



Mi Universidad

*Nombre del Alumnos: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Incisión y drenajes***

*Parcial: **4°***

*Nombre de la Materia: **Técnicas Quirúrgicas Básicas***

*Nombre del profesor: **Dra. Katia Paola Martínez López***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **6°***

*Ciudad: **San Cristóbal de las Casas, Chis, Mx.***

*Fecha: **20/06/2024***

ABCESOS

El absceso se describe como una infección local que contiene material purulento y está rodeado por tejido inflamatorio. La piel, el tejido subcutáneo y los espacios peridentales son los sitios más comunes, estos últimos son atendidos por los odontólogos.

Los abscesos pueden ser causados por bacterias (generalmente piógenos), parásitos y sustancias extrañas inyectadas o por la presencia de cuerpos extraños.

El diagnóstico es clínico, ya que los abscesos en la piel son fácilmente visibles, de color rojo, elevado y doloroso.

La característica que los distingue es la presencia de puntos blanquecinos en el sitio más prominente y la fluctuación o renitencia de la porción central de la lesión que también llega a mostrar una zona de necrosis cubierta por una costra.

Los abscesos a menudo se ven acompañados de fiebre, malestar general, incapacidad funcional del segmento afectado y leucocitosis.

Antes de hacer cualquier procedimiento quirúrgico se debe explicar con claridad al paciente el diagnóstico, el procedimiento que se propone y describirlo en forma sencilla para recabar el consentimiento informado.

Para tratar un absceso es necesario:

- Bisturí de mango 3 con hoja número 11.
- Pinzas hemostáticas curvas (Crile o Kelly)
- Charola contenedora.
- Gasas estériles de 7 × 7.
- Antiséptico local (clorhexidina o povidona).
- Frasco de 250 a 500 ml de solución salina isotónica.
- Jeringas estériles de 5, 10 y 20 cm³.
- Agujas hipodérmicas de calibres 21 y 25.
- Lidocaína al 1% con adrenalina o sin ella.
- Tubo estéril e hisopos para cultivo.
- Tubo de Penrose estéril para drenaje (puede usarse en forma alterna un dedo de guante quirúrgico).

Es conveniente administrar un ansiolítico (loracepam) a los pacientes que sufren dolor o están muy aprehensivos.

Por su parte el médico debe colocar siempre al paciente en decúbito o en posición sedente y exponer el área operatoria.

Ningún procedimiento considerado menor se debe hacer con el paciente de pie, debido a que durante las maniobras puede perder el equilibrio y caer o perder el estado de alerta.

También debe colocar el mango para tomar la presión arterial no invasiva, la oximetría de pulso es opcional.

Técnica

- Primero se prepara una charola o mesa de Mayo con cubierta estéril para colocar los instrumentos y en una mesa auxiliar cercana se colocan los medicamentos y material consumible.
- El médico debe usar cubrebocas, guantes estériles, vestir bata quirúrgica, además de cargar previamente en una jeringa 20 ml de lidocaína al 1%.
- También debe realizarse lavado de la piel y aplicación de antiséptico.
- Es importante colocar los campos estériles que aíslan el área operatoria.
- Se procede entonces al bloqueo del campo con lidocaína.
- Siempre es preferible aplicar el anestésico por infiltración a un margen distante de al menos 2 cm de la zona inflamatoria o hacer bloqueo regional para evitar la diseminación del pus y del proceso infeccioso.
- Algunos cirujanos recomiendan hacer una primera infiltración con aguja fina en el domo del absceso que será el sitio de la incisión y desechar jeringa y aguja.
- El médico entonces debe esperar la acción del anestésico.
- se practica una incisión con el bisturí 11 perpendicular al absceso hasta obtener la salida de pus, no se debe intentar mayor profundidad para evitar lesiones a los planos profundos.
- Después se debe ampliar la incisión al menos a 1 cm en el sentido de los pliegues normales de la piel y con la pinza hemostática para favorecer el drenaje, tomar muestra para hacer frotis y cultivo con el hisopo estéril. Se realiza el lavado de la cavidad con jeringa y solución salina estéril hasta obtener líquido claro.
- El siguiente paso es insertar el tubo de Penrose y cubrir la herida con gasas estériles y vendaje si fuera necesario.

Así mismo es muy importante asegurarse de hacer diario la curación, reemplazando la gasa con que se empaquetó la herida. Si se ha insertado un drenaje de Penrose, debe recortarse 1 cm diario hasta retirarlo. Es necesario propiciar el drenaje en cada curación para favorecer la granulación de la cavidad y evitar nueva colección de pus.

Algunas colecciones pequeñas no requieren antibióticos

Un último paso es tener al paciente en observación hasta que se realice la curación, misma que suele completarse en ocho días.

Dentro de sus complicaciones podemos encontrar:

- Diseminación de la infección en la misma área.
- Daños a estructuras adyacentes.
- Diseminación de la infección en la sangre y bacteriemia.
- Diagnóstico equivocado.
- Muerte de los tejidos (gangrena).

BIBLIOGRAFIA:

Cirugía 1. Educación quirúrgica, 5e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical. (s/f). En *McGraw Hill Medical*. (S/f). Segoe.es. Recuperado el 29 de junio de 2024, de <https://oncosego.sego.es/uploads/app/1283/elements/file/file1666792866.pdf>