



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES Y EXPANSORES TISULARES

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES Y EXPANSORES TISULARES

República Dominicana
Septiembre, 2024



® Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Título original:

Protocolo de Atención para Cirugía de Reconstrucción Mamaria con Implantes y Expansores tisulares (Actualización)

Coordinación editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico y diagramación: Enmanuel Trinidad, DNGP

eISBN: 978-9945-644-64-7

Primera edición

Impreso en República Dominicana, febrero 2017

Segunda Edición

Actualización, septiembre 2024

Santo Domingo, República Dominicana

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Altagracia Milagros Peña Gonzales. Directora de Normas, Guías y Protocolos
Lic. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

EQUIPO ELABORADOR 1ERA. EDICIÓN

Dr. José Luis Acosta
Dr. Enriquillo Clime
Dr. Orlando Vargas

Dr. Carlos López
Dr. Luis Alberto Mejía
Dr. Maikel Jiménez

REVISORES NACIONALES

Dr. Marcos Núñez
Dr. Jorge Asjana

Dr. Jorge Marte
Dr. Tomas Lambertus

REVISORES INTERNACIONALES

Dr. Guillermo Vázquez
Dra. María del Mar Vaquero
Dra. José Tariki

Dr. Patricio Léniz
Dr. Eugenio Olivares
Dr. José Luis Haddad
Dr. Lázaro Cárdenas

EVALUADOR EXTERNO

Dr. Severo Mercedes

Sociedad Dominicana de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética (SODOCIPRE)

Dr. Rubén Carrasco
Dr. Kenneth Schimensky

Dr. Jean Paul Giudicelli

EQUIPO DE ACTUALIZACIÓN 2DA. EDICIÓN

SOCIEDAD DOMINICANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA (SODOCIPRE)

Dr. Carlos López. Secretario general
Dr. Héctor Philades Herrera. Miembro
Dr. Rafael Estévez. Miembro
Dra. Shailyn Mármol. Miembro

SOCIEDAD DOMINICANA DE SENOLOGÍA

Dr. Miguel A. Oller. Presidente
Dra. Wilma Alvarez Grullon. Tesorera

VICEMINISTERIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suárez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dra. Madhelin Delgado. Analista de Documentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación

Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Francisco Torres Lebrón. Director

Dr. Vladimir Guerrero. Coordinador Departamento de Quejas y Denuncias

Dr. Carlos Inoa. Analista

RESOLUCIÓN MINISTERIAL



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Resolución Núm. 0017-2024.

Que pone en vigencia los Documentos Normativos y Técnicos Sanitarios para Diversos Eventos Clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la ley General de Salud No. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina avenida Tiradentes; ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Víctor Elías Atallah Lajam**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral No. 001-0974857-4, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

Considerando (1): Que la rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores.

Considerando (2): Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo. 2

Considerando (3): Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (4): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (5): Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

Considerando (6): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (7): Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (8): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (9): Que, el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (10): Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, de fecha del 13) de junio de 2015.

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

Vista: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

Vista: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Visto: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

Primero: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Normas Generales para la Implementación de la Revista Dominicana de Salud
2. Manual Operativo de la Dirección de Inmunoprevenibles por Vacuna
3. Guía para comunicación sobre Vacunación Segura
4. Manual Integrado de supervisión Monitoreo y Evaluación
5. Procedimientos de cuidados de enfermería en la canalización umbilical
6. Procedimientos de cuidados en personas viviendo con diabetes y enfermedad periodontal
7. Protocolo de atención para cirugía de reconstrucción mamaria con implantes y expansores tisulares
8. Protocolo de atención sobre criterios de seguridad en cirugía plástica de liposucción
9. Protocolo de manejo de Linfoma Hodgkin en niños, niñas y adolescentes
10. Protocolo de manejo de Linfomas No Hodgkin en niños, niñas y adolescentes
11. Protocolo de Manejo de Linfoma Hodgkin en adultos
12. Protocolo de Manejo de la Otitis Media Aguda
13. Guía para el llenado y uso correcto de la Cedula de Salud del niño y la niña menor de 5 años
14. Guía de Atención de las embarazadas con VIH en la República Dominicana (Actualización)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONGs.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los catorce (14) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).


Dr. Víctor Elías Atallah Lajam
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

CONTENIDO

0.	INTRODUCCIÓN	13
1.	ACTUALIZACIÓN	14
2.	OBJETIVO	15
3.	EVIDENCIA CIENTÍFICA	15
4.	USUARIOS DEL PROTOCOLO	15
5.	POBLACIÓN DIANA	15
6.	DEFINICIÓN DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA	15
6.1.	Clasificación	15
6.2.	Factores de Riesgo de Complicaciones Postoperatorias de la Reconstrucción Mamaria con Expansores Tisulares e Implantes	16
7.	MEDIOS DIAGNÓSTICOS.....	16
7.1.	Historia clínica	17
7.1.1.	Anamnesis	17
7.1.2.	Exploración física	17
7.1.3.	Evaluación cardiovascular preoperatoria	17
7.1.4.	Evaluaciones	18
8.	INGRESO Y MANEJO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN.....	18
8.1.	Tratamiento Quirúrgico	19
8.2.	Técnica Quirúrgica	20
9.	EFFECTOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES O EXPANSORES TISULARES EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS.....	21
10.	CUIDADOS EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA.....	21
11.	MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO	22
12.	COMPLICACIONES	23
13.	INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES	23
13.1	Educación para las Pacientes	23
13.2	Para pacientes procedentes del extranjero	24
14.	CRITERIOS DE EGRESO.....	24
15.	INDICADORES.....	25
16.	ALGORITMOS.....	26
	Algoritmo 1	26
	Algoritmo 2	27
17.	BIBLIOGRAFÍA.....	28

0. INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mamaria mejora la imagen corporal de la paciente mediante el uso de técnicas quirúrgicas que simulan una nueva mama. Puede ser llevada a cabo al mismo tiempo que una mastectomía (reconstrucción inmediata) o más tarde (reconstrucción diferida).

