	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD		Código: TBE. 07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS		Versión: 02
			Página 1 de 15
Revisó Jefe DBU / Jefe SSISDP	Aprobó Rector	Fecha de aprobación Febrero 27 de 2008 Resolución N° 294	

I. OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal médico que labora en Bienestar Universitario, realice de forma adecuada los procedimientos de sutura y cierre de heridas.

2. ALCANCE

Aplica para los profesionales de Medicina de la Sección de Servicios Integrales de Salud en la realización de procedimientos de sutura de heridas. La población beneficiaria son todos los estudiantes de pregrado y postgrado tiempo completo de la Universidad Industrial de Santander que hayan cancelado los derechos de salud en su matrícula.



3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **ANTISEPSIA:** Es el procedimiento o técnica por la cual se destruyen los microorganismos patógenos y contaminantes en un tejido vivo.
- **ASEPSIA:** Conjunto de procedimientos que al ser aplicados evitan la llegada de microorganismos a un medio. En general hace alusión a un estado libre de gérmenes.
- **COMPLICACIONES:** Son aquellas circunstancias previstas e imprevistas que se derivan de una enfermedad, ya sea por su inadecuado manejo o como parte de la evolución de la misma.
- **RECOMENDACIONES:** Son las medidas que se utilizan para prevenir la recurrencia e incidencia de una enfermedad, de manera que se pueda disminuir el impacto público de una entidad en particular.
- **SUTURA DE HERIDA:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la aproximación de los bordes de una herida por medio de puntos, utilizando un material reabsorbible o no, de una lesión ubicada en un tejido blando de nuestro cuerpo. Dicho cierre puede ser de primera intención, cuando por medios físicos se afrontan tejidos separados por eventos mecánicos, realizando hemostasia (proceso para detener un sangrado), evitando un proceso de mala cicatrización, dehiscencias y complicaciones de tipo infeccioso y/o estético; reduciendo así el riesgo para la salud del paciente cuando no se realiza este procedimiento.

4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

4.1 INDICACIONES

- Herida en tejidos blandos sin mayor compromiso que piel, tejido celular subcutáneo y tejido graso.
- Sutura y cierre de una incisión realizada luego de una biopsia o de la extracción de una masa en tejidos blandos.
- Sutura y cierre de una herida provocada por eventos mecánicos o físicos.

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTEL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 2 de 15

4.2 CONTRAINDICACIONES

4.2.1 Generales

- Antecedentes de alergia a anestésicos locales.
- Tiempo de lesión mayor de 12 horas. En estos casos es recomendable el cierre por segunda intención debido a la alta probabilidad de infección o se puede realizar un afrontamiento de planos a las 24 horas luego de una valoración médica.

4.2.2 Relativas



- Trastornos de la coagulación patológicos o por uso de fármacos (anticoagulantes o antiagregantes).
- Situaciones de atrofia cutánea o patología que interfiera en la cicatrización normal. Esta es una contraindicación relativa, dado que es mejor el cierre primario de una herida.
- Infección activa adyacente al sitio del procedimiento.

4.2.3 Locales

- Este tipo de complicaciones pueden presentarse cuando la lesión ha sido en zonas de riesgo anatómico, por ejemplo herida con posibilidad de lesión de estructuras urogenitales, en cara, pabellón auricular y área palpebral, las cuales necesitan una adecuada técnica de cierre quirúrgico.

4.3 MATERIALES

- Jeringa desechable.
- Aguja hipodérmicas (dos), una para infiltrar y otra para tomar la dosis de anestésico.
- Anestésico local “lidocaína al 1% o 2%” con o sin epinefrina.
- Equipo de sutura (Porta agujas, pinza de disección con dientes o sin dientes, tijeras de punta recta, pinzas de Adson con dientes y sin dientes).
- Sutura; varía de grosor según la zona a tratar, desde el 0 el más grueso, a 6:0 el más fino. Las hay de diferentes tipos:
 - Vycril: material reabsorbible, el más adecuado para las suturas intradérmicas, ya que desaparecerá por si solo.
 - Seda: no reabsorbible, multifilamento, natural. Muy flexible, y resistente. Soporta grandes tensiones.
 - Ethylon: no reabsorbible, monofilamento, sintético.
 - Catgut.
- Guantes desechables.
- Gasas.
- Campos cerrado y abierto estériles.
- Hoja de bisturí (opcional).
- Mango para bisturí (opcional).
- Electrocauterio, según disposición del médico tratante. (opcional).
- Esparadrapo de tela y/o micropore.

