

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

**TEMA: DRENAJE DE PARTES BLANDAS, FORUNCULOS,
ABSCESOS, ANTRAX, CELULITIS.**

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

TEJIDOS BLANDOS

Las infecciones de piel y partes blandas constituyen un motivo de consulta frecuente y originan gran parte de las prescripciones de antibióticos en la práctica médica diaria.

El espectro clínico abarca desde procesos leves hasta letales.

Dentro de estos últimos debemos destacar las infecciones necrosantes que conllevan una alta tasa de mortalidad si no se diagnostican y se intervienen de forma precoz.

Este tipo de patología es atendida por diversos profesionales, en atención primaria y especializada, tanto del área médica como quirúrgica, de hecho, los casos más graves requieren un abordaje eminentemente multidisciplinario.

La piel es la principal barrera estructural del organismo, y todo proceso que produzca una alteración en la misma favorece el desarrollo de infección. Ésta puede ser local o diseminarse por vía sanguínea (bacteriemia) o vasos linfáticos (linfangitis). Igualmente, la afección de la piel puede venir en sentido contrario, desde una bacteriemia o viremia desde un punto remoto (por ejemplo, faringe) con siembra en la piel, y las consecuentes lesiones/exantema características (por ejemplo, varicela).

Los mecanismos patogénicos fundamentales de las lesiones de la piel de causa infecciosa son: inoculación directa con respuesta inflamatoria local, como el impétigo; invasión a través del torrente sanguíneo, con multiplicación local posterior -suelen ser exantemas más o menos diseminados, como la varicela o el embolismo estafilocócico-; exotoxinas circulantes liberadas desde lugares remotos -por ej. el síndrome de piel escaldada estafilocócica (SPEE) o la escarlatina; mecanismo inmunológico, como lesiones estériles de la piel asociadas a bacteriemia por gonococo; y manifestación de coagulación vascular diseminada, como en la meningococemia.

Los gérmenes más frecuentemente implicados en las infecciones de la piel son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, y hacia ellos debe dirigirse la antibioterapia empírica administrada cuando esté indicada. Con frecuencia el tratamiento tópico es suficiente, salvo en infecciones extensas o complicaciones (celulitis).

DRENES Y DRENAJES

Dren es cualquier dispositivo que facilita la salida de líquidos o exudados al exterior del organismo, es decir, el drenaje.

Los sistemas de drenaje se clasifican en dos grandes tipos, en función del modo en que se recolecta el material drenado:

No aspirativos; Se utilizan en cavidades formadas o por formar y cuando se favorece el drenaje por la gravedad

o Abiertos: Lo drenado queda recogido en apósitos que se cambian con la frecuencia necesaria. Ej. dedo de guante, Penrose, tubo de látex,

Dedo de guante



Penrose

Consiste en la exteriorización a través de la herida quirúrgica de un tubo de pared muy fina colapsable, que se deja en la cavidad o espacio quirúrgico deseado para que los fluidos salgan al exterior por capilaridad. Se puede conectar o no a un sistema colector. Se emplea sobre todo en el drenaje de abscesos de partes blandas. Su principal complicación es la infección.



Tubo de goma



Cerrados: Se utilizan los mismos drenes, pero adaptándolos a una bolsa colectora (se dificulta así la contaminación secundaria a través del dren).

Aspirativos: Se conectan a reservorios en los que se ha hecho el vacío para favorecer así el drenaje. Son siempre cerrados. Se colocan en cavidades donde es dificultoso o especialmente importante el drenaje de toda colección que esté presente o pueda aparecer. Ej. Buleau, Jackson-Pratt, Redón.

Redon

Consiste en un tubo multiperforado de pared rígida no colapsable, que se conecta a un frasco en el que se ha hecho el vacío para permitir una succión continuada de baja presión.



Jackson-Pratt



Para el drenaje de la cavidad pleural se utilizan tubos, llamados "de tórax", que se caracterizan por su mayor rigidez, y que se conectan a sistemas eficaces de vacío.