Actualmente, la cirugía conservadora es el estándar quirúrgico en el tratamiento del cáncer de mama y debe ser ofrecida siempre que el caso así lo permita.

Anteriormente, si estas pacientes necesitaban radioterapia, la opción de la reconstrucción se retrasaba e incluso se rechazaba; pero, en la actualidad, los avances tecnológicos permiten ofrecer tratamiento a todo tipo de pacientes.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación sobre la reducción de riesgos en la cirugía de reconstrucción mamaria con implantes o expansores tisulares, procedimiento que debe ser realizado por el Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético, Cirujano oncólogo con entrenamiento onco-plástico y Cirujano mastólogo onco-plástico.

Cabe destacar que, este procedimiento debe ser realizado en los centros habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en un quirófano o sala de cirugía y con el cumplimiento de los lineamientos de Cirugía Segura. De igual manera, tiene la intención de informar sobre la seguridad de la cirugía de reconstrucción mamaria con implantes o expansores tisulares a la comunidad científica dominicana, en materia de salud con especial interés al área de especialización de la Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, cirujano oncólogo con entrenamiento onco-plástico y cirujano mastólogo onco-plástico.

1. ACTUALIZACIÓN

Dada la resolución administrativa 000009 del 20 de agosto de 2019, ⁽¹³⁾ que ponían en vigencia una serie de medidas para garantizar la seguridad del paciente en cirugías plásticas de tipo estético y la aparición de nueva evidencia científica, se decidió actualizar el “Protocolo de Atención para Cirugía de Reconstrucción Mamaria con Implantes y Expansores tisulares”, para la inclusión de las medidas de atención y así disminuir la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes.

Como parte del proceso de actualización del mismo, se han incluido acápite nuevos. A continuación, puntualizamos un resumen de las actualizaciones realizadas al documento: Acápites actualizados:

1. Evidencias científicas (fuertes)
2. Factores de riesgo de complicaciones postoperatorias de la reconstrucción mamaria con implantes y expansores tisulares
3. Evaluaciones preoperatorias
4. Manejo farmacológico y no farmacológico
5. Información para los pacientes y sus familiares
7. Manejo de pacientes procedentes del extranjero
6. Criterios de egreso
7. Inclusión de la sección de Indicadores
8. Se agrega *nota aclaratoria* para los cirujanos especialistas vinculados al procedimiento descrito en el presente protocolo.
9. Inclusión de la Escala de Factor de Riesgo del Tromboembolismo Venoso según Caprini como anexo 1 a este documento

1.1 Metodología de Actualización

El documento es una actualización del “*Protocolo de Atención para Cirugía de Reconstrucción Mamaria con Implantes y Expansores tisulares*” del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana del año 2017, en el cual se consideran recomendaciones de Guías de Práctica Clínica Internacionales.

Para su identificación, se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos: TRIP database, PubMed.gov, US Preventive Taskforce, Repositorio Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, entre otras.

Tras esta búsqueda se seleccionó y analizó la Guía “Breast implants: A guide for general practice, 2021”, como evidencia fuerte base para la actualización de definiciones, manejo y seguimiento de las pacientes, que requieren de reconstrucción mamaria con implantes y expansores tisulares.

El trabajo realizado fue asesorado por expertos temáticos, que además del trabajo a distancia a través de comentarios y sugerencias a los borradores, se congregó en tres reuniones presenciales, llegando al consenso publicado.

2. OBJETIVO

Estandarizar las técnicas quirúrgicas a través de la valoración de los factores de riesgo y del seguimiento a las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con expansores tisulares e implantes, a fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas a estos procedimientos quirúrgicos.

3. EVIDENCIA CIENTÍFICA

Kaderbhai A, Broomfield A, Cuss A, Shaw K, Deva AK. Breast implants: A guide for general practice. Aust J Gen Pract. [Internet] 2021; 50(7):484-490. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189547/>

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos especialistas en cirugía plástica, reconstructiva y estética, cirugía oncológica con entrenamiento onco- plástico, cirujanos mastólogos onco-plásticos, oncólogos clínicos, anestesiólogos, profesionales de la radioterapia y enfermería.

5. POBLACIÓN DIANA

Toda mujer que necesite de una reconstrucción mamaria post mastectomía.

6. DEFINICIÓN DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Es el acto quirúrgico que tiene como objetivo restaurar la morfología mamaria, principalmente después de una mastectomía por cáncer de mama.

Para la reconstrucción inmediata o diferida se utilizan diferentes técnicas dependiendo de:

- Tipo de mastectomía realizada
- Condiciones generales de la paciente
- Estadio clínico de la enfermedad
- Pronóstico oncológico
- Tratamiento adyuvante
- Decisión particular de la paciente

Los implantes se pueden colocar por encima o parcialmente por debajo del músculo pectoral mayor y se pueden insertar a través de las incisiones de la mastectomía. ⁽¹⁾

6.1. Clasificación

- Reconstrucción mamaria inmediata: procedimiento realizado al momento de la mastectomía.
- Reconstrucción mamaria tardía: procedimiento realizado en cualquier momento después de la mastectomía.

Nota aclaratoria

1. Al momento de realizarse una reconstrucción mamaria ya sea inmediata o tardía, la misma puede ser realizada por: Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético, Cirujano oncólogo con entrenamiento onco-plástico y Cirujano mastólogo onco-plástico
2. En el caso del tratamiento y simetrización de la mama sana, el cirujano plástico y el cirujano mastólogo oncoplástico, serán los responsables de realizar la cirugía.