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 3 de 15

4.4 PREPARACIÓN DEL PACIENTE



- Verificar previamente el cumplimiento de los requisitos mínimos para llevar a cabo el procedimiento.
- La enfermera realiza el registro del estudiante en el SIMSIS y en el formato FBE.69 *Registro de procedimientos a realizar en el área de Enfermería*, con los datos del estudiante y el nombre del profesional que realiza el procedimiento.
- La enfermera prepara los equipos y el material necesario para realizar el procedimiento. Si el procedimiento se va a realizar en cara o mano, el equipo debe contener material para antisepsia en piel y equipo de plastia y curación; si es en otra parte del cuerpo se reemplaza el equipo de plastia por uno de pequeña cirugía.
- El médico verificará que no existan elementos o circunstancias que contraindiquen la realización del procedimiento en un servicio de baja complejidad.

4.5 PROCEDIMIENTO

- Previa explicación del procedimiento y consentimiento del paciente, se ubicará el mismo en una posición que permita comodidad y maniobrabilidad al personal durante el procedimiento.
 - Se realizará una buena técnica de asepsia y antisepsia antes de la ejecución del procedimiento, así como un buen lavado de manos antes de colocarse los guantes, y rasurado en los casos que el médico considere necesario.
 - Se procederá a infiltrar de manera local la zona donde se va a realizar el procedimiento (Ver técnicas de infiltración en *Protocolo de pequeña cirugía: extracción de lipomas o cuerpos extraños en tejidos blandos*, TBE.08).
 - Se procede a cerrar la incisión con una sutura no absorbible y/o absorbible, dependiendo del tipo de herida y la zona en donde esta se ubique.
- **Suturas Absorbibles:** Son aquellas que pueden ser digeridas por enzimas corporales durante el proceso de cicatrización. Las más usadas son de colágeno y fibras sintéticas (Dexon, Vicryl). El catgut pueden ser simple o cromado. El catgut cromado está tratado con una solución de sal crómica que resiste la digestión de las enzimas tisulares por periodos variables durante el proceso de cicatrización. Los materiales simples se usan en tejidos que cicatrizan con bastante rapidez (unos 10 días tales como el subcutáneo). Los puntos crómicos se emplean en tejidos que requieren mayor sostén como son el músculo o el peritoneo (periodo de 20 a 30 días de reabsorción). El dextron tiene una absorción mínima de 15 días y máxima de 30 días.

Existen zonas de la piel donde la retirada de puntos supone mayores molestias para el paciente por la sensibilidad de la misma. En estos casos se utiliza sutura absorbible; los ejemplos más característicos de estas áreas son los genitales y el ano.

- **No Absorbibles:** El material empleado en este tipo no llega a ser afectado por las enzimas digestivas. Los más utilizados son seda, algodón, nylon, dacrón, tetrón, polietileno, acero inoxidable y grapas de metal para la piel. La sutura de seda se compone de multifilamentos trenzados y constituye un elemento resistente y fácilmente manejable, que provoca una mínima reacción tisular. Por su parte, las fibras de algodón y de lino se fragmentan y desprenden más

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 4 de 15

fácilmente, disminuyen su resistencia con el tiempo y aumentan las reacciones locales. El hilo metálico se aplica en zonas donde se necesita una resistencia considerable y duradera, por lo que su uso es muy limitado (suturas de refuerzo, tendones, etc.). Lo mismo sucede con materiales sintéticos no absorbibles (polipropileno, dacrón, etc.), usados principalmente en cirugía vascular debido a su tolerancia y resistencia.

