

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE
DEHISCENCIA COMPLETA DE
HERIDA QUIRÚRGICA DE
ABDOMEN
EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:IMSS-344-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2016

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la dehiscencia de herida quirúrgica abdominal en los 3 niveles de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de "**Evidencias y Recomendaciones**" en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la dehiscencia de herida quirúrgica abdominal en los 3 niveles de atención**. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO
PARA PREVENCIÓN DE
DEHISCENCIA DE HXQX

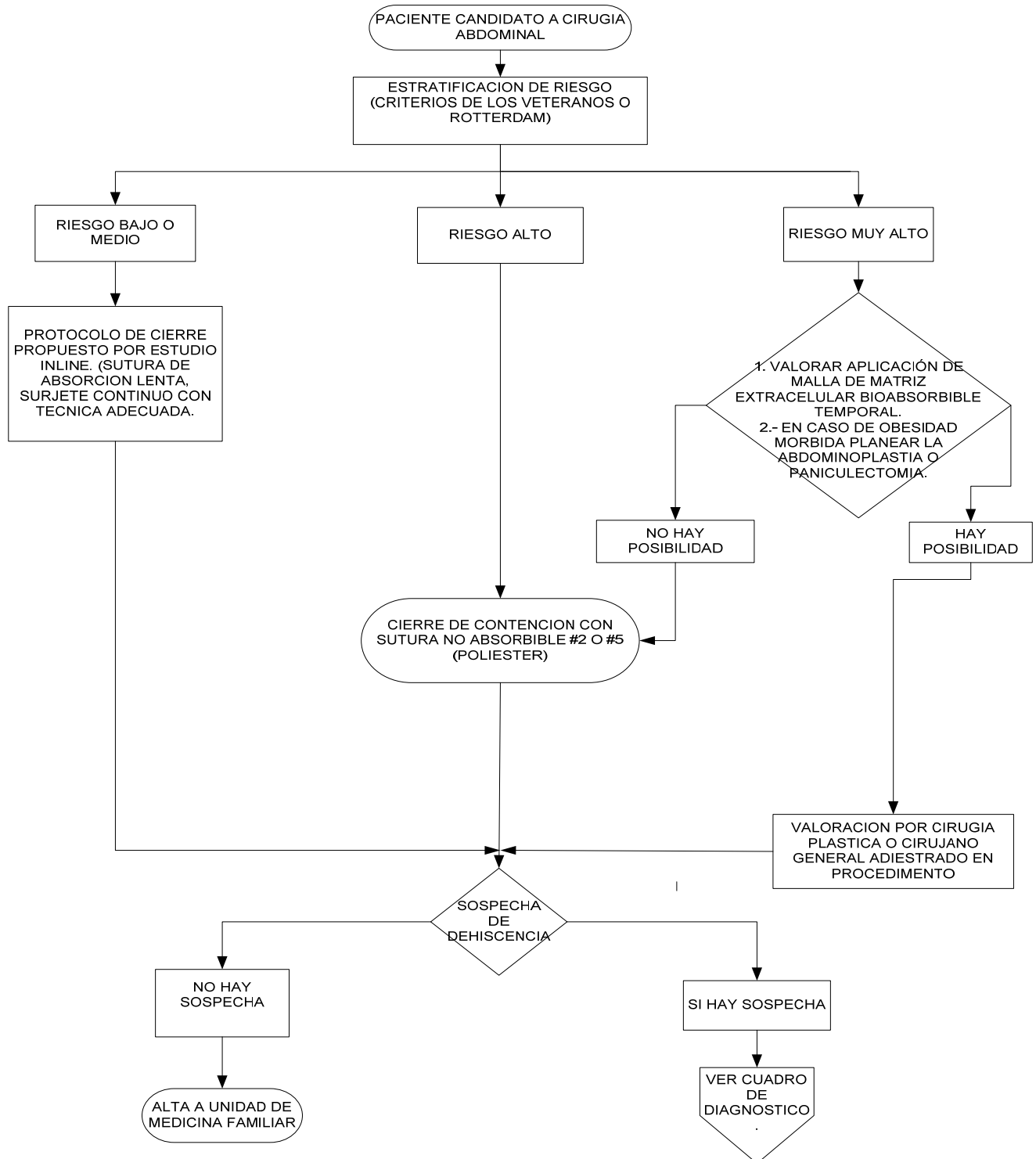


DIAGRAMA DE FLUJO DEHISCENCIA DE HXQX ABDOMINAL. DIAGNOSTICO.