6.2. Factores de Riesgo de Complicaciones Postoperatorias de la Reconstrucción Mamaria con Expandores Tisulares e Implantes

- **Fumar**

El tabaquismo es asociado con un mayor riesgo de complicaciones y con un incremento de fracasos en el procedimiento quirúrgico de reconstrucción mamaria.

- **Sobrepeso**

Un índice de masa corporal (IMC) de 25 o mayor es asociado al incremento de los riesgos de complicaciones posoperatorias, y a los fracasos en las pacientes pos mastectomía sometidas a reconstrucción de mama con implantes y expandores tisulares. Estos riesgos son aún mayores en las pacientes con un IMC superior a 30.

- **Tamaño de las mamas**

El tamaño aumentado de las mamas en el preoperatorio puede estar asociado con un mayor riesgo de complicaciones, así como con un mayor riesgo de fracasos en pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con implantes y expandores tisulares.

- **Diabetes**

El paciente diabético posee mayor riesgo de complicación (dehiscencia de heridas, infecciones y necrosis) por lo que se recomienda control glicémico perioperatorio.

7. MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Las evaluaciones prequirúrgicas de las pacientes que serán sometidas a reconstrucción mamaria con implantes y expandores tisulares deben ser:

- Cardiovascular
- Pre anestésica (a fin de aplicar los criterios de clasificación ASA para la valoración de riesgo quirúrgico). En esta evaluación se tomarán en cuenta medidas para la optimización y reducción del riesgo en las pacientes que resulten ser de alto riesgo quirúrgico. Además de que se debe realizar la suspensión de medicamentos específicos, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de evaluación pre operatoria anestésica. ⁽¹⁴⁾
- Oncología.
- Psicológica (Opcional).

- Otras especialidades médicas (de ser necesario en base a los hallazgos e historia del paciente).

De detectarse que un paciente no está apto para la realización del procedimiento, sea por descompensación de patología concomitante, hábitos tóxicos, u otra condición, la cirugía deberá programarse sólo cuando haya transcurrido un período de tratamiento y previa comprobación de la regulación del funcionamiento de los órganos de la paciente.

7.1. Historia clínica

7.1.1. Anamnesis

- Antecedentes de diagnóstico de cáncer de mama.
- Biopsias y/o tratamiento quirúrgico de mastectomía parcial o total, con radiación o no.
- Otros tratamientos relacionados con el cáncer pueden incluir mastectomía radical, quimioterapia o radiación, pudiendo tener un efecto en el sitio de la reconstrucción.
- No sustituir las consultas presenciales previas a la cirugía ni las de seguimiento post quirúrgico a través del contacto telefónico, vía WhatsApp o mediante otras redes sociales.

7.1.2. Exploración física

Verificar en la mama:

- Tamaño y configuración del tejido ausente
- Presencia de cicatrices
- Cambios cutáneos por radiación
- Estado del músculo pectoral
- Complejo areola-pezones
- Comparación con la mama contralateral
- Conveniencia de la reconstrucción inmediata versus la tardía

7.1.3. Evaluación cardiovascular preoperatoria

Pruebas de laboratorio

- Hemograma
- Tipificación sanguínea
- Tiempo de protrombina
- Tiempo de trombolastina
- Orina
- Pruebas virales
- Glicemia
- Proteínas totales
- Urea
- Creatinina
- Prueba de embarazo (cuantitativa)

7.1.4. Evaluaciones

- Evaluación por psicología
- Otra especialidad de ser necesaria

Notas:

- Las pruebas de laboratorio deberán realizarse en la República Dominicana antes de cualquier procedimiento.
- Asegurarse que las evaluaciones cardiovasculares y pre anestésicas sean realizadas por médicos especialistas en esas áreas (cardiólogos o internistas y anestesiólogos, respectivamente) y no más de un mes de vigencia al procedimiento para garantizar la adecuada estratificación del riesgo, al igual que la realización de los exámenes y estudios pertinentes y la determinación del mejor manejo médico para prevenir complicaciones antes, durante y después de la cirugía.
- Comunicar al paciente verbalmente, y no solo mediante la firma de un formato de consentimiento informado, los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos, especialmente los relacionados a la reconstrucción mamaria con implantes o expansores tisulares, así como alternativas de tratamiento, y contestar todas las dudas e inquietudes que el paciente pueda tener.

8. INGRESO Y MANEJO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

a) Junto a sus funciones asistenciales, el personal de enfermería se encargará de:

- Custodiar y complementar el expediente clínico de la paciente durante su estancia en el servicio.
- Garantizar que cuando se traslade la paciente a la unidad, el expediente clínico acompañe a la misma.

Igualmente, los auxiliares de enfermería y/o transporte serán responsables de:

- ✓ Los traslados de habitación y de cama de la paciente durante su estancia.
- ✓ El transporte de la paciente al quirófano (área prequirúrgica), en caso de ser intervenida. El traslado a la UCI será asistido en dicha unidad.

b) Pautas en el manejo de la paciente en sala

- Solución parenteral.
- Antibiótico de elección, según la guía de manejo.
- Analgésicos, según criterio médico.
- Protectores gástricos, según criterio médico.
- Verificar la administración de la pre-medicación y el antibiótico profiláctico.
- Reservar y cruzar paquetes globulares según necesidades de la paciente.

8.1. Tratamiento Quirúrgico

Tareas previas a la asistencia

a) Profilaxis

- Lavado/ducha de área quirúrgica con Clorhexidina
 - Uso ambulatorio por parte de la paciente de clorhexidina jabonosa al 4 %, previa verificación de alergias cutáneas o hipersensibilidad al producto.
 - La clorhexidina al 4 % deberá ser utilizada en el baño de las pacientes (con especial atención a regiones como cuello, tórax, ombligo y pliegues) la noche anterior y el día en que será efectuada la cirugía.
- Profilaxis antibiótica
 - Serán indicados, según las guías informadas por la evidencia científica más actualizada, vía intravenosa 30 a 60 minutos antes de la incisión.
 - Continuar antibióticos más allá del período de 24 horas después de la operación si un drenaje está presente en la proximidad del implante.

