

Comprender la dehiscencia en las heridas

Susan Hunter, RN, MSN; Patricia Thompson, RN, MS; Diane Langemo, RN, PhD, FAAN;
Darlene Hanson, RN, MS, y Julie Anderson, RN, CCRC, PhD

AL ACUDIR A LA LLAMADA de un timbre, usted encuentra a Daniela D., de 62 años, sentada en la cama con una mano presionando sobre el abdomen. La Sra. Daniela D., que 5 días antes se sometió a una hemicolectomía izquierda por cáncer, comenta que tuvo ganas de toser de camino al baño y sintió como si algo saliese de su abdomen. La parte inferior de su bata está cubierta de drenaje serohemático. Al examinar su herida, observa que la incisión se ha separado y que se puede ver hasta la fascia.

Debido a que presenta una herida abdominal, la coloca en posición Fowler baja con las rodillas flexionadas para reducir la tensión en la herida. Sus signos vitales son: presión arterial, 140/90 mmHg; frecuencia cardíaca, 96; frecuencia respiratoria, 22; SpO₂, 97%, y temperatura, 36,8 °C. Avise al cirujano inmediatamente y permanezca con la paciente.

Separación de los bordes

La dehiscencia de la herida, o separación de los bordes de la incisión quirúrgica, suele producirse alrededor del séptimo día del postoperatorio. La dehiscencia de la herida puede ser parcial o total y también puede haber evisceración (salida de los órganos abdominales por la incisión). Los factores de riesgo de la dehiscencia de la herida incluyen diabetes, edad avanzada, obesidad mórbida, estrés mecánico sobre la herida, tratamiento con esteroides, desnutrición, perfusión comprometida, malignidad e infección.

Para reducir el estrés mecánico sobre la herida, utilice aglutinantes abdominales en pacientes con riesgo elevado y enseñe a los pacientes a sujetarse la herida al toser.

Puesto que los opiáceos y la inmovilidad aumentan el riesgo de

estreñimiento del paciente, administre laxantes, que pueden ayudar a prevenir el esfuerzo que puede provocar la dehiscencia de la herida abdominal. Controle el estado nutricional del paciente y los valores de glucosa en sangre e intervenga si es necesario. Mantenga un control estricto de las glucemias para promover la cicatrización de heridas. Mantener la glucemia dentro de los límites de normalidad aumenta la capacidad del cuerpo para reproducir tejido de granulación y prevenir la infección.

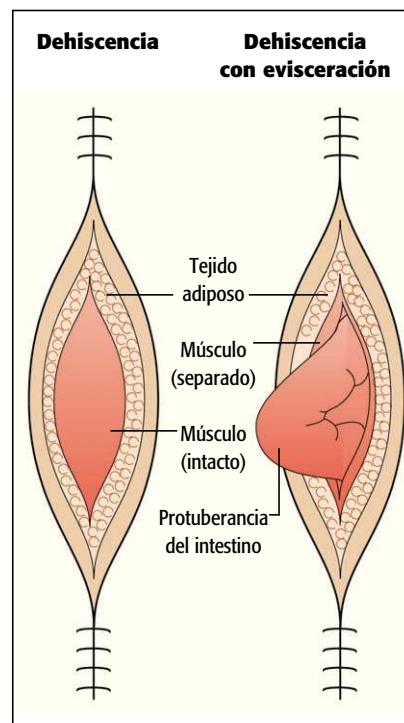
Detección de problemas

Cuando valore una incisión quirúrgica, manténgase alerta de posibles signos de dehiscencia inminente de la herida:

- ¿Están la incisión y el área circundante coloradas, edematosas y calientes al tacto, indicando infección local?
- ¿Se observa drenado? El drenado serohemático posterior a las 48 h de haber cerrado la herida puede ser un signo de dehiscencia inminente. Si el drenado es verdoso o de color crema y la herida desprende olor, sospeche infección.
- ¿Ha observado signos de infección sistémica, como elevación de la temperatura corporal o aumento en el recuento de leucocitos?
- ¿Se observa una elevación en la herida? Esta induración rosada palpable a lo largo de los bordes de una herida cerrada debería ser evidente a partir del quinto día del postoperatorio.

Prioridades del tratamiento

Para tratar a la Sra. Daniela D., coloque temporalmente una gasa estéril con solución salina sobre su herida y controle exhaustivamente sus signos vitales. El cirujano decide que a la Sra. Daniela D. se le aplicará un tratamiento de la herida



con presión negativa (THPN, que se describe brevemente) y el cierre quirúrgico de la herida.

Una herida con dehiscencia puede volver a suturarse o dejarse abierta para que cure por segunda intención después de eliminar el tejido necrótico (si está presente). Si observa tunelizaciones (también llamados trayectos sinuosos), rellénelas suavemente con una gasa humedecida. Esto elimina el espacio muerto, que puede dificultar la cicatrización.

Normalmente, si la herida se deja curar por segunda intención, aplicaría un apósito adhesivo transparente. Pero si la herida produce una gran cantidad de exudado, se aplica un apósito de alginato cálcico y espuma adhesiva absorbente. Lo que se pretende es mantener la base de la herida húmeda para una curación

óptima, pero demasiada humedad puede causar maceración.

Para cubrir una herida infectada y absorber su drenaje utilice apósitos antimicrobianos con iones de plata o impregnados con plata con una gasa seca, o un apósito de espuma. Si el paciente presenta o se sospecha una infección sistémica no confirmada, administre los antibióticos prescritos.

Para las heridas con drenaje moderado o intenso, otra opción es el THPN. Este tratamiento utiliza la aspiración para extraer el exudado, disminuir el edema alrededor de la herida, estimular el crecimiento de tejido de granulación, promover la epitelización y reducir la colonización bacteriana. Se conecta un tubo de drenaje a una esponja especial de espuma colocada sobre la base de la herida que se conecta a una unidad de presión negativa. Siga las instrucciones del fabricante para la THPN, especialmente si se está utilizando en una herida infectada. El tratamiento puede ser incómodo, y debe asegurarse de controlar el dolor del

paciente. Una vez que el drenaje está bajo control, las heridas se pueden cerrar quirúrgicamente o dejar que cicatricen por segunda intención.

Un paciente con dehiscencia de la herida puede ser dado de alta al domicilio con los apósitos o con el THPN hasta que la herida con dehiscencia se cure por segunda intención o hasta que regrese al hospital para el cierre quirúrgico de la herida. Antes del alta, enseñe al paciente y a sus cuidadores sobre cómo cambiar el apósito, con qué frecuencia cambiarlo y cómo valorar los signos y síntomas de infección de la herida. Pídale al cuidador o al paciente que realice un cambio de apósito como demostración. Si se va al domicilio con el THPN, explíquelo al paciente o a su cuidador cómo vaciar el contenedor de recogida y a quién llamar si el dispositivo no funciona.

Habilidad para curar

La vigilancia constante es la clave para identificar a los pacientes con riesgo de dehiscencia de la herida; hay que prevenir los problemas y tratarlos de manera adecuada en caso de que aparezcan. **N**

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Baranoski S, Ayello E. *Wound Care Essentials: Practice Principles*. Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Doughty D. Preventing and managing surgical wound dehiscence. *Advances in Skin & Wound Care*. 18(6):319-322, July-August 2005.
- Mendez-Eastman S. Guidelines for using negative pressure wound therapy. *Advances in Skin & Wound Care*. 14(6):314-325, November-December 2001.
- Mendez-Eastman S. Using negative-pressure wound therapy for positive results. *Nursing2005*. 35(5):48-50, May 2005.
- Monahan F, et al. *Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives*, 8th edition. Mosby, Inc., 2006.
- Moz T. Wound dehiscence and evisceration. *Nursing2004*. 34(5):88, May 2004.
- Schoemann M, Lentz C. Treating surgical wound dehiscence with negative pressure dressings. *Ostomy/Wound Management*. 51(2A, Suppl.):155-205, February 2005.
- Sorensen L, et al. Risk factors for tissue and wound complications in gastrointestinal surgery. *Annals of Surgery*. 241(4):654-658, April 2005.
- Wilson J, Clark J. Obesity: Impediment to postsurgical wound healing. *Advances in Skin & Wound Care*. 17(8):426-435, October 2004.

Susan Hunter es profesora titular de enfermería, Patricia Thompson es profesora clínica asociada de enfermería, Diane Langemo es profesora emérita de Chester Fritz, Darlene Hanson es profesora clínica titular de enfermería y Julie Anderson es profesora asociada de enfermería; todas ejercen en el College of Nursing de la Universidad de Dakota del Norte en Grand Forks.

Enfermería Clínica

La publicación de referencia en investigación
y más útil para la práctica cotidiana

Infórmese en el teléfono
902 888 740
y descubra las ventajas de
ser suscriptor de ELSEVIER



www.elsevier.es/enfermeriaclinica