

Protocolo Preoperatorio

Evaluación Preoperatoria

Consentimiento informado

Toda cirugía conforma un proceso. Si este proceso es bien conducido, las inherentes complicaciones, pueden ser mínimas o inexistentes. Es por esto que la paciente debe prepararse desde antes de la cirugía, y por cierto conducir su post operatorio de la mejor forma. Nosotros nos encargamos de realizar el acto operatorio de la forma más ortodoxa, haciendo acopio de toda la información técnica y de los años de experiencia que se requieren para brindar seguridad y calidad.

Toda paciente que será sometida a una intervención quirúrgica electiva, deberá estar en perfecto estado de salud. Su piel no debe tener infecciones.

Esto implica pacientes ASA 1 (sanos), según la clasificación de riesgo anestésico.

Clasificación ASA	Descripción	Mortalidad perioperatoria
I	Paciente sano, sin comorbilidad	0-0,3%
II	Enfermedad sistémica leve a moderada, sin limitación funcional	0,3-1,4%
III	Enfermedad sistémica moderada a severa, con limitación funcional	1,8-5,4%
IV	Enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante	7,8-25,9%
V	Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 h, con o sin cirugía	9,4-57,8%
VI	Paciente en muerte cerebral (candidato a trasplante de órganos)	100%

Tabla numero 1, citada de la revista chilena de cirugía.

También pueden operarse pacientes ASA 2, esto es pacientes con alguna enfermedad controlada, sin descompensaciones que interfieran con la cirugía, pero con el pase preoperatorio de su médico tratante.

No se operan pacientes ASA 3, o 4., dado que el riesgo anestésico es muy alto.

No obstante no existe cirugía sin riesgo. Los estudios anestésicos demuestran que en el mejor de los casos puede acontecer un paro cardiorespiratorio en 1/50.000 pacientes (cita de Miller's Anesthesia, tratado de anestesiología), habiendo sido clasificado como sano o ASA1.

Según esto quien no acepta el riesgo, por pequeño que sea, no debe someterse a una intervención quirúrgica.

Dentro de las evaluaciones imprescindibles, destacan:

1. La aproximación al **índice de masa corporal** cercano a lo normal, esto es de 25.

$$\text{IMC} = \text{PESO} / \text{TALLA AL CUADRADO.}$$

Esto se basa en que la paciente con sobrepeso u obesa, tiene una función deficiente de la microvasculatura, lo que implica una menor llegada de sangre a los tejidos periféricos y por ende de oxígeno y nutrientes que serán clave en el proceso de la cicatrización.

El no cumplimiento de esta exigencia, lleva a que las heridas operatorias tengan una tendencia claramente mayor a infectarse y a abrirse (dehiscencia).

2. Las pacientes que tengan enfermedades crónicas, deben estar controladas y con marcadores de su enfermedad en rango normal.

Por ejemplo **diabéticas**, con glicemias normales, esto es bajo 140-160, y una hemoglobina glicosilada menor a seis.

Hipertensas, deben, gracias a su tratamiento, presentar cifras de presión arterial, dentro de lo normal, esto es bajo 160/100.

Epilepsia, sin ataques durante los últimos seis meses, con tratamiento regular.

Hipotiroidismo, con valores de la T 4 libre dentro de lo normal.

Toda paciente con enfermedades crónicas, deben tener el pase preoperatorio de su médico tratante.

3. Hay ciertas patologías que impedirán un acto quirúrgico electivo.

Por ejemplo Lupus eritematoso sistémico y otras colagenopatias o enfermedades autoinmunes.

Antecedentes de tromboembolismo pulmonar

Antecedentes de hemofilia

Usuarios de aspirina

Antecedentes de infartos cerebrales

Antecedentes de infartos miocárdicos

Patología cardiaca border line.

Oligofrenia y Demencia.

Insuficiencia de órganos vitales (hepática, renal, digestiva, pulmonar, pancreática, cerebral, suprarrenal y tiroidea).

Pacientes puérperas de menos de 12 meses no podrán operarse.

4. En general se prefiere que toda paciente, con alguna patología, sea evaluada por el anestesista a lo menos dos semanas antes, con fines de corregir algún hallazgo.

5. Las pacientes **fumadoras**, desarrollan necrosis de los bordes de la herida operatoria, en diferentes grados, mayor si has cesado en menos de 6 semanas, y si fuman en el post operatorio el grado de necrosis será importante. Lamentablemente una fumadora de larga data, aunque deje de fumar, no logra disminuir el riesgo de necrosis de la herida a cero. Este punto debe estar muy claro para la paciente.

6. Las pacientes que consuman **cocaína**, no deberían operarse, ya que produce vasoconstricción periférica extrema, de muy mal pronóstico para la herida operatoria, sin perjuicio del mayor riesgo cardiovascular y cerebral.

7. Eficiencia cardiovascular.

En este punto debe hacerse mención de que el electrocardiograma de reposo no descarta insuficiencia cardiaca grado 1. Esta se manifiesta en grandes esfuerzos, como sería subir **cinco pisos** de un edificio, quien no llegue al quinto piso, porque le falte el aire (oxigenación deficiente), no debería someterse a una intervención quirúrgica electiva. De no haber un edificio, el esfuerzo se hará equivalente a subir un cerro de esa misma altura, caminando. Este punto se refiere a que la eficiencia cardiovascular es una medida de la cantidad de sangre que llega a los tejidos periféricos, esto es la piel, que formara la cicatriz.

8. Sedentarismo.

Las pacientes sedentarias, que no realizan actividades deportivas, tienen mayor riesgo de complicaciones tales como infección de la herida operatoria y dehiscencia de esta. Por otro lado es necesario, una buena función cardiaca, ya que durante la anestesia se requiere de un corazón sano. De esto se desprende, que toda paciente que se someterá a una intervención quirúrgica, deberá prepararse con ejercicios diarios tendientes a mejorar su capacidad física (elíptica por ejemplo). Esto incluso se manifiesta en la activación del sistema linfático, pues las pacientes que hacen ejercicio habitual se hinchan menos, esto es menor edema y los drenajes eliminan menos liquido y a la vez pueden retirarse antes los drenajes.

9. Dentro de la evaluación preoperatoria, es necesario realizar exámenes, que vendrán a complementar los puntos anteriores.

Exámenes generales, para cualquier intervención electiva:

Hemograma completo

Protrombina

Ttpk

Creatinina

Electrolitos plasmáticos

Perfil bioquímico

Sedimento urinario

T4 libre

Tsh

Radiografía de tórax.

Electrocardiograma.

Exámenes especiales:

Para **abdominoplastia** deberán sumarse:

Eco abdominal

Eco de partes blandas de pared abdominal para descartar hernias de pared

Eco ginecológica

Para **cirugías mamarias** deberá agregarse

Eco mamaria si menor a 35 años

Mamografía si mayor o igual a 35 años.

Para **lifting de muslos** no se requieren otros exámenes que los generales.

10. Toda paciente que se someterá a una intervención quirúrgica debe contar con los medios para asistir a las evaluaciones preoperatorias, como a los controles post operatorios, poder obtener los medicamentos post operatorios y los insumos para las curaciones post operatorias, que realizara en su casa.

Consentimientos informados

Los consentimientos informados constituyen información que el paciente debe conocer previo a su cirugía, debido a que implica tener conocimiento de que eventos adversos pueden ocurrir debido directamente o indirectamente al acto quirúrgico, y los que puede cometer el mismo paciente. Es relevante mencionar que los eventos adversos de cirugías combinadas se multiplican, esto quiere decir que al realizarse varias cirugías de una sola vez, hay una mayor probabilidad de ocurrencia de efectos adversos. Esto es el resultante de dos factores preponderantes: Extensión del acto quirúrgico mas allá de 6 horas y pérdida de sangre sumatoria a cada cirugía. En particular la lipoaspiracion, que por si es la cirugía que produce la mayor pérdida sanguínea, siendo necesario realizar una transfusión sanguínea intra o post operatoria.

Estos eventos adversos tienen como causa:

Eventos quirúrgicos

Eventos anestésicos

Eventos en el post operatorio inmediato

Eventos en el post operatorio tardío (paciente)

Alteraciones y variaciones funcionales del propio paciente.

Es necesario describir eventos adversos generales y particulares para cada cirugía.

EVENTOS ADVERSOS GENERALES:

ANESTESIA

Según revisiones de grandes números de cirugías, a nivel mundial, se ha podido esclarecer que los pacientes deben ser divididos en seis grupos dependiendo de su calidad de salud. Cada grupo tiene un riesgo anestésico diferente.

La clasificación se denomina ASA (*American Society of Anesthesiologists*).

ASA1 pacientes sanos, tienen riesgo de 1 en 50.000 de un evento adverso cardiovascular.

ASA2 pacientes con una patología crónica compensada o bien tratada, su riesgo anestésico es de 1 en 5.000, de un evento adverso cardiovascular.

ASA3 pacientes con patología crónica sin tratamiento o descompensada o tratamiento mal llevado, su riesgo es de 1 en 500, de evento adverso cardiovascular.

ASA 4, paciente claramente descompensado, en mal estado de salud, con alto riesgo anestésico, de 1 en 50, de sufrir un evento adverso cardiovascular.

ASA 5, paciente moribundo.

Para cirugías electivas solo se aceptan pacientes ASA 1 y 2. , y que firmen el consentimiento informado en que certifiquen que están en conocimiento del riesgo anestésico asociado.

La única circunstancia sin riesgo, es no operarse.

CIRUGIA

Respecto de los errores directamente provenientes de la cirugía, debe decirse que el cirujano, para llegar a realizar una cirugía debe prepararse durante largos años de estudio, que en el caso de la cirugía plástica son alrededor de 15 años de estudio, con tres títulos. Médico cirujano general, Cirujano especialista y Cirujano plástico y reconstructor. Además en Chile se obliga a un cuarto requisito, este es la evaluación de CONACEM, Corporación Nacional de Especialidades Médicas, que se encarga de evaluar si todo el proceso formativo ha llegado a buen término y el

profesional es idóneo y seguro para los pacientes. Esto se respalda por las referencias provenientes de otros pacientes del profesional, y que al final, resulta en tener la certeza de que la cirugía estará bien realizada. Un proceso semejante se aplica en la formación de un anestesista.

POST OPERATORIO INMEDIATO

Esta fase se refiere desde que termina la cirugía hasta que el paciente es dado de alta del hospital. Incluye el despertar óptimo de la paciente, en forma segura. Y los cuidados inmediatos como la hidratación, fármacos, vaciamiento de sonda urinaria, de drenajes, asistencia para realizar sus necesidades y alimentación. Todo dentro de los estándares de seguridad que exige el ministerio de salud de Chile.

POST OPERATORIO TARDIO

Se refiere a los cuidados realizados por parte de la paciente respecto de su cirugía, desde las curaciones, frecuentes, con la prolijidad suficiente para no auto infectarse, con insumos estériles, no realizar fuerzas indebidas, comer en forma sana, tomarse los fármacos en forma responsable, no fumar, no beber ni consumir drogas peligrosas, no mojar la herida hasta el plazo indicado (en general 7 a 14 días, dependiendo de la cirugía).

También está el manejo adecuado de los drenajes, en el caso de existir. No se debe introducir nada dentro del sistema de drenajes, no deben lavarse, el agua contiene bacterias que pueden infectar al paciente.

La capacidad física en general se recupera completamente a los 90 días. Antes solo se debe reanudar paulatinamente las labores físicas o deportivas. En general a los 30 días, ya se ha recuperado bastante la capacidad física como para reintegrarse a sus respectivos trabajos.

ALTERACIONES Y VARIACIONES FUNCIONALES DEL PROPIO PACIENTE

Este punto es quizás el más extenso, pues involucra muchas variables de parte del paciente, se refiere a variables fisiológicas y genéticas que resultan en una alteración o variación de la cicatrización.

Cicatrización: No existe cirugía sin cicatriz. Y ésta, a su vez, depende fundamentalmente de la información genética heredada por el paciente, según esto sus cicatrices serán más finas o más gruesas o incluso hipertróficas o aun mayores, lo que se denomina queloidea.

La cicatriz evoluciona por 18 meses. La coloración de la cicatriz como su grosor se incrementa hasta los cinco meses, tiempo en que se intensifica la formación de colágeno y de vasos sanguíneos como también de depósito de melanina, los tres procesos sufren regresión desde los cinco hasta los 18 meses. Sin embargo las características genéticas pueden ser desfavorables, produciendo cicatrices gruesas y oscuras, a veces queloideas.

Dolor: Toda cirugía necesariamente implica una incisión, esta llevara a seccionar terminales nerviosas que después de la cirugía emiten descargas eléctricas percibidas como dolor de distinta clase. Este dolor se denomina *dolor neuropático* y, generalmente cuando se presenta se extinguirá con los meses, no habiendo un plazo fijo, sino que cada paciente evoluciona diferente.

Falta de cicatrización. Existen pacientes de cicatrización muy lenta, que exudan mas liquido y que tienden a abrirse sus heridas (dehiscencia), ellos requerirán más tiempo en su post operatorio. Esto se ve frecuentemente en diabéticos e hipertensos de larga data como también en fumadores. Sin embargo hay pacientes que presentan esta deficiencia en forma idiosincrática, esto es, sin causa aparente.

Tabaco. El tabaco, produce necrosis o muerte celular en relación a los bordes de la herida. Se recomienda parar de fumar al menos seis semanas antes de una cirugía, no obstante eso no exime que ocurra necrosis. Lo que se hace en esos casos es

asistir a la paciente hasta que cierre la escara o incluso reseca cuando ésta esté seca, lo que puede ocurrir hasta tres meses después.

Infección de la herida operatoria. Esta puede ocurrir en todos los casos. Revisiones mundiales arrojan números entre 2 al 5 % de infección en una cirugía limpia. Esto se explica porque, a pesar de que todo esté estéril, y la piel de la paciente haya sido asepticada, es imposible eliminar las bacterias que todos los seres humanos tenemos en las criptas de la piel, a las cuales no acceden los antisépticos, de ahí la fuente de contaminación futura de una cirugía. Por supuesto que esto de combate realizando antibióticos profilácticos, curaciones en condiciones asépticas y usando asepticante (alcohol de 70 grados), como también un vendaje estéril. Las infecciones son más frecuentes en pacientes con antecedentes de diabetes, alteración de la microvasculatura, como la producida en la hipertensión crónica, colagenopatias y enfermedades autoinmunes como el lupus, el sobrepeso, la obesidad y los malos hábitos higiénicos.

Seromas. Toda cirugía puede desarrollar acumulación de líquido intersticial en diferentes grados, debajo de la piel. La causa se desconoce. Pero se asume que es por deficiencia del sistema linfático del paciente, el cual no es capaz de remover el líquido producido en la etapa inflamatoria de la herida operatoria. Lamentablemente no poseemos hasta ahora un sistema de diagnóstico para el estatus del sistema linfático, solo sabemos que las pacientes que realizan ejercicios regularmente presentan muy poco este fenómeno. De presentarse, estos seromas deben ser drenados a través de punciones periódicas con una jeringa, en condiciones asépticas. La utilización de drenajes tiene el objetivo de minimizar la aparición de seromas, y estos deben ser retirados solo cuando el volumen diario sea inferior a 20 ml en 24 horas. También ayuda en el post operatorio, la asistencia con drenajes linfáticos manuales.

Pioderma gangrenoso. Existe una rara patología autoinmune, en que la cicatriz comienza a ser atacada por los propios anticuerpos del paciente, lo que destruye toda el área en relación a la cicatriz. Y para parar esta auto destrucción deben usarse corticoides y precipitado rico en plaquetas. El cultivo es negativo, es decir

hay ausencia de bacterias a pesar de que la lesión parece una infección. En general una vez controlado este fenómeno autoinmune, debe researse y realizar una plastia de la región comprometida. El sitio más frecuente de ocurrencia es la región inframamaria. Aunque se puede dar en cualquier otra cirugía.

Retracción cicatricial. Las cicatrices son todas retractiles. Debe destacarse que en general la retracción es uniforme, y armónica. Pero en algunos pacientes, sin haber una causa determinante, se observa la aparición de una retracción excesiva y deformante. En estos casos deberá realizarse una plastia de la cicatriz, en caso de necesitarse.

Inmovilización relativa. En toda cirugía, la cicatriz no debe ser sometida a tensión, esto es, el paciente deberá cuidar de no realizar movimientos que puedan producir la apertura de su cicatriz.

Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Es una alteración de la coagulación del paciente, en que se produce la coagulación de la sangre dentro de los vasos sanguíneos, más frecuentemente en las pantorrillas, pudiendo extenderse hacia los pulmones. Es de escasa frecuencia, pero cuando se presenta puede ser fatal si no se reacciona a tiempo. En las pantorrillas produce hinchamiento y dolor al movimiento del pie y pierna. En el caso de comprometer los pulmones pudiera solo producir respiración acelerada. En ambos casos debe acudirse inmediatamente al hospital para recibir tratamiento con heparina a full dosis, lo antes posible, ya que el trombo crece minuto a minuto. La gravedad de esto hace que desde el principio se trate profilácticamente, con uso de medias antiembolicas, las cuales deben ser usadas por seis semanas, intraoperatoriamente también se usa una maquina de compresión progresiva de la musculatura de las pantorrillas, en el post operatorio se usa deambulacion precoz, masajes en las pantorrillas, anticoagulantes (xarelto o enoxaparina) y finalmente abundante hidratación para mantener la sangre diluida. No existen exámenes que puedan predecir (más allá de un 50%) quien será formador de coágulos. Lo más aproximado es usar los antecedentes personales y familiares. Quien ha tenido trombosis venosas o tromboembolismo pulmonar, no debería someterse a una cirugía plástica electiva, puesto que el riesgo no lo justifica.

También es necesario mencionar que los anticonceptivos estrogénicos, en cualquiera de sus formas, son protrombóticos, por lo cual deben ser suspendidos al menos una semana antes.

FACTORES EXTERNOS

Sol. El paciente debe abstenerse de exponerse al sol por un periodo de un año de post operatorio, debido a que el sol produce hiperpigmentación de las cicatrices.

Agua. En general el agua tiende a abrir las cicatrices si estas aun no están consolidadas, esto es durante las primeras tres semanas. En especial el agua de mar. Por lo que al principio las duchas deben ser cortas, duración menor a 10 minutos.

Condiciones higiénicas. Es determinante que las curaciones sean realizadas en las mejores condiciones de asepsia, dado que el quiebre de la técnica aséptica provocara la aparición de una infección en la herida operatoria. Las curaciones deben ser realizadas por una persona capacitada, que realice el lavado de manos debido, uso de guantes de látex estériles (excepto alérgicos), durante la primera semana y luego guantes de curación también de látex. Usar alcohol de 70 grados. Gasas estériles. Tela micropore de preferencia marca 3M, la que produce menos alergia.

EVENTOS ADVERSOS PARTICULARES

Son los que se refieren a cada cirugía en particular, y los datos se obtienen de la inmensa casuística mundial, sumado a la experiencia particular de cada cirujano.

Abdominoplastía

En esta cirugía, a parte de las consideraciones generales, existen intercorrientes más frecuentes que deben ser advertidas a todas las pacientes que decidan realizarse esta cirugía:

Cuidado de los drenajes.

Estos son un sistema cerrado de eliminación de líquido intersticial que normalmente se produce en esta cirugía. Estos cuidados deben incorporar la mejor técnica aséptica, para no contaminar el sistema y así no provocar una infección en la zona operatoria. De provocarse una infección, debe combatirse a la brevedad, con los antibióticos pertinentes. Un tratamiento precoz evita complicaciones tisulares cicatriciales. Es frecuente que un drenaje pueda taparse, el destape de este, debe realizarse preferentemente por un profesional, ya que en ese proceso puede producirse una contaminación del sistema.

Necrosis tisular

La necrosis, es sinónimo de muerte celular tisular parcial en un organismo vivo. Esto es, un proceso localizado, de diferentes dimensiones que no comprometerá la supervivencia del organismo, pero sí del área comprometida.

En la abdominoplastía el área más frecuentemente afectada es la zona suprapúbica. Esto se produce porque en esta área hay una circulación vascular muy pobre. Esto la vuelve muy sensible a pequeñas variaciones de perfusión sanguínea, alteradas por la tensión de la herida operatoria (la paciente debe dormir y caminar en posición flectada de su columna para relajar el tejido). También se altera la perfusión por cambios en la presión sanguínea, alteraciones en la oxigenación de la sangre y el uso de fármacos y tóxicos como el cigarrillo y cocaína.

La necrosis tisular es más frecuente en cirugías secundarias, esto es una paciente que ya fue sometida a otra cirugía en su pasado, por ejemplo otra abdominoplastía o una liposucción del área abdominal. Estas dos condiciones dejan alterada la red vascular de la zona, produciendo un déficit de irrigación tisular. Este último fenómeno hace que algunos plásticos no acepten cirugías secundarias, dado el mayor riesgo existente.

Seromas

La acumulación de líquido intersticial, debajo de la piel y encima de la aponeurosis de los músculos de la pared abdominal, es un fenómeno normal, por esto es que se ponen drenajes destinados al vaciamiento de este líquido, retirándose cuando el flujo se hace residual y manejable por el sistema linfático, que en forma normal remueve los líquidos que constantemente circulan en el organismo. Incluso después de una abdominoplastía bien sucedida, si se practica una ecografía de partes blandas, se percibirán, en el 100% de los casos, acumulos de líquido en forma de burbujas, de dimensión variable, los cuales se irán extinguiendo con el paso del tiempo. Lo atípico, es la formación de una burbuja de líquido de dimensiones mayores, lo suficiente como para ser percibidas desde el exterior, como un abultamiento. En caso tal debe drenarse a través de punciones periódicas, hasta que se extinga, en casos más rebeldes, deberá aplicarse precipitado rico en plaquetas y en los más extremos deberá resecarse, en una intervención quirúrgica, la seudocapsula que lo genera. Debe tenerse en cuenta de que el seroma se produce por incapacidad del sistema linfático de remover los líquidos en forma normal. Esto es una deficiencia del sistema linfático de la paciente, y no es consecuencia directa de la intervención quirúrgica realizada por el cirujano.

Cicatrización

La cicatrización en el abdomen es variable en las diferentes zonas, como en la misma paciente en épocas distintas de su vida.

Las zonas que cicatrizan mejor y más rápido son las zonas laterales. La zona central tiende a ser más lenta y si se ha de producir una cicatriz gruesa será en esta región central. Aparentemente estaría condicionado por la red de capilares menos eficiente, dada la distancia desde los vasos sanguíneos principales.

El cirujano puede realizar la sutura más fina y delicada, no obstante la proliferación celular producida en esa área y secreción proteica (colágeno) se maneja con mediadores celulares que dependen de la información genética contenida dentro de cada célula. Este proceso no puede ser controlado por el cirujano.

El proceso de cicatrización dura hasta los 18 meses. La producción de colágeno tiene una curva ascendente hasta los cinco meses, luego de este periodo el colágeno será absorbido y remodelado, mejorando el aspecto de la cicatriz, y

haciéndola más fina. Algo parecido se produce con los vasos sanguíneos, que en principio son producidos profusamente, ya que se necesita un gran aporte de oxígeno y nutrientes y células, pasado este primer periodo de acelerada actividad, y ya no siendo necesarios, sufren una regresión, disminuyendo su número considerablemente, y se puede apreciar que la cicatriz, que por transparencia se veía rosada, roja o morada, comienza a adquirir un tono pálido, semejante al resto de la piel. Este ciclo afecta también a los melanocitos, que hacen un ciclo semejante, también disminuyendo con el paso del tiempo.

Las pacientes con antecedentes de cicatrices hipertróficas o queloides, tenderán a repetir este patrón, ya que está escrito en su ADN, o información genética. No obstante en estos casos se puede combatir con uso de triamcinolona, un corticoide de especial efecto en la piel, precipitado rico en plaquetas (de notable efectividad) y el uso de bandas de silicona. Todo este conjunto, con un buen porcentaje de respuesta positiva.

Dehiscencia de herida operatoria

Dehiscencia es sinónimo de apertura, esto es que la piel no cicatriza, sino que al revés, se abre. El cirujano hará una sutura esmerada, en cada cirugía, no obstante, el proceso de cicatrización pertenece al paciente, a cargo de las células y de la información genética escrita en su ADN, moduladas por su estado de salud general, alimentación, actividad física, enfermedades colaterales, y tóxicos.

Entre las enfermedades colaterales están la diabetes, hipertensión de larga data, enfermedades autoinmunes, y también otro orden de enfermedades, de orden psíquico, las depresiones también repercuten en el sistema inflamatorio-reparativo, disminuyendo su efectividad.

Entre los tóxicos esta el cigarrillo y la cocaína como los más destacados.

Infección de herida operatoria

Hay que considerar la información general antes descrita. La incidencia es bajísima y está condicionada al acto quirúrgico, en caso tal, la aparición será dentro de 48 horas. También puede deberse al manejo post operatorio inapropiado, es decir curaciones que produzcan un quiebre de la técnica aséptica. Siempre será importantísimo actuar con prontitud, ya que un eritema (color rojo) y calor, que son

los síntomas iniciales, no pasan a mayor compromiso si se realiza un tratamiento adecuado con antibióticos.

Contracciones musculares involuntarias

Pueden existir, en el post operatorio, contracciones involuntarias de los músculos de la pared abdominal, que no tiene mayor implicancia. Estas van disminuyendo espontáneamente hasta extinguirse cuando la cicatrización interna está finalizada, este proceso podría durar hasta unos tres meses.

Dolor residual neuropatico

Este tipo de dolor, es un dolor producido por descargas eléctricas de los pequeños nervios comprometidos en la disección de la cirugía. Este fenómeno ocurre hasta que la cicatrización se completa. Estos dolores no están asociados a otros procesos como sería una infección. Son dolores de baja intensidad y tienden a extinguirse espontáneamente en el transcurso de un par de meses.

Retracción cicatricial (de la cicatriz y del ombligo)

La calidad de las cicatrices depende fundamentalmente de la información genética registrada en nuestras células que componen nuestros tejidos. Es así como hay pacientes que forman cicatrices delgadas, como otros que hacen cicatrices algo más gruesas. Todas las cicatrices tienden a contraerse en algún grado. En relación al ombligo, existen casos en que la contracción es algo más exagerada, pudiendo deformar el ombligo, en general estenosándolo, achicándolo. En esos casos deberá reintervenirse.

Asimetrías

Los lados del cuerpo humano no se comportan igualmente. Es decir la cicatrización de un lado puede ser más rápida que el del otro. Como también la calidad de la cicatriz. En general tiende a ser simétrico, pero en un 30 por ciento, se observa esta asimetría.

Otro elemento a destacar, es que el depósito de grasa tampoco es simétrico, hay pacientes en que la diferencia es muy notoria, pero en otros es leve, y al momento de una cirugía, esta diferencia puede hacerse más notoria.

Reducción mamaria

En esta cirugía es imprescindible mencionar algunos aspectos importantísimos. El principal es que en el post operatorio debe cuidarse en forma expresa de no levantar los brazos, ya que la tensión de la piel se transmite hacia la herida operatoria, provocando su dehiscencia (apertura), esta precaución debe tenerse presente al menos tres semanas o hasta que la cicatriz este consolidada. En segundo lugar, debe mencionarse que en porcentaje, la dehiscencia se observa en un 30 % de los casos en magnitud variable, en relación a la sutura vertical inframamaria. En esos casos, la solución será reforzar con nueva sutura las áreas comprometidas.

También debe decirse que es en esta cirugía donde se presenta con mayor frecuencia el pioderma gangrenoso, ya citado arriba.

Lifting de muslos

En general es una cirugía con baja tasa de complicaciones. Debe tenerse especial cuidado con la higiene local y con el reposo debido, para no someter a la sutura a una tensión indebida que provoque su dehiscencia. Siendo este un factor determinante en la buena evolución.