Los cirujanos deben cumplir con el protocolo nacional y hospitalario de uso de antibióticos.

- b) Enfermería: correcta preparación de la paciente y de los equipos, según las indicaciones del cirujano.
- c) Previo a la llegada de la paciente y con el fin de garantizar la adecuada preparación del quirófano, serán realizadas las siguientes tareas:
 - ✓ Comprobar la realización de la limpieza en quirófano según los protocolos.
 - ✓ Revisar los equipos.
 - ✓ Verificar la disponibilidad del material y del instrumental necesario.
 - ✓ Los anestesiólogos o el personal de enfermería se encargarán del traslado de la paciente al quirófano desde el área prequirúrgica.
- d) A la llegada de la paciente, serán efectuadas las siguientes tareas.
 - ✓ El anestesiólogo revisará el expediente de la paciente, para: ⁽¹⁴⁾
 - Confirmar que el nombre y el tipo de operación coinciden con la reserva del quirófano y con la documentación de prescripción y autorización. ⁽¹⁴⁾
 - Verificar que el consentimiento informado esté firmado de acuerdo con lo definido en la legislación vigente.
 - Llenado de la Lista de Verificación para la seguridad de la cirugía. ⁽⁹⁾
 - Comprobar la existencia del informe pre anestésico.
 - Clasificación ASA¹. ⁽¹⁴⁾

¹ Es la clasificación diseñada por la American Society of Anesthesiologists centrada en el estado físico de los pacientes, que pudiera asociarse a riesgos potenciales quirúrgicos.

- La Unidad de Anestesiología revisará el cumplimiento de las medidas previas obligatorias (ayunos, ausencia de prótesis dental y de objetos metálicos; así como administración de profilaxis antibiótica, si se requiere).⁽¹⁴⁾
- Manejo farmacológico de comorbilidades (fármacos que deben ser interrumpidos o continuados).⁽¹⁴⁾
- La Unidad de Enfermería asegurará la preparación del campo quirúrgico, según el protocolo de su área.
- El anestesiólogo procederá con la técnica anestésica seleccionada, la preparación preoperatoria y la administración de ansiolíticos, sedantes y analgésicos.⁽¹⁴⁾
- La técnica anestésica puede variar de una anestesia regional con o sin sedación, a una anestesia general inhalatoria. La preparación prequirúrgica y la técnica de elección dependerán del criterio y las habilidades del anestesiólogo y del consenso entre el anestesiólogo y el cirujano; así como del tipo específico de paciente sujeto de intervención.⁽¹⁴⁾

Medidas de prevención de tromboembolismo

- Aplicar la tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular según la escala de estratificación de riesgos de la enfermedad tromboembólica. Usar medidas preventivas conforme a la escala de Caprini. (Ver Anexo 1)
- Uso de medias elásticas de compresión moderada o de compresión neumática intermitente durante el transquirúrgico y el posquirúrgico inmediato, hasta que el paciente deambule.
- Estimular los movimientos con los pies en la cama y la deambulacion, tan pronto como el procedimiento y la anestesia lo permitan.

8.2. Técnica Quirúrgica

La elección de la técnica quirúrgica dependerá de las condiciones generales de la paciente y del criterio médico.

Asistencia

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para la intervención quirúrgica exceda al previsto inicialmente, un miembro del personal de enfermería se comunicará con los familiares de la paciente, a fin de darles una información breve sobre la marcha de la intervención.

Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la Descripción Quirúrgica con letras legibles y sin abreviaturas, e informar a la paciente y/o a sus familiares del resultado de la misma.

Matriz Dérmica Acelular (MDA)

La evidencia sobre MDA en la reconstrucción pos mastectomía con expansores tisulares e implantes de mama es muy variada y contradictoria; por tanto, los cirujanos deberán evaluar cada caso clínico individual y objetivamente, para determinar su uso.

a) Terapia con radiación

El momento óptimo para la aplicación de radioterapia es entre la 8va y 16va semanas después de la mastectomía.

La radioterapia está asociada a un incremento en el riesgo de complicaciones y al fracaso de la reconstrucción en pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción de mamas con expansores tisulares e implantes. Las pacientes deberán ser informadas sobre estos riesgos.

b) Quimioterapia

La quimioterapia preoperatoria no parece ser un factor de riesgo importante en las complicaciones post-operatorias ni en los fracasos de las reconstrucciones en pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción de mamas con expansores e implante.

Los hallazgos inconsistentes y la falta de evidencia definitiva deben alertar a los médicos a evaluar cada caso de manera particular.

9. EFECTOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES O EXPANSORES TISULARES EN LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS

- La reconstrucción post mastectomía con expansores o implantes no afecta negativamente los resultados oncológicos.
- La decisión de aplicar a la paciente radioterapia pos mastectomía deberá ser tomada por un equipo multidisciplinario.

10. CUIDADOS EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

El anestesiólogo decidirá el momento oportuno para su traslado: ⁽¹⁴⁾

- A la unidad de recuperación post-anestésica
- A planta
- A la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Comprobando, antes del traslado, el estado hemodinámico y de alerta de la paciente, así como cualquier signo de efectos secundarios.

a) Cuidado y manejo post-operatorio

Los médicos del área y el personal de enfermería se encargarán de: ⁽¹⁴⁾

- Monitorear los signos vitales de la paciente cada hora durante las primeras cuatro horas.
- Si los signos vitales de ésta se mantienen estables, entonces serán verificados cada cuatro horas.
- Vigilar sangrado.
- No administrar nada por vía oral.
- Cuidado del drenaje.
- Cura local de la herida quirúrgica (sí lo requiere).
- Anotar ingresos y egresos de líquidos cada 24 horas.
- Manejo multidisciplinario, de ser requerido.
- Soluciones parenterales a criterios del médico.