Las agujas pueden ser rectas o curvas y sus puntas triangulares o traumáticas, y cilíndricas o atraumáticas, respectivamente. Las agujas traumáticas se usan principalmente sobre la piel para superar la resistencia de la misma a ser punzada, y las atraumáticas se emplean en tejidos u órganos que no se deben desgarrar (intestinos, vísceras, etc.). (Ver tabla I)

REGIÓN ANATÓMICA	SUTURA	CALIBRE
Párpados	Nylon/Seda	6/0-8/0
Cara	Nylon/Seda/Monofilamento	5/0-6/0
Tronco, Piernas, Brazos	Nylon/Seda	2/0-3/0-4/0
Manos	Nylon/Seda	3/0-4/0
Dedos	Nylon/Seda	4/0-5/0
Pies	Seda	2/0-3/0
Dorso	Seda	4/0
Cuero Cabelludo	Seda	0-2/0-3/0-4/0
Interior Labios, Lengua, Genitales	Dexon	3/0-4/0
	Catgut	3/0-4/0
Mamas	Nylon/Seda	4/0-5/0
Subcutánea	Dexon	2/0-3/0-4/0
	Catgut Simple	3/0-4/0

Tabla I



La técnica de la sutura dependerá del tipo de herida y lesión, en general se puede realizar:

a) SUTURA DISCONTINUA

- **Indicaciones**

- Laceraciones, para reaproximación de bordes.
- En zonas de tensión, supraarticulares.

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

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 5 de 15

- **Técnica:**

Aproximación de los bordes de la laceración, mediante la colocación de puntos simples anudados por separado.

Con las pinzas se eleva uno de los bordes de la herida, mientras que con el porta agujas se introduce la aguja a 1cm desde el exterior hacia el interior (de dermis a hipodermis). Debe deslizarse el hilo de sutura hasta dejar un cabo corto. En el otro borde se realiza la misma operación para pasar el hilo desde el interior al exterior. De este modo tenemos atravesada toda la incisión, con un cabo corto a un lado y uno largo (el cabo de la aguja) al otro lado. Se realiza un nudo de cirujano simple.

Es importante que la cantidad de tejido en cada borde de la incisión sea igual (entre 0,5 a 1 cm).

En una laceración, el primer punto de sutura debe ser colocado en la mitad de la longitud total, y los siguientes puntos en la mitad de cada mitad sucesiva. Así los puntos quedan colocados de forma simétrica. (Ver Figura 1 y Figura 2)

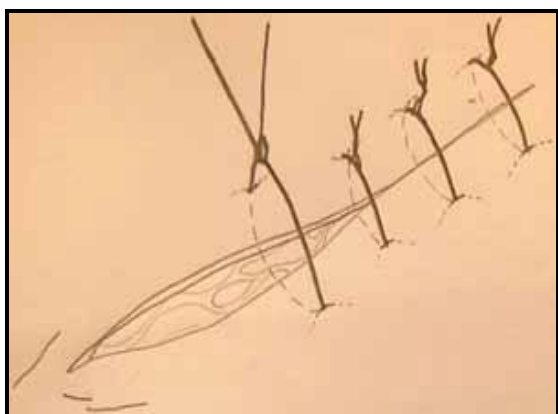


Figura 1

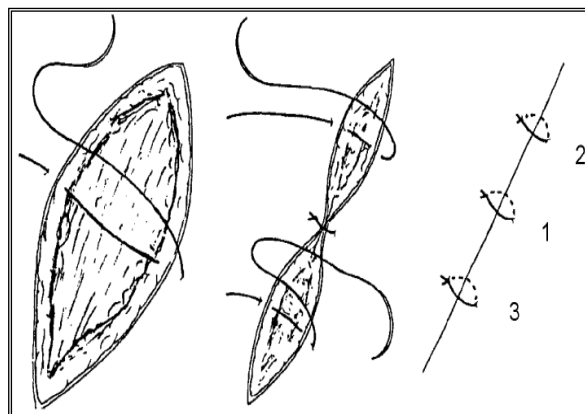


Figura 2

b) SUTURA CONTINUA

- **Indicaciones:**

- Heridas largas, rectilíneas.
- En zonas que no están sometidas a tensión.
- Zonas donde la estética es primordial (forma continua intradérmica).



