

Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos

Edgar Gustavo Mendieta Bermeo¹, Rosa Elvira Minchala Urgilés²

1. Unidad de Cirugía General, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca-Ecuador.
2. Coordinación General de Enfermería, Unidad de Cirugía Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Rosa Elvira Minchala Urgilés
Correo Electrónico: rosaeminchalau@hotmail.com
Dirección: José Carrasco Arteaga entre Payán y Pacto Andino, Camino A Rayoloma, Cuenca
Código Postal: EC010150.
Teléfono (593) 7 4068611

Fecha de Recepción: 13 - 03 - 2018
Fecha de Aceptación: 11 - 09 - 2018
Fecha de Publicación: 30 - 11 - 2018

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Mendieta E, Minchala R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos. RevMed HJCA 2018; 10(3): 235 - 241. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3.rb.38>

ARTÍCULO DE ACCESO DIRECTO



©2018 Mendieta E, et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La intervención quirúrgica es una práctica médica específica realizada sobre un órgano interno o externo, para lo cual el paciente recibe anestesia general o local, realizada en un quirófano estéril y su pronta recuperación ayuda a la inserción familiar y social. Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad y su tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

El período postoperatorio se inicia cuando termina la intervención y se revierte la anestesia, el paciente es estabilizado hemodinámicamente y es trasladado al servicio de hospitalización hasta el alta definitiva. En este período se ponen de manifiesto retos para el equipo médico y de enfermería en cuanto a las interacciones que han de ser eficaces, evitando complicaciones postquirúrgicas y morbimortalidad en los pacientes.

El objetivo de la revisión bibliográfica es proporcionar al personal médico y de enfermería los conocimientos científicos, necesarios para ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica y evitar complicaciones, además fomentar la autonomía del paciente; administrar analgésicos, antieméticos o antibióticos, una dieta adecuada, motivar e influir en la evolución y recuperación fácil y significativa del paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS POSTOPERATORIOS, COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS, CUIDADOS DE ENFERMERIA.

ABSTRACT

Bibliographic Review: Medium and Long-Term Post-Surgical Care and Complications in Adults

Surgical intervention is a specific medical procedure in an internal or external organ for which the patient receives general or local anesthesia, is performed in a sterile operating room. Early recovery helps family and social insertion. From the moment in which a surgical condition is diagnosed, the patient and family may experience multiple emotional disturbances.

The postoperative period begins when anesthesia is finalized; the patient must be stabilized and transferred to the proper post-operative care unit until discharge. During this period, multiples challenges are present for medical and nursing staff, the proper interaction between teams must be effective with the objective of avoid postsurgical complications and decrease morbidity and mortality rates.

The aim of the bibliographic review is to provide medical and nursing staff with the scientific knowledge necessary to help the patient to achieve physically and psychologically recovery and avoid post-surgical complications. In addition, it is important to encourage the correct administration of medication by health care staff and the establishment of an environment that promote early patient recovery.

KEYWORDS: POSTOPERATIVE CARE, POSTOPERATIVE COMPLICATIONS, NURSING CARE.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones que surgen luego de una cirugía constituyen un reto para el personal de salud y en ocasiones son impredecibles; se establecen de forma relativamente súbita y pueden evolucionar con rapidez hacia la muerte. Muchos de los pacientes con estas características requieren admisión en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para un mejor control y manejo de los desórdenes fisiopatológicos agudos [1]. Las alteraciones postquirúrgicas son frecuentes y están vinculadas con resultados clínicos desfavorables, por lo expuesto se deberían ejecutar cambios estructurales para reducir la morbilidad y mortalidad postoperatorias [1]. Las intervenciones quirúrgicas no están exentas de complicaciones clínicas en el postoperatorio inmediato o a largo plazo, afectando la calidad de vida del paciente.

Cada año alrededor de 200 millones de personas son sometidas a una cirugía mayor y de ellos fallecen cerca de un millón a nivel mundial. El cuidado postquirúrgico está determinado por la gravedad del paciente y el conocimiento de los factores involucrados con la mortalidad postoperatoria para tomar una mejor decisión clínica en cuanto a la administración de soluciones, monitoreo de signos vitales y suministro de medicamentos prescritos [2].