11. MANEJO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Como parte del cuidado post-operatorio, el paciente tendrá que deambular y mantener la herida seca, con o sin apósitos. También será objeto de cuidados nutricionales.

11.1. Soluciones Parenterales

- Lactato de Ringer
- Solución salina al 0.9 %
- Indoxitol
- Solución mixta al 0.9 %

11.2. Medicamentos que serán utilizados a criterios del médico

• Antibioterapia

De preferencia usar antibioterapia 2da y 3ra generación de acuerdo al tiempo quirúrgico:

- Cefalosporinas

En caso de alergias usar: Quinolonas o Clindamicina.

En su defecto, se recomienda indicar antibioterapia de acuerdo a las guías informadas por la evidencia científica más actualizada.

• Protectores Gástricos

- Omeprazol, Esomeprazol o Pantoprazol.

• Analgésicos

- Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides (AINES).
- Opiáceos.

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería registrarán los datos de la intervención en el expediente del paciente.

12. COMPLICACIONES

Entre otras, podrían presentarse las siguientes complicaciones:

- Infección
- Retardo en la cicatrización
- Necrosis de piel
- Extrusión del implante y/o expansor
- Mala posición o pérdida del implante y/o expansor
- Contractura capsular
- Dehiscencia de la herida
- Hematoma y/o seroma
- Necrosis grasa
- Deformidad cosmética
- Cicatriz inadecuada (queloide)
- Complicaciones tromboembólicas

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería registrarán los datos de la intervención en el expediente clínico del paciente y en los formularios correspondientes.

13. INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

- Informar tipo de procedimiento realizado y área intervenida.
- Información de cuidados posoperatorios: deambulación activa y mantenimiento de la herida seca, con o sin apósitos.
- Pronóstico de reinserción de la paciente a sus actividades cotidianas, de acuerdo con la intervención quirúrgica realizada.
- Recomendaciones nutricionales y fármacos prescritos.
- Señalar signos de alarma en el posoperatorio: fiebre, salida de secreciones purulentas a través de la herida, malestar general, dificultad respiratoria, dolor o mareos.
- Fijar la próxima cita luego del egreso, según el criterio médico.
- Educar a los pacientes sobre la importancia de no ocultar información sobre sus hábitos tóxicos y antecedentes patológicos y quirúrgicos y explicarles los riesgos que para su salud conlleva no proveer al médico los elementos necesarios para una adecuada valoración del riesgo quirúrgico.

13. 1 Educación para las Pacientes

- Consideraciones para la planificación quirúrgica:
 - Orientación preoperatoria de parte del cirujano plástico, mastólogo y oncólogo que realice el procedimiento.
 - Información a las pacientes sobre el aumento de riesgos.
 - Dejar de fumar por lo menos 30 días previo al procedimiento quirúrgico para disminuir las complicaciones.

- Informar a las pacientes obesas de los altos riesgos quirúrgicos con reconstrucciones con expansores tisulares e implantes y sugerir soluciones prácticas de pérdida de peso.
- Explicar a la paciente y a sus familiares el procedimiento que será realizado, su intención y posibles consecuencias.
- Evaluar las opciones de reconstrucción inmediata versus tardía.
- Tomar en cuenta el tratamiento previo con radiación en el área quirúrgica al momento de la toma de decisiones.
- Responder las preguntas de las pacientes.
- Firma del documento de Consentimiento Informado por parte de la paciente. Conforme a lo establecido en el Reglamento Técnico del Expediente Clínico.⁽¹⁷⁾

13.2 Para pacientes procedentes del extranjero

- Haber recibido información sobre su tratamiento en un idioma que comprenda, incluido el derecho a recibir un resumen del progreso y término del mismo, por parte del médico tratante y la traducción de los documentos, si es necesario.⁽¹³⁾
- El paciente debe recibir una copia de sus documentos médicos, para la continuidad de la atención y seguimiento en su país.
- Cuando sea necesario, se le debe dar una lista detallada de instrucciones y recomendaciones médicas para el período después de su partida. Esta información debe incluir una descripción del tiempo de la recuperación esperada y el tiempo necesario antes de viajar a su país, si es posible.⁽¹³⁾
- Después de realizada la cirugía, recomendar a la paciente que debe permanecer en el país un tiempo prudente para su recuperación, el cual no sea menor de diez días para vuelos continentales (oceánicos) y no menor a veintiún días para los intercontinentales (transoceánicos), a partir de la fecha del procedimiento.⁽¹⁰⁾

14. CRITERIOS DE EGRESO

El egreso del paciente post quirúrgico se realizará luego de cumplidas entre las 24 a 48 horas del procedimiento realizado si sus condiciones lo permiten.

Al momento del egreso la misma, debe presentar:

