



**Mi Universidad**

## Ensayo

*Nombre del Alumno: Estrella del Carmen Manuel Álvarez*

*Nombre del tema: Tipos de incisiones y cuidados de heridas quirúrgicas*

*Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgica II*

*Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcazar  
Velazco*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6to*

# INCISIONES QUIRÚRGICAS

En cirugía, una incisión quirúrgica es un corte que se hace a través de la piel y el tejido blando para facilitar una operación o procedimiento. A menudo, se pueden hacer múltiples incisiones para una operación. En general, una incisión quirúrgica se hace lo más pequeña y discreta posible para facilitar unas condiciones quirúrgicas seguras y oportunas.

Las incisiones quirúrgicas se planifican en función del grado de exposición previsto para la operación específica planificada. En cada región del cuerpo, es habitual realizar varias incisiones.

## Cabeza y cuello

Incisión de Wilde: esta incisión posaural se utiliza para el drenaje de una variante de la mastoiditis y debe su nombre a Sir William Wilde, un cirujano otorrinolaringólogo de Dublín que la describió por primera vez a fines del siglo XIX. Los médicos afirmaron que la muerte de su hijo, Oscar Wilde, se debió a una meningitis derivada de una infección de oído. Recientemente había sido sometido a una operación, que algunos creen que fue una mastoidectomía.

## Pecho

Estereotomía media: es la incisión principal que se utiliza para procedimientos cardíacos. Se extiende desde la escotadura esternal hasta el proceso xifoides. Se divide el esternón y se utiliza un retractor de Finochietto para mantener abierta la incisión.

Toracotomía: División de las costillas desde el costado del pecho.

## Abdomen y pelvis

Incisión media o laparotomía media: la incisión más común para la laparotomía es la incisión media, una incisión vertical que sigue la línea alba. Las incisiones medias son particularmente preferidas en la laparotomía diagnóstica, ya que permiten un amplio acceso a la mayor parte de la cavidad abdominal.

La incisión de la línea media superior generalmente se extiende desde el proceso xifoides hasta el ombligo.

Una incisión típica en la línea media inferior está limitada por el ombligo superiormente y por la sínfisis púbica inferiormente.

En ocasiones se emplea una única incisión que se extiende desde el proceso xifoides hasta la sínfisis púbica, especialmente en cirugías traumatológicas. Normalmente, se realiza una curva suave alrededor del ombligo.

La incisión de Pfannenstiel, incisión de Kerr o incisión de Pfannenstiel-Kerr es la incisión transversal inferior que se realiza en el segmento inferior del útero, debajo del ombligo y justo por encima de la sínfisis púbica. Se utiliza comúnmente en la cesárea y en la histerectomía abdominal por enfermedades benignas. En la incisión clásica de Pfannenstiel, la piel y el tejido subcutáneo se inciden transversalmente, pero la línea alba se abre verticalmente.

Incisión en chevron: esta incisión es un corte que se realiza en el abdomen debajo de la caja torácica. El corte comienza debajo de la línea axilar media, debajo de las costillas, en el lado derecho del abdomen y continúa a lo largo del abdomen hasta la línea axilar media opuesta, de modo que se corta todo el ancho del abdomen para brindar acceso al hígado. La longitud promedio de la incisión es de aproximadamente 24 a 30 pulgadas.

Incisión de Cherney: Cherney describió una incisión transversal que permite una excelente exposición quirúrgica del espacio de Retzius y la pared lateral de la pelvis. La incisión curvilínea de la piel y la fascia del recto se realiza a 2 dedos por encima de la sínfisis del pubis y se lleva a cabo en líneas de Langer desde 2 dedos medialmente a una espina ilíaca anterosuperior hasta la posición correspondiente medialmente a la espina ilíaca anterosuperior opuesta. La fascia del recto anterior se moviliza distalmente de los cuerpos musculares rectos subyacentes. Los músculos piramidales se disecan y se extirpan de manera aguda para exponer los tendones rectos subyacentes. Con un dedo índice, se desarrolla un plano entre los tendones fibrosos del músculo recto y la fascia transversal subyacente. Con una hoja de bisturí afilada del n.º 10, se seccionan transversalmente los tendones del recto a 1-2 cm distalmente al borde superior del hueso púbico. El músculo recto nunca debe cortarse. Los músculos rectos se retraen y se abre el peritoneo. Los vasos epigástricos inferiores pueden necesitar una división. El cierre se logra con 5 a 6 suturas de colchonero horizontales de sutura trenzada permanente que aproximan los tendones del recto anterior a la fascia del recto anterior intacta. El cierre continuo con sutura monofilamento de los bordes laterales del músculo recto a la fascia del recto anterior previene la hernia. Los pacientes deben usar una faja durante al menos 2 semanas. La falta de incisión proporciona una exposición pélvica más amplia y es relativamente indolora en comparación con las incisiones en la línea media. El resultado es el resultado cosmético más agradable de cualquier incisión abdominal.

