

TEMA 6.

TÉCNICA DE SUTURA



INDICE



1. Introducción.
2. Objetivos de una buena sutura.
3. Técnica de sutura.
4. Errores más frecuente durante la sutura.
5. Líneas de Langer.
6. Tipos de sutura: Discontinua.
 - Punto simple. Punto invertido. Punto en “X”.
 - Punto colchonero vertical. Punto colchonero horizontal. Diferencias.
7. Tipos de sutura: Continua.
 - Sutura continua simple. Continua intradérmica. Continua bloqueada o fenestrada. Continua colchonera horizontal.
8. Grapas. Adhesivos epicutáneos.
9. Sutura de esquina: Cierre en V-Y.
10. Reparación de las “orejas de perro”.
11. Punto de bolsa de tabaco. Punto de Algower. Retirada de puntos.
12. Complicaciones de herida aguda y crónicas.

INTRODUCCIÓN



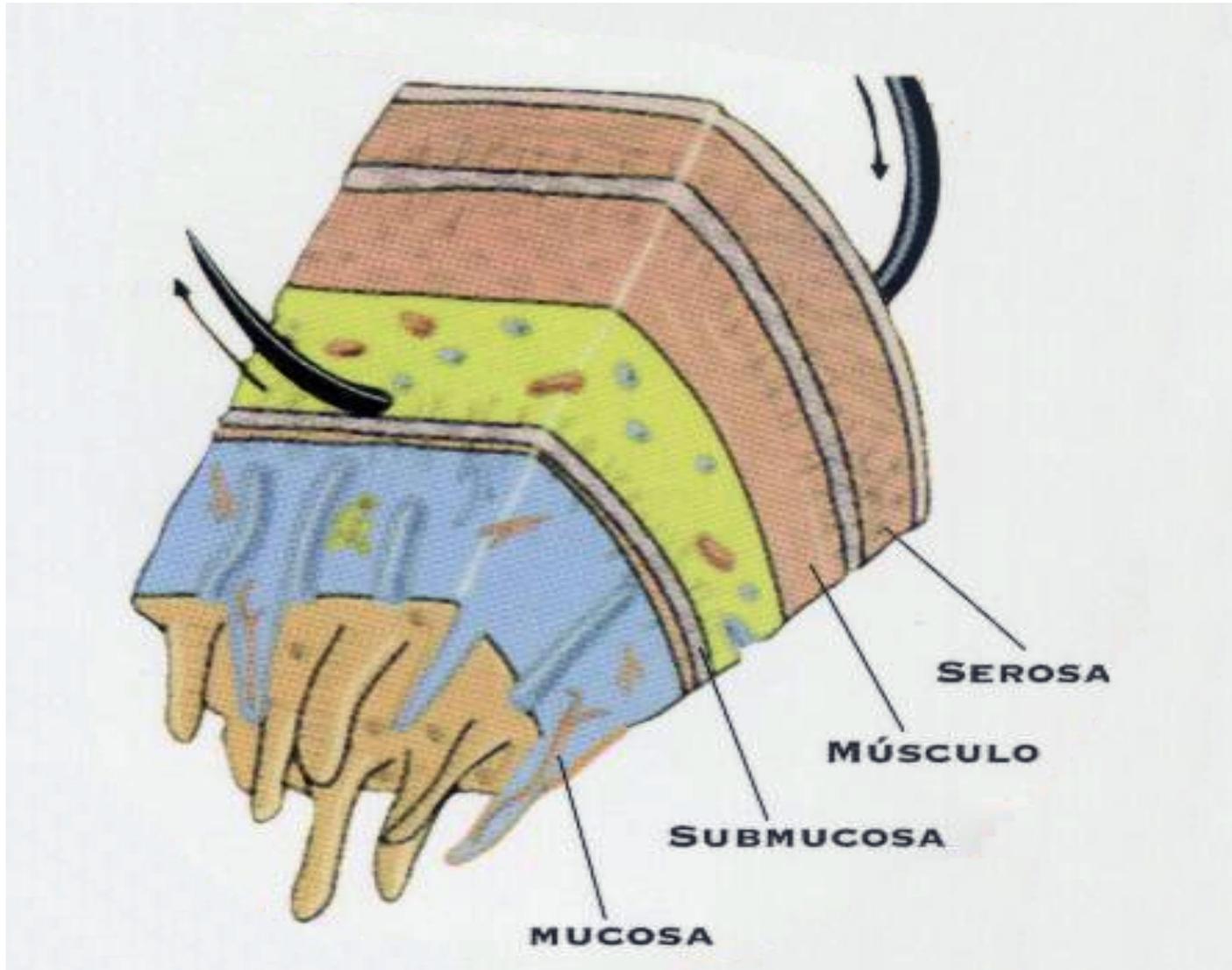
- Se define herida como la pérdida de solución de continuidad de los tejidos como consecuencia de la agresión ocasionada por factores externos o internos, que puede tener mayor o menor desvitalización y pérdida de sustancia. Las heridas superficiales que afectan a la piel o a estructuras subcutáneas sin comprometer tendones, nervios o vísceras, tienen una alta incidencia en atención primaria, y su reparación es la principal demanda de cirugía menor a los profesionales de enfermería en los centros de salud, servicios de urgencias y puestos de enfermería laboral.
- Cuando se produce una herida que, por sus características no puede cicatrizar de forma natural, es necesario realizar la sutura de la misma. Se define “sutura”, como el procedimiento quirúrgico que consiste en unir los tejidos seccionados. Afortunadamente todos los seres vivos tienen poder de autorreparación, es decir, de cicatrización. Por consiguiente, nuestro papel se debe limitar a favorecer y a facilitar la tendencia natural que tienen todos los tejidos a cicatrizar², llevando a cabo una correcta aproximación de los bordes.
- Existen una serie de características que influyen de manera directa en una correcta cicatrización como son la edad, la presencia de diabetes, el estado nutricional, consumo de corticoides o el tiempo transcurrido desde que se produjo la herida. Aquellas heridas que presentan menos de 12 horas de evolución se consideran heridas limpias y por tanto son candidatas a cierre por primera intención aunque se debe vigilar la aparición de signos de infección. Si las heridas se atienden después de las 12 horas, han sido provocadas por una mordedura o un arma blanca, se consideran infectadas y requieren antibioterapia oral y valoración individual del cierre más adecuado¹.

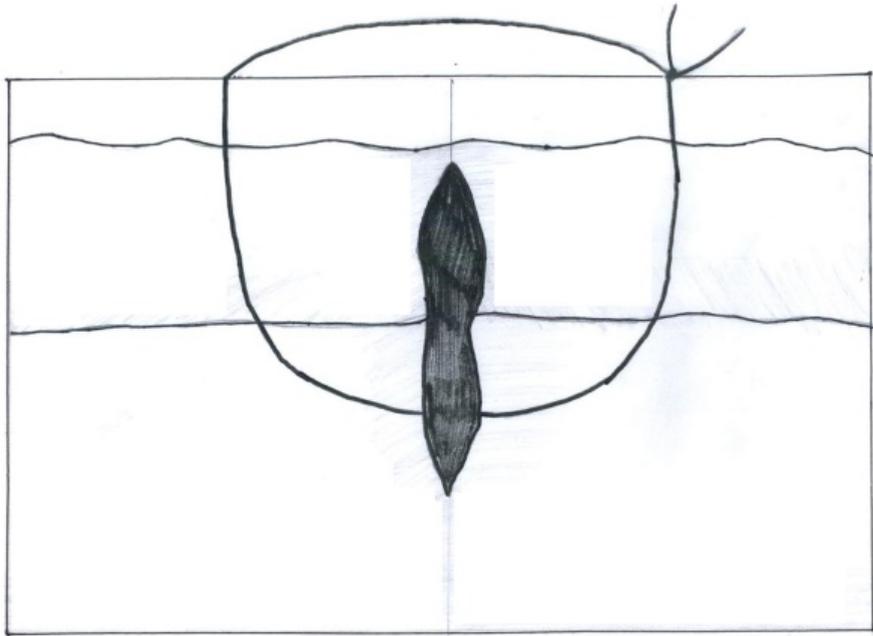
- Las suturas de hilo proporcionan un cierre seguro y garantizan la mayor fuerza de soporte de la herida y la mínima tasa de dehiscencia en comparación con otros tipos de cierre. Las desventajas más importantes son que requieren la utilización de anestesia, el tiempo de intervención es mayor y traumatizan el tejido. La alternativa a las suturas convencionales está en las suturas mecánicas y en las cintas adhesivas, que proporcionan menor reactividad y menos incidencia de infecciones que las de hilo. Los pegamentos o adhesivos tisulares surgen en este contexto como una alternativa a los procedimientos de sutura habituales.
- Para poder iniciar una sutura deben ser valorados una serie de aspectos entre los cuales destacan: el tiempo transcurrido, el mecanismo de producción, asegurar una correcta hemostasia, realizar una desinfección y limpieza minuciosa (habitualmente con suero salino), no debe presentar cuerpos extraños ni regiones con tejidos desvitalizados, debemos contar con material adecuado poco lesivo y el instrumental apropiado que vayamos a utilizar (ver capítulos previos). Todo ello debe estar preparado previamente al inicio de la maniobra de síntesis con el fin de mantener una técnica lo más aséptica posible durante todo el proceso.

OBJETIVOS DE UNA BUENA SUTURA

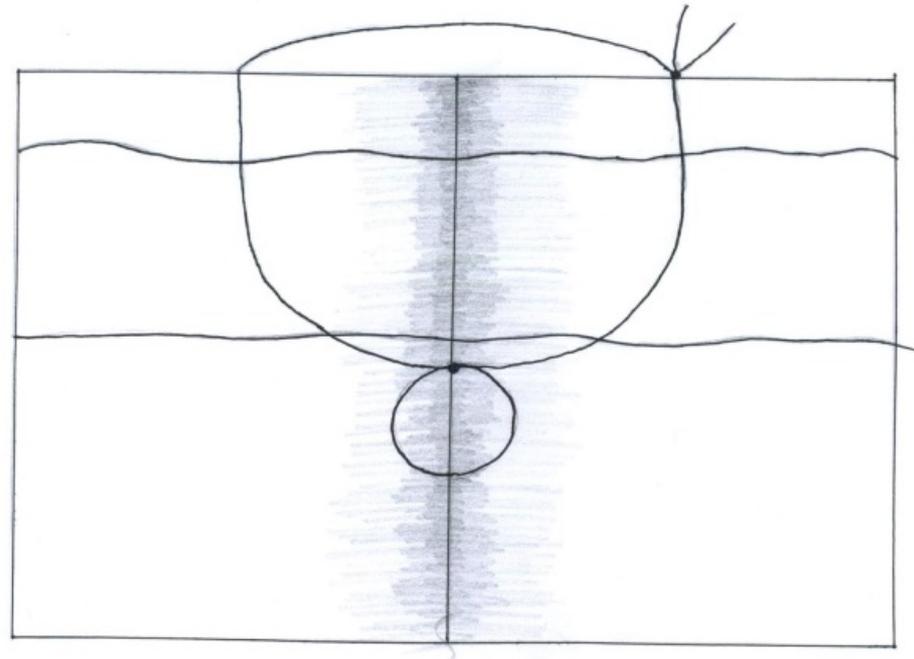


- El fin primordial de una sutura es lograr una coaptación correcta de los tejidos involucrados para que se produzca una óptima cicatrización en el menor tiempo posible, esta coaptación debe ser completa y cuidadosa. Además el resultado estético de una cicatriz depende en gran parte de la técnica empleada.
- Para conseguir realizar una “buena sutura”, detallaremos una serie de consideraciones generales:
 - Tipo de sutura: Intentar emplear el menor calibre posible y la aguja más delgada sin exponer a que los puntos se rompan. La utilización de instrumental inadecuado o una manipulación poco cuidadosa pueden condicionar un mal resultado quirúrgico.
 - Cierre por planos y evitar los espacios muertos: si los puntos no se dan correctamente en profundidad pueden quedar huecos que favorecerán la aparición de colecciones subcutáneas de líquido (seroso, hemático, purulento); hay que suturar de la profundidad a la superficie. Es preferible emplear en planos profundos material absorbible y en planos superficiales suturas monofilamento no absorbibles ya que producen menos reacción.