- **Contraindicaciones:** heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.

- **Técnica:**

Se realiza un primer punto de sutura, pero sin recortar los cabos, de modo que se continúa introduciendo el hilo de forma constante a lo largo de toda la incisión.

Usar las pinzas para separar el tejido.

Cruzar de forma subcutánea formando un ángulo de 45° con el eje de la herida, y salir por la dermis del lado opuesto (en la forma intradérmica, tanto la entrada como la salida se hacen por la

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTEL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 6 de 15

hipodermis) manteniendo estos ángulos, la visión del recorrido hace que parezca perpendicular en la zona superficial mientras que es inclinado en la parte profunda.

Volver a introducir el hilo por la zona enfrentada al punto de salida anterior, y de nuevo 45° subcutánea, atravesando toda la herida.

Para terminar, cortar el cabo unido a la aguja de forma que sobresalga un poco para fijarlo a la piel con un esparadrapo quirúrgico, o realizando un nudo sobre el propio cabo. (Ver Figura 3)



Figura 3

c) PUNTO DE COLCHONERO

- **Indicaciones:**


- Piel laxa, donde los bordes tienden a invaginar. De este modo se dispersa la tensión de los mismos.
- Zonas de mucha tensión.
- La subvariante vertical permite, en la misma operación, suturar varios planos de la herida con el mismo material.
- La variante horizontal, está indicada en pieles gruesas, sometidas a tensión, como palmas o plantas.

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

- **Técnica:**

- **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 más 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, con el nudo habitual. (Ver Figura 4 y Figura 5)

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 7 de 15

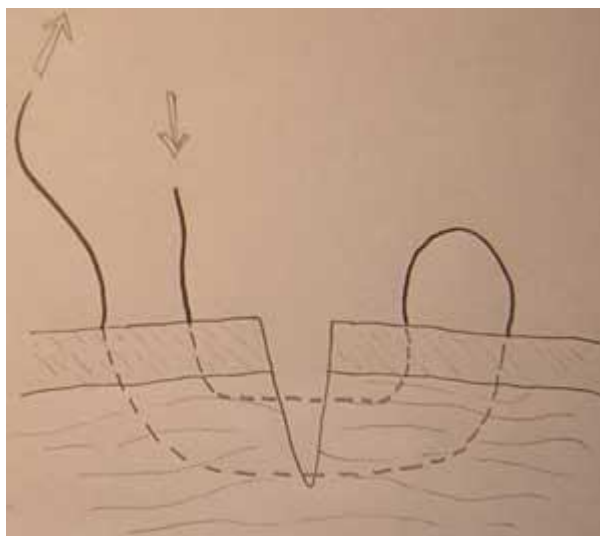


Figura 4

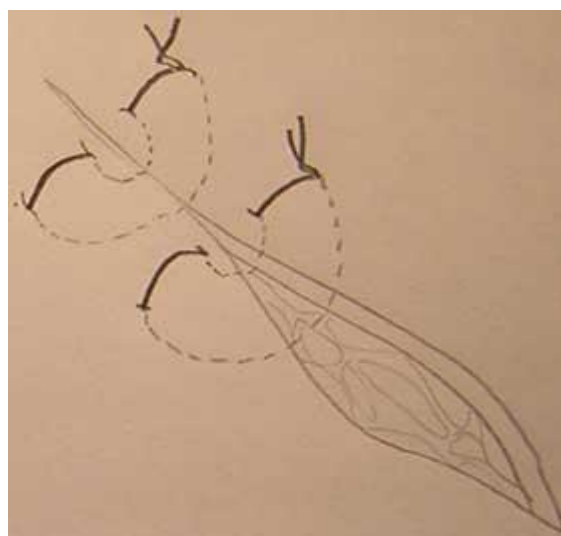


Figura 5

- 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. (Ver Figura 6 y Figura 7).

