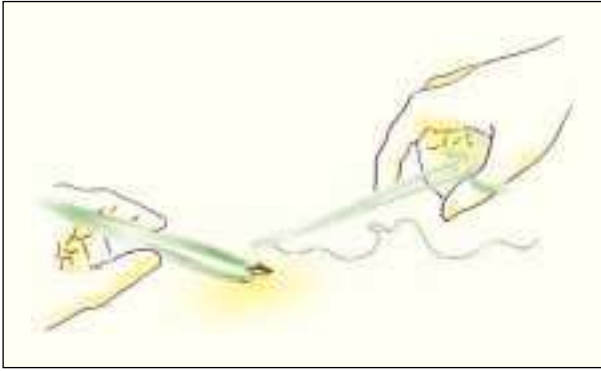


Figura 16. Sutura de la herida quirúrgica (tomado de Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia *on line*: curso de cirugía menor por Internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).

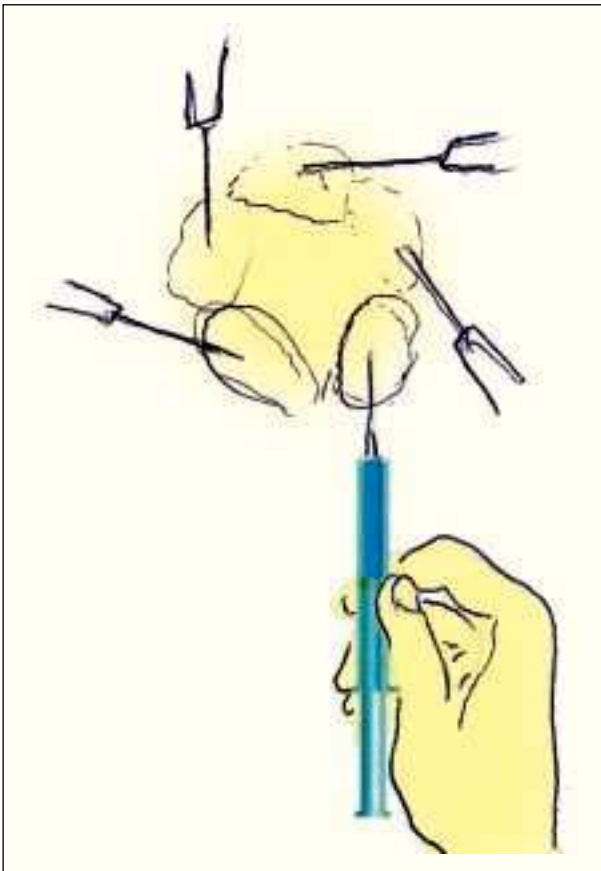


Figura 17. Infiltración anestésica perilesional en lesiones quísticas (tomado de Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia *on line*: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com. Madrid, 2001. Con permiso de autor).

lor (por inflamación o traumatismo) o por motivos estéticos. El tratamiento consiste en la extirpación y la eliminación del saco de revestimiento o cápsula, para evitar recidivas.

Tipos de procedimientos

Para el lipoma el procedimiento es la "extirpación en bloque" de la masa adiposa. No suele observarse cápsula, ya

que ésta es fina. Para los quistes epidérmicos se elegirá la técnica idónea según el tamaño, la presencia de complicaciones y la localización.

Extirpación estándar habitual (para quistes de tamaño mayores de 1 cm):

1. Diseño: se dibuja el borde de la lesión y un huso de un tamaño menor que lesión y siguiendo las líneas de tensión cutánea.
2. Desinfección, pañeado y preparación del campo.
3. Infiltración anestésica perilesional (fig. 17).
4. Incisión superficial, siguiendo el huso cutáneo sin dañar la cápsula.
5. Escisión-disección de la cápsula en la zona superficial con disección roma.
6. Despegamiento de la cápsula por las caras laterales (fig. 18).
7. Disección de la zona profunda y extracción y envío a anatomía patológica de la pieza completa.
8. Hemostasia cuidadosa del lecho y sutura por planos.
9. Vendaje compresivo para evitar la formación de hematomas o seroma.

Extirpación en bloque (de quistes o lipomas) (con margen de seguridad para aquellos quistes que han sufrido repetidas supuraciones):

1. Se diseñará un huso en la zona apical, siguiendo la dirección de las líneas de tensión y después realizaremos la desinfección y pañeado.
2. Infiltración anestésica perilesional.
3. Incisión de la piel sobre la tumoración de la zona superficial y disección de la lesión con margen de seguridad que incluye la cápsula (fig. 19).
4. Hemostasia y sutura por planos: el cierre de la incisión se hará, según los casos, en uno o dos planos.
5. Vendaje compresivo para evitar la formación de hematomas o seroma.

SEGUIMIENTO DE LA CIRUGÍA MENOR

Una intervención de cirugía menor no termina hasta que la cicatrización no se ha producido y tengamos los resultados de anatomía patológica. En general, conviene proteger la sutura en las primeras 24-48 h, mediante la colocación de un apósito estéril. En ocasiones es necesario realizar un vendaje compresivo o inmovilizar mediante una férula.

Transcurridas las primeras 48 h de la sutura, se ha de efectuar una primera revisión; si la sutura evoluciona favorablemente, se puede dejar al descubierto la herida (según los casos); el paciente puede lavar la herida suturada con agua y jabón. Si drena material purulento, habrá que pensar en una infección de la herida y si el líquido que aparece durante la compresión de la herida es serosanguinolento es posible que se trate de un seroma.

La periodicidad de las curas posteriores de la herida (hasta que el paciente acuda a retirar los puntos y a conocer el informe histológico), se individualizará dependiendo del

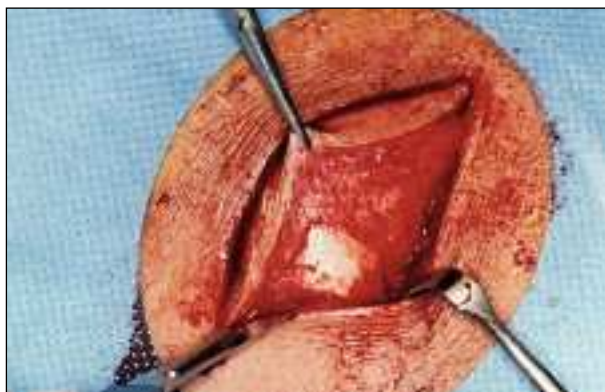


Figura 18. Disección de la cápsula (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).

grado de contaminación de la herida, la localización, el tipo de cicatrización, la presencia de drenaje, etc. En la tabla 6 se exponen una serie de autocuidados para el paciente.

Analgesia-antibióticos

En general, el dolor es poco intenso y se controla con paracetamol (no aspirina).

En casos de dolor agudo se valorará la herida para descartar la presencia de complicaciones (hematoma, infección, etc.). La administración de antibióticos tiene escaso valor a la hora de prevenir la infección en procedimientos de cirugía menor. Solamente se utilizarán (por vía oral y que cubra *Staphylococcus aureus*) cuando hay alto riesgo de infección postoperatoria o actuación sobre zonas contaminadas.

Retirada de sutura

Dependerá de varios factores, como la zona anatómica, el espesor de la epidermis, el tipo de cierre y la tensión de la herida (tabla 5).

A mayor tiempo de persistencia de la sutura, mayor riesgo de reacción inflamatoria empeorando el resultado estético; por otro lado, la retirada precoz puede favorecer la reapertura o dehiscencia en las heridas.

La retirada de sutura se llevará a cabo previa limpieza de la zona con povidona yodada y con técnica estéril. Se traccionará del cabo, cortando entre el nudo y la piel, tirando siempre hacia la herida.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Hematoma-seroma. Consiste en la aparición de una colección líquida bajo la sutura que se produce cuando se han dejado cavidades o espacios muertos.

Para prevenir su formación, se realizará una correcta hemostasia, sin dejar espacios y posteriormente con un vendaje compresivo de la misma. Una vez se ha producido, hay que drenar la colección líquida en curas diarias.

Infección. Se presenta como dolor, tumefacción, enrojecimiento de los bordes y supuración de material purulento. El tratamiento consiste en retirar los puntos de sutura necesarios, haciendo limpieza y desinfección diarios y de-

jando que la herida cierre por segunda intención; si es necesario, y se aplicará antibioterapia oral.

Dehiscencia de la sutura. Para prevenir esta complicación, se realizará una técnica quirúrgica correcta, empleando material de sutura adecuado y cierre por planos (cuando esté indicado). Una vez producida, la cicatrización será por segunda intención, con el consiguiente mal resultado estético.

Granuloma de sutura. Se previene utilizando material reabsorbible sintético lo más fino posible y realizando pocos nudos, profundos, y dejando cabos muy cortos.

Cicatriz hipertrófica y queloide. Son alteraciones de la cicatrización normal. Existe una predisposición individual, por lo que es difícil prevenir y tratar.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR

Aunque cada paciente de forma individual (junto con los conocimientos y habilidades de cada médico) supone la principal fuente de contraindicaciones específicas de cada intervención quirúrgica, es conveniente a la hora de decidir un acto quirúrgico, conocer las contraindicaciones generales de la cirugía menor en los centros de salud. Son las siguientes:

Tabla 6. Instrucciones al paciente para autocuidados tras la cirugía

1. Cuidados del vendaje
 - Deberá ser retirado en las primeras 24-48 h
 - Mantener limpio y seco. Si se ha mojado, retírelo y seque con suavidad la herida y vuelva a colocar uno seco (p. ej., con gasa estéril)
 - Cambiar el apósito cada dos días hasta la retirada de puntos, a menos que se le indique otra cosa
2. Baños
 - Evitar baños o duchas en las primeras 24 h
 - A partir del segundo día podrá ducharse con agua y jabón y secar la zona sin traccionar de la herida
 - Evitar la humedad durante periodos prolongados
 - Conviene no humedecer los puntos de suturas adhesivas
3. Signos de infección: los bordes de la herida pueden aparecer ligeramente enrojecidos. Eso es normal
 - Si aparece alguno de los siguientes signos o síntomas, acuda a su médico:
 - Bordes de la herida enrojecidos con extensión de más de 1 cm del margen
 - Herida dolorosa y caliente
 - Supuración
 - Líneas rojas localizadas por encima de la herida, si se trata de una extremidad
 - Fiebre o escalofríos
4. Hemorragias. Si la herida drena una colección sanguinolenta, conviene presionar durante unos minutos. Si no cede, deberá acudir a su médico
5. Revisión. Acudirá a revisión dentro de..... días
6. Tensión y esfuerzos. Evite las actividades que puedan hacer que su herida se abra durante la primera semana, así como realizar ejercicios bruscos durante un mes
7. Exposición al sol. Evite su exposición durante 6 meses y utilice cremas protectoras

(Tomado con permiso de los autores y editores de Gil ME, Arribas JM, Muñoz Quirós S. Cuidados postquirúrgicos y complicaciones postoperatorias. En: Arribas JM (ed) Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia: Jarpyo editores. 131-141.)

- Lesiones malignas. Enviar a servicios correspondientes.
- Zonas anatómicas de riesgo. Se han descrito en la tabla 3.
- Alergia a los anestésicos locales. Enviar a servicios correspondientes.
- Embarazo. Posponer la realización de la cirugía.
- Enfermedad intercurrente aguda o fallo orgánico grave. Pospondremos la cirugía hasta su restablecimiento.
- Infección cutánea. Es conveniente no realizar cirugía en zonas donde existe una infección cutánea próxima a la zona a intervenir.
- Anticoagulación oral. Valorar de forma individualizada (v. anteriormente).
- Dudas sobre las motivaciones del paciente. La falta de aceptación razonable de los riesgos y complicaciones quirúrgicas o las excesivas preocupaciones por el resultado estético de la cicatriz.
- Alteraciones psicopatológicas y pacientes conflictivos. Pacientes con alteraciones psiquiátricas (psicosis, manía) y en pacientes poco colaboradores.
- Antecedentes de cicatrices hipertróficas y/o queloides. No intervendremos.
- Vasculopatía periférica. Tener precaución en estos pacientes por el riesgo de infección y necrosis (arteriopatía, esclerodermia, diabetes mellitus, etc.).

Los pacientes VIH positivos asintomáticos no representan una contraindicación para la realización de cirugía menor si se adoptan medidas de precaución (doble guante, mascarilla, gafas, protectores oculares). No obstante, debemos tener presente que todo paciente es potencialmente infeccioso; por tanto deberemos adoptar unas medidas universales de precaución en todo paciente susceptible de cirugía.

RECORDAR

- No realizar procedimientos de cirugía menor sin la capacitación adecuada.
- Realizar siempre una valoración diagnóstica de las lesiones y del propio paciente (preoperatorio) antes de la intervención.
- No realizar intervenciones sin los medios materiales correctos.
- Cuando se realicen corte de tejidos, no hay que cortar a ciegas.
- Toda lesión extirpada debe enviarse al servicio de anatomía patológica.

En definitiva: se debe hacer lo que se sepa hacer bien, y no hay que tener dudas (razonables) sobre sus resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Arndt K. Manual of dermatologic therapeutics. Boston: Little Brown, 1995.
- Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos de medicina de familia. Madrid: Jarpyo editores, 2000.



Figura 19. Extracción completa con cápsula íntegra del quiste (tomado de Arribas JM, editor. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: 2000. Jarpyo Editores. Con permiso de autor).

- Bull MJV, Gardiner P. Surgical Procedures in primary care. Oxford University Press, 1995.
- Camacho F, De Lulanto F. Cirugía dermatológica. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995.
- Fitzpatrick T, Jonson R, Wolf K, Suurmond D. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. Nueva York: McGraw-Hill, 2001.
- Irwin MN, Freedberg et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine (5.ª ed.). Nueva York: McGraw-Hill, 1999.
- Lask GP, Moy RL. Principles and techniques of cutaneous surgery. McGraw-Hill, 1996.
- Pfenninger JL, Fowler GC. Procedures for primary care physicians. St Louis: Mosby Year Book, Inc., 1994.
- Roenigk R, Roenigk H. Dermatologic Surgery. Principles and Practice (2.ª ed.). Nueva York: Marcel Dekker, Inc., 1996.
- Saxe N, Jessop S, Todd G. Handbook of dermatologic for primary care. Southern Africa: Oxford University Press, 1997.
- Vija K. Soder. Minor surgery in practice. Cambridge University Press, 1994.
- Material docente del Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia⁶
- Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia on line: curso de cirugía menor por internet dentro del portal: www.medifusion.com, Madrid 2001.
 - Curso multimedia de simulación en cirugía menor SimCim2, en soporte CD-ROM desarrollado por *software* de medicina, <http://www.softmed.com>. Madrid, 1999.
 - Curso básico de cirugía menor en medicina de familia. Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. Madrid, 1997.
 - Curso avanzado de cirugía menor en medicina de familia. Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. Madrid, 1999.
 - Multitalleres cirugía menor. Arribas JM et al. Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. Madrid, 2001.
 - Página Web: www.cirugiamenor.org

⁶Fundado en 1995, el Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia se promueve para crear instrumentos y métodos de enseñanza de las técnicas y procedimientos de cirugía menor, para los profesionales que trabajan en la atención primaria. La filosofía de esta enseñanza es la ausencia de tedio y el énfasis en las prácticas monitorizadas. El grupo ha desarrollado diferentes actividades de orden científico, como los cursos de cirugía menor (curso básico de cirugía menor, curso avanzado de cirugía menor y multitalleres de cirugía menor) impartidos en todas las regiones de España (6.500 alumnos) y diferentes trabajos formativos en publicaciones, sistemas multimedia y por Internet.