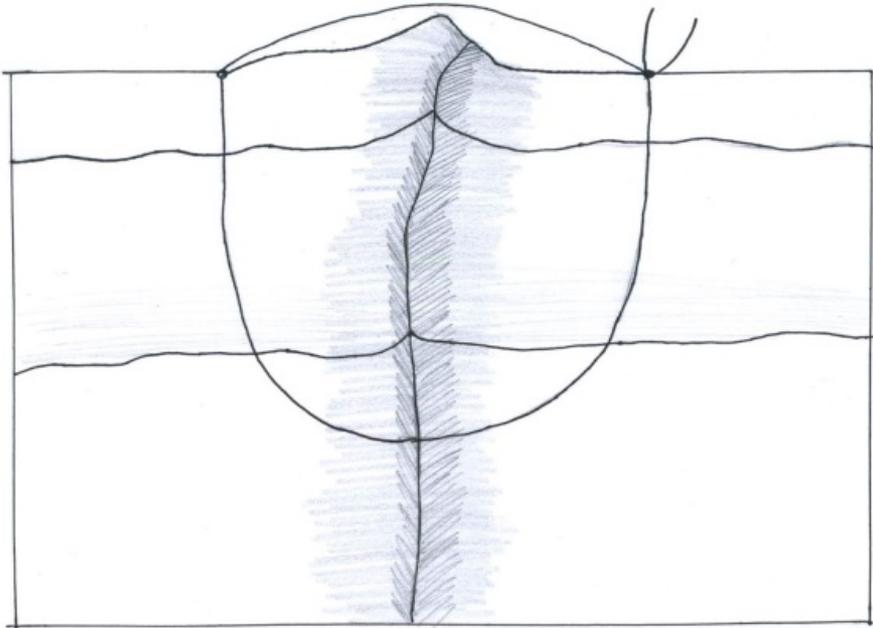


Espacio muerto.

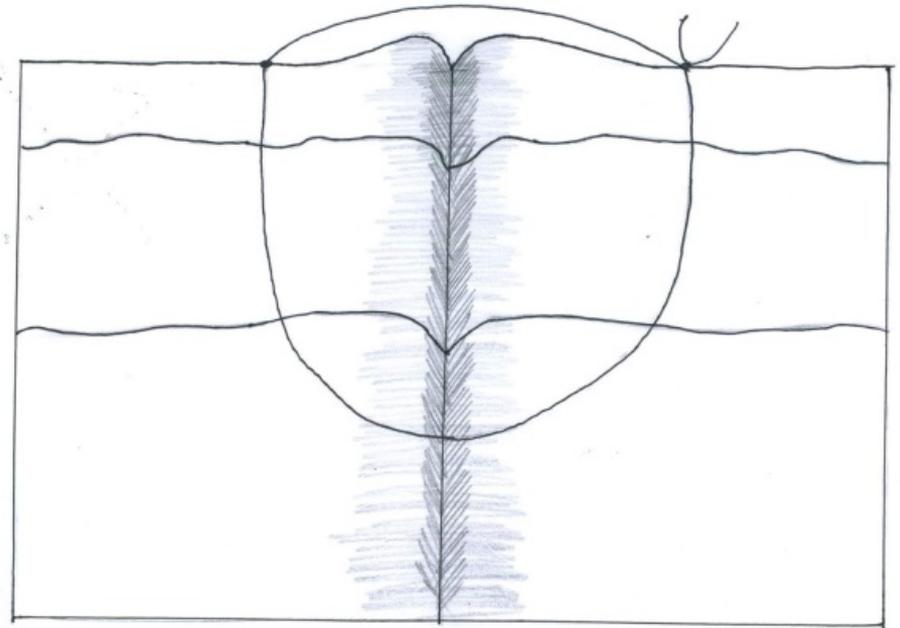


Cierre por planos.

- Eversión de los bordes de la herida, es decir, ligeramente elevados para que la retracción natural de la cicatriz haga que quede una herida plana; si los bordes quedan invaginados puede abrirse la herida o producir una depresión que se acentuará con el tiempo y dará lugar a una cicatriz anómala. Una de las claves para conseguir una correcta eversión de los bordes quirúrgicos es introducir la aguja formando un ángulo de 90° con el plano cutáneo para que el recorrido del hilo, tras ser anudado, eleve la piel.

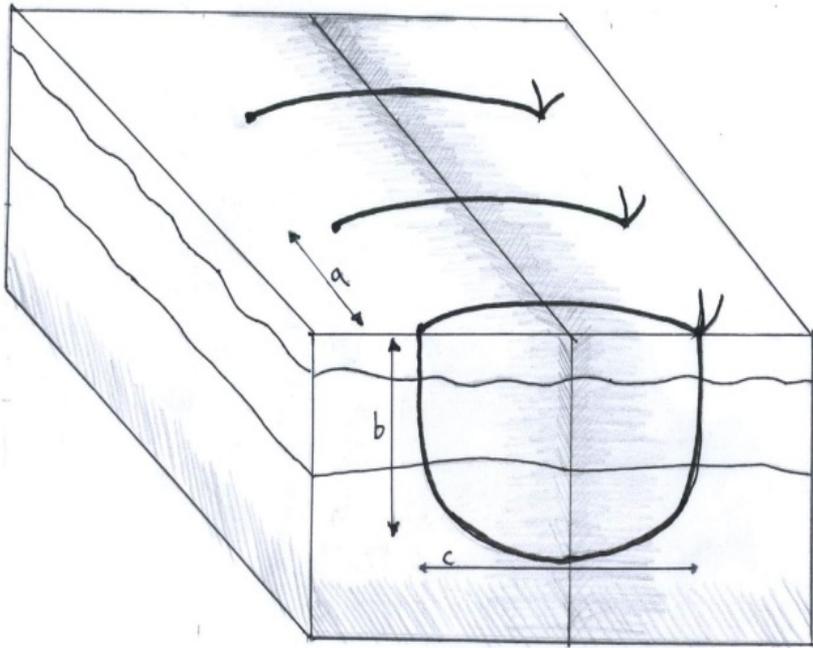


Bordes evertidos.

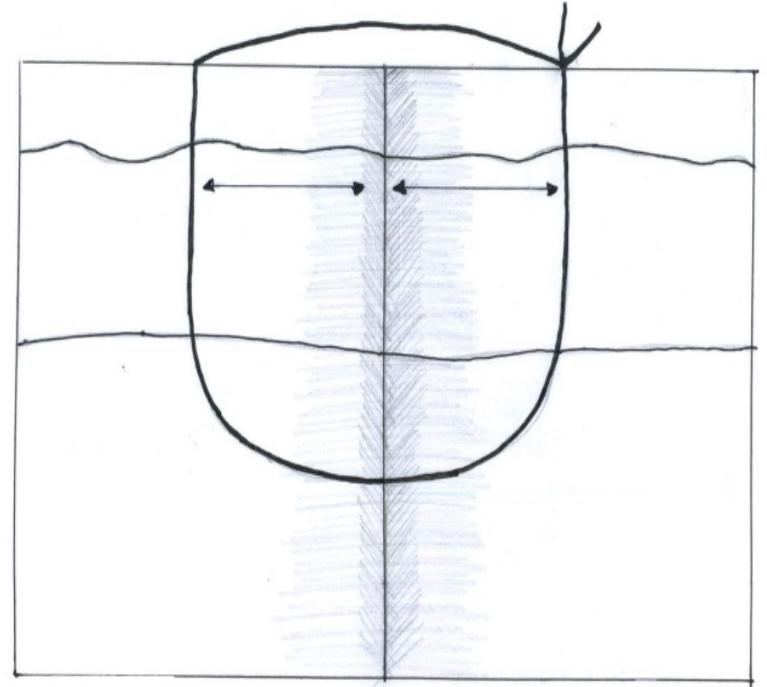


Bordes invertidos.

- Alejarse suficientemente de los bordes para que la vascularización del tejido no se vea comprometida.
- Tradicionalmente se describe la regla de las tres X: equidistante, la distancia entre distintos puntos (a); equipenetrante, la distancia de la superficie de la herida al fondo de ésta (b), y equilibrada, la distancia entre el orificio de entrada y salida del punto (c); es decir, la longitud de $a=b=c$. Este hipotético punto se denomina punto cuadrado y es hipotético ya que durante la intervención de cirugía menor no podemos hacer geometría.



Regla de las tres X.



Sutura equilibrada.

- Poner el número de puntos suficientes para cerrar la herida sin que queden zonas dehiscentes y al mismo tiempo no poner demasiados puntos tal que se pueda comprometer la vascularización de la zona.
- Evitar la tensión en la herida: cerrar una herida a tensión disminuye la vascularización de sus bordes, incrementando los problemas de cicatrización y el riesgo de infección. El nudo debe contener la sutura sin llegar a estrangularla.
- Siempre que sea posible, deben coincidir con las líneas de mínima tensión cutánea o de Langer.

TÉCNICA DE SUTURA:

- Giro de muñeca con el instrumental (portaagujas, pinza de disección, sutura con aguja de sección triangular).
- Aprovechar el recorrido de la aguja.
- Equidistancia de puntos.
- Promediar: primer punto a mitad de distancia y sucesivos a mitad de mitades.

TÉCNICA DE SUTURA



- Equidistante.
- Simétrica a ambos lados.
- Equipenetrante.

ERRORES MÁS FRECUENTES DURANTE LA SUTURA



- Dejar los nudos muy próximos a la línea de incisión.
- Bordes mal enfrentados.
- Dejar espacios muertos donde se acumula sangre (hematoma), exudado (seroma) pudiendo producir colecciones que se pueden infectar.
- Invaginación de bordes.
- Bordes demasiado evertidos.

TRACCIÓN DE LA PIEL:

- Instrumental atraumático para la piel.
- Presión mínima necesaria para no marcar.
- No tener tensión en dedos ni manos.
- Marcar solo cuando nos vaya a ser necesario.
- Si se traumatiza la piel, evitar dar punto en esa localización.

LÍNEAS DE LANGER



Cuando no se recuerda el sentido de las mismas, es **útil pellizcar la piel** en varios sentidos y realizaremos la incisión siguiendo la dirección de la piel en el sentido que más fácil se levantaba.

TIPOS DE SUTURAS



Los puntos más usados son:

- Suturas discontinuas:
 - Punto simple.
 - Punto simple enterrado o simple invertido.
 - Punto colchonero vertical.
 - Punto colchonero horizontal.
- Suturas continuas:
 - Continua simple.
 - Continua intradérmica.
 - Continua bloqueante.

TIPOS DE SUTURAS: DISCONTINUAS



SUTURA DISCONTINUA O INTERRUMPIDA:

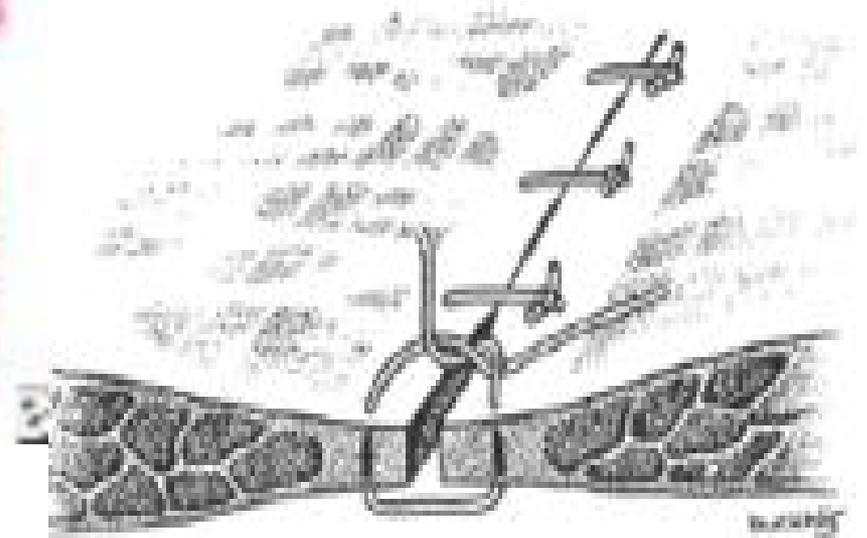
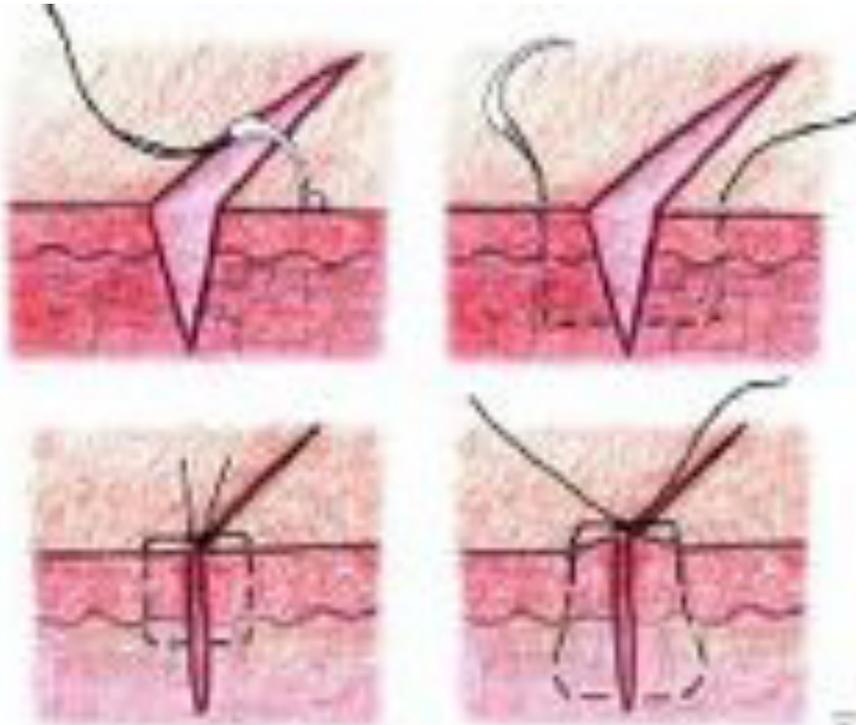
Son aquellas en las que cada punto realizado es independiente del siguiente; se utilizan varias hebras para cerrar la herida y cada hebra se anuda y se corta tras la inserción. Son las más empleadas. Proporciona un cierre seguro, guardando la tensión en cada punto, si se rompe una hebra, el resto seguirá aproximando los bordes.

Se deben repartir uniformemente a lo largo de la herida, lo que favorece el drenaje. Además en este tipo de suturas se puede retirar un punto de forma aislada (para drenar exudado, por ejemplo) sin que tengan que quitarse el resto de los puntos.

PUNTO SIMPLE



- Es la sutura básica en el cierre de la piel en cirugía menor, el más comúnmente empleado en Atención Primaria. Es una sutura muy sencilla de ejecutar, trata de aproximar los bordes de la herida mediante la colocación de puntos simples anudados por separado ofreciendo seguridad y cierre anatómico. Está indicada en laceraciones y zonas de tensión supraarticulares, así como en heridas de trayectoria múltiple o en las que la incisión cambia de dirección¹. Con una pinza debe elevarse uno de los bordes de la herida y con el porta-agujas se introduce la aguja a 1cm aproximadamente desde la parte externa hacia la interna, se saca la aguja por la herida girando la muñeca y se desliza el hilo de sutura hasta dejar un cabo corto. En el otro borde y en igual dirección o eje, se realiza la misma operación pero esta vez pasando el hilo del interior al exterior. Aunque no siempre es posible, el primer punto debe colocarse en la mitad de la longitud total de la herida y los siguientes, en la mitad de cada mitad, hasta terminar la sutura; de esta forma, los puntos quedarán simétricamente colocados². Además se ha de seguir la regla de las tres X, así se evita el riesgo de deslizamiento de un labio de la herida y la formación de la denominada “oreja de perro” que puede producirse más fácilmente si se inicia la sutura por un extremo.
- Una vez que queda atravesada toda la incisión se procede al anudado que debe quedar a un lado de la cicatriz (Fig. 7), a ser posible en el que mejor esté irrigado. Esto permite la inspección de la herida, facilita la retirada de puntos e interfiere menos con la cicatrización y vascularización.



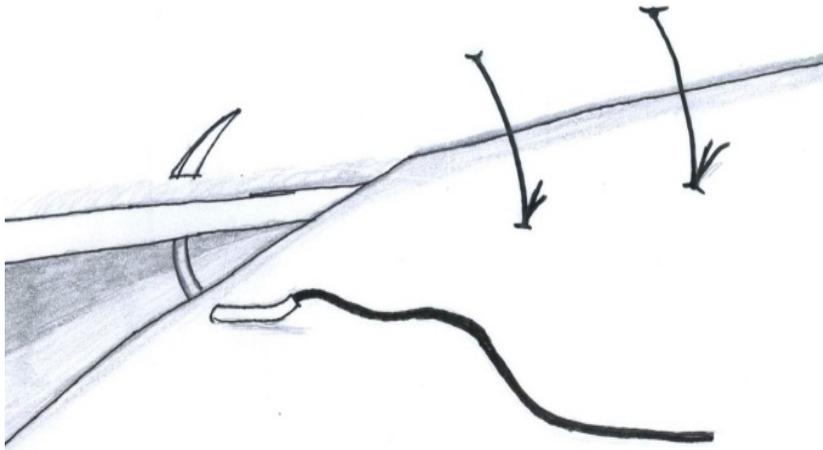
Cirugía Menor

SUTURA SIMPLE

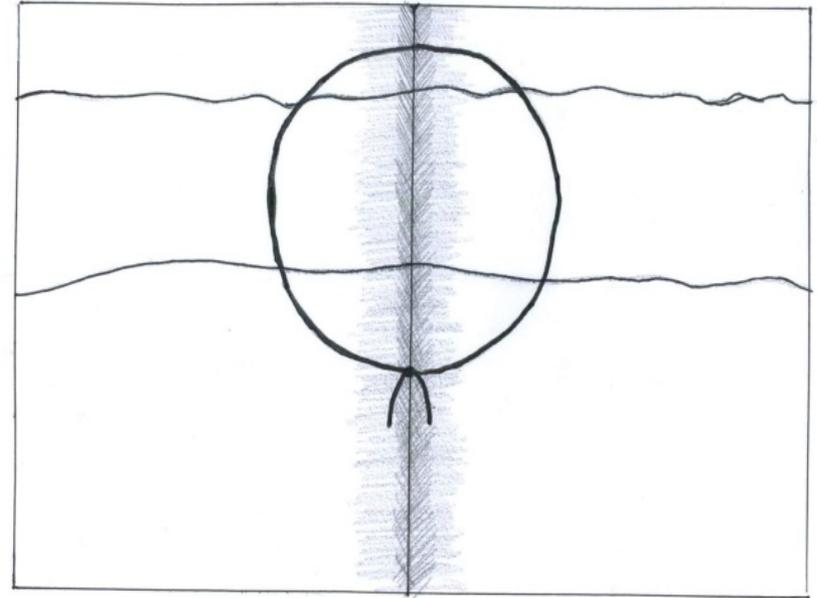
PUNTO SIMPLE CON EL NUDO INVERTIDO (ENTERRADO)



Se trata de unir la hipodermis sin sobresalir a epidermis, dejando el nudo invertido. Desde la profundidad de la herida se introduce la aguja para que salga por debajo de la superficie cutánea, y a continuación se reintroduce por el otro lado pero esta vez de superficial a profundo. Los cabos se cortan lo más cortos posible para dejar una mínima cantidad de material enterrado¹ (Fig. 8). Requiere buena aproximación de los bordes no debiendo existir tensión en la herida. Se realiza con material absorbible y proporciona muy buen resultado estético. Suele reforzarse con suturas adhesivas (steri-strips).



Sutura con puntos simples
(nudo en un lado).

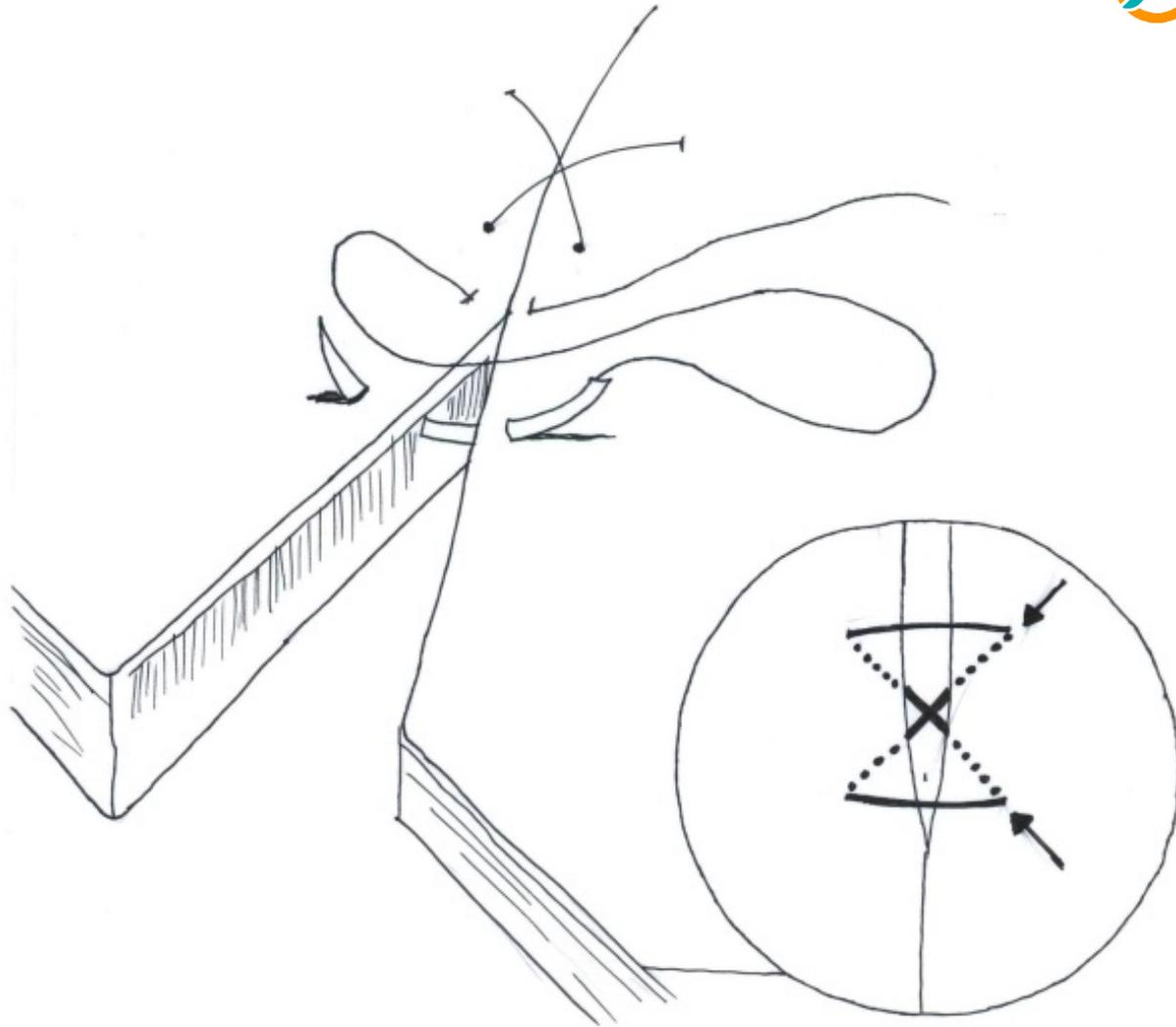


Punto simple con
nudo invertido.

PUNTO EN CRUZ O EN X



Es un tipo de sutura discontinua segura y fuerte, de fácil aplicación aunque los resultados estéticos pueden ser peores que en el caso anterior. Es una sutura idónea para heridas grandes en zonas no muy visibles mientras se atienden aspectos más críticos del paciente, pues es una sutura hemostática, rápida y de buena funcionalidad en lo que se refiere a yuxtaposición de los bordes de la herida³. Es frecuente emplearlo en cuero cabelludo y músculo. Se ejecuta como si fuera un punto simple y a continuación sin anudar, se vuelve a dar otro punto simple adyacente a unos 0,5cm iniciándolo en el mismo borde que el primer punto, es decir en el lado contrario al que ahora está la aguja, y posteriormente se anuda a un lado formando una X en superficie (Fig. 9). La cruz también puede quedar debajo de la incisión (punto en X enterrada) si la dirección del punto al pasar de un borde a otro no es perpendicular a la dirección de la herida sino en diagonal.



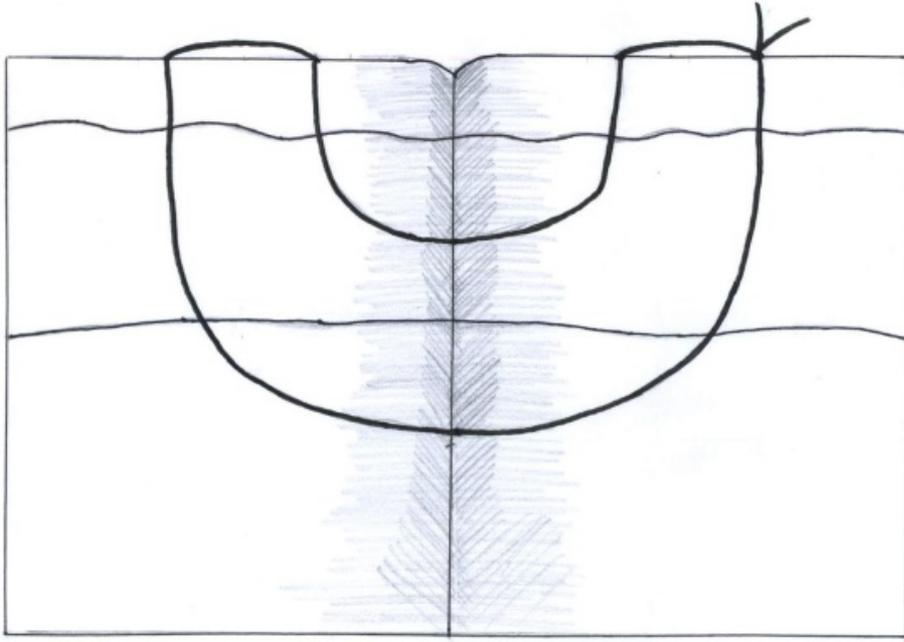
Punto en X.

PUNTOS DE COLCHONERO

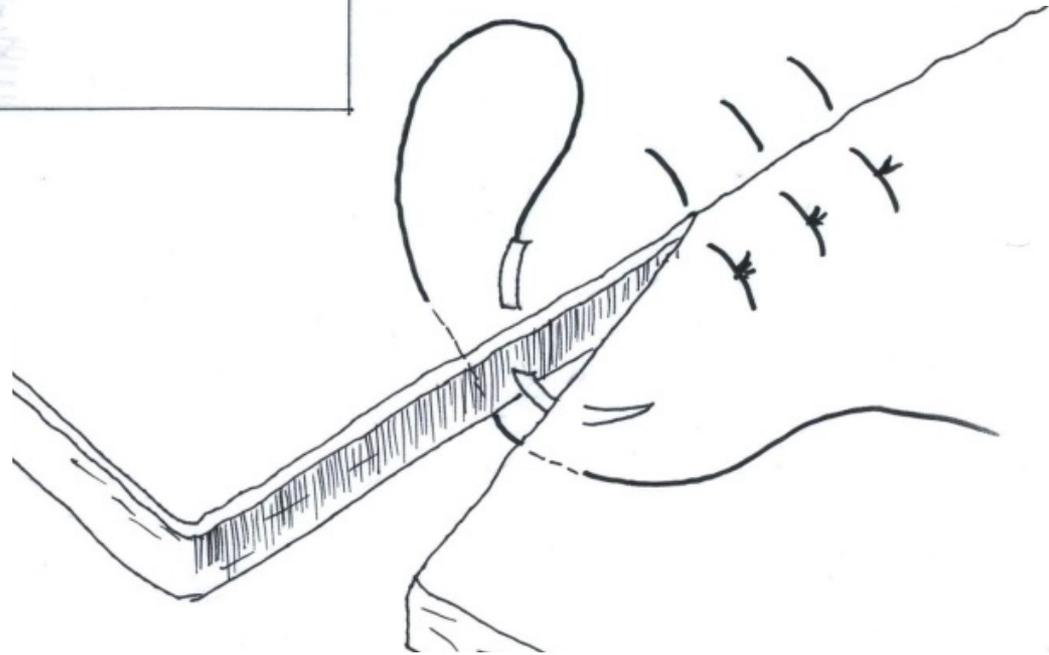


VERTICAL O EN U VERTICAL:

Proporcionan un buen afrontamiento tanto superficial como profundo. Es una sutura útil en zonas de piel laxa donde los bordes de la herida tienen tendencia a invaginarse; se trata de una sutura que oblitera los espacios muertos y es bastante hemostática⁴. Una primera pasada de la aguja toma una buena proporción de piel y tejido subcutáneo (entrada a 0,7-1cm del borde) y una segunda pasada en sentido contrario toma los bordes cutáneos muy cerca de la incisión (entrada a 0,1-0,3 cm del borde); se mantiene la misma dirección en los cuatro puntos por los que pasa la aguja. Es una sutura con gran capacidad hemostática y apta para resistir cierta tensión o para cuando la herida tiende a la inversión de sus bordes y la exigencia estética no sea muy elevada. Además permite en una sola operación cerrar varios planos.



Punto colchonero vertical
en visión coronal.

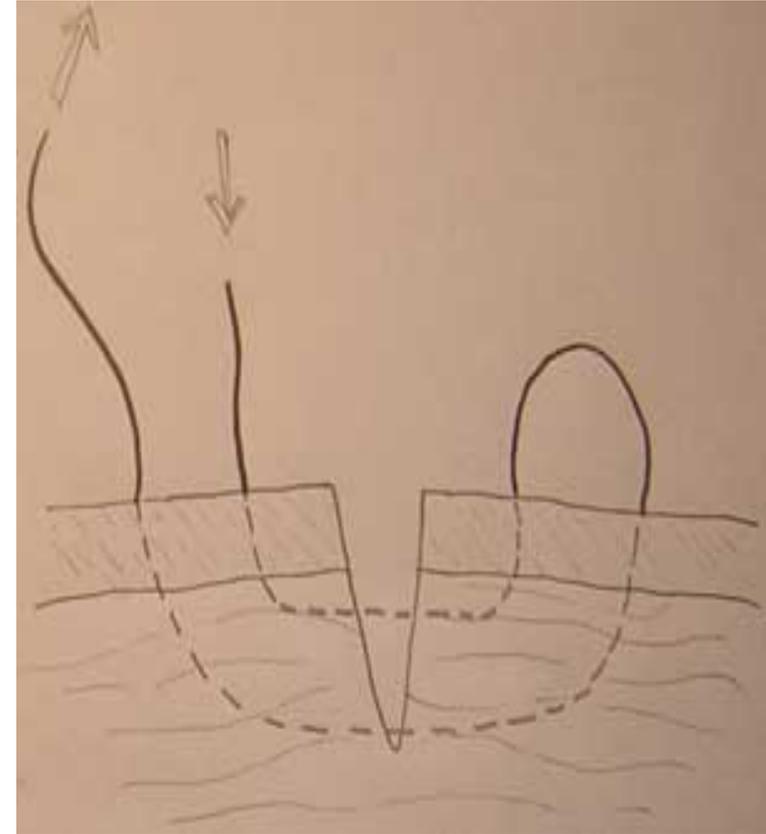


Técnica de sutura del punto colchonero vertical.

COLCHONERO VERTICAL

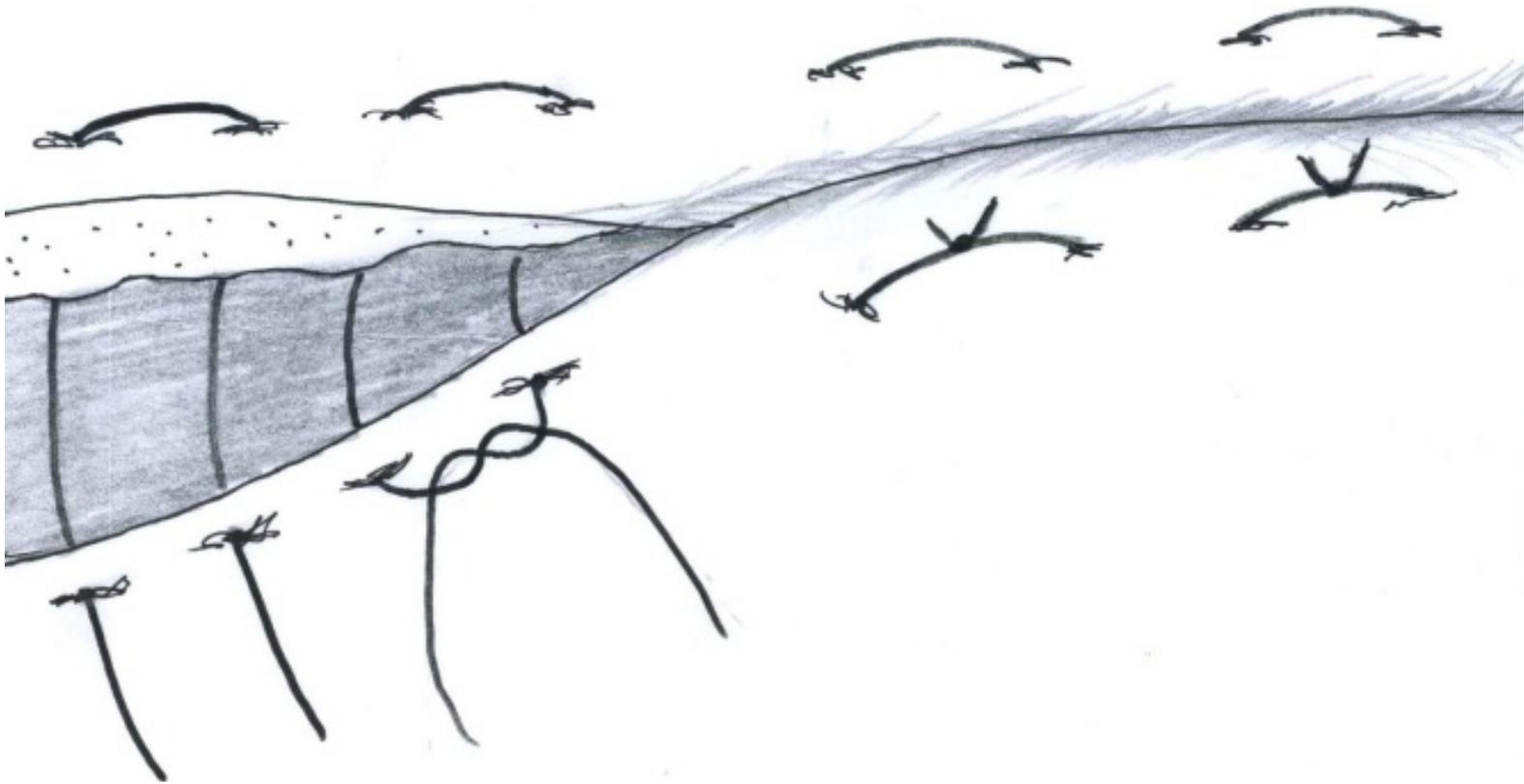
Se pasa la aguja por la herida, de un extremo al otro a unos 0,5 cm del borde. A otros 0,5 cm del punto de salida, se vuelve a introducir la aguja para pasar de nuevo a través de toda la herida hasta el punto origen, pero de forma mas profunda, saliendo a unos 0,5 cm del primero.

Se mantiene la misma dirección en los cuatro puntos. Se anuda el hilo, con ambos cabos saliendo del mismo lado.



PUNTOS DE COLCHONERO HORIZONTAL O EN U HORIZONTAL

Es una variante de la anterior pero que provoca aún más isquemia por lo que puede emplearse en zonas como las palmas y las plantas (zonas con dermis gruesa) en las que la tensión es elevada y la vascularización abundante. Se inicia con un punto simple, y sin anudar, se da otro punto simple adyacente a unos 0,5cm desde el borde por donde ahora se encuentra la aguja, dibujando una U.



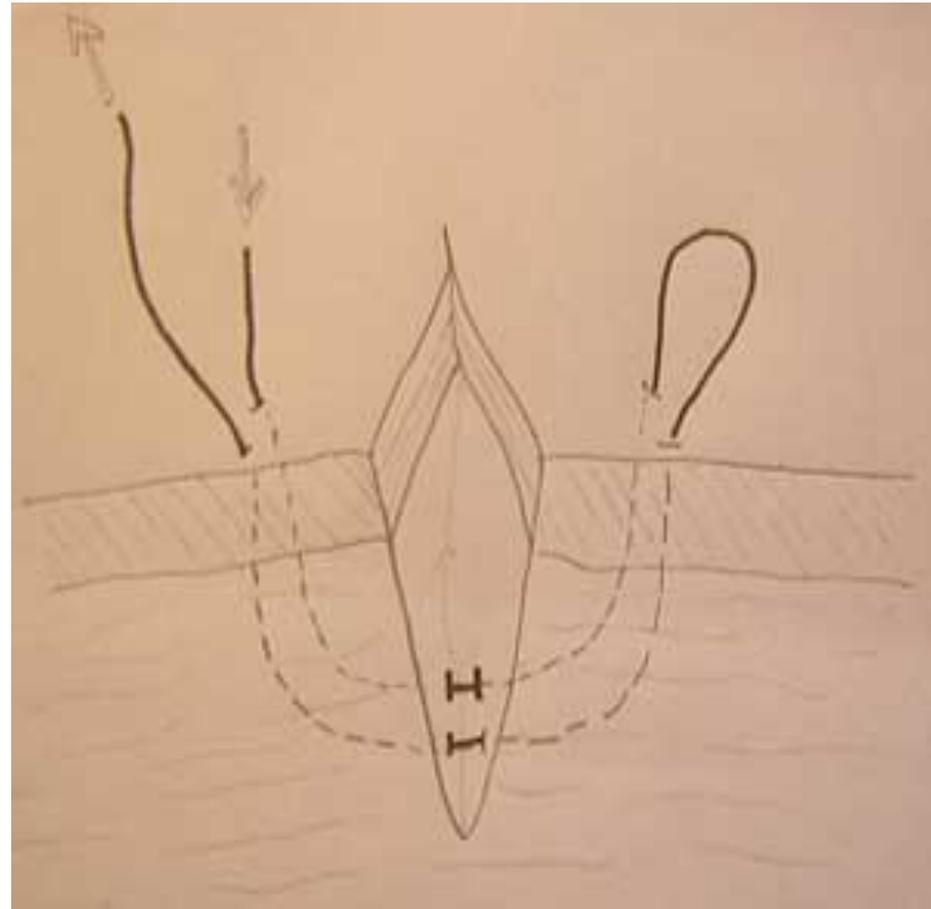
Técnica de sutura del punto colchonero horizontal.

PUNTOS DE COLCHONERO



HORIZONTAL O EN U HORIZONTAL

- De igual modo, se pasa la aguja de un extremo al otro, pero se aproxima trasladando el punto a 0,5 cm al lateral del origen, quedando en la misma línea paralela a la herida.
- Se reintroduce a la misma profundidad.