Incisión de Kocher: incisión oblicua realizada en el cuadrante superior derecho del abdomen, que se utiliza clásicamente para la colecistectomía abierta. Recibe su nombre en honor a Emil Theodor Kocher. Es apropiada para ciertas operaciones en el hígado, la vesícula biliar y el tracto biliar. Comparte el nombre con la incisión de

Kocher utilizada para la cirugía de tiroides: una incisión transversal, ligeramente curvada, a unos 2 cm por encima de las articulaciones esternoclaviculares;

Incisión de Kustner: se realiza una incisión transversal 5 cm por encima de la sínfisis del pubis, pero por debajo de la espina ilíaca anterior. A continuación, se separa el tejido subcutáneo en la línea media y se expone la línea alba. Se realiza una incisión vertical en la línea media a través de la línea alba. Se tiene cuidado de controlar y ligar las ramas de los vasos epigástricos superficiales. Este paso de la incisión suele llevar mucho tiempo y es una de las limitaciones asociadas. Este tipo de incisión ofrece poca extensibilidad y menos exposición que una incisión de Pfannenstiel.

Incisión de Lanz: una variación de la incisión tradicional de McBurney, que se realizaba en el punto de McBurney en el abdomen. La incisión de Lanz se realiza en el mismo punto a lo largo del plano transversal y se considera cosméticamente mejor. Se utiliza típicamente para realizar una apendicetomía abierta. Existen variaciones en el método utilizado para ubicar la incisión. Algunos cirujanos recomiendan que la incisión se realice aproximadamente 2 cm por debajo del ombligo, centrada en la línea medioclavicular-medioinguinal. Otros implican el uso del punto de McBurney para centrar la incisión (1/3 de la distancia desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el ombligo).

Incisión de Maylard – Una variación de la incisión de Pfannenstiel es la incisión de Maylard en la que los músculos rectos del abdomen se seccionan transversalmente para permitir un acceso más amplio a la pelvis. La incisión de Maylard también se llama incisión de Mackenrodt. La incisión en los músculos rectos se realiza con la ayuda de un cauterio, bisturí o grapadora quirúrgica. Es importante identificar los vasos epigástricos inferiores en la superficie lateral de estos músculos y asegurar su aislamiento y ligadura si la incisión abarcará más de la mitad del ancho del músculo recto. Es aconsejable no separar los músculos rectos de la vaina anterior del recto para evitar su retracción, lo que a su vez facilita el cierre al final del procedimiento. Entre las complicaciones asociadas con este tipo de incisión se encuentra el sangrado tardío de los bordes cortados de los músculos rectos, así como de los vasos epigástricos profundos. Además, dependiendo de la constitución corporal del paciente, esta incisión puede no ofrecer una exposición adecuada al abdomen superior.

Incisión de McBurney/incisión en cuadrícula– Descrita en 1894 por McBurney, utilizada para la apendicectomía. Incisión oblicua realizada en el cuadrante inferior derecho del abdomen, clásicamente utilizada para la apendicectomía. La incisión se coloca perpendicular a la línea espinoumblica en el punto de McBurney, es decir, en la unión del tercio lateral y los dos tercios mediales de la línea espinoumblica. Esta es la incisión utilizada para la apendicectomía abierta, comienza de 2 a 5 centímetros por encima de la espina ilíaca anterosuperior y continúa hasta un punto a un tercio del camino hacia el ombligo (punto de McBurney). Por lo tanto, la incisión es paralela al músculo oblicuo externo del abdomen, lo que permite dividir el

músculo en la dirección de sus fibras, disminuyendo los tiempos de curación y la formación de tejido cicatricial. Esta incisión cicatriza rápidamente y generalmente tiene buenos resultados cosméticos, especialmente si se utiliza una sutura subcuticular para cerrar la piel.

Incisión de McEvedy: la incisión original de McEvedy era una incisión paramediana lateral que se utilizaba para cortar la vaina del recto a lo largo de su margen lateral y obtener acceso tirando del recto medialmente. Esta incisión se volvió obsoleta debido a la alta tasa de hernia incisional. Nyhus introdujo una modificación que utilizaba una incisión cutánea transversal (oblicua) 3 cm por encima del ligamento inguinal y una incisión transversal (oblicua) para dividir la vaina anterior del recto. Luego se tiraba del músculo recto medialmente. Esta modificación evitó la alta tasa de hernia incisional.