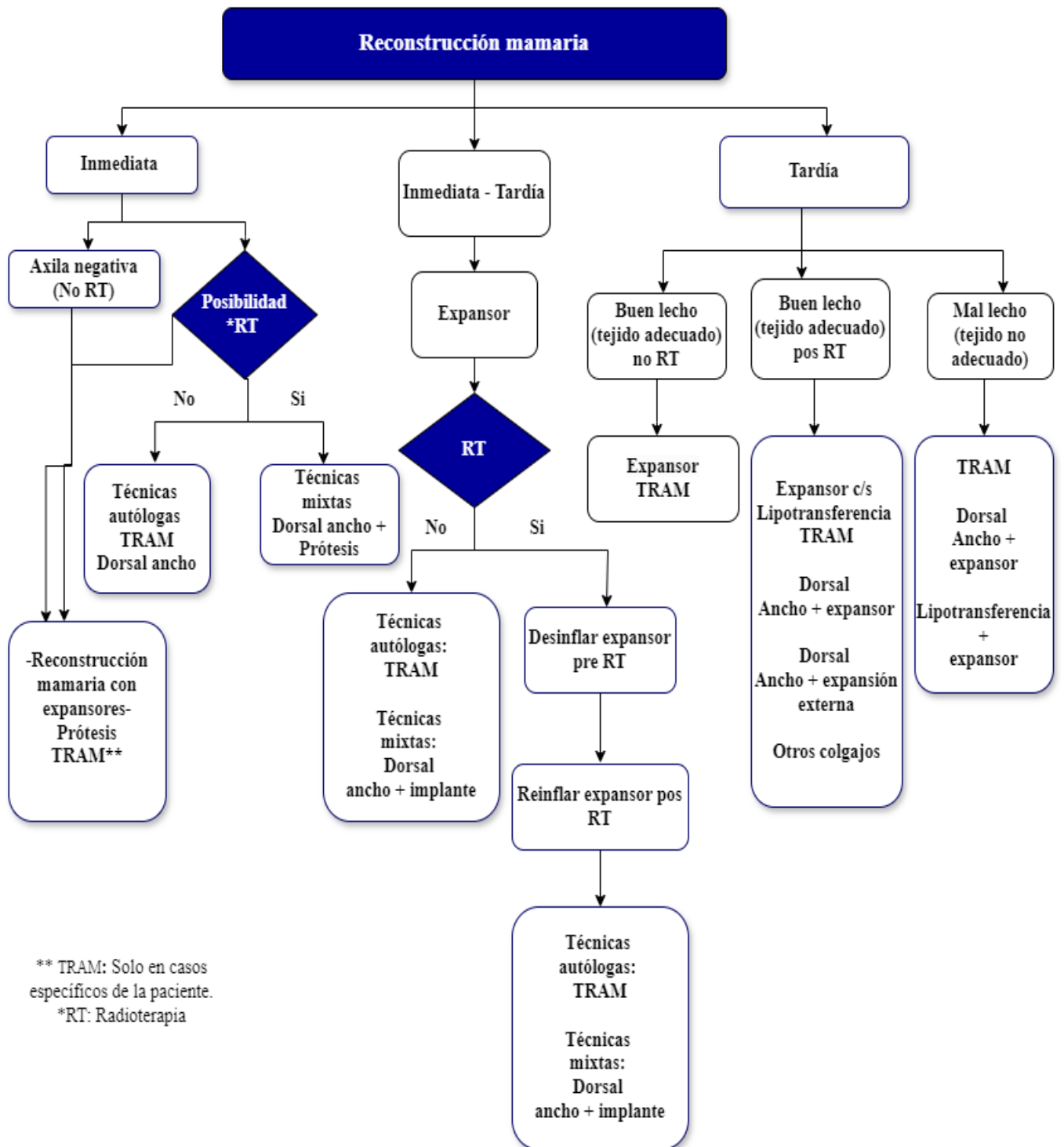
- Estabilización hemodinámica
- Tolerancia a la ingesta de alimento
- Ausencia de fiebre
- Ausencia de signos de infección de la herida

15. INDICADORES

Proceso de atención	Indicador
Tratamiento	Número de pacientes a las que se les realizó reconstrucción mamaria con el uso de Implantes y Expandores tisulares de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el presente protocolo, que presentaron eventos adversos posterior a la intervención.