PUNTO DE COLCHONERO



Variante vertical

Permite suturar varios planos de la herida, con un mismo material

Variante horizontal

Se utiliza en pieles gruesas sometidas a tensión, como palmas o plantas

SUTURA CONTINUA O ININTERRUMPIDA:

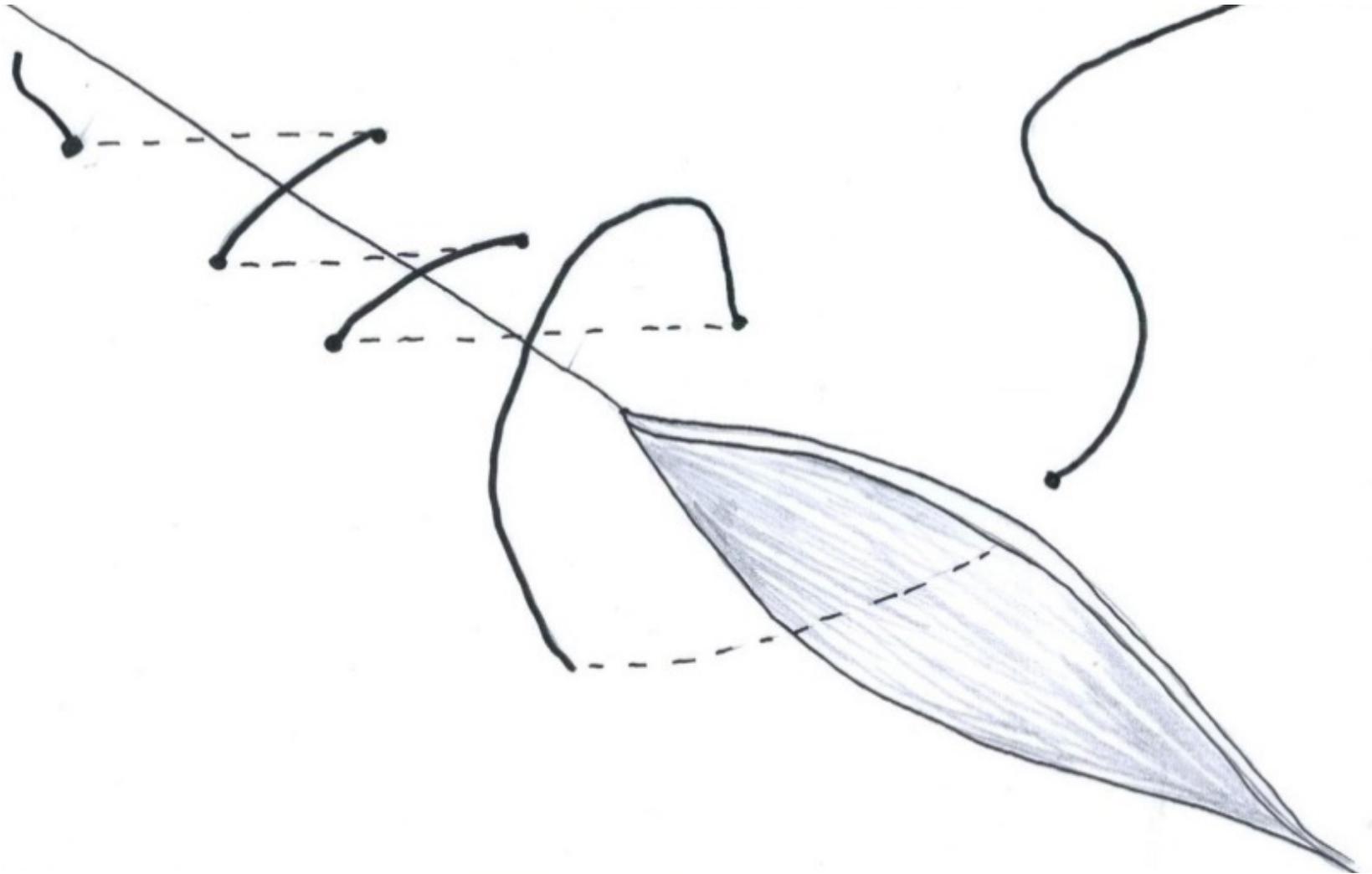
Menos frecuente en atención primaria. Se trata de una serie de puntos con una única hebra de material de sutura, con un nudo inicial y otro final. Los puntos se realizan continuamente sin cortar el hilo, se ejecuta más rápidamente que las suturas discontinuas y se retiran con mayor dificultad no existiendo la posibilidad de retirarlos en varias sesiones. Dificultan más el drenaje de la herida y está contraindicada en sospecha de infección. Tienen muy buen resultado estético.

SUTURA CONTINUA SIMPLE



Se emplea en heridas largas y rectilíneas; la tensión está distribuida uniformemente. Para comenzar una línea de sutura simple se coloca y anuda un punto interrumpido simple pero sólo se corta el cabo del hilo no unido a la aguja; en cada punto la aguja atraviesa la piel perpendicular a la incisión siempre por el mismo borde, de este modo la línea de la sutura resultante tiene un punto perpendicular a la línea incisional por debajo del tejido mientras que el avance hacia delante va por encima de la misma; para finalizar la sutura, el extremo del hilo en la aguja se anuda con la última lazada de la sutura que es exterior. Aunque es menos frecuente, en caso de querer dejar en superficie los puntos perpendiculares el avance hacia delante deberá hacerse en profundidad en una diagonal de 45°. Puede avanzarse tanto en superficie como en profundidad quedando la sutura continua simple a modo de zigzag.

SUTURA CONTINUA SIMPLE



SUTURA CONTINUA SIMPLE



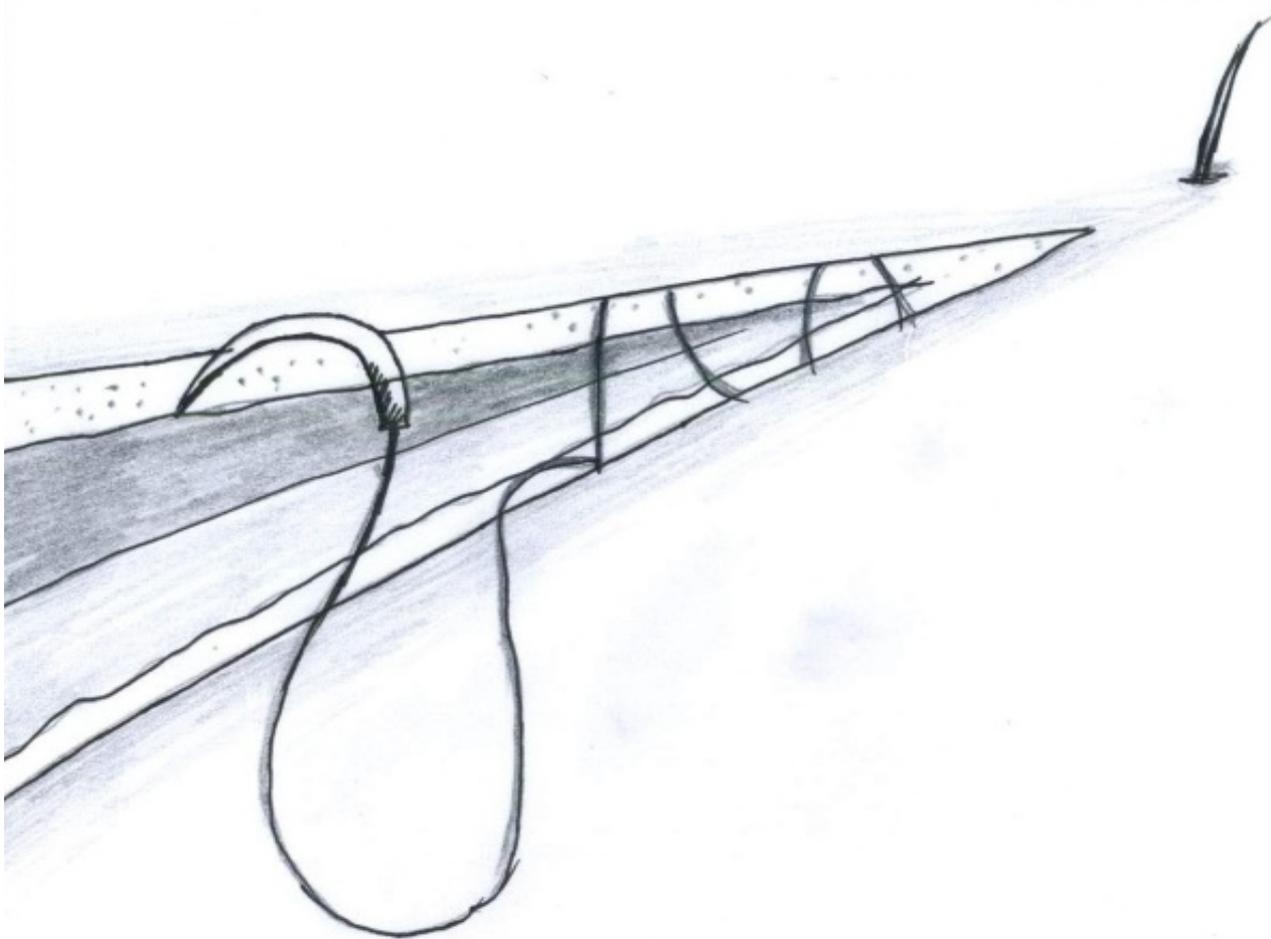
Continuous over-and-over suture.

SUTURA CONTINUA INTRADÉRMICA

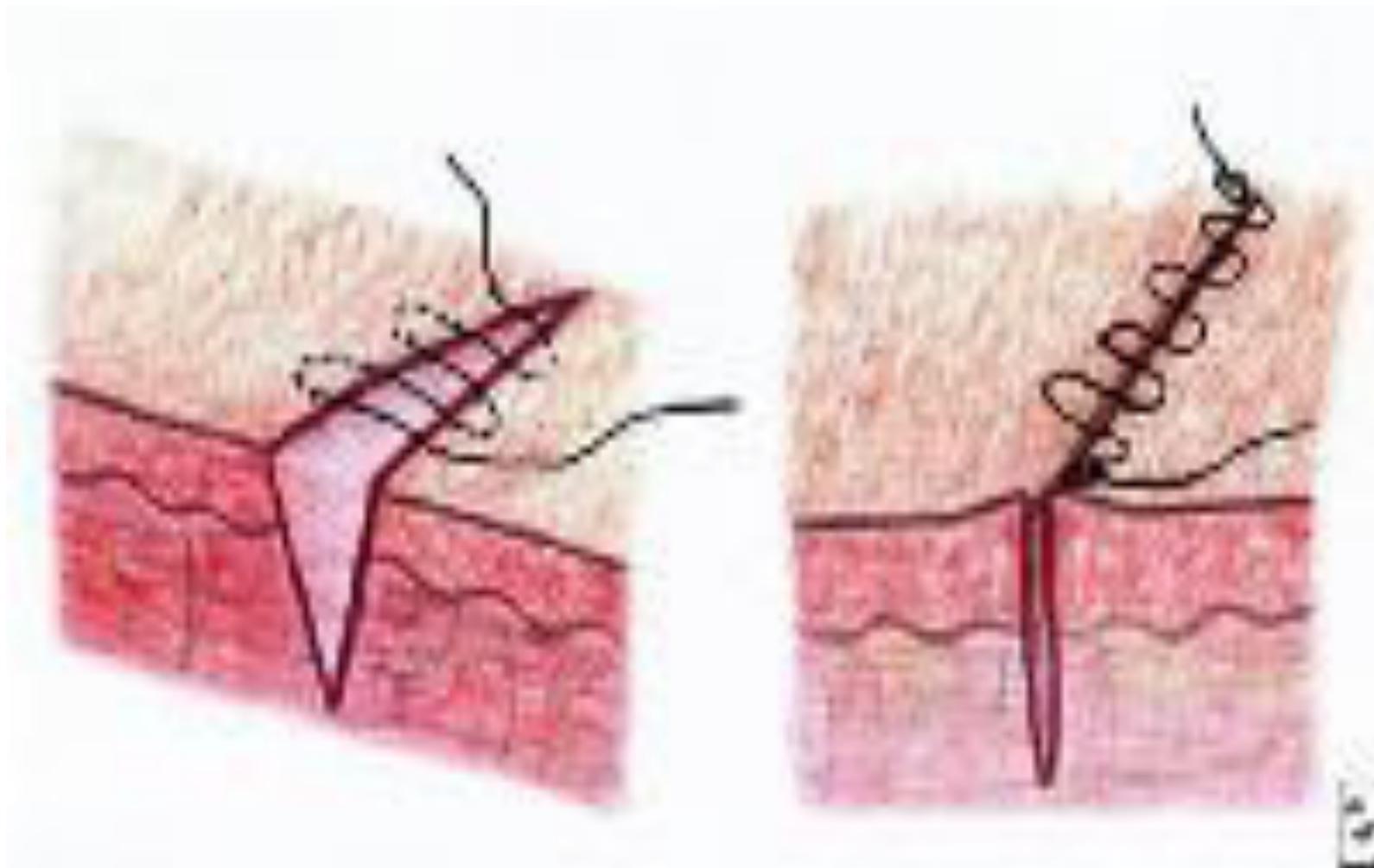


Es una sutura poco empleada en Atención Primaria, su realización exige más tiempo y mayor destreza. Es adecuada para heridas con mínima tensión. No debe emplearse en regiones con folículos pilosos. Suele reforzarse con tiras adhesivas cutáneas. Se realiza pasando la sutura por la dermis en sentido horizontal, a lo largo de toda la herida; en los extremos la sutura puede salir fuera de la piel (sutura intradérmica extraíble), en cuyo caso se puede realizar con material irreabsorbible o anudarse en el interior de la herida (sutura intradérmica no extraíble), en cuyo caso se realiza con material reabsorbible; en esta sutura el material debe ser monofilamento, los materiales multifilamento como la seda están contraindicados.

SUTURA CONTINUA INTRADÉRMICA

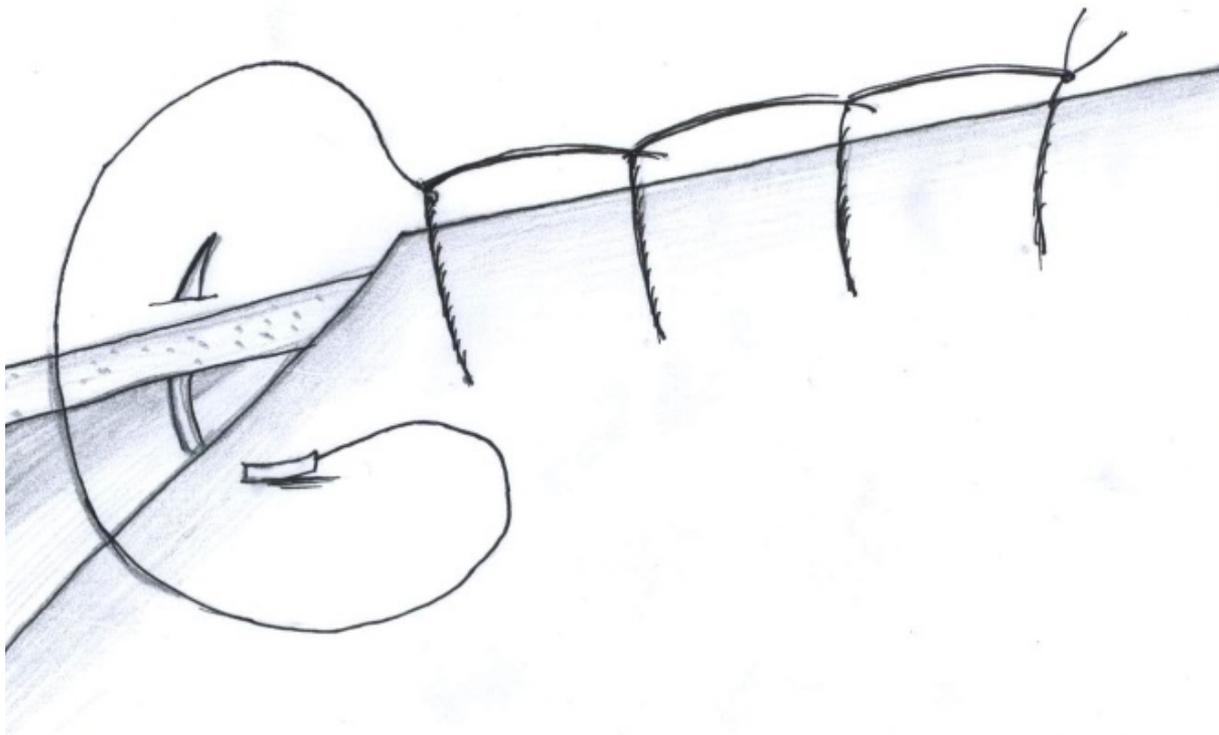


SUTURA CONTINUA INTRADÉRMICA



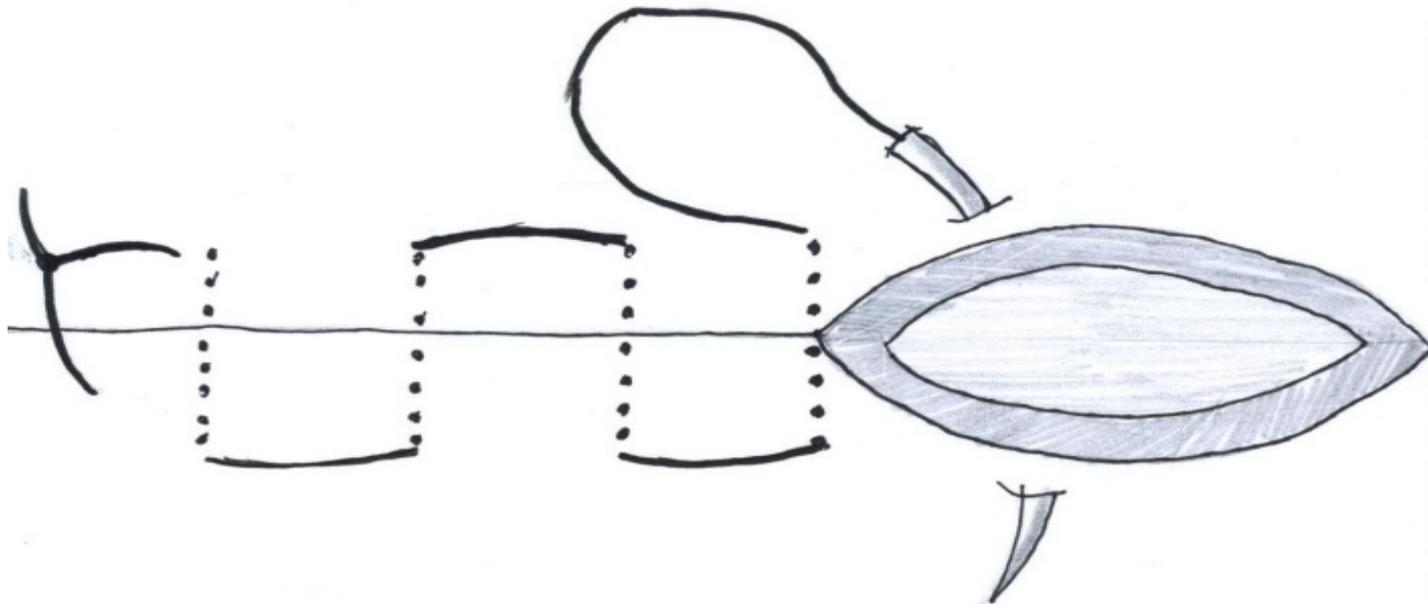
SUTURA CONTINUA BLOQUEADA O FESTONEADA

Es una sutura similar a la anterior en la que cada lazada se encuentra entrecruzada o trabada con la anterior. Tiene las mismas indicaciones que la sutura continua simple pero más estable.



SUTURA CONTINUA COLCHONERA HORIZONTAL

Se trata de una única hebra de material que avanza dando puntos en U horizontal.



GRAPAS CUTÁNEAS O AGRAFES



Es un sistema de síntesis rápido que produce una buena eversión de bordes, sin estrangular la herida, podemos ayudarnos con una pinza de mano para mantener el borde evertido. Los bordes de la herida deben haberse afrontado correctamente antes del grapado. Debe tenerse precaución de que entre la piel que se está suturando y las estructuras subyacentes haya una distancia mínima de 5mm. Provocan escasa reacción tisular de rechazo por lo que proporcionan buenos resultados estéticos¹. Su aplicación es sencilla, se coloca la grapadora sobre la herida haciendo coincidir su punto medio con el centro de la herida y se aprieta el gatillo ejerciendo cierta presión sobre la herida, debiendo quedar las grapas equidistantes. Son fáciles de retirar con un quitaagrafes. Acortan significativamente el tiempo quirúrgico y consiguen por sí mismas un buen control de la hemostasia. Su uso está especialmente indicado en las heridas localizadas en el cuero cabelludo.

SUTURAS ADHESIVAS EPICUTÁNEAS O ESPARADRAPOS QUIRÚRGICOS



Son cintas de papel poroso adhesivo de diferentes anchuras y longitudes. Son una buena alternativa para el cierre de heridas con muy poca tensión, el resultado estético es bueno y su aplicación es indolora por lo que no requiere anestesia. Han permitido la popularización de las suturas intradérmicas ya que terminan de afrontar la epidermis después de una sutura de este tipo. Para poder utilizarlas la herida debe estar bien seca, libre de sangre o secreciones y se mantienen el mismo tiempo que una sutura convencional en esa región anatómica.

PEGAMENTOS O ADHESIVOS TISULARES



Sencillo, rápido, económico, indoloro y con resultados estéticos óptimos. Se emplean cianocrilatos de cadena larga, que consiguen una tensión y flexibilidad adecuadas al mismo tiempo que no presentan toxicidad cuando se aplican sobre la superficie de la piel. El compuesto forma un puente sobre los bordes de heridas, laceraciones e incisiones; hay que mantener los bordes en contacto durante 30-60 segundos y la tensión final se produce a los 2 minutos de la aplicación, permaneciendo la unión durante 7-14 días. Los adhesivos tisulares constituyen una buena alternativa para el cierre de heridas que sean limpias y de bordes regulares, que no afecten a planos profundos, que no sangren, que se localicen en una zona de escasa tensión cutánea con una longitud inferior a 4-5cm y una anchura inferior a 0,5cm.

SUTURA DE ESQUINA. CIERRE V-Y



Hablaremos de situaciones especiales. Existen variantes semienterradas tanto de la sutura de colchonero vertical como de la horizontal que mejoran el resultado estético. Esta sutura de colchonero horizontal parcialmente enterrada se emplea mucho como “sutura de esquina”, en heridas con formaciones triangulares, melladas o con esquinas débiles difíciles de reparar. No debe emplearse si hay escasez de tejido bajo la dermis en la esquina. Se introduce la aguja por el lado contrario al colgajo, la aguja pasará por la hipodermis del colgajo de forma lateral quedando la sutura oculta a ese nivel y nuevamente sale al exterior por la zona opuesta al colgajo donde se realiza el nudo habitual.

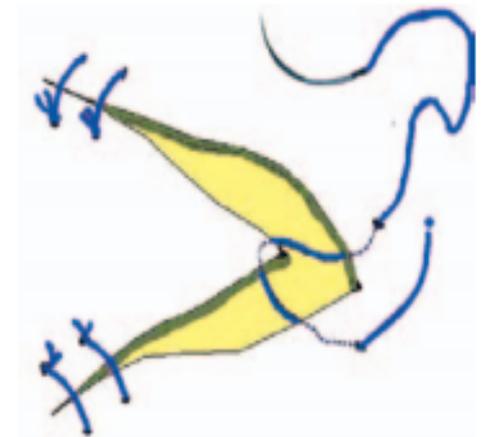
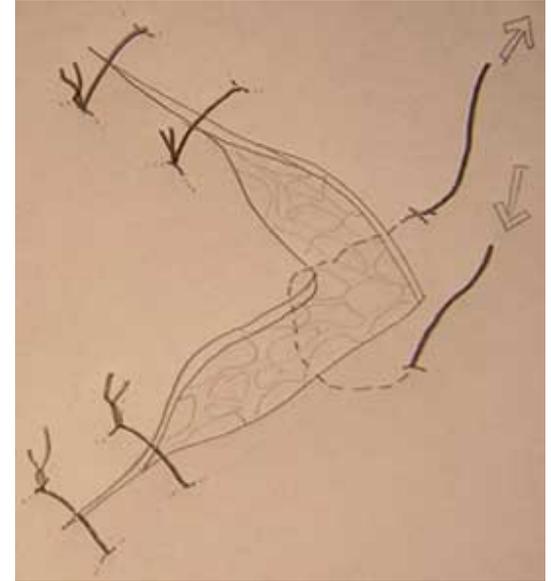
SUTURA DE ESQUINA. CIERRE V-Y



