



Escuela de Obstetricia

Apunte

“Alteraciones postoperatorias del adulto”

Toda persona que ingresa a un pabellón quirúrgico para ser intervenido es susceptible a presentar diversas complicaciones o alteraciones generando un quiebre en el curso previsto de post quirúrgico. La etiología de las complicaciones postoperatorias suelen ser variadas por lo cual hay incidencia de diversos factores como las enfermedades de base que presenta la usuaria, la respuesta del organismo frente a la intervención quirúrgica y factores externos. A pesar del avance científico y tecnológico aún no se han podido frenar las posibles complicaciones que puede presentar una usuaria frente a una intervención, por esto es importante que el personal de salud sea competente y sepa identificar e interpretar oportunamente los signos clínicos que presente la persona que fue sometida a una intervención.

Las complicaciones operatorias se pueden clasificar según:

- Inicio o momento de la complicación.
 - o Intraoperatorias.
 - o Inmediatas (dentro de las primeras 24 hrs).
 - o Mediatas (desde el 2do día hasta la 3ra semana postoperatorio).
 - o Tardías (desde el día 21 postoperatorio).

- A su vez se pueden subdividir en:
 - o Complicaciones Anestésicas.
 - o Complicaciones quirúrgicas generales.
 - o Complicaciones específicas del procedimiento quirúrgico.
 - o Complicaciones generadas a patologías asociadas.

En el ámbito de la gineco-obstetricia hay un gran número de situaciones en las que se puede requerir una intervención quirúrgica y estas pueden presentar complicaciones que pueden ser usuales para cualquier patologías de resolución quirúrgica o propias según el tipo de intervención gineco-obstétrica a la cual sea sometida la usuaria.

Por medio del presente se expondrán las posibles complicaciones generales de todo proceso quirúrgico, las cuales son:

- Hemoperitoneo
- Dehiscencia de heridas: desglosar complicaciones
- Seroma: desglosar complicaciones
- Infección herida operatoria: desglosar complicaciones
- Hemorragia herida operatoria
- Accidente tromboembólico
- Retención urinaria
- Ileo paralítico

Hemoperitoneo

Es la causa más común de shock (baja de presión arterial, palidez, sudoración) en las primeras 24 horas después de una cirugía. Por lo general su causa se debe a alguna alteración de la hemostasia, o sangrado mecánico de algún punto abdominal.

El factor de riesgo más común es haber sido sometido a una cirugía de tipo abdominal. Los signos y síntomas más comunes son la disminución de la presión arterial, pulso filiforme (pulso rápido, débil, de poca amplitud. Se encuentra en pacientes con hipotensión arterial, deshidratados o en shock), síntomas de anemia aguda, ausencia o disminución de ruidos intestinales, distensión abdominal, dolor abdominal a la palpación, dolor abdominal agudo, constante, difuso, mal localizado y que empeora con el movimiento, rigidez muscular abdominal y fiebre¹, también se debe considerar la omalgia como síntoma ya que en diversas ocasiones se presenta con este síntoma.

El diagnóstico diferencial debe realizarse entre las diferentes causas a las que puede atribuirse el hemoperitoneo como a un embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa, trauma en el bazo o hígado y también, úlcera gástrica aunque es menos común.

El manejo que se tendrá va a depender de los resultados de los exámenes hematológicos realizados a la usuaria para evaluar su condición hemodinámica. Por una parte, se administrará líquidos cristaloides como el suero fisiológico al 0,9%, Ringer Lactato o expansores plasmáticos del volumen intravascular. En caso de no existir mejoría, se evaluará una reintervención quirúrgica para detener la hemorragia y retirar los coágulos incluso realizando un lavado peritoneal con suero fisiológico al 0.9%.

Dehiscencia de Heridas y sus complicaciones

“Es la separación sintomática o asintomática de los bordes de los planos superficiales de la incisión quirúrgica antes que se consolide el proceso de cicatrización, con o sin signos de infección.”²

Generalmente se presenta durante las dos primeras semanas del estado posoperatorio con más frecuencia al noveno día pero con un margen desde el primer hasta el vigésimo octavo día. Algunos autores se refieren a ella como temprana si se presenta dentro de los primeros tres días y se relaciona con:

- *factores técnicos también llamados mecánicos o locales; con referencia al tipo de cierre o al material utilizado;*

y tardía si se presenta posterior a dicho día relacionándola con:

- *factores generales o sistémicos*³.

Los factores de riesgo siempre tienen relación con la existencia de infección y factores mecánicos asociados a complicaciones abdominales y pulmonares. Estos factores son:

- *Tipo de incisión y técnica de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva*
- *Aumento de presión intraabdominal (tos, vómito, íleo)*
- *Complicaciones de la herida (abscesos sobre todo si hay peritonitis, hematoma o serosa)*
- *Obesidad mórbida.*
- *La edad, caquexia, déficit vitamínico, anemia y ciertos medicamentos tienen una implicación más controvertida*⁴
- Se han descrito también: *edad mayor a 60 años, sexo masculino, ictericia, diabetes mellitus*³.
- *Hipoalbuminemia*
- *Infección local*
- *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*
- *Complicaciones postoperatorias como atelectasia, bronquitis y neumonía ya que se manifiestan mediante tos como signo predominante; sobre todo en aquellos pacientes que tuvieron asistencia mecánica ventilatoria e intubación (por incremento en la presión intraabdominal y utilización de los músculos abdominales como músculos accesorios para la respiración)*³.

Los signos y síntomas más característicos de una dehiscencia de sutura corresponden a dolor, inflamación, enrojecimiento, calor, drenaje de pus, hipersensibilidad, podría presentarse fiebre >38 grados celsius⁵. El signo más importante es el drenaje seroso o sanguinolento a través de la herida².

El tratamiento consiste en realizar una limpieza de la herida, eliminación de los tejidos necróticos y esperar su evolución en la cicatrización por segunda intención ya que las dehiscencias se producen generalmente al momento de retirar los puntos de sutura cutánea y es más incidente en las heridas longitudinales que en las transversales.²

El manejo dependerá del tipo de herida que tenga la usuaria. En caso de tratarse de una dehiscencia de episiografía no es necesario volver a suturar excepto cuando no se haya cerrado espontáneamente por segunda intención en 10-15 días⁵, y en caso de dehiscencia abdominal, *una faja podría evitar que aumente la dehiscencia hasta que la paciente se lleve de nuevo al quirófano*⁴.

Una complicación de las dehiscencias puede ser la evisceración que es un accidente mediato después de una laparotomía, originada por alteración de alguna fase del proceso de cicatrización, y en la que ocurre la salida de las vísceras abdominales a través de los bordes de la incisión, tras una dehiscencia de todos los planos de la pared abdominal incluyendo el peritoneo. La evisceración abdominal a su vez puede ser total,

con salida al exterior de contenido abdominal, o parcial (evisceración contenida) cuando no se abre la piel. Es una situación poco frecuente, se presenta entre el 5° y el 10° día postoperatorio, el signo tradicional es una disrupción inminente de la herida es decir, la presencia de un drenaje serosanguinolento de la incisión, que puede aparecer varios días antes de que se consume el cuadro.