Drenaje Torácico

Para el drenaje de la cavidad pleural se utilizan tubos, llamados "de tórax". Se caracterizan por su mayor rigidez, y que se conectan a sistemas de vacío multicamerales (Buleau). Estos sistemas de vacío facilitan el drenaje de aire o colecciones líquidas de la cavidad pleural, y además facilitan el que se mantenga la presión negativa intrapleural, mediante válvulas unidireccionales

Indicaciones:

drenajes profilácticos:

intervenciones con grandes espacios virtuales con colgajos cutáneos
intervenciones donde pequeñas hemorragias son peligrosas
intervenciones con previsible producción de secreciones dañinas

drenajes terapéuticos:

especialmente diseñados para el drenaje de abscesos de abscesos, y otras colecciones patológicas ya formadas en una cavidad corporal, visceral o extravisceal.

Técnicas

Los drenajes se pueden colocar de dos maneras:

A incisión → colocados en la misma herida. Han de ser retirados rápidamente para no dificultar la cicatrización. Se colocan cuando son cavidades superficiales y contenidos limpios

A contra incisión → colocados alejados de la herida, generando una nueva herida. Se usan en cavidades profundas o con contenidos sucios.

Complicaciones:

- salida (desplazamiento del drenaje al exterior)
- pérdida (desplazamiento del drenaje al interior del organismo)
- obstrucción
- infección, vehículo de infección
- lesiones por presión o por decúbito en el trayecto y o la piel de los márgenes.

DRENAJE DE ABSCESOS

absceso cutáneo es una colección purulenta que forma una cavidad y produce una masa fluctuante y dolorosa. Se caracteriza principalmente por la fluctuación y la presencia de signos inflamatorios locales.

Los de las extremidades suelen estar asociados con pequeñas lesiones en piel (cortes, erosiones, pinchazos...). Los de cabeza, cuello y región perineal se relacionan más frecuentemente con la obstrucción de las glándulas sebáceas y apocrinas. El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*, si bien en inmunodeprimidos y otras situaciones especiales (cáncer, diabetes mellitus, determinadas localizaciones), el absceso puede estar colonizado por otros microorganismos.

Pruebas complementarias:

En líneas generales no están indicadas en la mayoría de los casos. Sin embargo, se debe prestar especial atención si:

- Existe reacción sistémica (fiebre, malestar general...): En este caso es aconsejable analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, coagulación)
- En determinadas localizaciones: En caso de afectación de cuello es conveniente realizar Rx de partes blandas con el objetivo de descartar la posible afectación de estructuras vecinas.

Tratamiento: Debe ser siempre el drenaje quirúrgico, por lo que no está indicada la administración de antibióticos vía oral con el objetivo de “reducirlo” o curarlo.

Técnica de drenaje:

1) Lavado de la zona con povidona yodada, aplicada en círculos concéntricos, y esperando unos minutos para que sea efectiva. **2)** Aplicación de anestesia local: Infiltrar alrededor del absceso (como a 0,5-1cm del borde), siempre en tejido sano. Si bien en determinados abscesos muy superficiales o en casos de piel muy macerada puede ser prescindible la anestesia, es aconsejable aplicarla siempre, más si se va a realizar un desbridamiento posterior. Se puede utilizar cualquier anestésico local de los habituales, siendo menos recomendados los anestésicos tópicos en aerosol. A pesar de una buena infiltración, el drenaje es frecuentemente doloroso, pues la eficacia del anestésico se reduce en el medio ácido de un absceso inflamatorio. **3)** Incisión, en la zona de máxima fluctuación, generalmente en el centro del absceso. Debe ser amplia, generosa y profunda, de forma que permita un drenaje completo de la cavidad y un buen desbridamiento. Comprimir la piel alrededor para facilitar la salida de material purulento. **4)** Desbridar: Introducir un mosquito en el interior del absceso y moverlo en distintas direcciones para romper posibles tabicaciones interiores. Comprimir de nuevo en la periferia para extraer todo el contenido. **5)** Lavado de la cavidad con suero fisiológico a chorro (con jeringa) para correcta limpieza del interior. Se puede usar también una mezcla de agua oxigena y povidona yodada al 50%. **6)** Colocación de drenaje: En abscesos pequeños se puede colocar una tira gasa, aunque también puede ser empleado otro