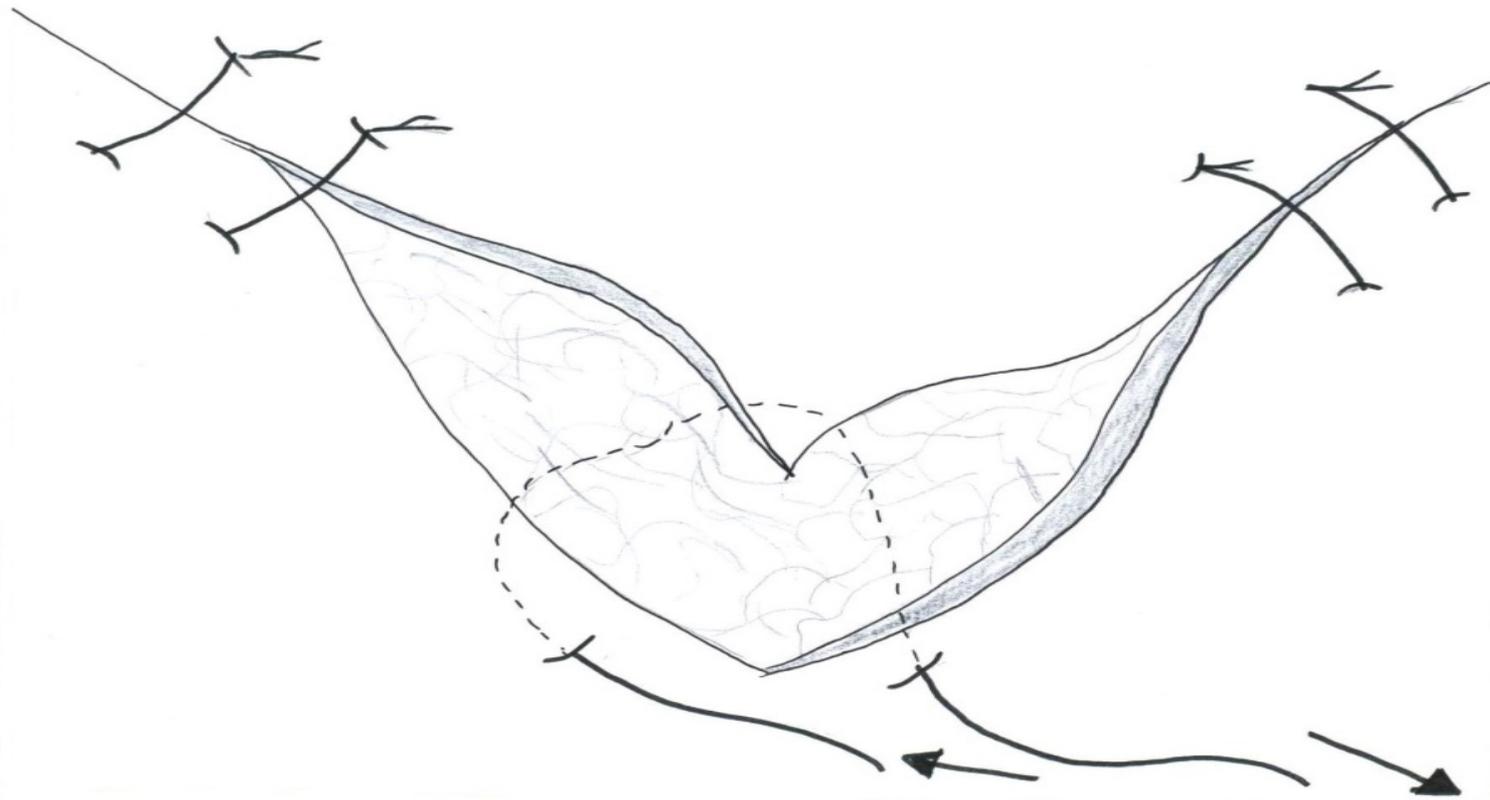
Se emplea en heridas con forma de V con pérdida de tejido o márgenes no viables en el colgajo. Hay que cortar y desbridar el tejido no viable. En el extremo de a Y formada se sutura con puntos sueltos, en la esquina formada por la V se da una sutura de esquina (previamente comentada) y puntos simples en el resto de la herida.

CIERRE EN "V"

- Se introduce la aguja a través de la dermis por el lado contrario al colgajo, a unos 0,5 cm de la esquina de la herida.
- La aguja pasara por la hipodermis de la esquina del colgajo, y atraviesa la herida hasta salir por la dermis del lado opuesto al punto de entrada.
- Así, los dos cabos salen al exterior de la herida por la zona opuesta al colgajo, y es aquí donde se realiza el nudo.
- En el resto de la herida se usan los puntos discontinuos o según se decida.
- Con este punto la esquina del colgajo no sufre lesión ni tensión.
- La profundidad y la distancia de los puntos deben ser iguales, para evitar que los bordes queden mal aproximados.



SUTURA DE ESQUINA. CIERRE V-Y



SITUACIONES ESPECIALES



- **Laceración del cuero cabelludo:**

En este tipo de heridas se recomienda el uso de grapas para laceraciones lineales simples; para las complicadas, se pueden emplear suturas continuas, puntos colchoneros, etc.

- **Reparación de desgarros en el lóbulo de la oreja:**

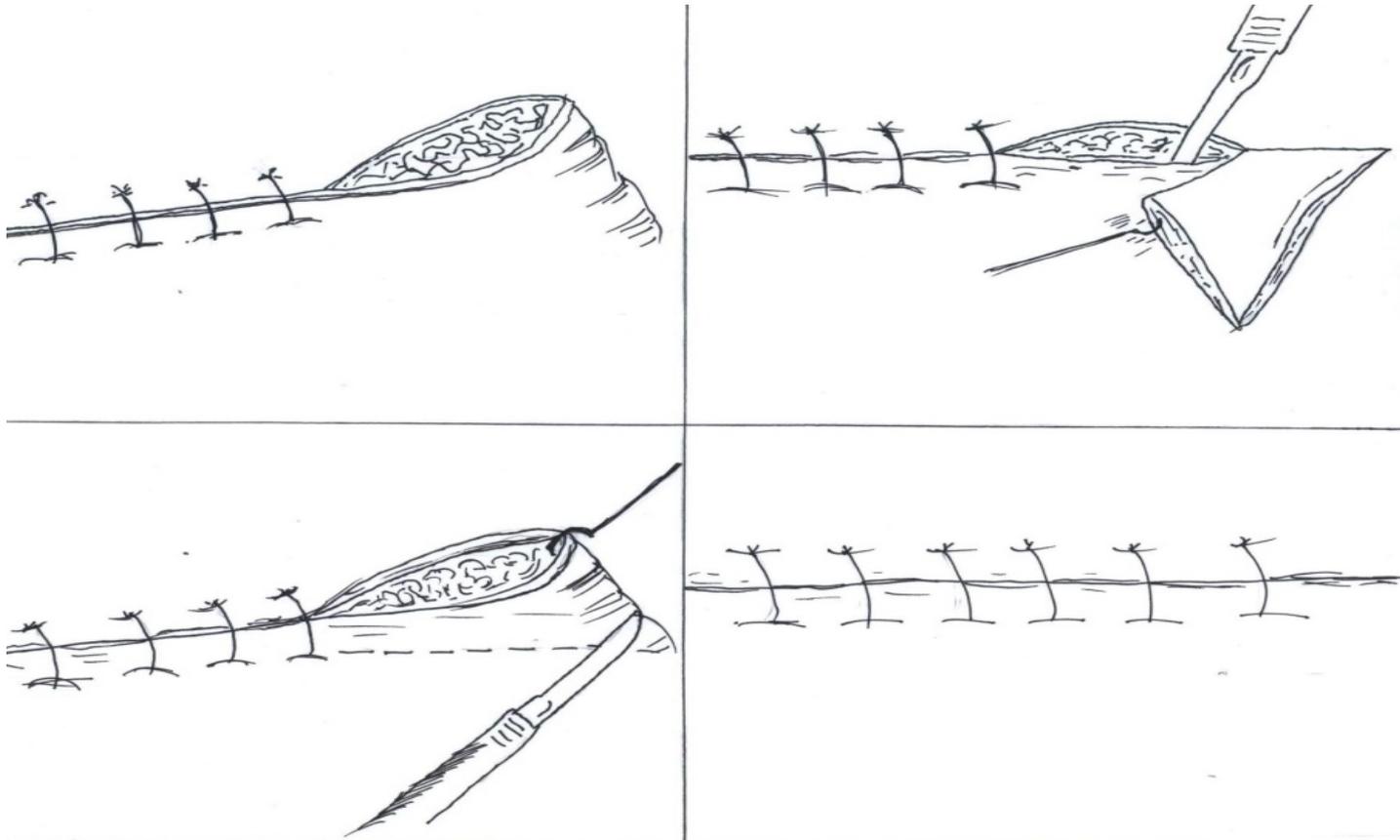
Estos desgarros constituyen un motivo de consulta creciente. La indicación de reparación es puramente estética. El procedimiento consiste en, tras infiltración de anestesia local, realizar la escisión simple de los bordes del desgarró y posteriormente suturar con hilo de calibre fino los márgenes de la fisura tanto por la cara anterior como por la posterior del lóbulo de la oreja.

REPARACIÓN DE LAS “OREJAS DE PERRO”



El exceso de tejido que aparece en los extremos de una herida quirúrgica o de una cicatriz cutánea establecida constituye la llamada "oreja de perro". Esta deformidad aparece con frecuencia tras la sutura de defectos de tipo circular o elíptico que no poseen una relación longitud-anchura apropiada para un cierre lineal adecuado. En estos casos, se tensa el mamelón de piel sobrante con unas pinzas y siguiendo la dirección de la cicatriz se traza una incisión en una vertiente y se hace una nueva incisión en la vertiente opuesta también con la misma dirección, paralela a la anterior; de esta forma se ha ampliado la zona de sutura pero esta vez sin deformidad.

REPARACIÓN DE LAS “OREJAS DE PERRO”



REPARACIÓN DE LAS “OREJAS DE PERRO”



INDICACIONES:

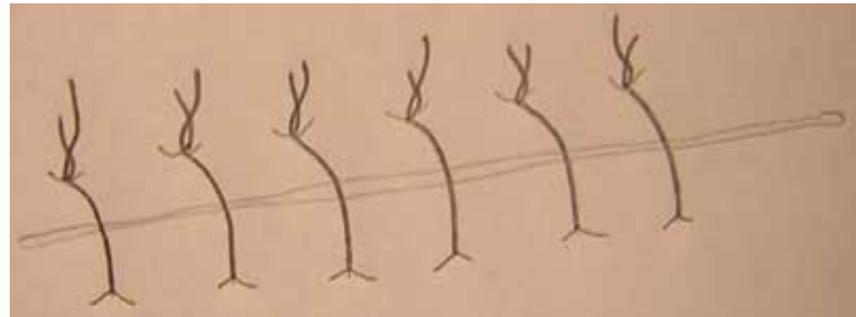
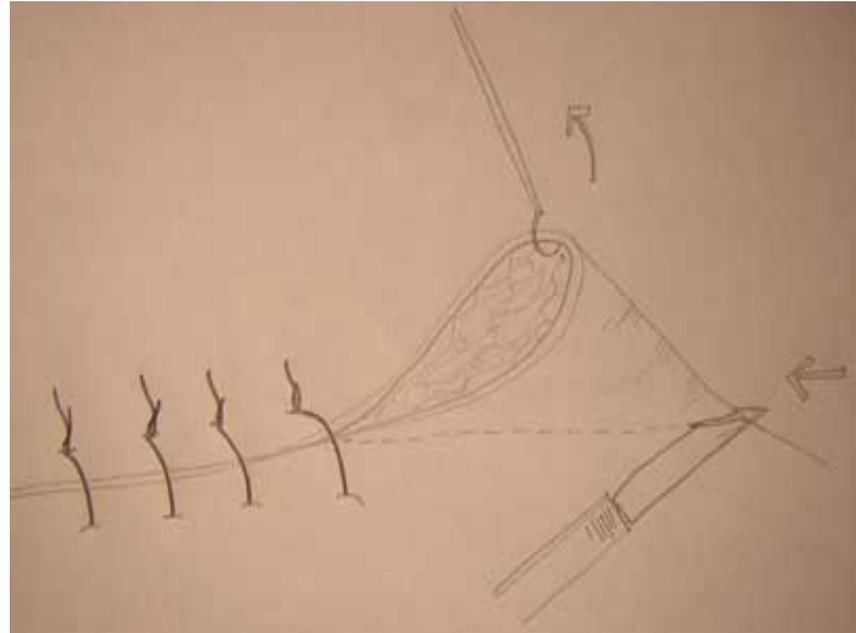
- Cuando, tras la sutura, uno de los bordes queda mas largo que el otro, dejando una deformidad en forma de mamelón terminal.
- En las laceraciones curvilíneas.

CONTRAINDICACIONES:

- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.

- Es necesario reseca el mamelón.
- Se hace el trazado de la incisión en una vertiente , después de ponerla ligeramente tensa, siguiendo la dirección de la cicatriz.
- Se hace una nueva incisión en la vertiente opuesta , también con la misma dirección que la cicatriz, paralela a la anterior.
- Se ha ampliado la zona de sutura, pero ahora sin deformidad.

Una vez corregida, promediaremos la incisión restante con la sutura para evitar que se vuelva a repetir. Ya que realizar este procedimiento supone ampliar la incisión original.