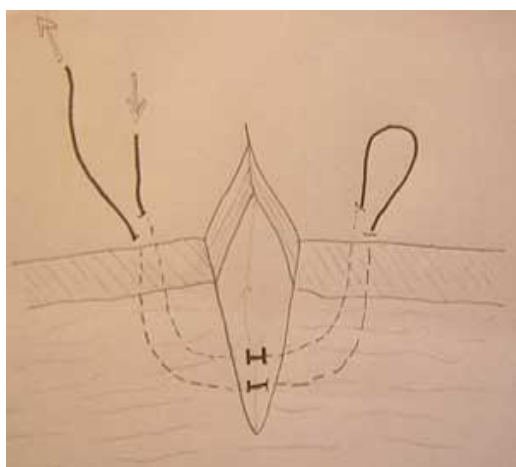


Figura 6





Figura 7

d) SUTURA INTRADÉRMICA

• **Indicaciones:**

- Heridas profundas donde tanto la dermis como la hipodermis deben ser unidas.
- Aproxima los márgenes reduciendo la tensión en la herida.
- Evita los espacios muertos donde se pueden formar hematomas, seromas.

- **Contraindicaciones:** Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, o mala vascularización; No se debe usar para heridas sometidas a tensión, ya que se produciría isquemia de los márgenes y una antiestética cicatriz.

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTEL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 8 de 15

- **Técnica:**

Se trata de unir la hipodermis, sin sobresalir a dermis.

Desde la profundidad de la herida, se introduce la aguja para que salga por la hipodermis, debajo de la superficie cutánea.

Se reintroduce por el otro lado, en esta ocasión desde arriba hacia abajo.

Es importante señalar que el ángulo de entrada y la dirección (desde abajo hacia arriba) es distinto que en los otros puntos, ya que lo que nos interesa es que los cabos queden más profundos que el paso de sutura. Así, cuando se forme el nudo, será más profundo, quedara enterrado y mantendrá más firme la sutura.

Es obligado que la dermis quede intacta. (Ver Figura 8 y Figura 9)

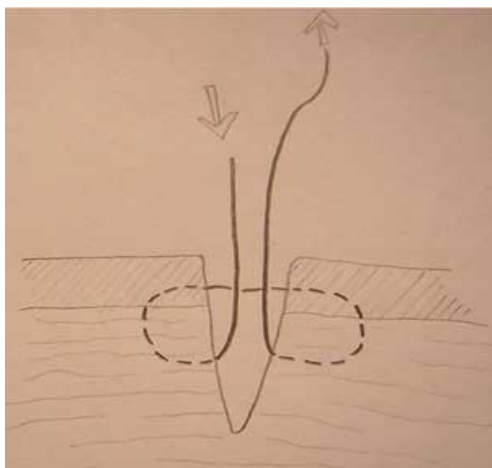


Figura 8

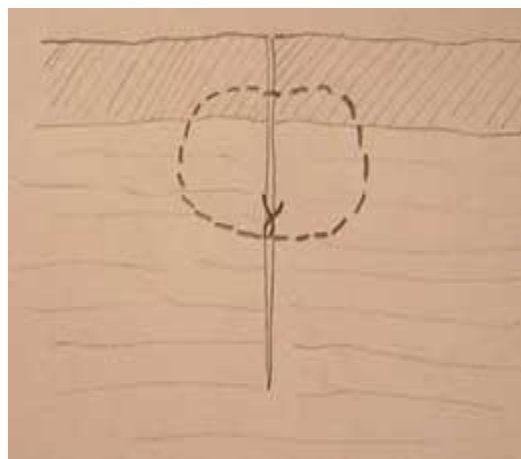


Figura 9

e) LACERACIÓN EN CUERO CABELLUDO

- **Indicaciones:**

- Se recomienda el uso de grapas, para las laceraciones lineales simples.
- Para las complicadas, melladas, se puede requerir el uso de cierre tipo colchonero, continua, etc.