El tratamiento de esta patología es quirúrgico y de urgencia, previas medidas de protección de las asas delgadas para evitar traumas sobreagregados se realizará el cierre del defecto abdominal bajo anestesia, tan pronto como sea posible, con lavado de las asas con suero fisiológico, limpieza peritoneal y drenaje de cualquier absceso². Otra complicación que se puede presentar en este caso son las infecciones, por lo tanto, siempre se debe tener presente los principios de asepsia y antisepsia para disminuir al mínimo el riesgo de presentarlas.

La prevención se realiza a través de la elección de la incisión y de la técnica de cierre apropiada ya que ayudan a prevenir la dehiscencia y eventración. Las características de las usuarias nos orientarán para tomar medidas convenientes para prevenir la complicación (material de reabsorción lento o no reabsorbible, suturas de descarga, si hay infección se deja piel y grasa abierta).³

Seroma

Es una acumulación de grasa líquida, suero y líquido linfático debajo de una herida quirúrgica reciente⁶. Sin presencia de gérmenes en el tejido celular subcutáneo. Generalmente, ocurren en áreas con grandes espacios luego de una cirugía, con una frecuencia que oscila entre el 3% a 85%, luego de una cirugía axilar o de mama⁷.

Su incidencia se relaciona con el aumento de probabilidad de otras complicaciones como infección o linfedema. En casos de mastectomía se puede presentar de un 53% a un 81%, un 14% en cirugías de corta estancia y 18% en la convencional⁸. Es un problema muy común que se observa más frecuentemente en áreas del cuerpo donde hay un mayor porcentaje de grasa, aunque puede presentarse en cualquier ubicación. Los factores de riesgo para la formación de seromas son: edad avanzada, peso de la paciente, drenaje inicial en las primeras 72 horas⁸.

Clínica: La piel por encima del seroma puede estar brillante y puede haber dolor de leve intensidad a la palpación. En general no existe enrojecimiento ni calor localizado. El color del líquido que se extrae suele ser claro, amarillento y moderadamente viscoso. Se caracteriza por ser estéril, es decir, no hay presencia de bacterias⁶. Se debe sospechar de un seroma, al manifestarse un aumento de volumen indoloro bajo la herida operatoria, sin signos inflamatorios.

Los seromas se producen por un inadecuado control de los vasos linfáticos durante la disección.

Se ha propuesto que los bajos niveles de fibrinógeno y la actividad fibrinolítica neta dentro del fluido linfático, influyen en el desarrollo de seromas.

El tratamiento depende de su magnitud, pudiendo realizarse un drenaje simple o aspirativo del área inflamada.

- El drenaje simple consiste en drenar el líquido al comprimir en forma espontánea o con jeringa y aguja sin tener que abrir la herida, procedimiento realizado con técnicaaséptica con suero fisiológico. Se colocan apósitos o gasa aplicando una

presión suave que evite la reacumulación de líquido. Se debe medir y anotar la cantidad de líquido drenado. Se recomienda drenaje postural⁶.

Consideraciones en el manejo de seromas:

- Si el seroma persiste luego de varios drenajes, se debe abrir de nuevo la herida, dejarla cicatrizar por segunda intención realizando curaciones diarias.
- El seroma no se infecta si no se manipula, él drenaje repetido puede producir abscesos.
- Si se infecta, se tratan como herida infectada⁶.

Infección herida operatoria

Se origina por colonización y posterior desarrollo bacteriano en la zona de la incisión quirúrgica. Los gérmenes que la producen son los que normalmente colonizan la piel, ya que encuentran una puerta de entrada al romperse la barrera (piel). Puede ser superficial o profunda. La primera afecta la piel y el tejido celular subcutáneo. Mientras que la profunda afecta además la fascia y los músculos⁹.

El diagnóstico se basa en los signos de Celso: dolor, calor, rubor y tumor. En ocasiones hay drenaje de secreción purulenta que puede estar acompañada o no de mal olor.

Toda herida operatoria puede desarrollar una infección y esto dependerá de múltiples factores en donde uno de los más importantes es el grado de contaminación que se produzca en la intervención quirúrgica. Clasificándose en :

- Cirugía limpia: No se realiza apertura del tubo digestivo, urinario y no hay presencia de material séptico o contaminación
- Cirugía potencialmente contaminada: Se produjo apertura del tubo digestivo, vías excretoras y vísceras huecas, por lo cual hay una probabilidad de que se produzca contaminación.
- Cirugía contaminada: Medio fuertemente contaminado pero no séptico o con inflamación.
- Cirugía sucia: Cirugía que se lleva a cabo con presencia de material séptico o purulento.

Los factores de riesgo se clasifican en⁹:

Bacterianos	Número de gérmenes Virulencia
Paciente	Edad avanzada, obesidad, malnutrición, hipoalbuminemia, hemorragia severa, shock, infección urinaria o en los tejidos blandos, quimioterapia, radioterapia, enfermedades concomitantes: diabetes, neoplasia avanzada, cirrosis, etc.
Intervención quirúrgica	Duración, urgencia, quirófano en el que se lleva a cabo, necesidad de transfusión y sangre transfundida, colocación de catéteres, material de sutura traumático, implantación de prótesis, mallas.

Técnica quirúrgica	Expertis del cirujano, falta de asepsia estricta, disección extensa, hemostasia incorrecta o defectuosa, isquemia e hipoxia de los tejidos, abuso del electrocauterio.
Estancia hospitalaria	Estancia preoperatoria prolongada, salas con elevado número de enfermos, elevado número de personal visitante, falta de aislamiento de enfermos con infecciones importantes, asepsia inadecuada o insuficiente realización de curaciones.

La prevención de esta complicación se basa en mantener una técnica aséptica, adecuada preparación de la piel del paciente, uso de profilaxis ATB cuando esté indicada.

La profilaxis antibiótica se realiza con el fin de prevenir la infección de la herida operatoria. Se usa en todos los procedimientos que se consideran de alto riesgo. La dosis antibiótica debe ser administradas 30-60 minutos antes de la cirugía, para lograr la mayor concentración tisular del fármaco al momento de la incisión quirúrgica⁹.

El esquema profiláctico debe orientarse contra los gérmenes que con mayor frecuencia causan infección en el servicio de salud ⁹.

El tratamiento consiste en realizar drenaje o curaciones de la herida y en el uso de antibióticos, según resultados de cultivos, magnitud y localización de la infección ⁹.

Hemorragia herida operatoria:

Según su localización se pueden clasificar en:

- **Hemorragia externa:** sangramiento visible en forma superficial, donde la hemorragia es a través de los bordes de la herida.
- **Hematoma:** existe una acumulación anormal de sangre en el espacio subcutáneo de una incisión reciente. Se genera principalmente por una hemostasia inadecuada o una coagulopatía.¹⁰

Factores riesgo¹¹
<ul style="list-style-type: none"> - Infección - Hipoproteinemias - Hipovitaminosis A y C - Obesidad - Diabetes Mellitus - Fármacos ACTH y Cortisona} - Uso de Ácido Acetilsalisílico, Heparina - Coagulopatía preexistente

Signos:

- Hemorragia externa: sangrado por herida operatoria, piel fría, húmeda, piel y mucosas pálidas, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, hipotensión e hipotermia, a medida que aumente la hemorragia, disminuye el gasto cardíaco, pulso, Hb, Hcto.
- Hematoma: edema, inflamación, cambios de coloración en los bordes de la herida, equimosis¹.

Síntomas:

- Hemorragia externa: Sed, aprensión, inquietud.
- Hematoma: dolor o molestias en la herida en relación directa al grado de tensión del hematoma, tumefacción¹.

Fisiopatología:

La Hemorragia de una herida operatoria puede generarse por deslizamiento de una sutura, ligadura de vasos o erosión de un vaso sanguíneo, o ser causada por la presencia de infección¹².

En el caso de los Hematomas estos se producen por una hemorragia de los vasos sanguíneos que rodean la herida operatoria. Estas hemorragias se deben a alteraciones en la hemostasia: pacientes que están recibiendo tratamiento farmacológico con Aspirina o anticoagulantes y/o que tuvieron defectos en la hemostasia durante la intervención. También puede deberse a la presencia de cavidades y espacios muertos. Son de color violáceo, azulado y tienen un mayor riesgo de infección¹³.

Diagnóstico diferencial:

Dentro de las complicaciones de la cirugía ginecológica abierta se encuentran:

- Hemorragia post-quirúrgica: pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos-hipotensión, a las 4 -6 horas post intervención.

Hemorragia precoz: Primeras 24 horas, generalmente durante las primeras 8-10 horas, en la pared, cavidad abdominal, , vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o varios al mismo tiempo. Sospecha ante hematoma de la pared abdominal, con dolor local, intenso, que puede deformar la pared.

Hemorragia vaginal: Es más frecuente post histerectomía vaginal. Comienza varias horas después de la intervención y proceder de la rama cervical o vaginal de la arteria uterina, de los ángulos vaginales de la incisión o incisiones de la colpografía.

- Hemorragia extraperitoneal: Hemorragia en el tejido conjuntivo pélvico, difícil de tratar. Caracterizado por una masa tensa y elástica en la pelvis, tumefacción a nivel del ligamento inguinal. Sangrado suele ser venoso y su origen difícil de localizar. Suelen ceder espontáneamente, siendo suficiente con la evacuación del hematoma y eliminación del tejido necrótico.

Hemorragia vesical: Por intervenciones urológicas, ante la colocación de un drenaje supra púbico o la lesión del órgano durante la cirugía. Se controla con medidas conservadoras, como sonda vesical, y lavados vesicales continuos, si no es suficiente tratar con una cistotomía suprapúbica.

Hemorragias tardías: Habitualmente entre el 7° y 21° días; son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento

anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Se recomienda localizar con anestesia el punto sangrante⁹.

Tratamiento

Hemorragia interna:

- Inicialmente: Aplicar vendaje compresivo sobre el sitio de la hemorragia.
- Aumentar el flujo de los líquidos intravenosos y administración de sangre tan pronto posible¹⁴.

Hematoma:

- Cuando estos son pequeños pueden reabsorberse espontáneamente.
- Hematomas de mayor tamaño deben evacuarse con una intervención quirúrgica o a través de una punción aspirativa con punta gruesa.
- Suspendir fármacos que empeoren el cuadro.
- Manejo como herida infectada cuando existe una sobreinfección del hematoma¹.

Cuidados generales de herida operatoria:

- Cubrir herida operatoria con apósitos impermeables y oclusivos,
- Mantener la herida seca.
- Observar signos de infección (presencia de eritema, dolor, secreciones, temperatura local).
- Educar a la usuaria sobre los signos de alerta antes de que sea dada de alta.
- Realizar examen físico: Vigilar palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación
- CSV (principalmente PA, temperatura)
- Sangrado menor puede ser controlado adecuadamente con compresión.
- Sangrado significativo o persistente: revisar hemostasia en pabellón.
- Evitar esfuerzos.
- Tomar exámenes: Grupo-Rh, Hcto, Hb, pruebas de coagulación, pruebas cruzadas.
- Cuantificar volumen de sangrado (delimitar sangrado en apósito).
- Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal.
- Mantener al paciente en reposo.
- Control de hemorragias: Aplicar vendaje compresivo o presión manual, según indicación.
- Administración de productos sanguíneos: según indicación médica^{15, 16}.

Accidente tromboembólico¹⁷

Definido como “obstrucción de una o más venas por un coágulo (trombo) que puede ocasionar obstrucción de otros vasos a distancia (émbolos)”. Se divide los siguientes tipos: trombosis venosa profunda (TVP), generalmente de extremidades inferiores, y embolia de vasos pulmonares (TEP).

FACTORES DE RIESGO ¹⁷
<ul style="list-style-type: none">- Paciente en UCI- Enfermedad Tromboembólica (ETE) previa- Obesidad*

- Accidente vascular isquémico
- Insuficiencia cardíaca
- EPOC
- Neumonía
- Infecciones
- Neoplasia
- Trombofilia
- Estimulantes eritropoyesis
- Alteración del colágeno
- Enfermedades inflamatorias crónicas
- Mantenimiento de CVC
- Venas varicosas
- Uso de anticonceptivos
- Terapia de reemplazo hormonal
- Síndrome nefrótico
- Tipo de cirugía
- Reposo prolongado
- Embarazo y puerperio
- Diabetes mellitus
- Disfunción ventricular izquierda
- Hipertensión arterial
- Enfermedad tiroidea^{18, 19}
- Sedentarismo

Marcadores de riesgo

- Edad > 40 años
- Sexo femenino

CUADRO EMBOLIA PULMONARES²⁰

SIGNOS	SÍNTOMAS	SÍNDROMES
Taquipnea 70%	Disnea 73%	Infarto pulmonar o hemoptisis Presentación más fácilmente reconocida
Crepitaciones 51%	Dolor pleurítico 66%	Disnea aislada
Taquicardia 30%	Tos 37%	Síndrome febril
Acentuación del componente pulmonar del segundo tono cardíaco 23%	Expectoración hemoptoica 13%	TEP masivo

Shock 8%		TEP crónico
----------	--	-------------

CUADRO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ²¹

SIGNOS	SÍNTOMAS
Cambios en el color de piel en extremidad afectada	Dolor de extremidad que quizás sólo se exprese al estar de pie o caminar
Edema de extremidad	
Aumento de temperatura localizada	

Fisiopatología:

La trombosis venosa se desarrolla principalmente por una lentitud de la corriente sanguínea (estasis venosa), en venas dilatadas, en donde se forma un trombo rojo por el mecanismo similar a la coagulación sanguínea, por insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia venosa, inmovilización prolongada de extremidades, reposo, obesidad, embarazo.

También se debe a lesión endotelial, principalmente en arterias, por traumatismos, quemaduras, cirugía local, infecciones, en este tipo se forma un trombo blanco a partir de un tapón plaquetario que se produce en la parte en que la membrana basal ha quedado expuesta a la sangre, las plaquetas se adhieren al colágeno y liberan sustancias que provocan la agregación de nuevas plaquetas y la formación de fibrina. A esta masa se adhieren nuevas plaquetas y así sucesivamente se forma el trombo por aposición (conglutinación o precipitación).

Alteraciones de la coagulabilidad: en un estado de hipercoagulabilidad se forman microtrombos.²²

Criterios diagnósticos:²⁰

EMBOLIA PULMONAR

Exámenes

1. Dímero D: resultado normal, significa que usuario tiene un 95% de probabilidades de no tener un TEP. Al ocupar técnica de ELISA y realizar este examen en usuarios ambulatorios, se obtienen los resultados óptimos.
2. Radiografía de tórax: En 12% de los casos puede arrojar un resultado normal, o mostrar alteraciones inespecíficas.
3. Electrocardiograma: Puede ser normal en 30% de los casos o mostrar cambios inespecíficos.
4. Gases arteriales: Habitualmente muestran hipoxemia, e hipocapnia, con aumento de la gradiente alveolo arterial de oxígeno.

5. Péptido natriurético y Troponina: Son de utilidad pronóstica, ya que valores elevados se asocian a mayor probabilidad de complicaciones y mortalidad en un futuro.
6. Cintigrama pulmonar: La capacidad diagnóstica del cintigrama pulmonar aumenta cuando su resultado se relaciona con la probabilidad clínica de TEP.
7. Ecografía doppler venosa de extremidades inferiores: La sensibilidad de este examen es de aproximadamente 30%, por lo que un examen negativo no descarta el diagnóstico de TEP.
8. Ecocardiografía: sólo 30% a 40% de los pacientes con TEP tienen alteraciones que sugieren este diagnóstico, por lo que una ecocardiografía normal no excluye el TEP
9. Tomografía axial computada multicorte con inyección de contraste (Angio-TAC): es el examen con mayor rendimiento, con una sensibilidad 83% y especificidad 96%, por lo que se considera como el examen de referencia para el diagnóstico de TEP.
10. Angiografía pulmonar: Gran sensibilidad y especificidad, por lo que ha sido el método diagnóstico por excelencia en el estudio de TEP. Sin embargo, puede producir morbilidad y mortalidad especialmente en pacientes graves, además requiere de un equipamiento costoso y de personal médico con experiencia en el procedimiento y su interpretación. Estas limitaciones lo han ido relegando a un segundo plano.

Existen dos tipos de algoritmos para realizar un diagnóstico en conjunto con los exámenes previamente descritos²¹:

1. Primer algoritmo:

-Determinar la probabilidad clínica de TEP según puntaje de Wells. Para luego relacionar esta probabilidad con un Angio-TAC.

2. El segundo algoritmo se explica con el siguiente esquema que veremos a continuación:

-Determinar la probabilidad clínica de TEP según puntaje de Wells. Luego clasificar al usuario en una de dos categorías; TEP probable o improbable.

-Usuarios con TEP improbable: se les realiza un dímero D. Si este es <500 ng/ml (ELISA) el diagnóstico de TEP se puede excluir.

-Usuarios clasificados como TEP probable y a los con dímero D > 500 ng/ml se les realiza un Angio-TAC. El cual al salir positivo, confirma el diagnóstico y uno negativo lo descarta.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA²³

Examen Físico Segmentario: Poner especial énfasis en extremidad afectada, la cual puede revelar enrojecimiento, inflamación o sensibilidad.

Exámenes:

- Examen de sangre para determinar el dímero D.
- Ecografía Doppler de las piernas
- Resistencia a la proteína C activada (verifica la mutación en el factor V de Leiden).

- Niveles de antitrombina III.
- Anticuerpos antifosfolípidos.
- Cuento sanguíneo completo (CSC).
- Pruebas genéticas para buscar mutaciones que lo hagan a usted más propenso a la formación de coágulos de sangre, como la mutación en protrombina 20210A.
- Anticoagulante lúpico.
- Niveles de proteína C y proteína S.

Diagnóstico diferencial:

EMBOLIA PULMONAR

- Neumonía

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

- Traumatismo
- Disección
- Rotura de quiste poplíteo
- Celulitis: infección aguda de la piel y del tejido celular subcutáneo. Se suele presentar como edema, eritema, dolor y a veces fiebre
- Insuficiencia Venosa Crónica: La insuficiencia valvular profunda lleva a la disfunción de la bomba muscular, con importante reflujo de sangre hacia distal durante el ejercicio. Esto lleva a un aumento de la presión venosa distal produciendo edema, congestión y dolor
- Insuficiencia Venosa Superficial: várices pueden originarse básicamente por falla primaria de las válvulas anti-reflujo o, en forma secundaria, por sobrecarga crónica de flujo y presión si hay insuficiencia del sistema venoso profundo
- Artrosis
- Hematoma muscular
- Desgarro muscular

Tratamiento médico y farmacológico^{19, 24}

El tratamiento clásico del accidente tromboembólico es la anticoagulación, salvo en casos en que la anticoagulación esté contraindicada.

El tratamiento consiste en Heparina endovenosa (bolo de 5000 UI) y en lo posible administrar heparina en forma continua en dosis necesaria para prolongar el tiempo de tromboplastina parcial a 80-100" (en promedio 1000 UI/hr.). Este tratamiento con Heparina EV debe ser intrahospitalario durante 5 días y debe ser simultáneo al uso de Anticoagulantes orales (Acenocumarol 1-3 mg/día o Warfarina 2-5 mg/día), con un traslapo de mínimo 3 días, hasta alcanzar un INR de 2-3. El tratamiento anticoagulante debe mantenerse por 3 meses en las trombosis infra-inguinales y por 6 meses en las lesiones proximales, las recurrencias o la EP.

Manejo enfermería médico-quirúrgica²⁵

Trombosis venosa profunda:

- Permeabilizar vía venosa
- Administrar medicación según indicación médica
- Control con TTPa c/ 6 horas.

- Mantener a usuaria en reposo con extremidad inmovilizada
- Medir diámetro del miembro afectado
- Vigilar pulsos periféricos
- Vigilar temperatura de extremidad
- Valorar movilidad, coloración y sensibilidad de la extremidad.

Retención urinaria:

La retención urinaria postoperatoria es una consecuencia frecuente de la cirugía ginecológica, especialmente con la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos. Las estimaciones de las tasas de retención después de cirugía pélvica son de 2,5% - 43%. Si bien no hay una definición estándar para esta complicación, se caracteriza por deterioro de vaciado de la vejiga, con una elevación en el volumen de orina retenida, por lo que la capacidad vesical se encuentra aumentada debido a la presencia de una vejiga hiposensible.²⁶ Generalmente, se espera que el usuario orine durante las 8 horas siguientes a la cirugía.

Se ha evidenciado que someter a las personas a intervenciones quirúrgicas implica riesgos derivados de la cirugía en sí como de la anestesia.

Dentro de los factores de riesgo conocidos para la retención urinaria post-quirúrgica se incluyen el tipo de cirugía realizada, el tipo de anestesia utilizada, el uso de medicación postoperatoria opioide para el alivio del dolor, la edad y sexo del usuario.

En general, toda cirugía tiene riesgo de retención urinaria post-operatoria (POUR), sin embargo las cirugías pélvicas son más riesgosas, ya que la sensibilidad provocada en la región conduce a un aumento del dolor, así como también es posible la interrupción de algunas ramas periféricas de los nervios pélvicos, interfiriendo en la sensación de la vejiga afectando la función miccional.²⁶

Además, el efecto depresor de los anestésicos y los analgésicos utilizados en el perioperatorio provocan un trastorno de la sensación de plenitud vesical. (apunteperioperatorio).

Dentro de los factores de riesgo conocidos para retención urinaria postquirúrgica se encuentran:

Marcadores de riesgo:

- Edad > 50 años.
- Sexo femenino

Factores de riesgo:

- a) Previos a la cirugía:
 - IMC bajo
 - Prolapso de los órganos pélvicos estadio avanzado (III-IV)
 - Disfunción vesical previa
 - Cirugía de incontinencia previa

b) Quirúrgicos :

- Cirugía pélvica (ginecológica y colorrectal)
- Anestesia espinal
- Administración de fluidos intraoperatorios > 750 ml
- Pérdidas de sangre > 100 ml
- Uso de medicación postoperatoria opioide
- ITU postoperatoria

Como signos y síntomas tenemos:

Signos: Globo vesical

Síntomas: incapacidad para orinar (retención urinaria aguda), dolor suprapúbico, distensión abdominal, vejiga llena, inquietud, necesidad de orinar, micción frecuente, dolor al orinar (disuria), escalofríos, infección urinaria, temblores, sudor y cefalea.

*La aparición precoz de síntomas suele permitir el diagnóstico de la obstrucción del tracto urinario antes de que el deterioro renal se encuentra muy avanzado.²⁷

Fisiopatología del cuadro:²⁸

Cualquier dificultad para la normal evacuación de la orina que se presente a nivel del aparato urinario inferior va a provocar una serie de modificaciones importantes sobre los órganos del aparato urinario que se encuentren por encima del nivel de obstrucción. El aparato urinario superior sufrirá en muchas ocasiones de forma inapreciable el efecto de la obstrucción, pero en otras llegará a provocar alteraciones tanto orgánicas como funcionales muy importantes como es el caso de la presencia de hidronefrosis e insuficiencia renal grave.

- a) Repercusión sobre la vejiga: El órgano que se va a afectar de forma más temprana y evidente como consecuencia de la obstrucción es la vejiga en la que podremos diferenciar tres fases bien definidas; como son:

- **Aumento de la capacidad contráctil:** Cuyo objetivo no es otro que el aumento de la presión intravesical como intento de vencer la resistencia que le ofrece el obstáculo. En esta fase, la pared de la vejiga va aumentando su grosor (hipertrofia de la pared) y las fibras musculares se disponen en forma de haces reticulados dando lugar a lo que se denomina "Vejiga de lucha". Estos hechos son evidentes tanto en las revisiones endoscópicas en la que podremos apreciar una "vejiga trabeculada" como en las revisiones ecográficas y radiológicas convencionales. Esta hipertrofia no conlleva un aumento de las fibras musculares sino que por el contrario lo que ocurre es un aumento del colágeno intersticial. Este aspecto trabeculado de la vejiga no sólo se presenta en los cuadros de obstrucción orgánica, aunque sea lo más frecuente, sino que también se presenta en muchos casos de inestabilidad del músculo detrusor con o sin obstrucción acompañante.

- **Fase de vaciamiento incompleto:** Con el paso del tiempo la contracción del músculo vesical va perdiendo fuerza y no se acompaña de un aumento de la presión intravesical por lo que no puede, ni contrarrestar ni mucho menos, superar la resistencia que le opone el obstáculo. Esto provoca que la vejiga no lleve a cabo un vaciamiento completo, apareciendo siempre tras la micción una cantidad más o menos importante de orina que es a lo que llamaremos orina residual o residuo post-miccional. La aparición de orina residual no es más que la demostración de la insuficiencia funcional

de la vejiga y se considera como el factor más importante para la aparición y mantenimiento de las infecciones urinarias con todo lo que puede suponer. En esta fase además es cuando empiezan a aparecer en el interior de la vejiga las trabéculas, las celdas y posteriormente los divertículos que se forman por la disposición de las bandas musculares que se entrecruzan y permiten la herniación de la mucosa vesical entre los resquicios que dejan las franjas musculares del detrusor. La aparición de los divertículos vesicales, supone un paso más en el deterioro vesical como consecuencia de la evolución de la obstrucción. Estos divertículos no participan en la contracción vesical debido a que su pared carece de musculatura lo que ocasiona una fuga de presiones intravesicales, dificultando aún más el vaciamiento vesical provocando un aumento del volumen de orina residual. Este mecanismo es el responsable de la aparición de la infección y las litiasis vesicales.

- Fase de distensión de la pared vesical: En esta fase se producen tres fenómenos muy importantes como son: a) Aumento de la capacidad vesical. b) Adelgazamiento de la pared vesical. c) Ausencia de contracciones de la musculatura vesical (Adinamia del detrusor). En este punto de la evolución de la obstrucción, cualquier intento de contracción del músculo no se acompaña de un aumento de presión intravesical, incluso si va aumentando progresivamente el volumen urinario retenido. Si esta situación se mantiene y no se elimina el obstáculo, y sobre todo si se acompaña de infecciones permanentes como es lo habitual, el detrusor se atrofia, el músculo es sustituido por colágeno y la vejiga se transforma en irrecuperable por lo que respecta a su función. Podremos observar cómo el volumen miccional es muy bajo mientras que la orina residual va aumentando, por lo que aparece la “micción por rebosamiento”.

- b) Repercusión sobre la uretra: Ante una obstrucción a nivel uretral provocada por diferentes procesos como pueden ser estenosis uretrales de diferentes etiologías y localizaciones, se va a producir una dilatación proximal a la obstrucción con la consiguiente dilatación de las glándulas uretrales, lo que facilita la aparición de divertículos que se infectan con facilidad y pueden dar lugar a la aparición de fístulas uretro-cutáneas con el consiguiente riesgo de que aparezca un cuadro muy grave como es una gangrena de Fournier.

Tratamiento médico de la patología

Cuando la retención urinaria postoperatoria, no se resuelve de forma espontánea, puede ser necesaria una resolución más activa. Aunque algunos médicos prefieren intervención temprana en el período postoperatorio, especialmente en el contexto de la retención urinaria completa, es recomendable esperar por lo menos 4 semanas después de la cirugía puesto que la mayoría de los casos de retención urinaria se resolverán espontáneamente durante ese periodo tiempo. La intervención temprana podría llevar a resultar innecesaria y que cualquier complicaciones asociadas sería lamentable.²⁶

Manejo de Enfermería Médico-Quirúrgica.²⁹

Conducta	Actividad
----------	-----------

<p>Manejo Sondaje vesical</p>	<p>Conectar catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna. Controlar la ingesta y eliminación Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención Fijar el catéter a la piel, si procede. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado Mantener una técnica aséptica estricta Realizar la cateterización residual después de orinar, si es necesario.</p>
<p>Manejo de la eliminación urinaria</p>	<p>Anotar hora de la última eliminación, si procede. Control periódico de la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede. Registrar la hora de la primera eliminación después del procedimiento, si procede. Registrar los líquidos, si procede.</p>
<p>Cuidados de la retención urinaria</p>	<p>Controlar periódicamente los efectos de los fármacos prescritos, como bloqueadores del canal del calcio y anticolinérgicos. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua. Insertar catéter urinario, si procede. Proporcionar intimidad para la eliminación. Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10min.) Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores) Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión.</p>
<p>Cuidados de catéter urinario</p>	<p>Anotar las características del líquido drenado. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado. Observar si hay distensión de la vejiga.</p>
<p>Manejo de líquidos</p>	<p>Contar o pesar pañales si procede. Controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria si procede. Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde.</p>

	<p>Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.</p> <p>Monitorizar signos vitales, si procede.</p> <p>Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos (crepitaciones, PVC o presión de cuña capilar pulmonar elevada, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), si procede.</p> <p>Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso</p>
Monitorización de líquidos	<p>Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</p> <p>Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.</p> <p>Observar distensión en venas del cuello, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.</p> <p>Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed.</p> <p>Observar presión sanguínea ortostática y cambios del ritmo cardíaco si resulta oportuno.</p> <p>Realizar diálisis si procede, tomando nota de la respuesta del paciente.</p> <p>Restringir y repartir la ingesta de líquidos si procede.</p> <p>Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo.</p> <p>Vigilar peso.</p> <p>Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio.</p>

Ileo Paralítico:

El íleo paralítico es un fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de obstrucción mecánica; es secundario a diversas causas y afecta a la contractilidad intestinal.³⁰

Factores de riesgo de íleo paralítico:³⁰

- Cirugía abdominal previa
- Presencia de trastornos hidroelectrolíticos (hipopotasemia, hiponatremia)
- Uso de Fármacos opiáceos, fármacos colinérgicos, fenotiazinas
- Procesos intrabdominales (perforación, diverticulitis)
- Presencia de Hemorragia retroperitoneal (rotura de aneurisma abdominal)
- Procesos inflamatorios retroperitoneales (pancreatitis aguda, pielonefritis)
- Isquemia intestinal
- Enfermedad torácica (neumonía, infarto agudo de miocardio)
- Sepsis

Signos y síntomas característicos:³¹

En esta complicación postoperatoria se presentan los siguiente clínica característica:

Síntomas:

- Dolor abdominal de tipo cólico en forma inicial y característica, periumbilical o en general difuso, poco localizado.
- Náuseas y vómitos, dependiendo de la existencia de obstrucción intestinal, grado de oclusión y tiempo de evolución, ya que requieren tiempo para que se acumule más contenido.
- Sensación de distensión abdominal.
- Ausencia de eliminación de gases.

Signos:

- Distensión abdominal: a la palpación se percibe un abdomen timpánico.
- Ausencia de ruidos hidroaéreos a la auscultación.

Fisiopatología de los cuadros:

La fisiopatología del íleo paralítico está vinculado con seis eventos etiopatogénicos asociados a:³²

a. Estimulación simpática

- El íleo postoperatorio puede resultar como consecuencia de un reflejo mediado por vía de los nervios simpáticos, producto de un colapso de la motilidad intestinal.
- Investigaciones demuestran un aumento de la síntesis de catecolaminas en el tubo digestivo durante el periodo del post-operatorio inmediato.
- La utilización de bloqueadores adrenérgicos puede mejorar el IPP.

b. Afección de las terminaciones colinérgicas

- En el íleo postoperatorio lo que ocurre es que está alterado el balance entre nervios colinérgicoexcitatorios y los nervios inhibitorios de cualquier clase, de forma que predomina la función de estos últimos.
- En el postoperatorio falta la contracción por existir un bloqueo selectivo de estos nervios colinérgicos, debido al manoseo de las asas y a la hipoxia. Por ello, existiría un predominio de los sistemas inhibitorios adrenérgicos o no adrenérgicos no colinérgicos.

c. Depleción postoperatoria de potasio

Se ha demostrado una disminución del ion potasio tanto en el plasma como en el interior de los eritrocitos en el postoperatorio, producto de una pérdida excesiva por la agresión quirúrgica. Esta concentración de potasio es recuperable simultáneamente con la motilidad intestinal, por lo que se le atribuyó alguna responsabilidad en la etiopatogenia del IPP.

*Potasio es fundamental para una buena contractilidad intestinal

d. Problemas celulares de la fibra lisa muscular

1ºUna alteración de los nexos celulares (soportes anatómicos del acoplamiento celular). Si no funcionan correctamente, las células se despolarizarían de forma

discordante y se producirían alteraciones como ondas lentas reflejadas en el electroenterograma.

2º desacoplamiento en las relaciones de la capa muscular circular con la capa muscular longitudinal, lo que conlleva a que los movimientos peristálticos se encuentren ausentes.

e. Factores Humorales

La motilina altera sus valores plasmáticos en relación con la intervención. Los valores de este péptido en el periodo de post-operatorio inmediato se encuentran muy bajos y se recuperan a medida que lo hace la motilidad intestinal. La duración de este hecho es directamente proporcional a la gravedad de la operación.

f. Alteración neuroendocrina de la pared intestinal

Se constituye un complejo neurohormonal llamado “cerebro intestinal” en la pared intestinal que funciona que se encarga de integrar estímulos y de producir una motilidad coordinada. Algunos autores han propuesto que el IPP puede ser debido a una alteración en la función del sistema neuroendocrino de la pared intestinal.

Criterios diagnósticos:³³

Exploración física: La obstrucción intestinal aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física. Está indicada la exploración física completa, dedicando especial atención a ciertos puntos. Taquicardia e hipotensión indican deshidratación grave, peritonitis ó ambas. En cuanto a la exploración abdominal, a la inspección, suele estar distendido, no obstante, el examinador debe distinguir si se debe a obstrucción intestinal o a ascitis. El grado de distensión depende de la localización y tiempo de evolución. A veces, es posible ver ondas peristálticas a través de la pared en pacientes delgados. Se deben descubrir cicatrices quirúrgicas previas dada la implicación etiológica de la cirugía previa. A la palpación, el abdomen suele ser doloroso de forma difusa. La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis y/o estrangulación. Nunca debe faltar en este tipo de pacientes la exploración sistemática y metódica de los orificios herniarios en busca de hernias incarceradas. Asimismo, debe hacerse exploración rectal en busca de masas extraluminales, fecalomas, restos hemáticos, neoplasias, etc. La auscultación abdominal en los pacientes con obstrucción intestinal revela un peristaltismo aumentado de intensidad en una primera fase, y una ausencia del mismo según progresa el cuadro.

Datos analíticos: Debe solicitarse hemograma completo, coagulación y bioquímica completa, incluyendo función renal. No existen datos específicos de obstrucción intestinal. Habitualmente, en las primeras etapas del proceso, no hay alteraciones, más adelante, la deshidratación producirá hemoconcentración y también puede existir leucocitosis ($>15,000/mm^3$), bien como consecuencia de la propia hemoconcentración, o bien indicando sufrimiento del asa intestinal.

Datos radiológicos: La radiología del abdomen es esencial para confirmar el diagnóstico y puede brindar datos acerca de la altura de la obstrucción. Se solicitará radiografía simple de abdomen y en bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal. Intentaremos incluir el diafragma para descartar perforación de víscera hueca. En la exploración radiológica, suelen descubrirse cantidades anormalmente grandes de gas en intestino y la aparición de niveles hidroaéreos en la placa en bipedestación, producido por el acúmulo de gas y líquido en asas distendidas. Es importante determinar si está distendido el intestino delgado, el colon, o ambos. Cuando se observa una dilatación intestinal generalizada de todo el tubo digestivo y heces en ampolla y/o gas distal, debemos sospechar un íleo paralítico y dudar del diagnóstico de obstrucción mecánica. En los casos de obstrucción de colon, con válvula ileocecal competente, tendrán distensión de colon, pero poco gas en intestino delgado, cuando la válvula es incompetente, observaremos un patrón radiológico de distensión de intestino delgado y colon. El enema opaco en urgencias es muy útil en caso de obstrucción intestinal de intestino grueso[K1] .

Diagnóstico Diferencial:³¹

- Íleo prolongado:
 - Neurogénico→ lesión medular, proceso retroperitoneal, cólico ureteral.
 - Metabólico→ hipokalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, uremia, hipotiroidismo, cetoacidosis.
 - Fármacos→ vincristina, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, psicotrópicos, antihistamínicos, opioides, antagonistas de canales de calcio.
 - Postquirúrgico→ colicistectomía (más de 48 horas), resección clónica (5-7 días), gastrectomías, pancreatoduodenectomías.
 - Infeccioso/inflamatorio→ sepsis, neumonía, peritonitis aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, gastroenteritis aguda, herpes zóster, tétano, etc.
- Disección o rotura de grandes vasos sanguíneos: especialmente aneurisma de la aorta abdominal.
- Accidente vascular mesentérico
- Seudoobstrucción intestinal primaria: trastorno de la motilidad crónica que imita obstrucción mecánica.
- Síndrome de Ogilvie (seudoobstrucción colónica aguda): distensión colónica masiva en ausencia de obstrucción mecánica

Tratamiento médico de la patología:

Sonda nasogástrica:La inserción de la sonda nasogástrico luego de la cirugía evita vómitos, náuseas y peligros de aspiración traqueal de las secreciones gástricas.

Deambulación precoz: La deambulación precoz postoperatoria parece disminuir el período del íleo paralítico, y a la vez complicaciones como la atelectasia, neumonía y la trombosis venosa profunda.³⁴

Alimentación postoperatoria: En caso de intolerancia a líquidos habrá que realizar reposición hídrica y electrolítica intravenosa con control ácido-base.

La alimentación postoperatoria precoz, ya sea por vía endovenosa o enteral ha sido sugerida como manera de disminuir la duración de íleo postoperatorio, debido a que la ingesta de alimentos puede estimular el reflejo que produce la actividad motora coordinada conllevando a la secreción de las hormonas gastrointestinales, causando un efecto positivo la motilidad intestinal. Es importante que la ingesta de alimentos se realice manera gradual.³⁵

Terapia farmacológica:

a) Analgesia postoperatoria:

La utilización de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos ha permitido evitar el uso de fármacos opioides para el alivio del dolor. Además tienen un efecto beneficioso sobre la motilidad del intestino derivado de sus propiedades anti-inflamatorias.

b) Procinéticos:

El uso de metoclopramida disminuye la duración del íleo paralítico debido a su efecto procinético en la motilidad esofágica, intestinal y gástrica y a la relajación de los esfínteres (menos el esofágico), por lo que permite el retiro del tubo nasogástrico. La cisaprida intravenosa también ha demostrado utilidad en el manejo de esta afección.³⁵

Manejo de Enfermería Médico-Quirúrgica:

-Régimen cero + Sonda nasogástrica + Hidratación EV.

-Tratar hernias a tiempo antes que puedan causar bloqueo

-Disminuir la probabilidad de fecaloma y diverticulitis:

-Consumir alimentos ricos en fibra

-Consumir abundante líquido

-Hacer ejercicio con regularidad

Resolver la causa primaria: Corrección del desbalance hidroelectrolítico, evitar drogas que favorecen íleo.³¹

Conclusión

Como resultado del estudio se ha determinado que los procedimientos quirúrgicos no están exentos de complicaciones, es más, pueden presentar dificultades usuales tales como anestésicas, quirúrgicas generales y específicas del procedimiento.

Se han considerado complicaciones quirúrgicas epidemiológicamente importantes en el ámbito gineco-obstétrico. Entre ellas se encuentran el hemoperitoneo, dehiscencia de heridas, seroma, infección y hemorragia de herida operatoria, accidente tromboembólico, retención urinaria, íleo paralítico y endocarditis bacteriana.

En efecto se ha resuelto de suma importancia conocer la fisiopatología, los factores de riesgos y protectores, los signos, síntomas, criterios diagnósticos y el manejo médico y de enfermería correspondiente de las complicaciones quirúrgicas más prevalentes en nuestro campo laboral, con el objetivo de diagnosticar de manera correcta y temprana la alteración, realizar los procedimientos con la técnica correcta en el tiempo correcto, y otorgar el tratamiento adecuado, disminuyendo así el riesgo de complicaciones.

Por otra parte es de importante utilidad identificar de manera precoz las dificultades de cada intervención con el fin de actuar y planificar nuestra conductas y acciones de una manera holística y de calidad, enfocándonos en el manejo de la patología y en satisfacer las necesidades propias del paciente brindando de esta manera calidad a la atención de salud en Chile.

Referencias

1.-DiagnosisPro.2015.Disponible en:http://es.diagnosispro.com/informaci%C3%B3n_sobre_enfermedades_para/hemoperitoneo/14695.htm
| Visto por última vez: 2-05-2015

2.-Clínica de maternidad RAFAEL CALVO C. E.SE. Evaluación y Manejo Clínico de las Complicaciones Gineco-Obstétricas.Disponible en cirugía

en:http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EVALUACION_Y_MANEJO_CLI%8DNICO_DE_LAS_COMPLICACIONES_EN_CIRUGIA_GINECO.pdf. Visto por última vez:4/05/15

3.-Patricio S,Armando C, Roberto B. Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica.CirCiruj 2000;68:198-203.Disponible

en:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1705&id_seccion=180&id_ejemplar=212&id_revista=38.Visto por última vez:7/5/15

4.-Recari E,Oroz L.C. , LaraJ.A.. Complicaciones de la cirugía ginecológica..AnalesSis San Navarra 2009;32:65-79. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008 . Visto por última vez: 03/05/15.