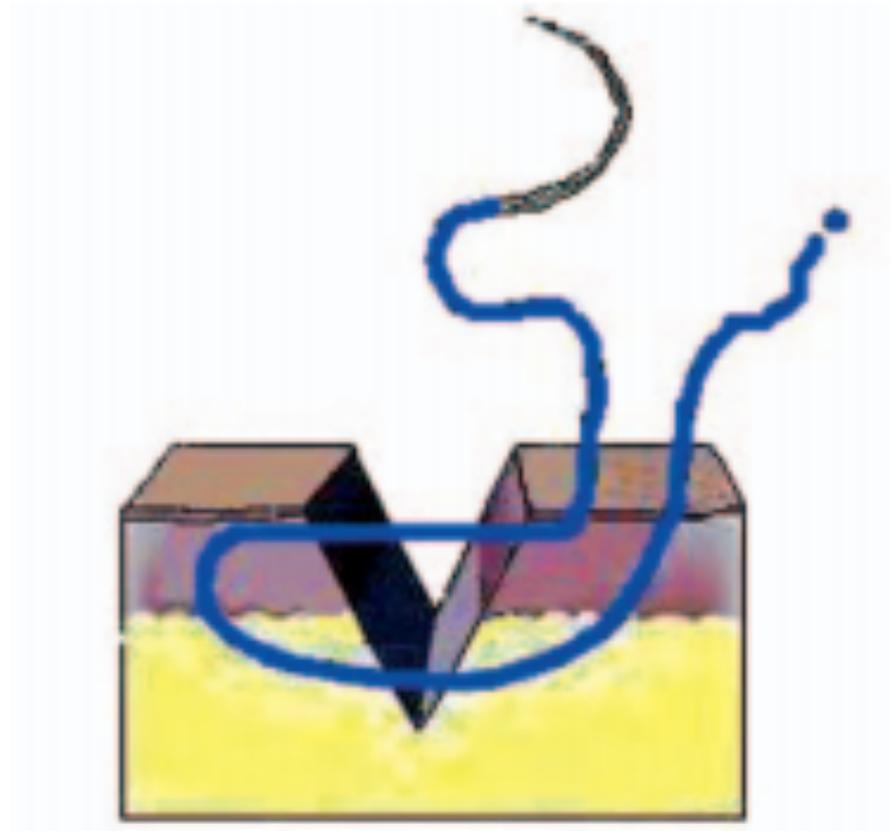
BOLSA DE TABACO

Sutura continua alrededor de un orificio o herida.



PUNTO DE ALGOWER O PUNTO SUIZO

Tiene la ventaja que la entrada y salida del hilo los hace por un sólo lado de la herida.



RETIRADA DE PUNTOS



¿CUÁNDO RETIRAR LOS PUNTOS?

- El tiempo para la retirada de puntos depende de dos criterios opuestos:
- Cuanto mayor es el tiempo de sutura, más probable es la reacción inflamatoria a la materia con peor resultado estético.
- Cuanto menor es el tiempo de sutura, más probable es la dehiscencia de la sutura, principalmente en zonas de mayor tensión.
- Además se ha de tener en cuenta el lugar donde se localiza la herida y el tipo de material empleado:
- En el cuero cabelludo se suelen emplear grapas o seda 2/0 y se retiran los puntos a los 8-10 días.
- En la cara y el cuello se suele emplear seda o monofilamentos de 4/0-6/0 y se procede a la retirada de puntos entre el cuarto y el sexto día.
- Se suele emplear seda o monofilamento de 2/0-4/0 para el tronco y las extremidades. En la región anterior del tronco y miembro superior se suelen retirar los puntos en 8-10 días, y en la región posterior del tronco y miembro inferior entre los 10 y los 14 días.

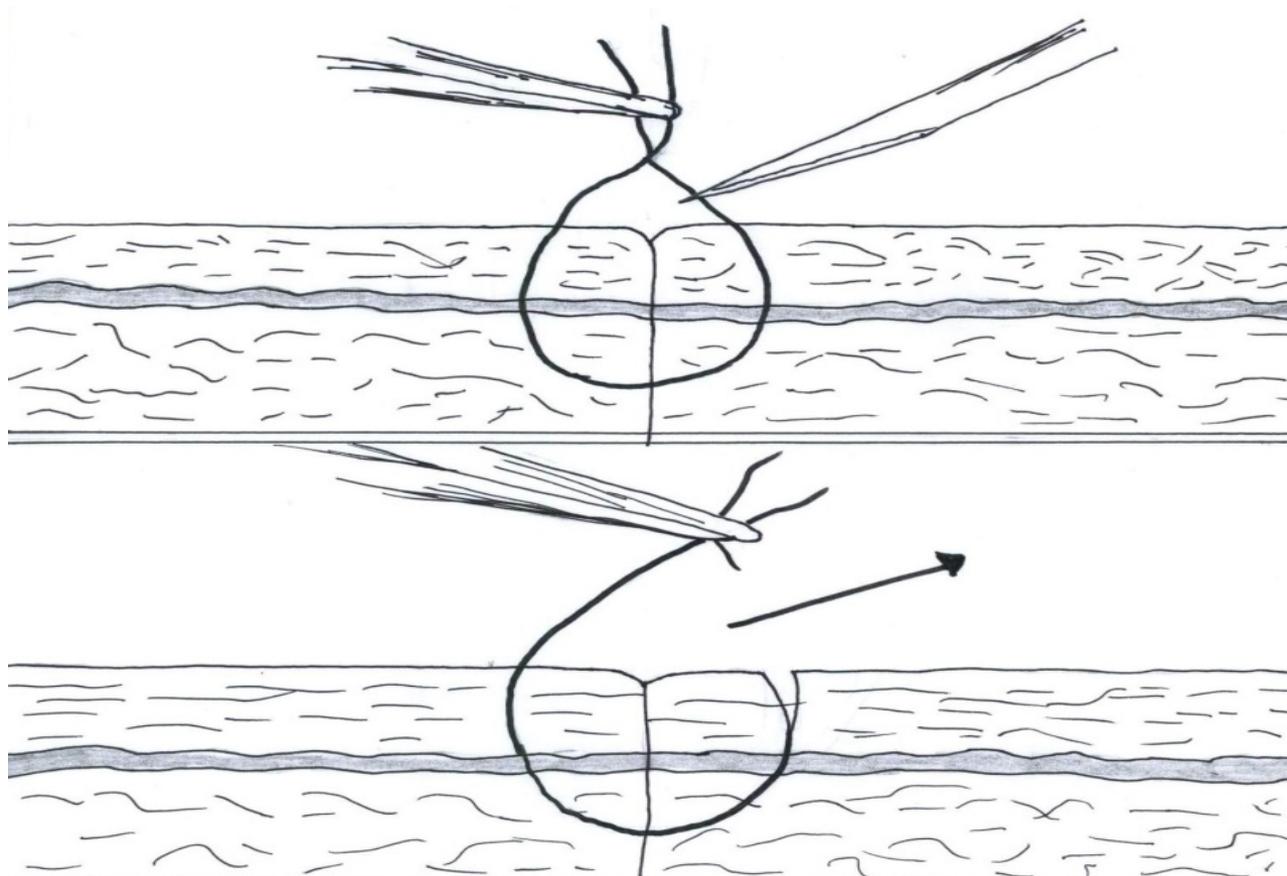
- El tiempo para la retirada de los puntos depende del lugar donde esté la herida y del tipo de hilo o material empleado,
 - Cuero cabelludo: grapas, 8-10 días.
 - Cuello-cara: hilo fino de 4/0 entre 4 a 6 días.
 - Tronco, extremidades: hilo de 3/0 a 4/0 entre 8 a 14 días.
- Debe recomendarse al paciente que mantenga seca y limpia la herida hasta la retirada de los puntos y protegida del sol durante los próximos 6-12 meses.
- Técnica: Sujetar un cabo con las pinzas de disección, estirar hacia arriba con cuidado separándolo ligeramente de la piel. Cortar con tijeras u hoja de bisturí el extremo más corto de la sutura entre la piel y el nudo, de tal forma que la parte que queda sobre la superficie no pase por el interior de los tejidos.
- Estirar con la pinza ligeramente, conteniendo la piel al retirar el punto evitando dehiscencias, hasta extraer completamente el hilo.

¿CÓMO RETIRAR LOS PUNTOS?

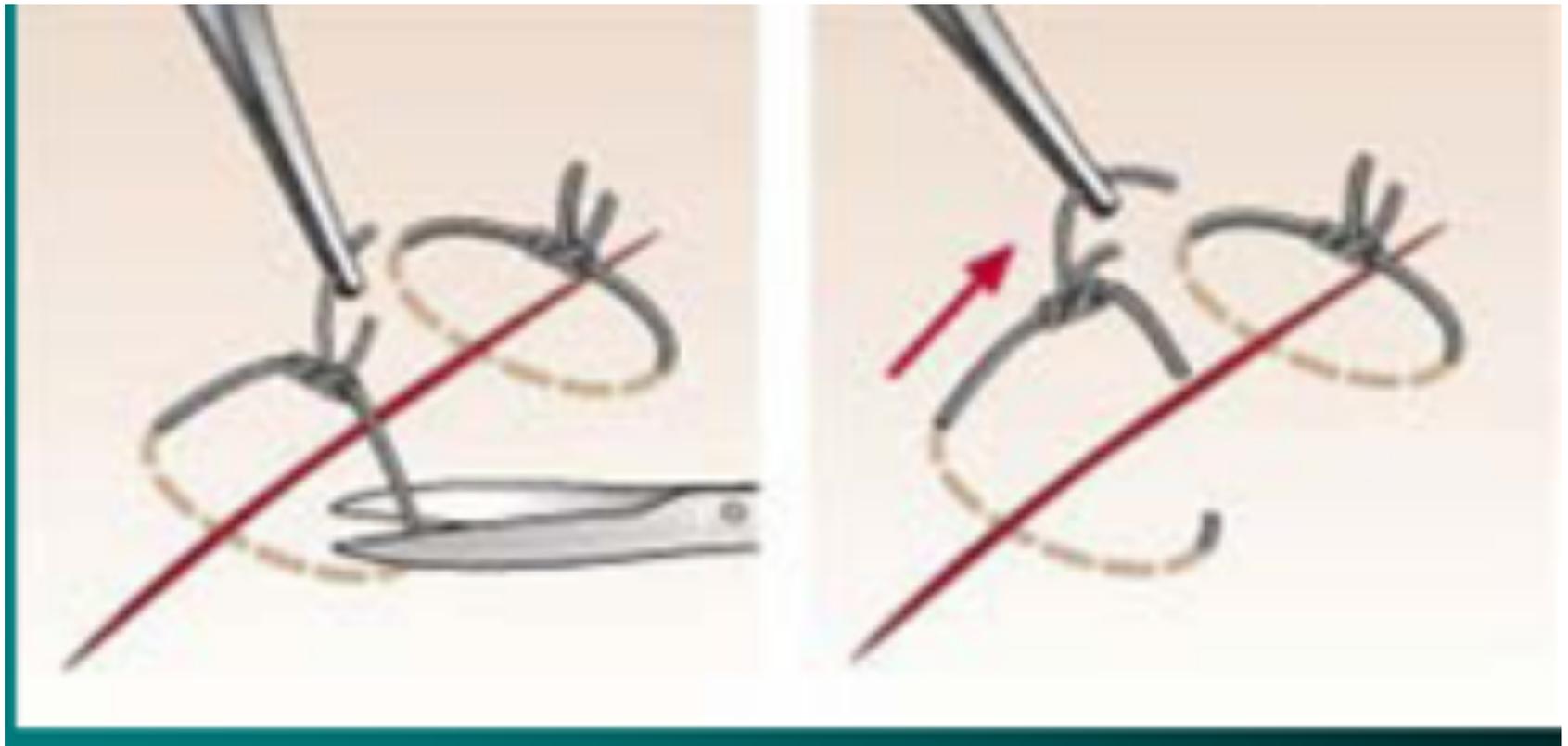


- Debe realizarse mediante una técnica aséptica y estéril y limpiar el área con un antiséptico. Generalmente los puntos son pequeños por lo que su sección con tijera resulta dificultosa, es preferible seccionarlos con un bisturí n° 11 o n° 15. Se toma un extremo de la sutura con una pinza y se moviliza hacia ambos lados suavemente para favorecer la retirada, se corta lo más cerca posible de donde la sutura penetra en la piel para que el tramo de hilo en contacto con el ambiente no discurra por dentro de la piel y se tracciona del hilo con las pinzas hacia el lado de la herida donde se cortó.

RETIRADA DE PUNTOS



RETIRADA DE PUNTOS



COMPLICACIONES DE HERIDAS AGUDAS



- **Hemorragia:** Para evitarla debe usarse un vasoconstrictor, se pueden usar la ligadura de vasos, el bisturí de coagulación, etc.
- **Hematoma-seroma:** Por una deficiente aproximación de tejidos dejando espacios muertos bajo la capa superficial. Van a distorsionar la herida, y pueden llegar a infectarse. Es importante cuando se debe usar una sutura intradérmica.
- **Infección:** Del tejido, o de los bordes, puede llegar a evitar la cicatrización correcta. Se debe evitar prestando atención a la asepsia antes de proceder con la sutura.
- **Necrosis:** Por excesiva tensión de los puntos, que dificultan la circulación. El proceso de reepitelización requiere un adecuado aporte vascular.

COMPLICACIONES DE HERIDAS CRÓNICAS



- **Granuloma:** Producido por reacción del individuo con el material de sutura. Debe retirarse este, limpiar y volver a cerrar la herida.
- **Hiperpigmentación:** Se debe tratar de evitar recomendando al paciente que proteja la cicatriz del sol durante al menos un año. El uso de protectores solares, hará que la nueva piel tenga una pigmentación no excesiva.
- **Cicatriz hipertrófica:** Prominente, pero que respeta los límites de la cicatriz.
- **Cicatriz queloidea:** No respeta límites. Como tratamiento paliativo están las infiltraciones con corticoides, parches de presión, etc.