Cuidar es un complejo concepto con diferentes acepciones, que van desde la raíz latina cogitare, significado que está relacionado con: pensar, discutir o prestar atención, hasta la actual definición dada por la Real Academia de la Lengua Española y que hace referencia a asistir a alguien que lo necesite. Cirugía significa trabajar (ergos) con las manos (quiro), por ello se define como el tratamiento (logos) de las enfermedades (pathos) que se pueden solucionar con procedimientos manuales [3].

A través de los escritos de Heródoto, Homero o Hipócrates, se sabe que en la Grecia clásica ya se practicaban técnicas quirúrgicas complejas (cesáreas, por ejemplo) que han perdurado hasta estos días. Los romanos, por otro lado, se convirtieron en grandes expertos en medicina militar y en el tratamiento quirúrgico de las heridas [3].

El objetivo de la educación al paciente por parte del personal de salud es: enseñar lo desconocido en relación a salud o adaptación a la enfermedad, educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado. La asistencia a pacientes, debe garantizar una recuperación segura, al prevenir, detectar y atender las necesidades surgidas del acto quirúrgico y del propio internamiento hospitalario. Corresponde al personal médico, hacer operativa la resolución de los problemas de salud y la atención de las demandas de cuidados de enfermería, asegurar la calidad y seguridad en la asistencia [4].

El proceso quirúrgico ocasiona cambios psicofísicos en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, pues ninguna operación es de cirugía menor, desde el punto de vista del paciente. Se trata de una agresión al organismo en su conjunto (cuerpo y alma) más allá de las benéficas intenciones terapéuticas. Al ingresar al hospital, el paciente ingresa a un medio que no solo le es extraño y diferente sino que suele asociarse con ansiedad, e incluso temor [5].

Las cirugías constituyen el tratamiento de las enfermedades mediante la extracción o reconstrucción de estructuras tisulares enfermas, anormales o lesionadas, llevándose a cabo bajo condiciones de asepsia, antisepsia y anestesia. Las cirugías según el tiempo de realización son: de emergencia, de urgencia y programadas; según el objetivo son: curativas, paliativas, diagnósticas, reparadoras y estéticas; según su complejidad y riesgo (asociado con el tipo de anestesia) son: cirugías menores y mayores [5].

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo proporcionar información científica sobre cuidados y complicaciones postquirúrgicas en el período mediano y tardío, además de aportar con conocimientos teóricos, para la ejecución de un proceso de atención de mayor calidad; surge la necesidad de profundizar esta revisión bibliográfica, sobre aspectos relacionados a cuidados postquirúrgicos.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Corresponde al período de recuperación física y psicológica, abarcando desde el ingreso del paciente a la sala de recuperación hasta el alta a su domicilio. La recuperación del paciente después de una intervención quirúrgica y la satisfacción de sus necesidades, dependen en gran medida de la calidad de los cuidados postoperatorios que reciba [5]. Las preocupaciones inmediatas críticas son la protección de vías respiratorias, control del dolor, el estado mental y la curación de heridas. Otras preocupaciones importantes: la retención urinaria, estreñimiento, trombosis venosa profunda y la variabilidad de la presión arterial (alta o baja). Para los pacientes con diabetes, los niveles de glucosa en la sangre son monitoreados frecuentemente cada hora o cada cuatro horas [6]. Es una fase crítica que demanda cuidados redoblados de todo el equipo sanitario [7].

Para garantizar una asistencia segura y reducir los daños indeseables a los pacientes y los gastos en sanidad, se vuelve imperativo el empleo de acciones que puedan eliminar o reducir el riesgo de un determinado evento adverso. Para ello, se hace indispensable un reconocimiento previo de las necesidades manifestadas por estos individuos y quiénes son los más propensos a sufrir tal episodio [8]. Las necesidades básicas del paciente quirúrgico son oxigenación, aporte de líquidos y electrolitos, nutrición, control de ingesta y eliminación, movilidad, seguridad y autoestima [6]. Es importante satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente [7].

El postoperatorio se divide en dos etapas: Postoperatorio inmediato: período que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la Unidad de Recuperación Pos Anestésica (URPA) [9], donde permanecerá hasta que los efectos de la anestesia hayan disminuido considerablemente. Se esperará observar que el paciente se encuentre despierto, alerta y orientado, con las vías respiratorias permeables y los signos vitales estables. Abarca desde la finalización de la operación hasta las 2 a 4 horas posteriores [5]. Postoperatorio mediano o tardío: se inicia a la llegada del paciente a la unidad de hospitalización hasta el alta del paciente (24-48 horas posteriores) [5, 9].