5.-Cornejo, C. Clase Patología del Puerperio. Obstetricia Patológica. 2014 Universidad de Chile

6.-MINSAL. Orientación técnica para la atención integral en el posparto. Chile, Junio 2014

7.-Mulholland M., Doherty G., Complications in Surgery, Philadelphia, E.E.U.U.: Lippincottwilliams&wilkins; 2012. p . 579 - 580

8.-Martínez E , Jiménez J. Complicaciones en Cirugía: Contribuciones Al IX Curso de Avances en Cirugía. Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo. 1999

9.-Fernández M. Infección de la herida quirúrgica. En: Parrilla P, Landa J. Cirugía AEC. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2010.p.181-186.

10.-J. Arias, MA. Aller, E. Fernández, JI. Arias, L. Lorente . “Propedeutica Quirúrgica. Preoperatorio, operatorio, postoperatorio”. Editorial Tebal. Año 2004. Pag. 620.

11.-F. Fernández. “Tratado de Enfermería en cuidados críticos y neonatales. Sección I, Capítulo 19: Cuidados de heridas y drenajes quirúrgicos . España. Actualizado por última vez: 26/02/14. Disponible en línea:<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo19/capitulo19.htm>. Visto por última vez: 03/05/15

12.-Cuidado de heridas. Disponible en línea:http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_8.htm . Visto por última vez: 03/05/15.

13.-M. Peña. Complicaciones postoperatorias. 2009. Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/19269778/Complicaciones-Postoperatorias#scribd>. Visto por última vez: 02/05/15

14.-Cuidados post-operatorios. Disponible en:http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm Visto por última vez: 03/05/14

15.-JC. Patillo. El niño hospitalizado: problemas frecuentes. “Cuidados post operatorios”. Disponible en:<http://publicacionesmedicina.uc.cl/pediatriaHosp/ManejoPostOperatorio.html>. Visto por ultima vez: 02/05/15

16.-Unidad de Planes de Cuidados del HGUA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PROCESO: PACIENTE QUIRÚRGICO. Código Plan: 10/61CIR. Elaborado noviembre 2010. Disponible en:http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18131/PLAN+DE+CUIDADOS+PACIENTE+QUIRURGICO_2010.pdf Visto por última vez: 02/05/15

- 17.-MINSAL. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Prevención de Enfermedad Tromboembólica. [citado el 01 Mayo del 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cede67f930f982cce040010164012d43.pdf>
- 18.-J. Guindo, M. Martínez, I. Duran, P. Tornos, A. Martínez-Rubio. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular. RevEspCardiolSupl. 2013;13(C):9-13 - Vol. 13 Núm.Supl.C DOI: 10.1016/S1131-3587(13)70053-0. Disponible en:<http://www.revespcardiol.org/es/evaluacion-riesgo-tromboembolico-hemorragico-los/articulo/90194338/> . Visto por última vez: 03/05/15.
- 19.-Consejo de salubridad general. GPC: Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa. Número de registro: IMSS- 425-10. Disponible en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/437_GPC_Enf_tromboembolica_venosa/GRR_Enfermedad_tromboembolica_venosa.pdf . Visto por ultima vez: 03/05/15.
- 20.-Gil R. Embolia Pulmonar. [Rev. Med. Clin. Condes-2007; 18(2) 103-109]. Disponible:http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2007/2%20abril/6-embolia_pulmonar-6.pdf
- 21.-NIH: NationalHeart, Lung, and BloodInstitute. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la trombosis venosa profunda?. Febrero 2012. Disponible en:<http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/dvt/signs>. Visto por última vez: 02/05/15
- 22.-PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de Patología General. Capítulo 3: Trastornos circulatorios. Trombosis, Tipos morfológicos de trombos. Disponible en:http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/Patol_042.html Visto por última vez: 02/05/15.
- 23.-MedlinePlus. EEUU. [citado el 01 de Mayo del 2015]. Trombosis Venosa Profunda. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000156.htm>
- 24.-F. Valdés. Trombosis venosa profunda: estrategia diagnóstica y toma de decisiones. Disponible en:<http://medicina.uc.cl/cirugia-vascular/trombosis-venosa-profunda-estrategia-diagnostica#> Visto por última vez: 02/05/15
- 25.-J. Tamayo,. Trombosis venosa profunda. Plan de atención de enfermería. Universidad de Caldas, Colombia. 2005. Disponible en:http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_trombos_venos_profund.pdf. Visto por última vez: 02/05/15.
- 26.-Geller EJ. Prevention and management of postoperativeurinaryretentionafterurogynecologicsurgery. Int J WomensHealth [Internet]. 2014 [citado 01 mayo 2015]; 28;6:829-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25210477>
- 27.-Maria do CarmoBarretto de Carvalho Fernandes, Verônica Vieira da Costa, Renato ÂngeloSaraiva. Retención urinaria post-operatoria: evaluación de pacientes en tratameinto analgésico con opioides. Rev Latino-am Enfermagem 2007. [consultado 29 abril 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a19.pdf
- 28.-Diego Perez Rodríguez, José Carnero Bueno, Emilio Julve Villalta, Antonio Martín Noblejas: Actualizacion en medicina de urgencias. Primera parte (edición 2001-2002). Retención urinaria. [Internet]. 2014 [citado 03 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/returi.pdf>
- 29.-NANDA Internacional. 2013 Elsevier España, SL Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación, 2012-2014. [Internet]. [citado 03 mayo 2015]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25210477><http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=273e1abda0958d363d4655665c3dc2d7a4fada36>

30.-A. AccarinoGaraventa y F. AzpirozVidaur. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Sección III: Intestino. Capítulo 13. [Internet]. 2014 [citado 03 mayo 2015]. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25210477>
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo13.pdf>

31.-Crovari Fernando, Manzor Manuel. Manual de Patología Quirúrgica. Ediciones UC. Vol. 1. 2015: 141-149

32.-D. García-Olmo, F. Lima. Íleo paralítico postoperatorio. Cirugía Española. Vol. 69, Marzo 2001.[consultado 29 abril 2015] Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=11000124&pidet_usuario=0&pcontid=&pidet_revista=36&ty=36&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=36v69n03a11000124pdf001.pdf

33.- Felices M ,Cafarena A: Obstrucción Intestinal [consultado 3 abril 2015] Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/obsintes.pdf>

34.-Jirjoss E . Como diminuir o íleo pós-operatório?. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2006 Feb [citado 3 mayo 2015] ; 52 (1): 5-5. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000100006&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000100006>.

35.-Luckey A, Livingston E, Taché. Mechanisms and Treatment of Postoperativelleus. ArchSurg. [Internet]. 2003 [citado 3 Mayo 2015]; 138(2):206-214. Disponible en:
<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=394327>

Integrantes:

Cañoles Guevara, Melanie Javiera
Castillo Valderrama, Javiera Paz
Cerdecheuquenao, Jasmin Valentina
Cocchella González, Fiorella Genova
Correa Hernández, María Valentina
Donoso Herrera, Paula Fernanda
Fuenzalida Videla, Camila Constanza
Jerez Toledo, Cristhian Eddie
Labraña Valenzuela, Yesenia Tatiana
Marambio Contreras, Valeria Rocío
Martínez Osorio, Camila Vanessa
Miranda Godoy, Constanza Javiera
Morales Pulgar, Rocío Constanza
Muñoz Ferreira, Karina Valeria
Pavez Valenzuela, Jocelyn Patricia
Toro León, Antonia Gabriela