- **Contraindicaciones:**

- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.
- Las grapas pueden actuar como artefacto para la realización de un TC o una RNM.

- **Técnica:**

Rasurar el cabello que dificulte el cierre de la herida, de modo que esta quede al descubierto.

Debe hacerse esto después de limpiar la zona, pero antes de anestesiarse y desinfectarla.

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTEL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 9 de 15

Con las pinzas se juntan los bordes de la herida justo por encima de donde vamos a iniciar la sutura, delante de la grapadora. Así conseguimos que las grapas aproximen los bordes.

Las grapas se retiran mediante un dispositivo especial, como se comentará más adelante. (Ver Figura 10)

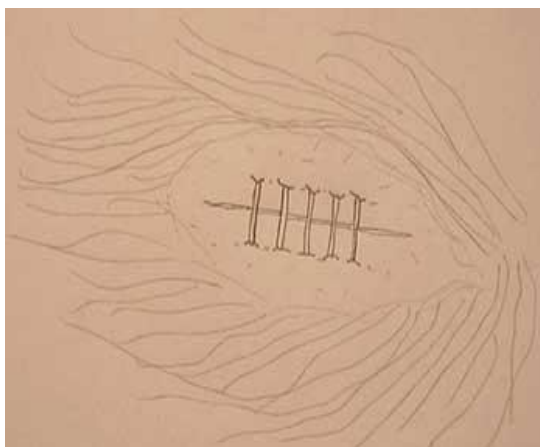


Figura 10

f) SUTURA DE ESQUINA (Colchonero horizontal parcialmente enterrada)

- **Indicaciones:**

Heridas con formaciones triangulares, melladas, con esquinas débiles difíciles de reparar.

- **Contraindicaciones:**

- Escasez de tejido bajo la dermis en esquina.
- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.

- **Técnica:**


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 habitual.

En el resto de la herida se usan los puntos discontinuos habituales u otros según se decida.

Con este punto de sutura, se salvaguarda la esquina del colgajo, que no sufre lesión ni tensión.

La profundidad y la distancia de los puntos deben ser iguales, para evitar disimetrías, y que los bordes queden mal aproximados. (Ver Figura 11)

	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 12 de 15

Se colocan puntos simples en el extremo de la Y formada, creando de este modo una nueva esquina pero ya de tejido viable. En esta zona se coloca un punto de esquina (ya comentado).

Y puntos simples para terminar de cerrar. (Ver Figura 15, Figura 16, Figura 17 y Figura 18)