Tan pronto como se haya colocado en la cama de la unidad, el personal de salud realizará una rápida valoración del paciente en cuanto a los signos vitales, la permeabilidad de las vías respiratorias, la necesidad de aspiración, estado de la piel, apósito quirúrgico, drenajes si los hay, diuresis, efectos de los medicamentos administrados, mantener informada a la familia [9]; control del balance hidroelectrolítico y la función intestinal a través de la auscultación de los ruidos intestinales [10].

Después de llevar a cabo la valoración inicial completa del paciente y satisfacer las necesidades más inmediatas, el profesional médico y de enfermería autorizará la visita de los familiares para explicarles la situación actual del enfermo [11]. En la unidad de cirugía es importante ayudar a la deambulación temprana, colaborar en la dieta, instruir al paciente y familiares sobre indicaciones específicas según el tipo de intervención, cuidados generales y el proceso de cicatrización [12]; recuperación general y preparación del paciente para el alta.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Dependiendo del tipo de cirugía que se realiza, hay diversas complicaciones potenciales intra y postoperatorias. Las complicaciones generales incluyen: náuseas y vómitos por la anestesia general, dolor de garganta (causado por el tubo endotraqueal que se utiliza para brindar soporte ventilatorio durante la cirugía), hinchazón y dolor alrededor del sitio de la incisión, sed, estreñimiento y gases (flatulencia) [13], infección de la herida, coágulos sanguíneos debido a la inactividad. La inactividad prolongada también puede causar atrofia y pérdida de fuerza muscular, alteraciones de la termorregulación, alteraciones respiratorias, cardíacas, renales, urinarias, metabólicas, gastrointestinales, hepatobiliares, neurológicas y adicionalmente dolor e insomnio [5, 14].

HERIDAS QUIRÚRGICAS

Las heridas son lesiones en los tejidos corporales que alteran su patrón tisular normal. Como consecuencia de tal agresión existen riesgos de infección y lesiones de órganos o tejidos adyacentes. Una herida produce una interrupción celular, por lo cual la cicatrización constituye la restauración del tejido afectado [5]. La prevención de la infección quirúrgica data desde hace varios años. En 1964 se originó la clasificación de procedimientos quirúrgicos, según su riesgo de infección, en las categorías de cirugía limpia, limpia-contaminada, contaminada y sucia según National Research Council, Ad Hoc Committee on Trauma. Esta clasificación permite conocer la posibilidad de infección del sitio quirúrgico basada en su grado de contaminación bacteriana intraoperatoria y ha demostrado poseer una aceptable correlación con el porcentaje de infecciones [15].

Según el grado de contaminación las heridas se clasifican en limpias, contaminadas e infectadas. Las heridas que cicatrizan por primera intención: con escaso daño tisular, son heridas limpias, cicatrizan con rapidez y requieren mínima atención; por segunda intención: heridas que se dejan abiertas para que cicatricen de forma espontánea, el tejido de granulación llena el área cutánea conformando una cicatriz; y finalmente las heridas por tercera intención: se trata de una sutura secundaria efectuada como

consecuencia de la apertura de la herida, se forma un tejido cicatrizal profundo [5]. El cuidado adecuado puede ayudar a prevenir la infección y mejorar la cicatrización a medida que la herida quirúrgica sana, por lo tanto, es importante evitar la exposición y contacto con los microorganismos para reducir el riesgo de infección [16].

El personal debe dar atención individualizada a cada herida, pero el apósito estéril colocado en la sala de operaciones generalmente se deja intacto durante 24 a 48 h, a menos que signos de alarma se desarrollen (por ejemplo, aumento del dolor, eritema, drenaje). Las compresas y toallas de algodón mojadas son permeables a las bacterias en pocos minutos [16].

Si está presente un tubo de drenaje, debe ser controlada la cantidad y calidad del fluido recolectado. Suturas, grapas de piel, y demás dispositivos de cierre por lo general se dejan en el lugar 7 días o más, dependiendo del sitio quirúrgico y de las condiciones específicas del paciente [17]. En toda herida se produce inflamación como resultado de la reacción orgánica ante la agresión producida y caracterizada por calor, rubor, dolor y tumor, estos signos y síntomas constituyen la denominada Tétrada de Celso [5].

