



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Posoperatorio

Nombre de la Materia: Clinica quirúrgica

Nombre del profesor: Guillermo Del Solar Villarreal.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 5°

INTRODUCCIÓN

El Postoperatorio: Una Etapa Clave en la Recuperación del Paciente

El postoperatorio es una fase crítica en el proceso de atención quirúrgica que comienza tras la finalización de una cirugía y se extiende hasta la recuperación completa del paciente. Este periodo, frecuentemente subestimado, es esencial para garantizar el éxito del procedimiento quirúrgico y para evitar complicaciones que podrían poner en riesgo la vida o prolongar innecesariamente el tiempo de convalecencia. En este ensayo se explorarán las características, objetivos y desafíos del postoperatorio, subrayando su importancia en el cuidado integral del paciente.

En términos generales, el postoperatorio se divide en tres etapas: inmediata, mediata y tardía. La primera de ellas abarca las primeras 24 horas tras la cirugía, un tiempo en el que la vigilancia estrecha es fundamental para detectar posibles complicaciones, como hemorragias, infecciones o problemas respiratorios. Esta fase también implica el manejo del dolor postquirúrgico, un aspecto clave no solo para aliviar el sufrimiento del paciente, sino también para evitar efectos adversos asociados a una mala gestión del mismo, como la inmovilidad prolongada o la depresión.

Por su parte, el postoperatorio mediato se extiende durante los días o semanas posteriores a la cirugía. En esta etapa, los esfuerzos se centran en consolidar la recuperación del paciente a través del control de la cicatrización, la prevención de infecciones y la reintroducción progresiva de actividades diarias. Además, se da inicio a los procesos de rehabilitación, en los que puede participar un equipo multidisciplinario, incluyendo fisioterapeutas y nutricionistas, para asegurar una recuperación integral y personalizada.

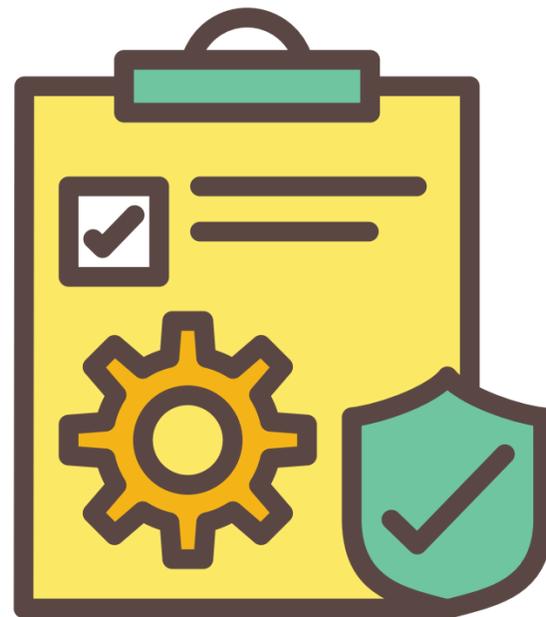
Finalmente, el postoperatorio tardío marca la fase final de la recuperación, en la que el paciente retoma gradualmente su vida normal. Sin embargo, no está exento de riesgos: complicaciones tardías, como adherencias o disfunciones orgánicas, pueden surgir y deben ser manejadas con seguimiento médico oportuno.

CLINICAS QUIRURGICAS

POSOOPERATORIO

Hannia y Leticia

DEFINICIÓN



PERIODO QUE SIGUE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y QUE FINALIZA CON LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE; POR LO GENERAL ABARCA UN LAPSO DE 30 DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

POSOPERATORIO INMEDIATO. SE ENTIENDE QUE ABARCA LOS EVENTOS SUCEDIDOS EN LAS PRIMERAS 72 HORAS QUE SIGUEN A LA OPERACIÓN.