tipo de drenajes (penrose, etc). Esto evitará el cierre precoz de la incisión, dejándolo para cierre por segunda intención. Introducirlo empapado en solución antiséptica con la ayuda del mosquito, dejando parte en el exterior para que posteriormente pueda ser retirado. Se debe informar al paciente de la posibilidad de que haya un pequeño sangrado. **7) Cura oclusiva. 8) Puede ser necesaria analgesia posterior, con paracetamol o metamizol. 9) Cuidados posteriores:** Retirar cura oclusiva a las 24h. Mientras continúen drenando exudados se deberá mantener abierta la cavidad sustituyendo el drenaje de gasa y limpiando con abundante agua oxigenada o povidona diluida. Normalmente en 24-48h es posible retirar el drenaje, dejando para cicatrización por segunda intención.

Forúnculos y ántrax

Tanto los forúnculos como el ántrax pueden afectar a individuos jóvenes sanos, aunque son más frecuentes en personas obesas, inmunocomprometidas (incluyendo a aquellos con defectos en los neutrófilos), ancianos y, tal vez, en quienes padecen diabetes. Pueden ocurrir brotes en lugares con condiciones de hacinamiento y escasa higiene o entre contactos de pacientes infectados con cepas virulentas. Los factores predisponentes incluyen la colonización bacteriana de la piel o narinas, climas húmedos y cálidos y oclusión o anatomía anormal de los folículos (p. ej., comedones en el acné). El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (MRSA) es una causa frecuente.

Los forúnculos son comunes en cuello, mamas, cara y glúteos. Son molestos y pueden ser dolorosos cuando están adheridos a estructuras subyacentes (p. ej., en la nariz, oreja o dedos). El aspecto es un nódulo o una pústula que secreta tejido necrótico y pus sanguinolento. Los carbuncos son cúmulos de forúnculos conectados a nivel subcutáneo. Pueden asociarse con fiebre y postración.



Tratamiento: Drenaje, A menudo, antibióticos eficaces contra MRSA.

Técnica para el drenaje

1. Desinfección de la zona.
2. Preparar y colocar el campo.
3. Utilizar guantes.
4. Anestesiarse la zona.
5. Punción y aspiración.

6. Incisión de la piel.
7. Realizar cultivo.
8. Desbridamiento de la cavidad.
9. Limpieza de la cavidad.
10. Colocar drenaje.
11. Colocar apósito.

Anestesia local.

Jeringa de 10 ml, estéril. Aguja: calibre 25G x 15 mm, calibre 21G x 40 mm. Lidocaína al 1 ó 2%, 10 cc.

Equipo para la intervención.

Bisturí desechable del n° 15 ó 20. Pinza de Kocher. Jeringa de 20 ó 50 ml (según tamaño de absceso). Jeringa de 10 ml con aguja de 21 G x 40 mm. Suero fisiológico. Agua oxigenada y solución de povidona yodada. Dren de caucho o silicona (Penrose), o cinta de gasa de 1/2 ó 1 pulgada. Gasas y compresas estériles. Apósito estéril.

Preparación del personal. Lavado quirúrgico de las manos. Guantes estériles.

Preparación del paciente. Colocación en la posición adecuada, según la zona en la que se encuentre el absceso y procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

BIBLIOGRAFIA:

https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/infecto/2_infecctejidos_blandos.pdf

<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/2.Tecnicas%20de%20Urgencias/DRENAJE%20DE%20ABSCESES.pdf>

<http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/OfertaDocente/Fundamentos/Contenidos/practicas/heridas/drenajes/tecnica.htm>

<http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Drenaje%20de%20abscesos.pdf>