Las complicaciones de la herida que pueden presentarse son: dehiscencia, hematoma, seroma, infección, heridas crónicas o que no cicatrizan y heridas incisionales [14]. Un estudio de revisión narrativa; muestra los tipos de factores de riesgo de infección de las heridas quirúrgicas: factores endógenos (edad, desnutrición, obesidad, diabetes, inmunosupresores y enfermedades asociadas), factores exógenos (ducha preoperatoria, eliminación del vello, lavado de manos, solución empleada para la limpieza de la piel del campo quirúrgico, suturas, drenajes, profilaxis antibiótica, técnica quirúrgica) y otros (medio ambiente y circuitos de quirófano) [15].

Cuando las bacterias ingresan al sitio de la cirugía, se produce una infección de la herida, que retrasa la curación y pueden diseminarse a órganos o tejidos cercanos, o a áreas distantes a través del torrente sanguíneo. El tratamiento de las infecciones de la herida puede incluir: antibióticos y reintervención quirúrgica para limpiar o drenar el área infectada [13].

DOLOR

Es una sensación desagradable con un componente sensorial y otro emocional, originado por estímulos nocivos e indicativo de un daño actual o potencial de los tejidos corporales. La analgesia forma parte del cuidado del paciente sometido a un procedimiento quirúrgico [5].

El control del dolor postoperatorio es un reto en el ámbito quirúrgico. La prevalencia del dolor postoperatorio exige conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor: intervención quirúrgica, preparación preoperatoria, posibles complicaciones postoperatorias, el tratamiento anestésico, la calidad de los cuidados postoperatorios [18]. El alivio efectivo del dolor es de suma importancia para cualquier persona que trate a pacientes sometidos a cirugía. El alivio del dolor tiene beneficios fisiológicos significativos [19], por lo tanto, la monitorización del alivio del dolor se está convirtiendo cada vez más en una

importante medida de calidad postoperatoria. El objetivo del manejo del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la incomodidad con un mínimo de efectos secundarios [20].

El apropiado control del dolor luego de la cirugía es importante para evitar resultados negativos como: taquicardia, hipertensión, isquemia miocárdica, disminución de la ventilación, y mala cicatrización. Entre las actividades referidas para el manejo del dolor postquirúrgico, se encuentran: la administración de analgésicos intravenosos tipo morfina y dipirona, cambios de posición, masajes, actividades promovedoras del sueño, medidas de confort (baños calientes, escuchar música, respiración lenta y rítmica) [21]. El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto [11].

VÍA AÉREA

Depresión respiratoria: se relaciona con la anestesia (por depresión del sistema nervioso central) [5]. Después de la intubación orotraqueal, los pacientes con pulmones normales pueden tener una tos leve durante 24 horas; pero en los fumadores y pacientes con antecedentes de bronquitis, la tos dura más tiempo posterior a la extubación. La mayoría de los pacientes se benefician de un espirómetro de incentivo [17].

Neumonía: situación clínica que afecta el parénquima pulmonar (frecuente como resultado del postoperatorio, inmovilización en cama, y en general causada por microorganismos Gram negativos dentro del medio hospitalario). Se manifiesta con taquipnea, roncus, cianosis, tos persistente, cefalea, dolor torácico y fiebre. El tratamiento incluye la administración de oxígeno, antibiótico, ejercicios respiratorios [5]. Realizar fisioterapia respiratoria, estimular el uso del espirómetro, enseñar al paciente ejercicios de respiración profunda, a movilizar secreciones y fomentar la movilización precoz y progresiva (levantar al sillón, movimientos de extremidades inferiores), ayuda a prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la presencia de náuseas, vómito o trombosis venosas.

Embolia pulmonar: un coágulo preformado puede separarse de la vena y viajar a los pulmones generando una embolia pulmonar. Los síntomas son: dolor en el pecho, disnea, tos, diaforesis, taquicardia y lipotimia. El tratamiento depende de la ubicación y el tamaño del coágulo y puede incluir: medicamentos anticoagulantes, trombolíticos, cirugía u otros procedimientos. En ocasiones, surgen complicaciones pulmonares debido a la falta de ejercicios de respiración profunda y tos dentro de las 48 horas posteriores a la cirugía. También pueden ser el resultado de una neumonía o de la inhalación de alimentos, agua o sangre en las vías respiratorias [13].

Hipo: es el resultado de espasmos involuntarios e intermitentes del diafragma y se presenta con un ruido característico. Suele aparecer tras la cirugía abdominal. En este reflejo intervienen las fibras aferentes de los nervios frénico y vago, las conexiones con el centro del hipo localizado en el tronco del encéfalo y las vías eferentes, a través del nervio frénico, vago, nervios cervicales y torácicos [5].

El hipo puede ser una manifestación de alguna enfermedad subyacente o signo de alarma de alguna complicación, como por ejemplo una dehiscencia de sutura en un postoperatorio. De ahí la importancia de hacer una historia clínica detallada, una exploración física completa y pruebas complementarias dirigidas para llegar al diagnóstico [22].

TEMPERATURA CORPORAL

Durante el perioperatorio las alteraciones de la temperatura corporal son frecuentes y en situaciones extremas podrían conducir a la muerte. El regulador central de la temperatura es el área preóptica hipotalámica, la cual recibe e integra vías neuronales ascendentes y disipa diversos mecanismos para mantener la homeóstasis [24]. Durante este período se pierde fácilmente el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, acentuándose en cirugías mayores a una hora de duración [23 - 25].

Hipotermia: es la disminución anormal de la temperatura corporal [5]. Los pacientes pueden pasar frío durante la cirugía, sobre todo debido a los fármacos que se utilizan como anestésicos y causar problemas cardíacos potencialmente peligrosos. Se han desarrollado diferentes formas de recalentamiento, como el uso de aislamiento térmico (mantas eléctricas y lámparas de calor) [23].

Se produce por mecanismos de pérdida de calor: por conducción, radiación, evaporación, convección y respiración. Las consecuencias pueden derivarse en alteraciones neurológicas, inmunitarias, cardíacas, hepáticas, renales, alteraciones de la coagulación (aumentando el riesgo de hemorragias y necesidad de transfusión de hemoderivados) y del equilibrio ácido básico [14 - 24].

En un estudio realizado en Lima en el 2015, con 251 pacientes, de ellos 51% fueron mujeres y el 49% varones, la media de la edad fue de 39.7 + 12, el 31.9% de individuos sometidos a cirugía mayor presentaron hipotermia, el 17.1% presentó hipotermia a los 60 minutos de la cirugía, la media del tiempo postoperatorio fue de 75 minutos para el desarrollo de hipotermia. La hipotermia intraoperatoria inadvertida aparece hasta en el 20% de los pacientes sometidos a cirugía [24]. La medida preventiva es calentar las infusiones que se van a administrar, proporcionar mantas térmicas y apoyo psicológico al paciente, mantener buena ingesta de líquidos para evitar deshidratación y pérdida de calor, administrar medicación prescrita y vigilar la perfusión tisular de las zonas distales [23].

Hipertermia: horas después de la cirugía es posible que experimente una ligera subida de temperatura, que puede mantenerse durante 24-48 horas. Se debe iniciar la toma de temperatura cada cuatro a seis horas. Aplicar medios físicos y/o antipiréticos, si hay prescripción médica [12]. El mecanismo de la fiebre se produce en el hipotálamo anterior, por la liberación de pirógenos endógenos o exógenos en el centro regulador del hipotálamo [14].

URINARIAS

Retención urinaria: definida como la incapacidad temporal de vaciar la vejiga; generalmente es secundaria a efectos

adversos de los anestésicos. El tratamiento es mediante la inserción de un catéter para drenar la vejiga hasta que el paciente recupere el control de la misma. A veces, se pueden administrar medicamentos para estimular la vejiga [13].

Es una complicación muy frecuente en los procedimientos de cirugía general, entre un 5% al 20% de los pacientes postquirúrgicos la presentan. Un estudio realizado en Chile, encontró una prevalencia de retención urinaria aguda del 2.76%. En todos los casos se manejó con cateterismo intermitente y la prolongación de estadía hospitalaria fue de un día en el 91% de los casos, y dos días en el resto [26].

La retención urinaria postoperatoria, la incapacidad para evacuar después de la cirugía a pesar de una vejiga llena, generalmente es transitoria, pero puede prolongarse en algunos casos. Puede causar varias complicaciones, como infección del tracto urinario, disfunción de la vejiga a largo plazo y daño renal que conduce a la enfermedad renal crónica. La cateterización, generalmente considerada como el método de tratamiento óptimo, está asociada a riesgos, por lo que es deseable el tratamiento farmacológico de la retención urinaria postoperatoria que podría eliminar o reducir la necesidad de cateterismo [27].

Las actividades a realizar para evaluar la retención urinaria son: vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante palpación y percusión, estimular el reflejo de la vejiga, insertar un catéter urinario en caso necesario para evacuación [28].

GASTROINTESTINALES

Estreñimiento: es común y generalmente secundaria a fármacos anestésicos, a cirugía intestinal, a la inmovilidad postoperatoria y a opiáceos. El estreñimiento es tratado reduciendo al mínimo el uso de opiáceos, iniciando la deambulación postoperatoria temprana y si los pacientes no han tenido una cirugía gastrointestinal, dando laxantes estimulantes [17]; además se produce por estímulo inflamatorio, como trauma o infección, un desequilibrio hidroelectrolítico o alteraciones de los niveles de glucosa, inactividad prolongada o cambios en la dieta, especialmente por fibra insuficiente. Se debe verificar la eliminación intestinal y ruidos intestinales, iniciar tolerancia dietética progresiva, según prescripción médica [29].

Náusea: es una sensación desagradable que precede al vómito. Estos signos postoperatorios producen malestar e insatisfacción del paciente y aumentan la necesidad de cuidados [5]. La náusea y el vómito postoperatorios son una experiencia incómoda y desagradable que también es un factor que contribuye a los resultados adversos en la recuperación postoperatoria. La clave para el manejo de esta preocupación es identificar a los pacientes de alto riesgo y desarrollar un método sistemático de evaluación e intervención dentro del periodo perianestésico [30 - 31].

Vómito: es una complicación frecuente en individuos sometidos a cirugía y que reciben anestesia. En un estudio de pacientes colecistectomizados, se evidenció una mayor frecuencia de náusea y vómito en el grupo en el que se utilizó Dexametasona sola versus Dexametasona más Ondasetrón (41.6% versus 33.3% respectivamente). Las mujeres (80%) fueron las más afectadas por náusea y

vómito, especialmente las más jóvenes (26 a 45 años). La combinación de dos medicamentos con diferente mecanismo de acción, ofrece mejores alternativas especialmente en aquellos pacientes con varios factores de riesgo, como puede ser la colecistectomía laparoscópica, mujeres jóvenes y anestesia general con opiáceos [31].

Las actividades para el manejo de náuseas y vómito incluyen administrar alimentos fríos sin olor ni color, administrar antieméticos, proporcionar apoyo emocional, conseguir un historial dietético, controlar el contenido nutricional, controlar los factores ambientales, higiene bucal frecuente, aumentar la ingesta de líquidos, controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos, prevenir la aspiración y mantener las vías aéreas abiertas [32].

Distensión abdominal: se produce como consecuencia del trastorno peristáltico debido a la inactividad gastrointestinal con la acumulación del contenido gástrico por efecto de los medicamentos, la anestesia, la manipulación de ciertos órganos durante la cirugía y por la propia inactividad. El paciente debe recuperar el peristaltismo dentro de las ocho horas posteriores a la cirugía y la función intestinal entre las 48 a 72 horas. Es importante fomentar la deambulación y una dieta adecuada [5].

Íleo postoperatorio: es una manifestación anormal de la motilidad gastrointestinal que resulta de la acumulación de gases y fluidos en el tracto gastrointestinal con una disminución o retraso del paso de gases. La causa más frecuente es la cirugía abdominal, aunque otras causas son el dolor en el postoperatorio, el uso de narcóticos como analgésicos, el desequilibrio electrolítico y el reposo prolongado [33].

Otras complicaciones: íleo y obstrucción, síndrome del comportamiento abdominal, hemorragia gastrointestinal, complicaciones de la estoma, colitis relacionada con antibióticos, fuga en la anastomosis y fístula [14].

CONCLUSIONES

La recuperación de la anestesia es un proceso gradual de funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden asociarse a complicaciones con grandes consecuencias para la vida del paciente, juega un papel fundamental el tratamiento médico y la calidad de los cuidados de enfermería en el postoperatorio, por ello el personal debe desarrollarse, formarse y actualizar conocimientos, para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el individuo. A partir del diagnóstico; el médico y enfermera planifican, ejecutan y evalúan el cuidado en forma eficaz, segura y oportuna, empleando habilidades cognitivas, psicomotoras e interpersonales.

Una vez operado el paciente, retorna a su sala en el servicio de hospitalización y necesita de las acciones eficientes del personal sanitario. Estas acciones se relacionan directamente con evolución clínica ideal, de ahí la necesidad de contar con personal profesional y de experiencia suficiente para brindar el apoyo emocional necesario y los cuidados postquirúrgicos pertinentes. Los cuidados están dirigidos a la atención holística y vigilancia del estado de gravedad de un enfermo, monitoreando su estado de salud

y cumpliendo estrictamente las indicaciones médicas. Las actividades profesionales de médicos y enfermeras trascienden los límites de un centro hospitalario, brindando atención al paciente en su domicilio en caso de tratamiento farmacológico, cura de heridas, asistencia nutricional

y medidas generales; pone en práctica un conjunto de categorías y conocimientos que involucran comunicación, empatía, seguridad y su finalidad terapéutica es recuperar al paciente de su intervención quirúrgica.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

EM: revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. RM: recolección de información y redacción del manuscrito. Los autores leyeron y aprobaron la revisión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Edgar Gustavo Mendieta Bermeo. Doctor en Medicina y Cirugía Universidad de Cuenca. Especialista en Cirugía General. Docente de Cirugía Universidad Católica de Cuenca. Cuenca - Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0953-8862>
- Rosa Elvira Minchala Urgilés. Licenciada en Enfermería Universidad de Cuenca. Profesora de Segunda Enseñanza en la Especialidad de Contabilidad y Administración Universidad Técnica Particular de Loja. Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo local Universidad Técnica Particular de Loja. Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud Universidad Técnica Particular de Loja. Diploma Superior de cuarto nivel en Desarrollo Local y Salud Universidad Técnica Particular de Loja. Magister en Investigación de la Salud Universidad de Cuenca. Diploma Superior en Didáctica Universitaria en Ciencias de la Salud Universidad de Cuenca. Enfermera Supervisora de la Unidad de Cirugía. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0934-9116>

ABREVIATURAS

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. URPA: Unidad de Recuperación Pos anestésica.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

La revisión bibliográfica se realizó por cada autor; todas las citas se realizaron de artículos de revistas indexadas y de alto factor de impacto.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento de publicación.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

No aplica

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Departamento de Investigación para la publicación del estudio.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mendieta E, Minchala R. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicos Mediatas y Tardías en Adultos. RevMed HJCA 2018; 10(3): 235 -241. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3.rb.38>

PUBLONS

Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/10768035/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devereaux PJ, Chan MT, Alonso-Coello P, Walsh M, Berwanger O, Villar JC, et al. Association between postoperative troponin levels and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. JAMA [Internet]. 2012;307(21):2295-2304
2. Fernández P, Espuñes E. Manual de Enfermería Quirúrgica. 1era ed. Esp. Servei de Publicacions. 2012; vol 1: 17-19. Disponible en: https://publicacions.uab.cat/pdf_llibres/TRII008.pdf
3. Rossi L, Torralba F, Carvalho E, Manfrim A, Silva D. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2000; 34(2):154-64. Disponible en: www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a05
4. Gomis D. Manual de Enfermería teoría más práctica. BarcelBaires Ediciones; 4ª ed. Argentina: AKADIA; 2012; 360-364.
5. Paul K. Mohabir, Gurney J, Postoperative Care; Merck Manual Professional Version; Last full review/revision May; 2015.

6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12ava ed. Ed. Rio de Janeiro. 2012; vol 1:459-466.
7. Vitor A, Lopes M, Araujo T. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010;14(3):611-616. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300025&script=sci_abstract&tling=pt.
8. Laza A. Guía de cuidados en cirugía mayor ambulatoria. 1era ed. Madrid: ARAN ed; 2009. P 60-67. Disponible en: www.san.gva.es/documentos/246911/251004/V.1699-2002.pdf
9. Brenda G, Zusanne C. Enfermería Médico-quirúrgica. 10a Ed. México: McGraw-Hill cap V al XXI. 2012. <https://www.casadellibro.com/libro-enfermeria-medico-quirurgica-2.10-ed/>
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postoperative management in adults: a practical guide to postoperative care for clinical staff. Editorial Edinburgh. 2004. Disponible en: www.worldcat.org/.../postoperative-management-in-adults...post
11. Rosales S, Reyes E. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno; 3a ed; 2004.p. 481-482.
12. UMR/Encyclopedia. After Surgery: Discomforts and Complications. University of Rochester Medical Center Rochester; 2018. Disponible en: <https://www.umrc.rochester.edu/Encyclopedia>
13. Schwartz S. Principios de Cirugía; 2005; octava edición; Ed Mc Graw; vol 1 Cap 11; p 333-359.
14. Rael Ruiz S, López Pérez MV. Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. Metas Enferm jul/ago; 2016. 19(6): 14-20. Disponible en: www.enfermeria21.com/.../factores-de-riesgo-que-contribuyen-a-la-infeccion-del-sitio.
15. MedlinePlus enciclopedia. Información de Salud.Cuidado de las Heridas quirúrgicas cerradas. 2018; 1-3. Disponible en: https://medlineplus.gov/PáginaPrincipal/Enciclopedia_médica
16. Mohabir P, Gurney J. Postoperative Care; Merck Manual Professional Version; Last full review/revision May 2015 Jayr C. Repercussions of postoperative pain. Expected therapeutic benefits. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 1998; 17 (6): 540-54.
17. Borg Debono V, Zhang S, Ye C, Paul J, Arya A, Hurlburt L, et al. The quality of reporting of RCTs used within a postoperative pain management meta-analysis, using the CONSORT statement. BMC Anesthesiol [Internet]. 2012; 12:13. Disponible: DOI: 10.1186/1471-2253-12-13.
18. Martínez J, Torres L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. R e v. Soc. Esp. Dolor. 2000; 7: 465-476. Disponible en: revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf
19. Veerabhadram G, Cellini C. Postoperative Pain Control. Clin Colon Rectal Surg [Internet]. 2013; 26(3): 191-196. Disponible en: DOI:10.1055/s-0033-1351138.
20. Moscoso L, Bernal C. Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. AvEnferm [Internet]. 2015; 33(2): 209-221 Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a03.pdf.
21. Goñi Murillo MG. Actitud ante un paciente con hipo en atención primaria. Semergen [Internet]. 2006; 32(5): 233-236. Disponible en: DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73262-2
22. Warttig S, Alderson P, Campbell G, Smith AF. Tratamiento de la hipotermia no intencional después de la cirugía. Editorial Group: Cochrane Anaesthesia, Critical and Emergency Care Group 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD009892.pub2. Disponible en: www.cochrane.org/.../tratamiento-de-la-hipotermia-no-intencional-despues-de-la-ciru
23. Leguía Alarcon EG. Hipotermia Postoperatoria causada por Anestesia General en Pacientes Sometidos a Cirugía Mayor. Lima-Perú. 2015; p. 22-24. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4102/1/Leguía_ae.pdf
24. Uriostegui M, Nava J, Mendoza V. Alteraciones de la temperatura y su tratamiento en el perioperatorio. RevMexAnestesiología [Internet] 2017;40(1): 29-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma171e.pdf>
25. Dalbora J, Fuentes C, Miño M, Bravo T, Vicencio M, Madrid E. Factores de riesgo de retención urinaria aguda en cirugía mayor ambulatoria bajo anestesia espinal. Rev Chilena Cirugía [Internet]. 2008; 60(2): 139-144. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3455/345531929010.pdf
26. Buckley BS, Lapitan MC. Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010; 6(10). Disponible en: DOI:10.1002/14651858.CD008023.pub2
27. Perea Baena C. Plan de cuidados en el postoperatorio. 2003; 78:31-37. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/.../ED-79-09.pdf
28. Healthline. Managing Constipation after Surgery. Medically reviewed by Nancy Choi, MD on November 2017. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/.../constipation-after-surgery>
29. Gómez J, Aguilar J, Bovaira P, Bustos F, Andrés de J, de la Pinta J, et al. Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides; Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2011; 18(1): 1-5. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000100006
30. Collins AS. Postoperative nausea and vomiting in adults: implications for critical care. Crit Care Nurse [Internet]. 2011; 31(6): 36-45. Disponible en: DOI: 10.4037/ccn2011470
31. Haro-Haro B, Zamora-Aguirre S, Almonte De León H. Control de náusea y vómito postoperatorio en pacientes con colecistectomía laparoscópica. Rev AnestMx. 2016; 28(3): 38-46 Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/am/v28n3/2448-8771-am-28-03-00038.pdf
32. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación. Ed Esp Elsevier. 2015-2017; 1: 461-470. Disponible en: <https://www.elsevier.com/.../diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion>.
33. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención y manejo de las complicaciones postoperatorias en cirugía no cardíaca en el adulto mayor. 2010. www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/591GRR.pdf