Figura 15

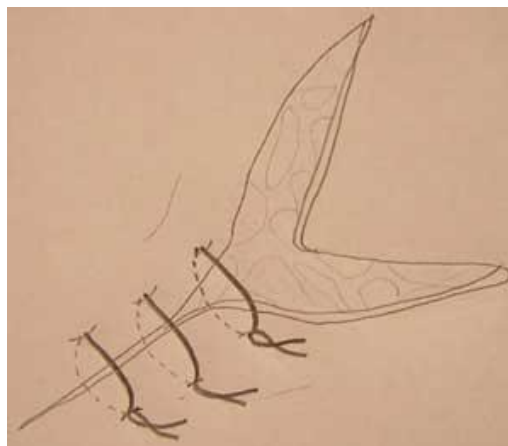


Figura 16

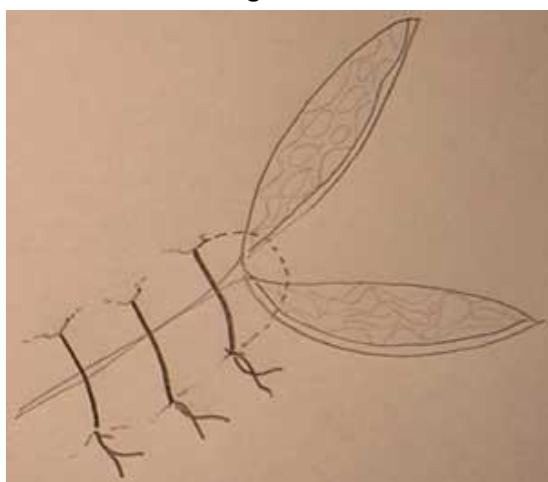


Figura 17

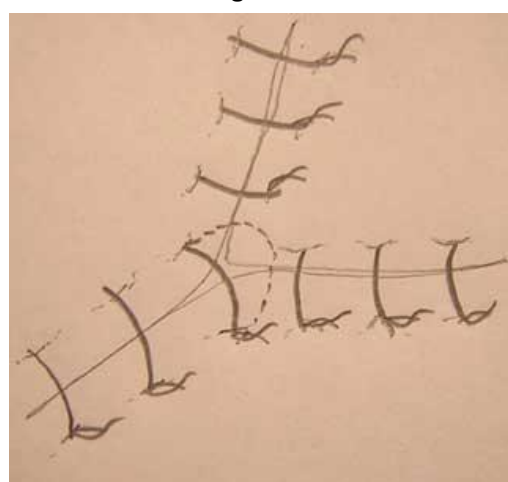




Figura 18

V) Se dan recomendaciones al paciente para curación y cuidados de su herida. Si es necesario se puede prescribir antibiótico oral según el grado de contaminación de la herida por lo general puede ser una penicilina B-lactámico tipo dicloxacilina a dosis de 500 mg vía oral cada 6 horas durante 7 a 10 días, una cefalosporina de primera o segunda generación (cefalexina 500mg cada 6 horas o cefradina 500mg cada 8 horas durante 7 a 10 días) y refuerzo de toxoide tetánico que se puede hacer en todos los casos de la siguiente manera 0.5 ml de toxoide, que se repite al mes y al año, salvo en vacunados en los últimos 5 años.

VI) El tiempo para la retirada de los puntos depende del lugar donde esté ubicada la herida y del tipo de hilo/material empleado (Ver Tabla 2).

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTEL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 13 de 15

Sitio	Adultos	Niños
Cara	4-5	3-4
Cuero cabelludo	7-8	5-6
Tronco	7-10	6-8
Brazo (no en codo)	7-10	5-9
Pierna (no en rodilla)	8-10	6-8
Articulación superficie extensora	8-14	7-12
Articulación superficie flexora	8-10	6-8
Dorso de la mano	7-9	5-7
Región palmar	7-12	7-10
Región plantar	7-12	7-10

Tabla 2



- VII) Al finalizar el procedimiento, la enfermera limpia la zona de la sutura y aplica apósito estéril con esparadrappo hipoalergénico o vendaje para sujetar el apósito si es necesario; con el fin de proteger la herida y evitar el riesgo de infección.
- VIII) Por último, la enfermera organiza los elementos que fueron utilizados en el mismo, desecha el material según lo dispuesto en el manual para manejo de residuos contaminados y recoge el material quirúrgico, preparándolo para su desinfección, según los protocolos existentes para descontaminación de instrumental quirúrgico.
- IX) El profesional tratante, registra en la historia clínica del estudiante del SIMSIS todos los hallazgos del proceso realizado y las observaciones pertinentes de cada caso.

4.6 COMPLICACIONES

Suelen ser mínimas y normalmente son resueltas en la atención primaria. Aunque el cuidado y vigilancia de la herida quirúrgica dependerá del procedimiento realizado, en general se debe revisar al paciente entre 36-48 horas valorando la evolución y haciendo énfasis en los cuidados que debe seguir, así como, cuando se vayan a retirar los puntos.

Dentro de las complicaciones podemos encontrar:

- Hemorragia intra-postoperatoria:** Para evitarla debe usarse un vasoconstrictor siempre que sea posible. Se pueden usar la ligadura de vasos, solución hemostática o el bisturí de coagulación, si fuese necesario.
- Hematoma-seroma:** Producido por una deficiente aproximación de tejidos dejando espacios muertos bajo la capa superficial. Van a distorsionar la herida y pueden llegar a infectarse. Se evitan aproximando correctamente el tejido en toda su profundidad. Es importante considerar cuándo se debe usar una sutura intradérmica, la cual evita dejar espacios muertos.