SALA DE RECUPERACIÓN Y TERAPIA POSQUIRURGICA

1

SALA DE RECUPERACIÓN Y TERAPIA POSQUIRURGICA

- UBICACIÓN:
- CERCANA A LAS SALAS DE OPERACIONES.
- FUNCIONA COMO UNA EXTENSIÓN DE LOS CUIDADOS CLÍNICOS HASTA ESTABILIZAR CONSTANTES VITALES.
- OBJETIVOS:
- ATENCIÓN INMEDIATA EN EL PERÍODO CRÍTICO POSTOPERATORIO.
- FACILITA EL MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

3

EQUIPO Y PERSONAL

- RECURSOS NECESARIOS PARA ENFRENTAR EMERGENCIAS.
- PERSONAL ESPECIALIZADO CONCENTRADO EN LA ZONA.
- VENTAJAS:
- MAYOR EFICIENCIA EN EL MANEJO POSTOPERATORIO.
- PROXIMIDAD PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS SI ES NECESARIO.

5

EVOLUCIÓN DE LA SALA DE RECUPERACIÓN

- AVANCES RECIENTES:
- INCREMENTO EN COMPLEJIDAD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.
- PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES QUE REQUIEREN ATENCIÓN INTENSIVA PROLONGADA.
- TRANSFORMACIÓN:
- DE SALAS DE RECUPERACIÓN SIMPLES A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS POSQUIRÚRGICOS.

DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LAS SALAS DE RECUPERACIÓN Y TERAPIA INTENSIVA POSQUIRÚRGICA

DISEÑO PREFERIDO

Espacio amplio sin paredes divisorias (cubículos abiertos).

- Facilita la vigilancia simultánea de varios pacientes.
- Permite maniobras de urgencia sin limitaciones.

Capacidad máxima: 12 camas.

- Área asignada por cama: tres veces su tamaño.

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Áreas adjuntas compartidas con quirófanos:

- Almacenamiento y mantenimiento de equipos (monitores, respiradores, desfibriladores, etc.).

TABLEROS DE SERVICIOS EN CADA CAMA

Equipamiento integrado:

- Sistemas de iluminación, comunicación y reloj.
- Tomas de oxígeno, aire y presión negativa.
- Tomas de corriente para equipos electromédicos.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

- Pisos lavables y fáciles de desinfectar.
- Iluminación y ventilación adecuadas para las funciones.
- Temperatura ambiente estable y controlada.

TRASLADO DEL PACIENTE POSOPERADO

Preparativos Previos al Traslado

- Anticipación:
 - Camilla de traslado lista en la zona gris antes de finalizar la cirugía.
 - Sala de recuperación preparada con espacio y recursos adecuados.



TRASLADO DEL PACIENTE POSOPERADO

Acompañamiento y Responsabilidad

- Personal responsable:
 - Anestesiólogo y cirujano, quienes asisten al paciente durante todo el traslado.
 - Nota: No se debe delegar al camillero o técnico de quirófano



TRASLADO DEL PACIENTE POSOPERADO

Consideraciones Durante el Traslado

- Posición del paciente:
 - Depende del tipo de cirugía, debe ser cómoda y estable.
- Vigilancia de dispositivos:
 - Revisar y asegurar venoclisis, electrodos, catéteres y sondas.



TRASLADO DEL PACIENTE POSOPERADO

Pacientes en Condición Inestable

- Monitoreo intensivo durante el traslado:
 - Se prefiere trasladarlos directamente de la mesa de operaciones a la unidad de cuidados críticos.
 - Evita cambios innecesarios de camillas



VALORACIÓN INMEDIATA EN LA SALA DE RECUPERACIÓN

Cuadro 16-1. Escala del coma de Glasgow.

Abrir los ojos	
En forma espontánea	4
Cuando se le ordena	3
Con el dolor	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Coherente	5
Confusa	4
Incoherente	3
Incomprensible	2
Sin respuesta	1
Respuesta motora	
Ejecuta el movimiento que se le pide	6
En respuesta al dolor	5
Se aleja del estímulo doloroso	4
Respuesta flexora al dolor	3
Respuesta extensora al dolor	2
Sin respuesta	1

Puntuación mínima 3.

Puntuación máxima 15.

Más profundo cuanto menor es el resultado.

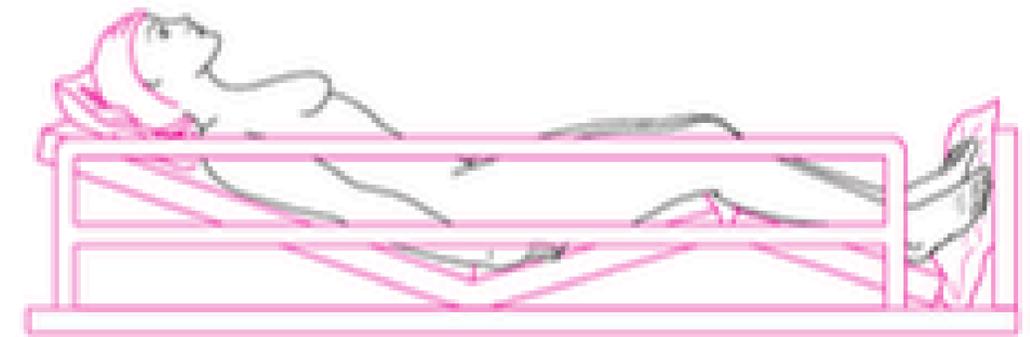
MONITOREO POSOPERATORIO

Cuadro 16-2. Valoración de Aldrete.

Actividad muscular	
Movimientos voluntarios en las cuatro extremidades	2
Movimientos voluntarios en dos extremidades	1
Completamente inmóvil	0
Respiratorio	
Respiraciones profundas, capaz de toser	2
Respiraciones cortas, tos débil	1
Apnea	0
Circulatorio	
Frecuencia cardíaca $\pm 20\%$ del valor basal	2
Frecuencia cardíaca $\pm 35\%$ del valor basal	1
Frecuencia cardíaca $\pm 50\%$ del valor basal	0
Estado de conciencia	
Completamente despierto	2
Responde al ser llamado	1
No responde	0
Coloración de los tegumentos	
Mucosas sonrosadas	2
Mucosas pálidas	1
Cianosis	0
Calificación (1+2+3+4+5)	

* Reproducida de las hojas de anestesia del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

