Complicaciones postquirurgicas

Dr. D. Norberto De Carli

39 CONARPE

Rosario 26 de septiembre de 2019

GENERALIDADES

- La mayor parte de las cirugías pediátricas cursan sin complicaciones
- Complicaciones son más frecuentes en cirugías de urgencia que en programadas
- Pueden ser:
  - Secundarias a Enfermedad de Base
  - Secundarias al procedimiento
  - Secundarias a otros factores

Complicaciones clínicas mas frecuentes

Infección del Sitio Quirúrgico: La más frecuente

Respiratorias: Atelectasias

Gastrointestinales:

- Ileo paralítico
- Obstrucción Intestinal
- Distensión Gástrica
- Abscesos Abdominales

Complicaciones clínicas mas frecuentes

Urinarias:
- Retención Urinaria
- Oligoanuria

Sangrados:
- Hemorragias
- Hematomas

Fiebre Postquirúrgica

Medio Interno:
- Sobrehidratación
- Hiponatremia (SIHAD)
- Hipovolemia

Cardiovasculares:
- Tromboembolismo

Neurológicas

SANGRADOS

SANGRADOS

- Más frecuentes en Cirugías ORL
- Hemorragias y Hematomas
- Hematomas:
  - Pequeños: se reabsorben en 3–4 semanas
  - Grandes: pueden infectarse y deben ser debridados y evacuados
- Hemorragias: sangrado activo o goteo por varias horas

HEMOSTASIA NORMAL

1. Plaquetas Número y Función

2. Componente vascular

3. Factores de Coagulación

HEMOSTASIA NORMAL

1.

PLAQUETAS

- **Recuento de Plaquetas:** puede haber Trombocitopenias de diferentes etiologías congénitas o adquiridas
- Si paciente tiene **menos de 30000 plaquetas debe tranfundirse** inmediatamente antes de la cirugía
- **Funcionalismo plaquetario:** puede haber **disfunciones congénitas o adquiridas:** antiagregantes (Aspirina, Clopidogrel)
- **Aspirina debe suspenderse 7-10 días antes**

HEMOSTASIA NORMAL

2.

COMPONENTE VASCULAR

Habitualmente
Vasculatura Normal
en sangrados postquirúgicos

3.

TRASTORNOS DE LOS FACTORES DE LA COAGULACION

- **Congénitos**
- **Adquiridos:**
  - Disfunción hepática
  - Enfermedades Intestinales (Vit K)
  - Hipoproteinemias severas

ANAMNESIS Y CLINICA

- **Antecedentes** personales y familiares de sangrados
- **Cirugías previas**
- **Medicaciones recibidas:** antiagregantes y anticoagulantes
- **Trombocitopenias:** (<30.000/mm) hematomas, sangrado mucoso, epistaxis, hematuria, hemorragia digestiva
- **Coagulopatía:** hematomas en sitios de punción, hematomas profundos, hemartrosis, sangrado mucoso, hematuria, hemorragia digestiva

LABORATORIO

- Hemograma
- Recuento de Plaquetas (con >50.000 escasas manifestaciones de sangrado)
- Coagulograma Básico:
  - T. Protombina o Quick (vía extrínseca y común): 70%
  - KPTT (via intrínseca y común): 40 segundos

(Coagulograma patológico: repetir y si persiste derivar a Hematólogo)

TRATAMIENTO

TROMBOCITOPENIAS

Transfusión de plaquetas
(1 unidad / 10 Kg)
Efectiva durante horas

COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS

Reposición de factores deficitarios
(generalmente en preoperatorio)

COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS

(compromiso multiorgánico, sepsis)
Plasma fresco congelado
(10–30 ml/Kg)

COMPLEJO PROTROMBÍNICO

(compromiso hepático severo)
25u/Kg (RIN 2–3.9)
o 50u/Kg (RIN > 6)

CRIOPRECIPITADOS

1 unidad/ 10 Kg

ACIDO TRANEXÁMICO

(antifibrinolítico)

En hemorragias mucosas 10 ml/Kg e.v. cada 8 hs hasta control de sangrado.

2.

ALTERACIONES DEL MEDIO INTERNO

SIHAD

- Descripto con frecuencia en postoperatorios
- **Desorden electrolítico más frecuente** (15 – 20%)
- Transitorio
- Motivado **por diferentes estímulos:**
  - Hipovolemia previa (ayuno)
  - Dolor
  - Opiáceos
  - Stress
  - Agentes anestésicos
- **Retención de agua libre**
- Más frecuente en cirugías abdominales

MANIFESTACIONES DEL SIHAD

- Disminución de ritmo diurético (oliguria)
- Elevada densidad urinaria
- No edemas
- Hiponatremia (dilucional)

PREVENCIÓN DEL SIHAD

1.
Deben evitarse el aporte excesivo de agua y las soluciones hipotónicas
en los primeros días del postoperatorio

2.
Administrar como mantenimiento ev. la cantidad de líquidos correspondiente a:
necesidades basales más perdidas concurrentes
(drenajes, etc).

3.
Si el balance del quirófano fue positivo
limitar el aporte a 2/3 de basales más perdidas concurrentes

PREVENCIÓN DEL SIHAD

4.
Aportar soluciones isotónicas (Na 140) fundamentalmente si Natremia es <130 mEq/l

5.
Modificar aportes de acuerdo al balance

6.
No prolongar excesivamente el ayuno

TRATAMIENTO DEL SIHAD

- **Hiponatremia por dilución**
- **No confundir con hipovolemia** (Clínica de depresión de volumen; Hematrocrito y Urea elevados; balance de líquidos negativo)

Restricción Hídrica
pérdidas insensibles más mitad de diuresis

→

Si hay hiponatremia aguda sintomática: Corrección del Na por fórmula y luego restricción hídrica

Otras alteraciones del medio interno

Injuria renal aguda

- **Secundaria a Necrosis Tubular** en pacientes graves.
- Sospechar ante la **falta de restablecimiento de diuresis.**
- **Confirmar con Urea; Creatinina; Ionograma plasmáticos y examen de orina.**
- Diferenciar **falla renal** de **prerrenal** y actuar en consecuencia.

3.

FIEBRE POSTQUIRURGICA

FIEBRE POSTQUIRURGICA

Siempre debe descartarse
INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ)

OTRAS CAUSAS DE FIEBRE

Causas no infecciosas

Causas infecciosas diferentes de ISQ: Infecciones Asociadas a Cuidados de Salud (IACS)

Respuesta inflamatoria al trauma quirúrgico o al pasaje a la sangre de toxinas
(En las primeras horas del postoperatorio)

Causas No Infecciosas

- Hipertermia Maligna (Causa mas Grave)
- Atelectasias pulmonares
- Flebitis químicas
- Trombosis venosas
- Reabsorción de Hematomas
- Reacciones a Drogas

INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS)

- Tromboflebitis
- Neumonías
- Infección Urinaria
- Infección de Piel y Partes Blandas
- Bacteriemias

INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ)

Infección en la incisión quirúrgica o en la zona subyacente hasta 30 días posteriores a la intervención o 90 días si se implantaron prótesis

- Ocurre en el 5% de las cirugías pero es **más frecuente en cirugías sucias y contaminadas** que en limpias y limpias contaminadas y son el 38% de infecciones postquirúrgicas
- La **Profilaxis antimicrobiana** es para disminuir la tasa de infección intra y postoperatoria , pero **muchas veces se efectúa inadecuadamente**

INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ)

- **Etiología**: Cocos Gram + de la flora cutánea, gérmenes que contaminan a partir de la apertura de una víscera hueca y gérmenes intranosocomiales

- Suelen aparecer a **partir del cuarto a séptimo día** de la intervención.

- **Diagnóstico**:
  - **Clínico** (eritema, dolor, supuración).
  - Se confirma con **Imágenes y Laboratorio.**
  - Más dificultoso en Infecciones Profundas (abscesos, supuraciones)

INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ)

- **Tratamiento:**
  - **Antibiótico**
    - **Inicialmente empírico** adaptado al sitio de infección y a la flora bacteriana intranosocomial
    - Luego **desescalar de acuerdo a cultivos** y eventualmente **pasar a vía oral**
    - **Tiempo de tratamiento: 7 – 10 días**
  - **Drenaje Quirúrgico**

Muchas gracias!