16. ALGORITMOS

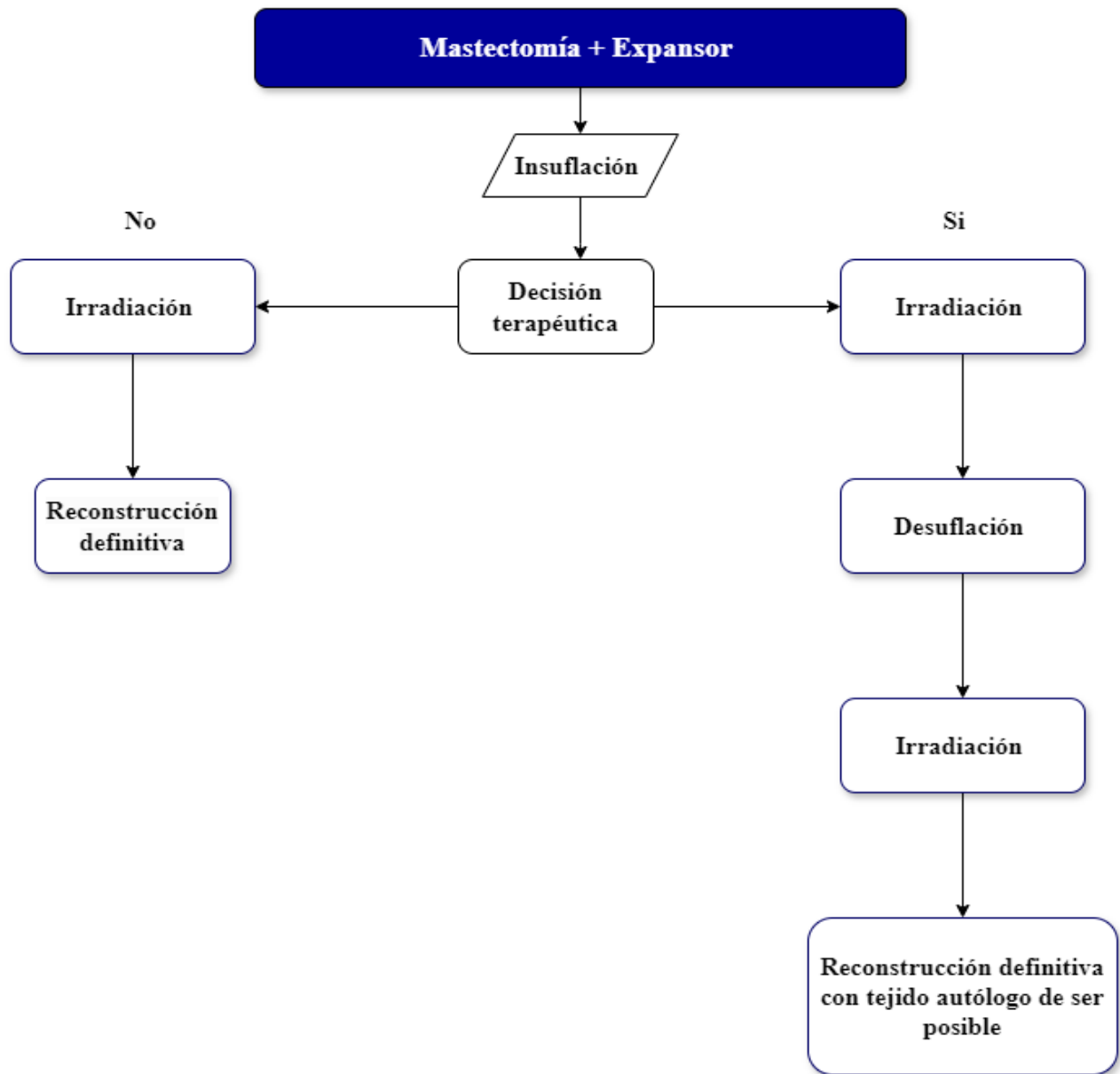
Algoritmo 1



Adaptado de: Jugenburg M, Disa JJ, Pusic AL, Cordeiro PG. Impact of radiotherapy on breast reconstruction. ⁽¹⁸⁾

Nota: este algoritmo es una guía informativa que puede variar de acuerdo a la evolución de la paciente, y el expertiz del cirujano, por lo que el criterio del médico tratante estará basado en la evidencia científica más actualizada.

Algoritmo 2



Adaptado de: Jugenburg M, Disa JJ, Pusic AL, Cordeiro PG. Impact of radiotherapy on breast reconstruction. ⁽¹⁸⁾

Nota: Este algoritmo es una guía informativa que puede variar de acuerdo a la evolución de la paciente, y el expertiz del cirujano, por lo que el criterio del médico tratante estará basado en la evidencia científica más actualizada.

17. BIBLIOGRAFÍA

1. Kaderbhai A, Broomfield A, Cuss A, Shaw K, Deva AK. Breast implants: A guide for general practice. Aust J Gen Pract. [Internet] 2021; 50(7):484-490. [citado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189547/>
2. American Society of Plastic Surgeons. Evidence based clinical practice guideline: breast reconstruction with expanders and implants. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons 2013 Mar. 23g C p. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=46086>
3. Manuel Algara López, Antonio Piñero Madrona, Juan Salinas Ramos, Gregorio Gómez Bajo. Radioterapia y técnicas de reconstrucción mamaria. Radiotherapy and breast reconstruction techniques. Vol. 26. Núm. 1. Enero - Marzo 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131>
4. Said HK, Javid SH, Colohan S. Breast reconstruction following mastectomy: indications, techniques, and results. In: Cameron JL, Cameron AM, eds. Current Surgical Therapy. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.
5. Bratzler, D., Dellinger, E., Olsen, K., Perl, T., Auwaerter, P., Bolon, M. Weinstein, R. (2013).
6. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. 70,195-283. Acceso septiembre 10, 2015, Recuperado de: <http://www.ajhp.org/content/70/3/195.full.pdf>
7. Reichman, D.E., Greenberg, J. Reducing Surgical Site Infections: A Review. Rev Obstet Gynecol 2(4), 212-221. Acceso septiembre 14, 2015. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812878/>
8. Zywiell, M.G., Daley, J.A., Delanois, R.E., Aaron, J.J., Mont, M.A. Advance preoperative chlorhexidine reduces the incidence of surgical site infections in knee arthroplasty. International Orthopaedics (SICOT), 35, 1001-1006. Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167398/pdf/264_2010_Article_1078.pdf
9. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Santo Domingo. 2015. Recuperado. http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Reglamentos/REGL_ConsultaGuiaQuirurgica_20140421.pdf

10. Pedro Ibarra, Jorge Arango, Jorge Bayter, Jorge Castro, Julián Cortés, Martha Lascano, Eduardo Lema Flórez. Consenso de la Sociedad Colombiana de anestesiología y reanimación, SCARE, y de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica sobre las recomendaciones para el manejo de pacientes electivos de bajo riesgo. (2009) Rev. Col. Anest. Vol. 37- No. 4: 390- 403. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-3347200900400009
11. Implantes de mamas| Portal Regional de la BVS. Recuperado el 27 de enero de 2016, a partir de: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es&tree_id=E02.218.565&term=mamop&tree_id=E02.218.565.210&term=
12. Coleman EA, Coon SK, Thompson PJ, Lemon SJ, Depuy RS. Impact of silicone implants on the lives of women with breast cancer. Oncol Nurs Forum. [Internet] 1995; 22(10):1493-1500. [citado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8577618/>
13. República Dominicana, Ministerio de Salud. Resolución administrativa 000009 del 20 de agosto de 2019. Rep. Dom. Repositorio.MSP. [Internet] 2019; 8pgs. [citado el 01 de julio 2024] Disponible en: <http://repositorio.ministeriodesalud.gob.do/handle/123456789/1472>
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo de Atención para la Evaluación de la Anestesia Perioperatorio. Rep. Dom. Repositorio.MSP. [Internet] 2017; 15pgs. [citado el 01 de julio 2024]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/>
15. Russa L. Consejo Nacional de Competitividad. Adtusalud.org. Rep. Dom. [Internet] 2019; 144pgs. [citado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://adtusalud.org/wp-content/uploads/2019/05/Estudio-y-Diagn%C3%B3stico-del-Turismo-de-Salud-y-Bienestar-en-Rep%C3%BAblica-Dominicana.pdf>
16. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre el Turismo de Salud. Adoptada en la 69ª Asamblea General de la AMM, Reikiavik, Islandia. Wma.net. [Internet] 2018; 7 pgs. Aprox. [citado el 22 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-el-turismo-de-salud/>
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento Técnico para la Gestión del Expediente Clínico. Rep. Dom. Repositorio.MSP. [Internet] 2023; 65 pgs. [citado 13 de agosto 2024] Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/>
18. Jugenburg M, Disa JJ, Pusic AL, Cordeiro PG. Impact of radiotherapy on breast reconstruction. [Internet] Post-Surgical Breast Recons. 2007 34(1), 29-37;

