

VIII CONGRESO



Universidad de Alicante, 9 y 10 de Junio / 2016

#8CongresoScele

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

TÍTULO: Dehiscencia de una herida quirúrgica complicada... ¿cómo afrontarla?

Title: Dehiscence of a complicated surgical wound... How to deal with it?

PALABRAS CLAVE: Dehiscencia de la herida operatoria, Cicatrización de heridas, Tejido de granulación

Keywords: Surgical Wound Dehiscence, Wound Healing, Granulation tissue

Resumen (breve descripción del caso)

Varón de 67 años en seguimiento por urología desde el año 2010 por prostatismo de larga evolución que no responde a tratamiento médico, acompañado de infecciones urinarias de repetición. Ingresa en Abril de 2015 para ser sometido a una intervención quirúrgica, adenomectomía prostática retropúbica con extracción de litiasis vesical, sin presentar signos de infección. Aproximadamente un mes tras la intervención, se retiran agrafes apareciendo dehiscencia de la herida^{1,2,3}, siendo derivado a su Centro de Salud para valoración y seguimiento⁴. Es aquí donde comienza nuestro plan de cuidados.

Valoración

Dehiscencia de una herida postquirúrgica tras adenomectomía prostática retropúbica con más de 48 horas de evolución. Herida de 19 cm de longitud con dehiscencia de 10x5x3 cm con eritema, induración perilesional y ligero exudado seroso.

Diagnóstico/Problema

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea/ Riesgo de infección

CIE-9: Prostatismo con infecciones urinarias de repetición/ Infección herida postoperatoria

Resultados esperados, Intervenciones

NOC₁: Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC₁: Cuidados de las heridas/ Vigilancia de la piel/ Cuidados piel: tratamiento tópico

Resultado esperado: cierre total de la herida sin aparición de queloides. Para ello, cierre por segunda y tercera intención mediante agrafes y mechado con apósito de Ag, con aplicación de antibioterapia de manera profiláctica.

Evaluación

En 75 días se ha conseguido el cierre total de la herida quirúrgica sin aparición de queloides, hecho que se hubiese prolongado en el tiempo con probable aparición de hipertrofia cicatricial, realizando sólo cura por segunda intención.

Bibliografía:

1. Christian S, Pérez JA, Henning E. Heridas: Conceptos generales. Cuad. cir. 2000 Diciembre; 14(1): p. 90-99. Disponible en URL: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art15.pdf>. 2 Kenig J, Richter P, Lasek A, Zbierska K, Zurawska S. The efficacy of risk scores for predicting abdominal wound dehiscence: a case-controlled validation study. BioMed Central. 2014 Septiembre. DOI: 10.1186/1471-2482-14-65. 3. 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 Journal of Surgery. 2010 Enero; 34(20). DOI: 10.1007/s00268-009-0277-y. 4. Lizundia S, Salaberri Y. Úlceras cutáneas: empecemos. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa. 2008 Julio; 16(9). Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v16_n9.pdf

AUTOR/ES: Alemañ Pons R, Alonso Pinos R, Sarrión Peñalver E, Quirante Moya S.

CORREO ELECTRONICO: raquelalemanpons@gmail.com

TELEFONO:

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Mutxamel

TIPO DE COMUNICACIÓN: Póster Comunicación oral

PARA DEFENSA PRESENCIAL: PARA DEFENSA VÍA STREAMING: