

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 1 de 19

1. OBJETIVO

Conocer las principales complicaciones posquirúrgicas que puede presentar el paciente luego de una intervención quirúrgica, para así identificar de manera oportuna las acciones prioritarias que se deben tomar para proteger y brindar seguridad al usuario.

2. ALCANCE

Aplica para la sede Sur y la sede Norte de la Clínica Antioquia, debe ser conocido y aplicado por todo el personal de enfermería que presta sus servicios en la sala de recuperación de Cirugía de la institución. Aplica para todo usuario que haya sido intervenido quirúrgicamente.

3. DEFINICIONES

Complicaciones quirúrgicas: Se definen como los eventos adversos atribuidos al tratamiento quirúrgico o sus cuidados, que aparecen desde la preparación preoperatoria y hasta los 30 días de postoperatorio.

Según se requiera o no tratamiento quirúrgico, se considera que existen dos tipos de complicaciones quirúrgicas:

- Complicación quirúrgica de carácter quirúrgico.
- Complicación quirúrgica de carácter médico

Los accidentes anestésicos o quirúrgicos intraoperatorios pueden generar complicaciones postoperatorias.

Las complicaciones postoperatorias también pueden surgir independientemente del acto quirúrgico, en relación a factores agravantes, como el estado de salud previo a la cirugía o las morbilidades, pueden contribuir a la aparición y severidad de las complicaciones.

Postoperatorio: Se conoce como postoperatorio el periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el paciente se recupera por completo, cuya finalidad es atender las necesidades físicas y psicológicas directamente después del acto quirúrgico.

En la etapa posquirúrgica la atención de enfermería se debe centrar, en torno a la valoración integral

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 2 de 19

del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

El posoperatorio se clasifica en: pos operatorio inmediato y mediato.

Pos Operatorio Inmediato: se inicia una vez concluida la intervención: abarca las seis horas siguientes, el usuario es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica.

Esta etapa es crítica ya que el organismo se encuentra atravesando una serie de cambios debidos al estrés quirúrgico. Estos se relacionan principalmente con variaciones en algunas hormonas, que pueden llevar al desarrollo de retención de líquidos y enlentecimiento de la función intestinal.

La respuesta diurética inicial permitirá obtener información adicional sobre el estado hemodinámico, hidratación y la eventual presencia de un fallo renal agudo.

Pos Operatorio Mediato: equivale al período que transcurre desde que el usuario ha sido llevado a la habitación o sala, hasta el día en que es dado de alta. En este período se le controlan las constantes vitales de forma más espaciada, se restablece el tránsito intestinal y se reinicia la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria.

Una vez realizada la primera evaluación clínica se debe instaurar un plan terapéutico y de cuidado para las primeras 24 horas, que debe incluir la compensación de las necesidades hidroelectrolíticas y calóricas del paciente, un plan de manejo y control del dolor y un plan de hidratación parenteral.

4. MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS (INSUMOS)

- Equipo para aspiración de secreciones.
- Equipo para administración de oxígeno.
- Monitor de signos vitales.
- Esfigmomanómetro, estetoscopio y termómetro.
- Mantas térmicas

- Equipo de RCP.
- Equipo e insumos para intubación del paciente
- Insumos quirúrgicos para re intervención del paciente
- Sala de cirugía
- Disponibilidad de Hemocomponentes.
- Medicamentos e insumos para reanimación
- Riñóneras, pisingos, sondas de aspiración, cánulas de guedel, Jeringas, Jelcos, Gasas y guantes desechables, mascarillas, gafas.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Ante las complicaciones post-operatorias, el personal de enfermería debe tener la capacidad de identificarlas para otorgar una atención oportuna.

Las posibles complicaciones pos operatorias más frecuentes que se pueden presentar en el pos operatorio inmediato y mediano son:

- Choque
- Hemorragia
- Complicaciones Pulmonares: Atelectasia, Depresión respiratoria, edema Agudo de pulmón
- Trombo Embolismo Pulmonar
- Edema pulmonar
- Dolor no controlado
- Retención Urinaria
- Dehiscencia de Suturas
- Obstrucción intestinal
- Infección del sitio operatorio
- Tromboflebitis Profunda

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 4 de 19

5.1 Choque:

El choque es una respuesta del organismo a una disminución del volumen circulante de sangre; se deteriora el riesgo tisular y termina finalmente en hipoxia celular y muerte, el cual puede ser de origen hipovolémico, séptico, cardiogénico, neurogénico y anafiláctico.

Acciones preventivas:

- Vigilar signos y síntomas tempranos de choque hipertensión ortostática, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia, taquipnea, hemorragia en la herida quirúrgica o pérdida excesiva por drenes.
- Cuantificar la hemorragia
- Vigilar estado hidroelectrolítico.
- Vigilar con frecuencia los signos vitales y valorar sus desviaciones.
- Realizar acciones de prevención de infecciones (cuidado de catéteres intravenosos, sondas a permanencia, cuidado de heridas) para minimizar el choque séptico.

Actividades de Enfermería:

- Conservar la vía aérea permeable, así como la administración de oxígeno.
- Controlar la hemorragia.
- Colocar al paciente en la posición fisiológica más aconsejable para evitar el choque (Trendelenburg).
- Asegurar dos vías venosas permeables.
- Asistir al anestesiólogo en la colocación del catéter central, medición de la PVC.
- Informar de manera oportuna al laboratorio sobre la necesidad de hemoderivados. En caso de ser necesario iniciar transfusión según orden médica de líquidos expansores del plasma y sangre.
- Tomar muestras para gases arteriales, según orden medica con el fin de mantener el equilibrio ácido base y control del hematocrito.
- Colocar sonda foley y vigilar la diuresis horaria.
- Administración de antibioticoterapia para contrarrestar la infección.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 5 de 19

5.2 Hemorragia:

La hemorragia es el escape copioso de sangre de un vaso sanguíneo, la cual se puede presentar durante la cirugía o en las primeras horas posteriores a ésta, y primeros días después de la misma.

Según la cantidad de sangre perdida, teniendo presente que el volumen sanguíneo corresponde a más o menos 4 litros la hemorragia se clasifica en: Leve (pérdida de sangre < 20% leve), moderada (pérdida de sangre entre 20-40%), grave (pérdida de sangre > 40%). La hemorragia constituye una de las más complejas situaciones del posoperatorio de cirugía.

En cuanto a las características de su origen hay varias posibilidades:

- a) Capilar: Su flujo es lento, se manifiesta como exudación capilar.
- b) Venosa: Su flujo es a borbotones de color rojo oscuro.
- c) Arterial: Su flujo es a chorro y de color rojo brillante.

En relación a su localización:

- a) Evidente o externa hemorragia visible en forma superficial.
- b) Interna (oculta) hemorragia no observable.

Manifestaciones clínicas:

- Aprensión, inquietud, sed, piel fría, húmeda, pálida y palidez peri bucal, aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, hipotensión e hipotermia.
- Aumento del sangrado a través de los drenajes o de la herida operatoria, o como hematemesis, enterorragia, hematuria, lo que repercutirá en la frecuencia de pulso y en los valores tensionales
- Conforme aumenta la progresión de la hemorragia, se disminuirá el gasto cardiaco y la presión del pulso, disminución de hemoglobina, hematocrito y de no corregirse a tiempo, puede llegar a causar la muerte.

Tratamiento

- El tratamiento es el mismo protocolo utilizado en el choque.
- Se debe Inspeccionar el origen de la hemorragia con el fin de controlar la pérdida sanguínea.
- Revisar la herida como posible sitio de hemorragia y aplicar vendaje compresivo sobre el sitio de la hemorragia externa, como medida inicial. Si se sospecha de una hemorragia interna, se

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 6 de 19

realizarán exámenes radiológicos pertinentes y tratamiento quirúrgico.

- Aumentar el flujo de los líquidos intravenosos y administración de sangre tan pronto como sea posible.

ADVERTENCIA

Las transfusiones sanguíneas numerosas y rápidas pueden conducir a una coagulopatía y prolongar el tiempo de sangrado. Por lo que el paciente debe estar bajo vigilancia estrecha ante la presencia de signos de tendencia hemorrágicos aumentados, posteriores a la transfusión.

Actividades de enfermería

- Monitorizar de forma inmediata y permanente al usuario una vez ingrese al servicio de recuperación.
- Observar la coloración de la piel, llenado capilar.
- Garantizar permeabilidad de acceso venoso.
- Si el usuario requirió algún tipo de dren, valorar cantidad drenada y características. Si esta cantidad es mayor de 500cc avisar de forma inmediata.
- Control estricto de líquidos ingeridos y eliminados.
- Vigilar apósitos y vendajes, si estos se encuentran altamente impregnados de material hemático informar de manera inmediata a especialista para definir conducta a seguir.
- Valorar patrón neurológico.
- Administrar medicamentos, líquidos y hemoderivados según orden médica.

5.3 Complicaciones pulmonares.

Los antecedentes que predisponen a una complicación pulmonar pueden ser: Infección de vías respiratorias superiores, regurgitación o aspiración de vómito, antecedentes de tabaquismo intenso, enfermedades respiratorias crónicas y obesidad, entre otras.

- **Atelectasia:**

La atelectasia ocurre las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, en la que existe una expansión incompleta del pulmón o una parte del mismo, se atribuye a la falta de respiraciones profundas periódicas. Éste puede ocurrir cuando un tapón de moco cierra un bronquiolo, lo que provoca que se colapsen los alveolos que se encuentran distales a dicho tapón, dando como resultado la disfunción

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 7 de 19

respiratoria. Los signos que se pueden manifestar son: Taquipnea leve a intensa, taquicardia, tos, fiebre, hipotensión, disminución de los ruidos respiratorios y de la expansión torácica del lado afectado.

- **Depresión respiratoria**

La depresión respiratoria es un síndrome clínico caracterizado por alteraciones en la ventilación y por compromiso variable en el nivel de conciencia. Los problemas ventilatorios más frecuentes son consecuencia de trastornos en la mecánica y frecuencia respiratorias (bradipnea o apnea) o de la incapacidad de mantener la vía aérea permeable (caída hacia posterior de la lengua, secreciones e hipotonía de la musculatura faríngea), que puede o no resultar en hipo ventilación alveolar. Todo usuario sometido a anestesia general puede presentar disfunción pulmonar.

Actividades de enfermería

- El usuario ingresa al servicio de recuperación de cirugía en posición de cubito supino, posteriormente si se encuentra aún bajo efectos anestésicos y su cirugía lo permite se ubicara en posición de cubito lateral, para evitar bronco aspiración, gradualmente se situara con cabecera elevada a 30 grados. Lo anterior con el fin de mejorar la ventilación.
- Monitorizar de forma inmediata y permanente al usuario una vez ingrese al servicio de recuperación. La oximetría de pulso nos proporciona información continua, no invasiva de la oxigenación arterial.
- Instalar suministro de oxígeno el dispositivo medico indicado, para mejorar el patrón respiratorio y mantener la saturación de oxígeno por encima de 90% (mantener un aporte de oxígeno humidificado).
- Aspirar secreciones, la retención de secreciones incrementa las resistencias aéreas. Además el exceso de secreciones produce obstrucción completa de algunas vías aéreas, lo que implica una disminución de la capacidad pulmonar.
- Vigilar la aparición de cianosis, retracciones intercostales, su aparición se correlaciona con una saturación de oxígeno baja.
- Realizar cambios de postura ya que así se producirán modificaciones de ventilación y perfusión que facilitaran la movilización y eliminación de secreciones.
- No provocar la tos, ya que suele ser ineficaz y agota al paciente.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 8 de 19

5.4 Trombo Embolismo Pulmonar

La embolia pulmonar se presenta por la obstrucción de una o más arteriolas pulmonares, que puede deberse a la presencia de un émbolo que se origina en algún sitio del sistema venoso o en el hemicardio derecho. Cuando se presenta en la etapa post-operatoria, en la mayoría de los casos los émbolos se forman en las venas pélvicas o ileofemorales, se desprenden y viajan hacia los pulmones.

Manifestaciones clínicas

Dolor agudo penetrante en el tórax, Ansiedad, Disnea, taquipnea e hipoxemia, Cianosis, Diaforesis profusa, Dilatación pupilar, Pulso rápido e irregular, que se vuelve imperceptible.

Acciones de enfermería

- Administración de oxígeno por el dispositivo medico indicado.
- Colocar al paciente en posición fowler si no existe contraindicación.
- Vigilar constantemente los signos vitales
- Control de E.C.G.
- Administrar analgésico por prescripción médica para controlar el dolor.
- Preparar al paciente para tratamiento trombolítico.

5.5 Edema Agudo Pulmonar post extubación:

Se presenta por rotura del equilibrio de presiones que mantiene el volumen plasmático en el compartimento intravascular pulmonar. Esta distorsión se inicia habitualmente con esfuerzos inspiratorios con obstrucción de la vía aérea alta.

Se desarrolla como consecuencia de laringoespasma, por lo que se manifiesta como síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, hipoxemia e infiltrados bilaterales. La incidencia del edema agudo pulmonar no se conoce con precisión; sin embargo, se reporta que 0.05 a 1% de los pacientes sanos sometidos a anestesia general pueden presentar esta entidad, secundaria a laringoespasma.

En la valoración del patrón respiratorio, con frecuencia se observan las siguientes manifestaciones: aleteo nasal, ortopnea, taquipnea, respiración ruidosa, diaforesis, estertores, sibilancias, tos productiva de esputo teñido de sangre y espumoso, tos persistente, capacidad vital reducida, confusión, agitación.

Intervenciones de enfermería

- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Dar posición de semifowler o fowler.
- Administrar oxigenoterapia según el dispositivo medico indicado.
- Preparar material y equipo para intubación orotraqueal de ser necesario
- Asistir al médico para la intubación orotraqueal, si lo requiere el caso del paciente.
- Monitoreo continuo de signos vitales.
- Monitorización de: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, capnografía, presión venosa central, si es posible presión arterial invasiva y valorar cifras.
- Garantizar permeabilidad de dos vías endovenosas
- Vigilar estrictamente ingresos y egresos del paciente, manteniendo un balance de líquidos negativo.
- Observar signos y síntomas de deterioro neurológico. Valorar edema periférico.
- Detectar datos de congestión pulmonar por la presencia de crepitantes, sibilancias y roncus.
- Instalar sonda vesical, llevar control estricto de Diuresis horaria y valorar sus características.
- Toma de muestras sanguíneas para gases arteriales y exámenes de laboratorio.
- Aplicar tratamiento farmacológico de acuerdo a prescripción médica.

Signos de evolución hacia la resolución.

Estabilización del estado hemodinámico y valoración de la radiografía de tórax que no muestra evidencias de acumulación de líquido, la presión de arteria pulmonar se encuentra dentro de límites normales, los ruidos respiratorios mejoran y desaparecen los anormales

5.6 Dolor no controlado

El dolor es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), desagradable. Se encuentra asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

Es importante el alivio del dolor en el pos operatorio tanto por razones evidentes de proporcionar confort, como para evitar problemas secundarios que favorecen la aparición de complicaciones, aumentan la morbi- mortalidad y prolongan la estancia hospitalaria. Un control inadecuado del dolor tiene efectos perjudiciales en todos los sistemas; impide una correcta ventilación, facilita la aparición de atelectasias, aumenta el consumo de oxígeno miocárdico

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 10 de 19

(produce taquicardia, HTA, vasoconstricción periférica), favorece el íleo paralítico, prolonga el periodo de balance nitrogenado negativo, aumenta la respuesta catabólica hormonal. Un tratamiento eficaz del dolor permite al usuario una pronta movilización y la iniciación de la rehabilitación.

Actividades de enfermería

- Monitorizar de forma inmediata y permanente al usuario una vez ingrese al servicio de recuperación.
- Comprobar permeabilidad y fijación del acceso venoso.
- Evaluar la intensidad del dolor inicial y su evolución en reposo y con los movimientos, utilizando la escala numérica verbal, la cual consiste en una puntuación en donde 0 es ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable. En la primera hora pos operatorio se evalúa cada 10 minutos hasta que el dolor sea menor de 4/10. Posteriormente, cada hora en las primeras 4 horas, y después se continuará evaluando cada 4 horas. En caso de que el usuario sea un menor de edad y no sea capaz de expresar su dolor en escala numérica verbal, se utilizara la escala de caras de dolor.
- Valoración continúa de la eficacia del tratamiento del dolor.
- Vigilar efectos secundarios de analgésicos: nauseas, vomito, epigastralgia, sedación, retención urinaria.
- Informar y hacer partícipe al usuario en el método de valoración y tratamiento del dolor que se le administrara.
- Ubicar al usuario en una posición cómoda, advertir que cambie lentamente de posición para evitar que los movimientos bruscos estimulen la zona desencadenante de dolor.
- Indicar al usuario que se sostenga el abdomen cuando tosa, se mueva, o vomite para disminuir dolor y evitar dehiscencia.
- Proporcionar un ambiente relajado y tranquilo
- Revisar vendajes compresivos, en caso de que el usuario lo haya requerido
- Informar de inmediato a médico tratante si el dolor no sede a analgésicos prescritos y administrados.
- El personal asignado a recuperación de cirugía, aplicara guías y protocolos existentes en la Institución para garantizar la administración segura de analgésicos.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 11 de 19

5.7 Retención urinaria

Se ocasiona por espasmos del esfínter vesical, se presenta con mayor frecuencia después de la cirugía de ano, vagina o parte inferior del abdomen.

Acciones de enfermería

- Ayudar al paciente a ponerse de pie o llevarlo a que miccione en el baño si la cirugía lo permite. Proporcionar privacidad al paciente.
- Utilizar calor local compresas húmedas calientes.
- Colocar sonda para evacuar vejiga según orden medica cuando han fracasado todas las medidas.

5.8 Dehiscencia de herida (evisceración)

Es la separación de los planos anatómicos previamente suturados de una herida. Cuando nos referimos particularmente a la pared abdominal, y la separación parcial de su plano, encontrándose las vísceras cubiertas por la piel y el peritoneo se denominan eventración. Se conoce como evisceración cuando la separación de los planos es completa y hay exposición de vísceras, esta requiere reparación quirúrgica inmediata.

Por lo general ocurre entre el quinto u octavo día post-operatorio, y con mayor frecuencia se presenta en intervenciones quirúrgicas abdominales. Entre los factores que se relacionan con esta complicación podemos mencionar:

- Puntos de suturas no seguros, inadecuados o excesivamente apretados (esto altera el aporte sanguíneo).
- Hematomas, seromas.
- Infecciones, tos excesiva, distensión abdominal.
- Nutrición deficiente, inmunosupresión, uremia, diabetes, uso de glucocorticoides.

Medidas preventivas

- Colocar faja o vendaje abdominal al paciente anciano u obeso o con paredes abdominales débiles o péndulas.
- Instruir al paciente a que se sostenga la herida cuando realice algún esfuerzo (vomitar o

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 12 de 19

toser).

- Mantener la vigilancia ante la presencia de distensión abdominal e informarlo con prontitud al médico para su manejo oportuno.

Manifestaciones clínicas

- Salida repentina de líquido sero sanguinolento de la herida quirúrgica.
- El paciente refiere que algo “se deshizo” súbitamente en la herida.
- En herida intestinal, los bordes pueden separarse y ocurrir salida del intestino en forma gradual.
- Evaluar el tipo de drenaje en el apósito líquido peritoneal, líquido claro o serosanguinolento.

Acciones de enfermería

Permanecer con el paciente para tranquilizarlo y notificar al cirujano de inmediato.

- Si está el intestino expuesto se debe cubrirlo con apósitos estériles y humedecidos con solución salina y avisar inmediatamente a especialista
- Vigilar los signos vitales y valorar si hay presencia de choque.
- Conservar al paciente en reposo absoluto.
- Dar instrucciones al paciente para que flexione lentamente sus rodillas y colocarlo en posición semifowler para disminuir la tensión sobre el abdomen.
- Preparar al paciente para intervención quirúrgica y reparación de la herida.
- Manifestar al paciente que su herida recibirá el tratamiento adecuado; intentar mantenerlo tranquilo y relajado, sobre todo mantener la calma.
- Evitar manipulación excesiva
- Ayudar al usuario con los cambios de posición

5.9 Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal es la interrupción parcial o total del tránsito continuo del contenido a lo largo del intestino. La mayoría de las obstrucciones intestinales ocurren en el intestino delgado, en la región más estrecha, al íleon.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 13 de 19

Causas

- Mecánicas: Adherencias (es una de las causas más frecuentes, ocurre mucho después de la cicatrización quirúrgica). Vólvulo, invaginación, enfermedad maligna, hernia.
- Neurogénicas: Íleo paralítico debido a la manipulación intestinal intraoperatoria, anestésicos, desequilibrio hidroelectrolítico, peritonitis, dehiscencia de herida, entre otras.
- Vasculares: Oclusión arterial mesentérica. Choque.

Manifestaciones clínicas

- Ocurre con mayor frecuencia entre el tercero y quinto días posteriores a la cirugía. Sin embargo, las causadas por adherencias, pueden ocurrir meses a años después de la cirugía.
- Se presenta dolor abdominal agudo tipo cólico, con periodos libres de dolor, que al principio es localizado y puede dar la pauta en la localización del problema. La ingestión de alimentos suele aumentar la intensidad del dolor.
- Ausencia o disminución de ruidos abdominales, ante la presencia de íleo paralítico. La obstrucción causa ruidos intestinales altos tipo “tintineo metálico” por arriba del nivel afectado.
- Distensión abdominal, la peritonitis provoca que el abdomen se torne hipersensible y rígido.
- Cuando la obstrucción es completa, el contenido intestinal regresa al estómago y produce vómito.
- Cuando la obstrucción es parcial e incompleta puede presentarse de diarrea.
- Si la obstrucción no tiene resolución, continúan los vómitos, la distensión se vuelve más intensa, el paciente presenta choque hipovolémico y puede sobrevenir la muerte.

Acciones de enfermería

- Aliviar la distensión abdominal por medio de la colocación de una sonda nasogástrica según orden médica
- Restitución de líquidos y electrolitos, según orden médica
- Tomar muestras sanguíneas para gases arteriales y exámenes de laboratorio.
- Vigilancia estrecha ante la presencia de signos de choque.
- Valorar la distensión abdominal, midiendo el perímetro abdominal y llevar el registro en el expediente clínico

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 14 de 19

- Vigilar y documentar las características del vómito y del drenaje nasogástrico.
- Administrar analgésicos por prescripción médica (los opiáceos alteran el peristaltismo).
- Preparar el paciente para cirugía si no se resuelve la obstrucción
- Brindar apoyo y confianza al paciente, favorecer su comodidad.

5.10 Infección del sitio Operatorio

Se define como infección del sitio operatorio, aquella que ocurre en el sitio quirúrgico dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía; involucra piel, tejido subcutáneo o músculos localizados por debajo de la aponeurosis implicada. La infección quirúrgica profunda, es la que se presenta en el área quirúrgica específica dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, si no se colocó implante, o en el término de un año si éste fue realizado.

Causas

Factores que pueden pre disponer la aparición de ISO son: Exposición prolongada de los tejidos durante la cirugía, obesidad mórbida, la edad avanzada, anemia y desnutrición, tienen relación directa con la infección.

Los factores que afectan la extensión de una infección incluyen:

- Localización, naturaleza y condiciones de la herida.
- Respuesta inmunológica del paciente.
- Presencia de aporte sanguíneo adecuado a la herida, grado de espacio muerto o hematoma.
- Presencia de cuerpo extraño o tejido desvitalizado.
- Estado prequirúrgico del paciente como edad avanzada, presencia de infección, diabetes no controlada, insuficiencia renal, obesidad, terapia con corticosteroides, inmunosupresores, antibioticoterapia prolongada, anemia, deficiencias nutricionales, desequilibrio hidroelectrolítico.

Manifestaciones clínicas:

- Enrojecimiento, tumefacción, excesiva hipersensibilidad en el área de la herida (dolor).
- Estrías rojas en la piel cercana a la herida y olor fétido.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 15 de 19

- Secreción purulenta de la incisión o de algún drenaje colocado en el tejido subcutáneo o de aponeurosis si se trata de infección de la herida quirúrgica profunda.
- Ganglios linfáticos dolorosos e inflamado en la región axilar o inguinal o cercana a la herida.
- Fiebre de 38°C que va en aumento, igual que la intensidad del dolor.
- Presencia de absceso o evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos.

Acciones de enfermería

- Respetar las normas de asepsia y antisepsia en la realización de todos los prendimientos de enfermería.
- Recordar que cuando la herida tenga exudado, fibrina, grasa o tejido muerto, sus bordes no deben suturarse por cierre primario, sino que se debe esperar a suturar para un cierre secundario.
- Llevar a cabo las técnicas de asepsia estricta cuando se realicen los cambios de apósitos de la herida quirúrgica.
- Vigilar y documentar el volumen, características y localización del drenaje de la herida. Asegurarse que los drenes están funcionando adecuadamente.
- Administrar antibióticos por prescripción médica.

ADVERTENCIA

La presencia de febrícula transitoria se debe a necrosis hística, hematoma o cauterización. La fiebre e hipertermia sostenida pueden ser el indicio de cuatro complicaciones post-operatorias frecuentes como: atelectasia (en el transcurso de las 48 horas post-operatorias), infecciones de heridas (entre 5 a 30 días posteriores); la infección de vías urinarias (5 a 8 días posteriores) y tromboflebitis (entre 7 y 14 días posteriores).

5.11 Tromboflebitis profunda

La tromboflebitis se presenta en las venas pélvicas o profundas de las extremidades inferiores en los pacientes post-operatorios, con mayor frecuencia en cirugías de cadera, seguida por prostatectomía retro púbica y cirugía torácica y abdominal, la cual depende de la complejidad de la cirugía y la

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 16 de 19

gravedad fundamental de la enfermedad. Se considera que los trombos venosos localizados por arriba de la rodilla, son la principal fuente de tromboembolia pulmonar.

Causas

- Lesión de la capa interior de la pared venosa.
- Estasis venosa.
- Hipercoagulopatía, policitemia.
- Entre los factores de riesgo se encuentran la obesidad, inmovilidad prolongada, cáncer, tabaquismo, edad avanzada, venas varicosas, deshidratación, esplenectomía y procedimientos ortopédicos

Manifestaciones clínicas

- La gran mayoría de las trombosis venosas profundas son asintomáticas. Pueden presentarse síntomas como dolor o calambre en la pantorrilla o en el muslo, que evoluciona hasta presentar una tumefacción dolorosa en toda la pierna.
- Fiebre ligera, escalofrío y transpiración.
- Hipersensibilidad notable sobre la cara antero medial del muslo.
- La flebotrombosis puede presentar coagulación intravascular, sin datos de inflamación notable.
- En la trombosis venosa profunda la circulación distal puede estar alterada si existe inflamación importante.

Acciones de enfermería

- Mantener la hidratación adecuada del paciente en la etapa post-operatoria, evitando así la hemoconcentración.
- Colocar medias anti embolicas, en el periodo pre-operatorio (preferentemente) o vendaje de miembros inferiores.
- Propiciar la deambulación temprana, de no ser posible, realizar ejercicios pasivos de las piernas.
- Evitar cualquier dispositivo, como correas o ropa ajustadas que pudiesen limitar la circulación.
- Evitar la fricción o masaje de pantorrillas o muslos. Asimismo, la colocación de cojines o rollos para la pantorrilla en los pacientes con riesgo por el peligro de hacer presión en los vasos que

se localizan bajo la rodilla.

- Evitar la colocación de catéteres intravenosos en las extremidades inferiores.
- Instruir al paciente para que evite estar de pie o sentado o cruzar las piernas durante periodos prolongados.
- Valorar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la sensación en las extremidades inferiores.
- Verificar la presencia de signo de Homan: Dolor en la pantorrilla al realizar la dorsiflexión del pie. El 30% de los pacientes con trombosis venosa profunda presentan este signo.
- Iniciar tratamiento con anticoagulantes por prescripción médica.

ADVERTENCIA

No se debe pasar por alto una molestia o dolor ligero en la pantorrilla. El peligro inherente en la trombosis femoral es que puede desprenderse un coágulo y producir un émbolo pulmonar.

N°	Actividades esenciales	Responsable
1	Detectar de manera oportuna los signos de complicación en sala de recuperación.	Personal de Enfermería
2	Cumplimiento estricto del proceso de atención del paciente en cirugía.	Todo el equipo quirúrgico.
3	Cumplimiento de las recomendaciones del presente protocolo según tipo de Complicación.	Todo el equipo quirúrgico.
4	Aplicación y evaluación de las adherencias a protocolos de Enfermería	Coordinador Cx
5	Planeación, ejecución y evaluación de Planes de mejora	Coordinador Cx

6. INDICACIONES AL USUARIO

Es de suma importancia la vigilancia estricta del paciente y la realización de los cuidados de enfermería pos operatorios con el fin de ayudar al paciente en su recuperación, brindarle la mayor comodidad y seguridad posible y tratar de minimizar los riesgos de una complicación.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 18 de 19

7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO


Riesgo	Barreras de seguridad
Complicaciones durante todo el proceso de atención quirúrgica del paciente.	Aplicar lista de chequeo de cirugía segura
	Realizar pausa quirúrgica
	Realizar Profilaxis antibiótica
	Aplicar Consentimiento informado por cada procedimiento.
	Realizar Lavado de manos
	Aplicar los correctos en la administración de medicamentos.
	Verificar adherencia a protocolos
	Realizar capacitación al Personal

8. ESTRATEGIAS DE SOCIALIZACIÓN

- Publicación del documento en la plataforma de procesos de la Clínica para consulta de todo el personal.
- Realizar sensibilización y capacitación del documento a los coordinadores y jefes de cirugía y a los cargos involucrados en este.
- Cada coordinador de cirugía debe socializar el documento y los resultados con el personal de su área para garantizar la orientación de las acciones al cumplimiento de resultados.

9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

- El coordinador de cirugía analiza y valida la información de los indicadores de cirugía, si se detectan oportunidades de mejora, debe realizar acciones efectivas para la mitigación y cierre de las mismas.
- Los Directores Médicos de cada sede analizan y validan la información de su sede, así como la efectividad de los planes de mejora.

	MANEJO DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	Código: E-GCC-D-006
		Versión: 002
		Fecha: Marzo 2019
		Páginas: 19 de 19

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM.
- Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Ediciones Ergon, 2003. p. 31- 55.
- Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños JE. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. Rev Esp Anestesiol Reanim 2003; 50 (5): 230-6.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital de Galdakao. Vizcaya 2001.
- Atención de Enfermería en Cirugía General. Escuela Universitaria de Enfermería. Clínica Universitaria de Navarra. B.Braun-Dexon. Pamplona 1996.
- Brunner-Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. Interamericana. México 1.998.
- Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades. Rol de enfermería en el período postoperatorio mediato. Rol de enfermería.
- http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm
- <http://www.sosenfermero.com/noticias-de-salud/cuidados/edema-agudo-de-pulmon-fisiopatologia-y-cuidados-de-enfermeria/>
- <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v17n2/barreiro-tc.pdf>

11. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación de la guía manejo de complicaciones posquirúrgicas	Jefe de enfermería	Director médico	Comité tecnicocientífico
002	Marzo 2019	Actualización del documento en cuanto a la estructura de acuerdo a los definido en el SGC.	Coordinadoras de Cirugía	Área de Calidad	Comité de Guías.