Disponible en: [https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298\(06\)00123-4/abstract](https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298(06)00123-4/abstract)

19. Escala de Factor de Riesgo del Tromboembolismo Venoso de Caprini. EMPENDIUM.COM. [Internet] 2-3 pgs aprox. [actualizada en junio 2024; citado 13 de agosto 2024]. Disponible en: https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_0539

ANEXO 1

Escala de Factor de Riesgo del Tromboembolismo Venoso según Caprini

1 pto.	2 ptos.	3 ptos.	4 ptos.
<ul style="list-style-type: none"> – edad 41-60 años – cirugía menor – IMC >25 kg/m² – edema en los miembros inferiores – varices en los miembros inferiores – embarazo o puerperio – antecedente de abortos no explicados o repetidos – anticoncepción oral o terapia hormonal sustitutiva – sepsis (<1 mes) – neumopatía grave, incluida neumonía (<1 mes) – alteraciones funcionales de los pulmones – infarto agudo de miocardio – diagnóstico o agudización de la insuficiencia cardíaca (<1 mes) – antecedente de enfermedad intestinal inflamatoria – enfermo en tratamiento conservador, encamado 	<ul style="list-style-type: none"> – edad 61-74 años – intervención artroscópica – cirugía mayor abierta (>45 min) – intervención laparoscópica (>45 min) – antecedente de neoplasia maligna – encamamiento (>72 h) – inmovilización de la extremidad con yeso – catéter venoso central 	<ul style="list-style-type: none"> – edad ≥75 años – antecedente de ETV – antecedente familiar de ETV – neoplasia maligna o quimioterapia – déficit de antitrombina, de proteína C o de proteína S – portador del factor V Leiden – mutación G20210A del gen de la protrombina – anticoagulante lúpico – anticuerpos anticardiolipina – anticuerpos contra β₂-glicoproteína – trombocitopenia inducida por heparina (TIH) – otra trombofilia congénita o adquirida 	<ul style="list-style-type: none"> – ACV (<1 mes) – artroplastia articular programada – fractura de los huesos de la pelvis, fémur o tibia – lesión aguda de la médula espinal (<1 mes)
Suma:	Suma:	Suma:	Suma:
<p>Interpretación: 0 ptos. — riesgo muy bajo; 1-2 ptos. — riesgo bajo; 3-4 ptos. — riesgo moderado; ≥5 ptos. — riesgo alto</p>			
<p>Prevención de la ETV en enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas (incluidas intervenciones digestivas, urológicas, ginecológicas, bariátricas, vasculares, mínimamente invasivas, plásticas y reconstructivas)</p>			

Prevención indicada
<p style="text-align: center;">Riesgo muy bajo (0 ptos. en la escala de Caprini)</p> <p>En enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas no se recomienda prevención accesoria farmacológica o mecánica, solamente la movilización precoz.</p>
<p style="text-align: center;">Riesgo bajo (1-2 ptos. en la escala de Caprini)</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas es mejor la profilaxis mecánica, preferiblemente CNI (compresión neumática intermitente), que no utilizar ninguna prevención.</p>
<p style="text-align: center;">Riesgo moderado (3-4 ptos. en la escala de Caprini)</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, con riesgo moderado de ETV (Enfermedad Tromboembólica Venosa), y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, es mejor usar HBPM (Heparina de Bajo Peso Molecular), HNF (Heparina no Fraccionada) a dosis de 5000 UI cada 12 h o una profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, y con un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, o si se prevé que las consecuencias del sangrado pueden ser especialmente graves, es mejor usar profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p>
<p style="text-align: center;">Riesgo alto (≥5 ptos. en la escala de Caprini)</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, se recomienda la prevención farmacológica con HBPM o HNF 5000 UI cada 8 h. No se recomienda prescindir del tratamiento profiláctico. Se sugiere añadir la profilaxis mecánica con MCG (Medias Elásticas de Compresión Graduada) o CNI a la profilaxis farmacológica.</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas por neoplasia maligna, y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, se recomienda profilaxis farmacológica prolongada (hasta 4 semanas) con HBPM y no una profilaxis de duración más corta.</p> <p>En los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas, y con un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves o si se prevé que las consecuencias del sangrado pueden ser especialmente graves, es mejor la profilaxis mecánica, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención, hasta que el riesgo hemorrágico baje, para luego poder iniciar la profilaxis farmacológica.</p> <p>En enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas y con contraindicaciones para el uso de HBPM y HNF (o cuando estos fármacos no están disponibles) y sin riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas graves, es mejor fondaparinux o dentro de las profilaxis mecánicas, preferiblemente CNI, que no utilizar ninguna prevención.</p>

Fuente: Escala de Factor de Riesgo del Tromboembolismo Venoso de Caprini. EMPENDIUM.COM. ⁽¹⁹⁾



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514

Teléfono: (809) 541-3121

www.msp.gob.do

RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA