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 14 de 15

- c) **Infección:** Tanto del tejido, como de los bordes, puede llegar a evitar la cicatrización correcta. Se debe evitar prestando atención a la asepsia antes de proceder con la sutura.
- d) **Dehiscencia:** Por una incorrecta aproximación de bordes, por la retirada precoz de los puntos o por el uso de un material inadecuado (sutura demasiado fina, etc). Puede llegar a requerir una intervención quirúrgica.
- e) **Granuloma:** Producido por reacción inflamatoria local del individuo hacia el material de sutura. Estos deben retirarse, tratando de limpiar y volver a cerrar la herida.
- f) **Necrosis:** Por excesiva tensión de los puntos, que dificultan la circulación. El proceso de reepitelización requiere un adecuado aporte vascular. Es necesario desbridar, tratar como una herida sucia, y vigilar por si se agrava.
- g) **Hiperpigmentación:** Aumento de la coloración (pigmentación) de la piel en el sitio de cicatriz. Se debe recomendar al paciente que proteja la cicatriz del sol durante al menos un año. El uso de protectores solares, hará que la nueva piel no tenga una pigmentación excesiva.
- h) **Cicatriz hipertrófica:** Prominente, pero que respeta los límites de la cicatriz. Suele ser necesaria la derivación para cirugía.
- i) **Cicatriz queloide:** cicatrización anómala de crecimiento anormal, que no respeta los límites de la herida y que es producida por múltiples factores inherentes a la persona. La piel de los varones negros, es muy propensa a este tipo de cicatriz.

4.7 RECOMENDACIONES

En caso de existir alguna condición que contraindique el procedimiento de sutura o que no sea posible el cierre completo de la herida en este nivel de atención, debe remitirse el paciente para manejo especializado según el sitio de lesión y compromiso. También se debe diferir al especialista cuando exista necrosis importante o con afectación de planos profundos. Por otro lado, se debe pensar en la referencia del paciente cuando la herida está situada en una zona de riesgo, como es el surco retroauricular, en cara o próximo a arterias importantes, etc.

El médico expide la orden de medicamentos y da las recomendaciones al paciente sobre curaciones, tiempo para retiro de puntos y consulta.

5. BIBLIOGRAFÍA



BLANCO F, Bruzos G. Guía de práctica clínica de cirugía menor en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. 2011

BROWN, John Stuart. Minor Surgery, A Text and Atlas, 2nd Edition. Chapman & Hall Medical. 1992.

CRACKNELL, Ian D. and Mead, Michael G. Atlas of Minor Surgery. Churchill Livingstone. 1997.

ETHICON, Wound Closure Manual. En:

http://biblioms.dyndns.org/Libros/Cirug%C3%ADa/Libro_de_Sutura.pdf

 	PROCESO BIENESTAR ESTUDIANTIL SUBPROCESO ATENCIÓN EN SALUD	Código: TBE.07
	PROTOCOLO PARA SUTURA DE HERIDAS	Versión: 02
		Página 15 de 15

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Febrero 27 de 2008	Creación del Documento
02	Junio 27 de 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de “Enfermería” del nombre del protocolo. - Modificación del objetivo. - Se complementó el alcance. - Inclusión de definiciones. - Ajuste en el numeral de Indicaciones. - Inclusión de Materiales. - Inclusión del diligenciamiento del formato FBE.69 en la preparación del paciente. - Modificaciones en los pasos del procedimiento. - Se incluyó al final del procedimiento los pasos de limpieza y vendaje de la zona de la sutura y la organización de los elementos utilizados en el procedimiento. - Modificación en la descripción inicial del numeral de Complicaciones. - Se eliminó de Recomendaciones lo relacionado con la organización de elementos utilizados en el procedimiento. - Inclusión de Bibliografía.