Incisión de Turner-Warwick: este tipo de incisión se realiza 2 cm por encima de la sínfisis del pubis y dentro de los bordes laterales de los músculos rectos. Se libera la vaina que recubre los músculos rectos en la sínfisis del pubis, 4 cm transversalmente, y se hace una incisión en ángulo hasta los bordes laterales de los músculos rectos. Los bordes laterales de las incisiones permanecen mediales a los músculos oblicuos internos. La vaina se puede liberar de la aponeurosis con la ayuda de tracción aplicada con pinzas Kocker. Los músculos piramidales suelen dejarse unidos a la aponeurosis. Se separan los músculos rectos y se realiza la incisión en la línea media. Este tipo de incisión es buena para la exposición del espacio retro púbico, pero ofrece un acceso limitado a la pelvis superior y al abdomen.

## Ojo

Queratotomía radial – Se utiliza en cirugía ocular: se realizan micro incisiones corneales para aplanar la córnea y corregir la miopía.

# Heridas quirúrgicas

Una incisión es un corte a través de la piel que se hace durante una cirugía. También se denomina herida quirúrgica. Algunas incisiones son pequeñas, otras son grandes. El tamaño de la incisión depende de la clase de cirugía que se le practicó.

Algunas veces, una incisión se abre. Es posible que se abra toda la herida o solo parte de ella. Su cirujano puede decidir no cerrarla de nuevo con suturas (puntos).

## CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS

Las heridas del sitio operatorio se pueden clasificar en cuatro clases, según la clasificación de Altemeier: Heridas limpias (75%), limpias- contaminadas, contaminadas y sucias o infectadas.

- **Heridas limpias:** son cirugías electivas, se realizan en condiciones estériles, no tienen propensión a infectarse, se cierran por unión primaria y generalmente no se deja drenaje, usualmente no se viola la técnica aséptica durante el procedimiento. El procedimiento no se realiza en la cavidad oro faríngea, tracto respiratorio, alimentario o genitourinario.
- **Heridas limpias-contaminadas:** estas incluyen las apendicetomías y las operaciones vaginales, así como las heridas normalmente limpias que se contaminan por la entrada en una víscera que ocasiona una mínima salida de su contenido. Estas heridas operatorias tienen la flora habitual normal sin contaminación inusual.
- **Heridas contaminadas:** incluyen heridas traumáticas recientes, heridas penetrantes y operaciones en las que se viola la técnica aséptica (como el masaje cardiaco abierto de urgencia).
- **Heridas sucias e infectadas:** son las que han estado muy contaminadas o clínicamente infectadas antes de la operación. Incluyen vísceras perforadas, abscesos, o heridas traumáticas antiguas en las que se ha retenido tejido desvitalizado o material extraño.

Lo anterior es importante ya que, dependiendo, del estado en que se encuentre el paciente se determinará el mejor manejo terapéutico, reduciendo la morbimortalidad de la enfermedad, que ya es grande a causa de la complicación que la patología en estudio representa.

# CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE HERIDA QUIRÚRGICA

Las IHQ se pueden dividir dependiendo de la capa de tejido involucrada en superficial, profunda y de órganos. Desde 1992 el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta junto con la Sociedad del Hospital Epidemiológico de América y la Sociedad de Infecciones Quirúrgicas crearon una división, cada una con criterios diagnósticos específicos.

- **La infección incisional superficial:** involucra desde la epidermis al tejido celular subcutáneo. El paciente puede presentar drenaje purulento con o sin confirmación del laboratorio a partir de la incisión superficial, microorganismos aislados a partir de un cultivo o algún signo de infección como dolor, tumefacción, enrojecimiento calor.
- **La herida profunda:** involucra fascia o músculo relacionados con la incisión y el paciente presenta un drenaje purulento de la incisión, pero no del órgano/espacio, puede haber dehiscencia espontánea de la incisión o incisión abierta por un cirujano cuando existe alguno de los siguientes signos o síntomas: fiebre > 38°C, dolor localizado o tumefacción. Puede incluir herida profunda un absceso u otra evidencia de encontrada durante el examen directo, durante la recuperación o por confirmación histopatológica o radiológica.
- **La herida órgano/espacio anatómico:** la cual involucra cualquier parte de la anatomía (órgano, espacio) diferente a la incisión, que ha sido abierto o manipulado durante una operación que produzca drenaje purulento a partir del drenaje dejado en el órgano/espacio, o que se haya recuperado un organismo por cultivo o un absceso u otra evidencia de infección que compromete el órgano o espacio durante el examen directo, por examen histopatológico o evaluación radiológica.