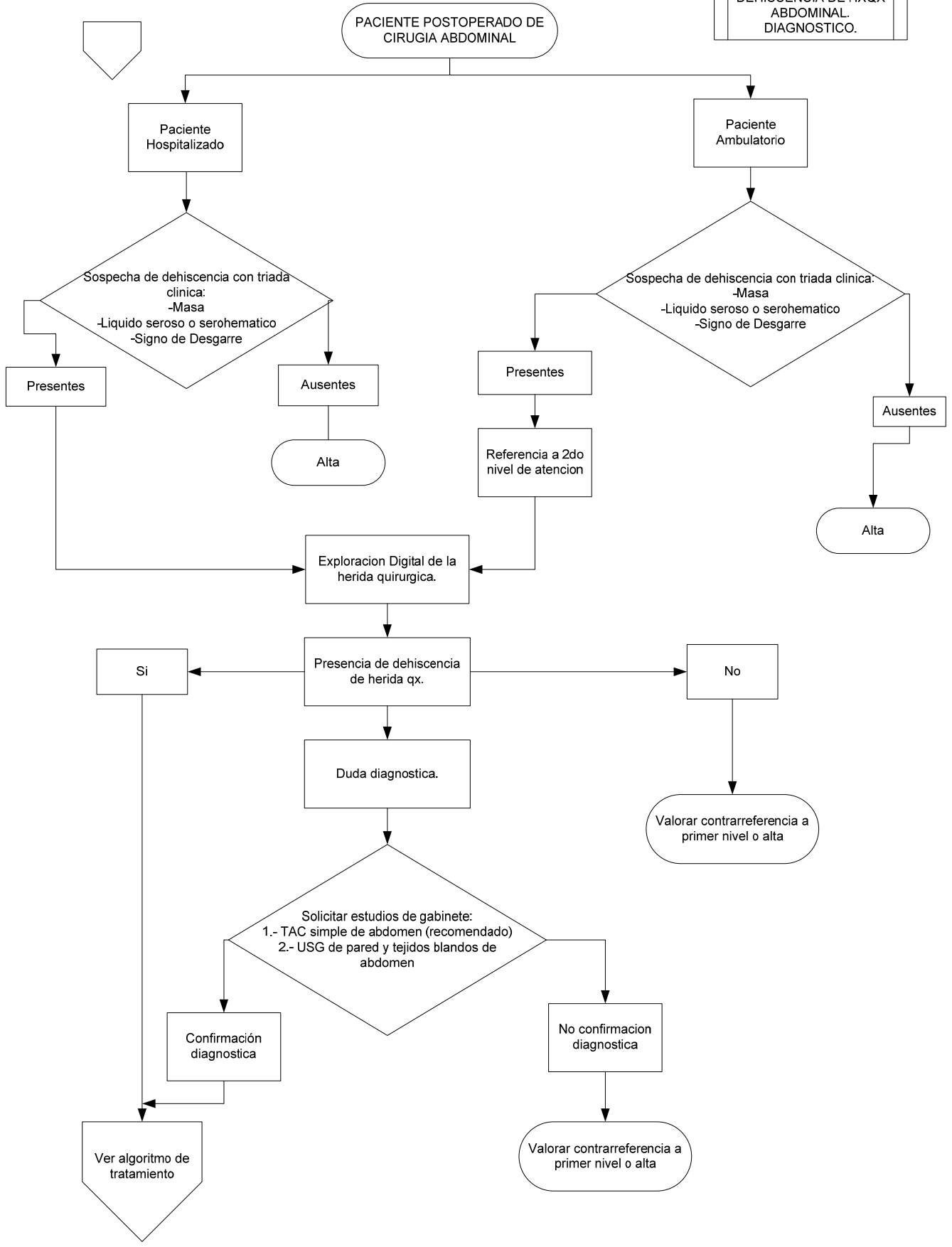
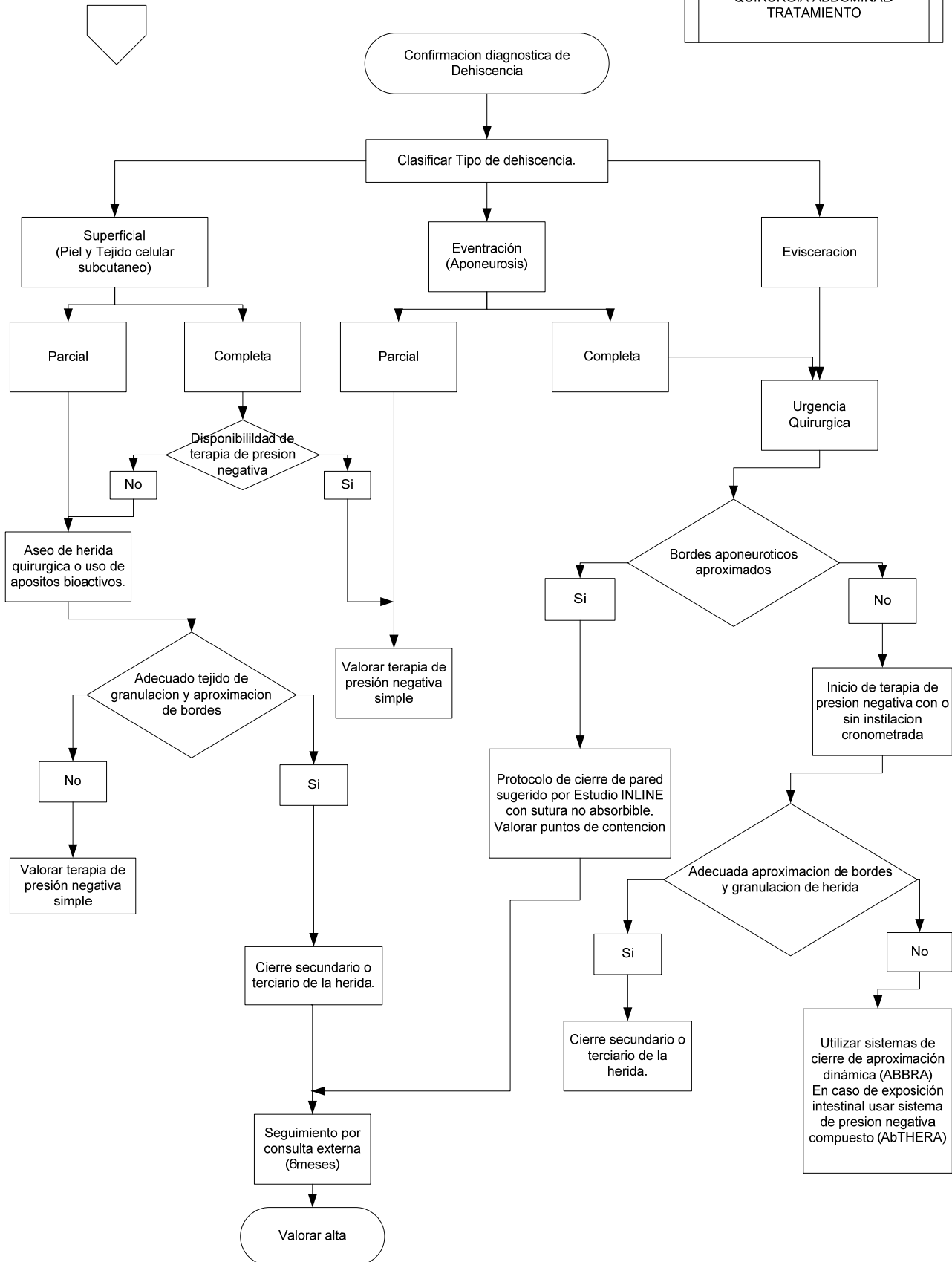


DIAGRAMA DE FLUJO
DEHISCENCIA DE HERIDA
QUIRURGIA ABDOMINAL.
TRATAMIENTO



PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Recomendar el control de enfermedades crónico degenerativas de acuerdo a metas de guías de práctica clínica específicas por parte del personal médico de primer y segundo nivel de atención.	C NICE
En pacientes programados para cirugía abdominal se recomienda identificar, controlar o evita los factores de riesgo para dehiscencia que sean susceptibles de corrección como lo son procesos infecciosos, obesidad, tos crónica , siempre y cuando no requiera cirugía de urgencias.	A Shekelle
Se recomienda aplicar el instrumento de modelo de riesgo para predicción de DHQA pacientes con factores para dehiscencia quirúrgica diseñado por los veteranos y rotterdam (cuadro 1 y 2)	B OCBEM
Considerar a mujeres en puerperio con múltiples cesáreas ó intervenciones quirúrgicas repetidas como pacientes de riesgo para dehiscencia.	B OCBEM
Se recomienda informar a la paciente que a mayor número de cesáreas mayor riesgo de complicaciones	B OCBEM

MATERIALES DE SUTURA Y TECNICA QUIRURUGICA

Recomendación Clave	GR
Se recomienda utilizar el protocolo sugerido por el estudio inline que ha demostrado la mayor eficacia en el cierre de herida quiúrgica abdominal: (ver cuadro 3)	Ib NICE
Se recomienda que la longitud del material de sutura empleado en el cierre de la pared abdominal sea 4 veces más en relación al tamaño de la herida.	A NICE
Es recomendable la colocación de puntos con separación de menos de 1 cm en la fascia.	A NICE

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA

Recomendación Clave	GR*
El uso de antibióticos profilácticos se recomienda en pacientes con factores de riesgo o antecedente de infección de heridas quirúrgicas previas.	A Shekelle

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda en pacientes que presenten en las primeras 3 semanas postquirúrgicas presencia de masa en la herida, salida de material seroso o serohemático y sensación de ruptura realizar una exploración digital completa de la herida.	B Sackett modificado por Malfheiner
Es recomendable establecer el diagnóstico de DHQA en caso de duda diagnóstica a través de tomografía axial computada simple de abdomen y el ultrasonido de tejidos blandos sobre la herida.	Ic NICE

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Para aquellas(os) pacientes con dehiscencias parciales, superficiales o que no puedan llevarse a quirófano por inoperabilidad es recomendable tratarse con apósitos bioactivos para heridas (alginate de plata, calcio e hidrocoloides) (cuadro 6)	B NICE
Se recomienda que en pacientes en radioterapia considerar el tiempo de la radiación. En radiación previa, no operar electivamente durante 6 semanas. En radiación adyuvante se sugiere dejar cicatrizar por 6 semanas las heridas quirúrgicas.	Ib NICE
Se recomienda que la resolución de una eventración completa y evisceración se realice en las primeras 2 horas del diagnóstico para evitar la incidencia de abscesos intrabdominales que puedan evolucionar a sepsis abdominal.	5 SACKETT
Se recomienda que aquellas(os) pacientes con dehiscencias superficiales totales, si existe el recurso se manejen con terapia de presión negativa simple	II NICE
Se recomienda en aquellas(os) pacientes con eventración total o evisceración que tengan bordes aponeuróticos separados se utilicen terapias de presión negativa simple o sistemas de cierre dinámico de herida si se cuenta con el recurso.	II NICE

2. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1 Escala pronostica para dehiscencias de herida quirurgica abdominal de mejoramiento de la calidad quirurgica de los veteranos nacionales de estados unidos de america.

Parametros a tomar en cuenta.

Parametro	Valor de p	Score
EvC sin deficit	0.03	4
Epoc	0.0002	4
Neumonia activa	0.37	4
Urgencia qx	0.0001	6
Tiempo qx mayor 2.5hrs	0.01	2
Cierre por residente	0.003	3
Clasificacion de hx limpia	0.003	-3
Infeccion superficial hx	0.004	5
Infeccion profunda hx	0.0001	17
Dificultad para extubar postqx	0.0001	6
Una o mas complicaciones	0.0001	7
Reintervencion qx	0.0001	11

Categorizacion de riesgos y observacion de dehiscencias.

Categoria de riesgo	Score de riesgo	Prediccion	Observacion del evento
Bajo	Menor o igual a 3	1.47%	1.33%
Medio	4 a 10	2.7%	2.7%
Alto	11 a 14	4.5%	5.6%
Muy alto	Mayor de 14	11%	9.1%

Tomado de: Webster C, Neumayer L, Smout R, Horn S, Ph D, Daley J, et al. Prognostic Models of Abdominal Wound Dehiscence after Laparotomy ity Improvement Program were used to develop and. J Surg Res. 2003;139:130–7.

Cuadro 2. Modelo de Riesgo para predicción de DHQA

Variable	Riesgo de dehiscencia de cirugía abdominal
Edad, en años	
40-49	0.4
50-59	0.9
60-69	0.9
>70	1.1
Sexo masculino	0.7
Enfermedad pulmonar crónica	0.7
Ascitis	1.5
Ictericia	0.5
Anemia	0.7
Cirugía de urgencias	0.6
Tipo de cirugía	
Biliar	0.7
Esofágica	1.5
Gastroduodenal	1.4
Intestino delgado	0.9
Intestino grueso	1.4
Vascular	1.3
Tosedor(a)	1.4
Infección de herida	1.9
Score (mínima –máxima)0-10.6	

Tomado de: Van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, Hop WCJ, Arends P, Boom J, Jeekel J, et al. Abdominal wound dehiscence in adults: development and validation of a risk model. World J Surg. 2010 Jan;34(1):20–7.

Cuadro 3. Protocolo de cierre abdominal sugerido por el estudio Inline

<ul style="list-style-type: none"> 1.- No importa el material de sutura que se utilice siempre y cuando el material sea de absorción lenta (vida media mayor a 180 días).
<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda sutura monofilamento, sin trenzar, no porosa, con fuerza tensil adecuada (sutura mayor 1 punto) y de preferencia inerte, con antibiótico y que no sea propensa a la colonización ni a la formación de granulomas o reacción tipo “stitch abscess point”.
<ul style="list-style-type: none"> Se sugiere por la guía utilizar polidioxanona 1, polipropileno 1 o monocryl 1.
<ul style="list-style-type: none"> Para las heridas limpias, de cirugía electiva y herida en línea media se sugiere utilizar técnica con sutura corrida continua y el mismo material de sutura.
<ul style="list-style-type: none"> Para heridas limpias contaminadas, contaminadas y sucias se recomienda utilizar puntos separados con mismos materiales.
<ul style="list-style-type: none"> Para otros tipos de heridas quirúrgicas (transversas, oblicuas o especiales) se recomiendan puntos separados multicapa de acuerdo a sitio anatómico con mismo material de sutura antes descrito.

Tomado de: Diener MK, Voss S, Jensen K, et al. Elective midline laparotomy closure: the INLINE systematic review and meta-analysis. Ann Surg 2010; 251:843.

Cuadro 6 Recomendaciones para uso de apósitos activos en las heridas y las dehiscencias.

Nombre	Tipo de apósito	Modo de acción	Indicación	Tiempo de uso	Manejo final de la herida
Alginato de calcio	Absortivo, regenerador tisular.	Formación de láminas gelificadas por la absorción del exudado, intercambiando iones sodio por los del calcio del apósito.	Dehiscencias parciales, eventración incompleta. Dehiscencias superficiales.	Recambio cada 5 a 7 días, uso en heridas no infectadas. 2 recambios	Cierre terciario.
Alginato de plata	Antimicrobiano Bacteriostático Absortivo.	Plata es elemento activo contra stafilococo y streptococo.	Dehiscencias parciales, eventración incompleta. Dehiscencias superficiales.	Recambio cada 5 a 7 días en heridas contaminadas, infectadas. 3 o 4 recambios.	Seguido de alginato de calcio.
Apósito hidrocoloide	Barrera mecánica, humidificador de heridas.	Barrera mecánica, aporta hidrogel a tejido de granulación	Heridas granuladas	Recambio cada 3 días. Máximo 2 días.	Cierre secundario o cierre con toma y aplicación e injerto.

Tomado de: Boateng J, Catanzano O. Advanced therapeutic dressings for effective woundhealing—a review. Journal of Pharmaceutical Sciences. 2015;104(11):3653-3680.