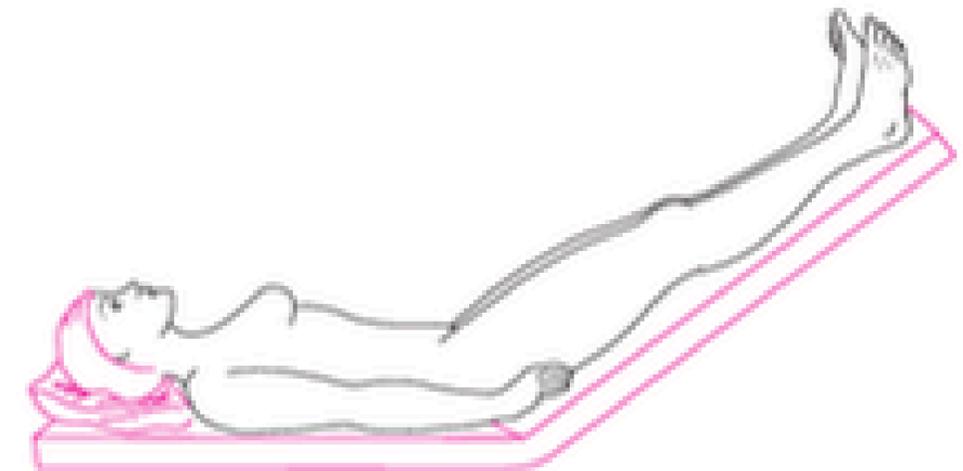
POSICIÓN EN EL POSOPERATORIO



Posición de Fowler



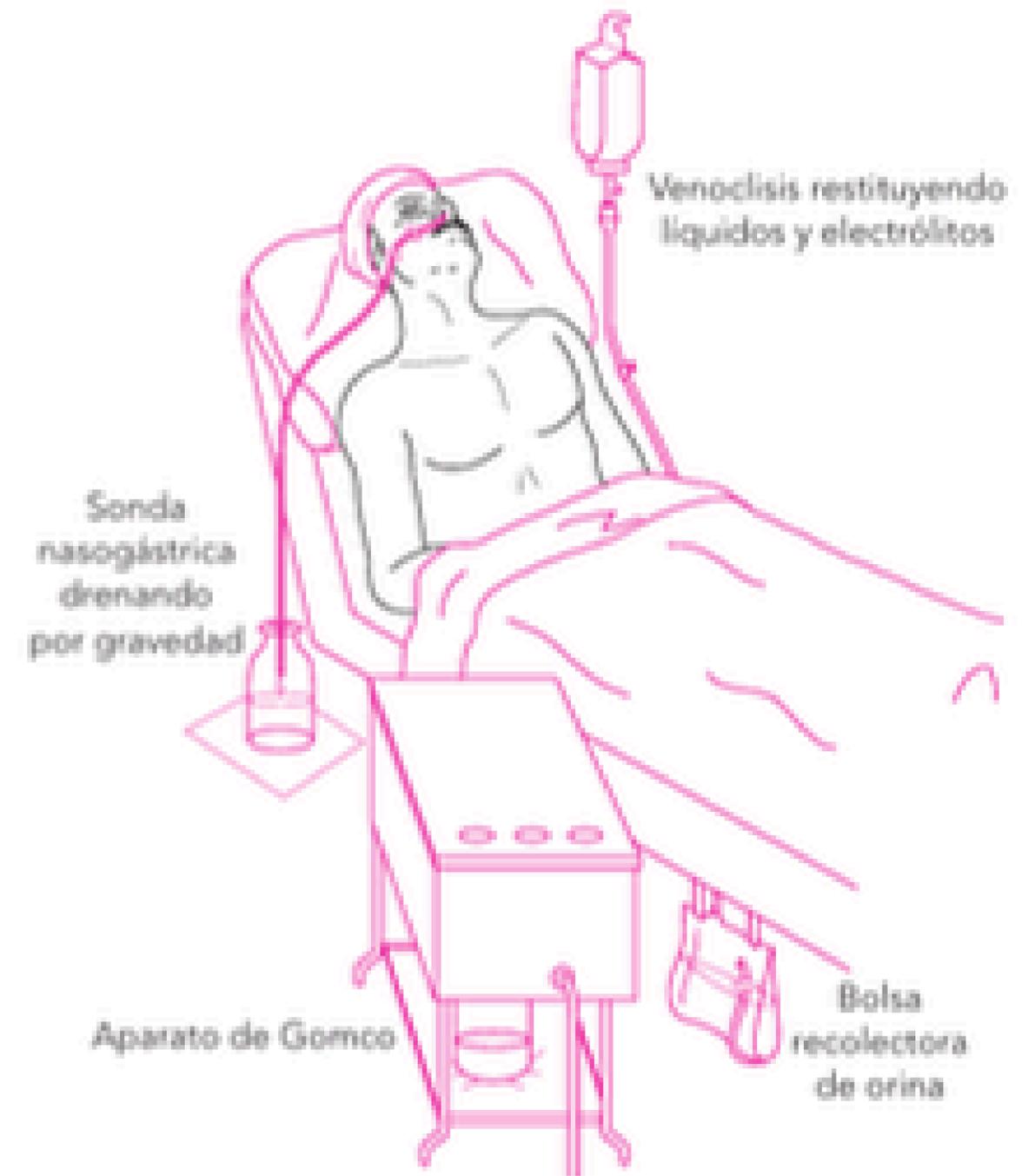
Posición de Sims



Posición de choque (elevación de las extremidades inferiores en el posoperatorio)

Figura 16-1. Posiciones de Fowler, Sims y de choque.

SISTEMAS DE DRENAJE HABITUALES EN EL POSOPERATORIO



CUIDADOS DE LA HERIDA EN EL POSOPERATORIO

Aislar la incisión para mantenerla libre de microorganismos hasta su epitelización.

Proteger la herida contra agresiones físicas externas.
• Absorber el drenaje de los exudados y secreciones de la herida..

Limitar los movimientos de la región y favorecer el proceso de cicatrización..

Comprimir la región para disminuir posibles hematomas sin obstaculizar la circulación venosa de retorno.
• Servir de soporte a los aparatos externos de fijación cuando es necesario.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS: ANTE UNA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

- Cánula orofaríngea
 - Reintubación
 - Traqueostomía
 - Ventilador automático
 - Gasometría, oximetría de pulso, capnometría y espirometría
 - Broncodilatadores
- Atelectasia posoperatoria
- Broncoaspiración

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (SIRA)

ADULTO

se caracteriza por lesiones de la membrana alveolocapilar que consisten en el escape de líquidos y elementos formes de los vasos sanguíneos al espacio intersticial y a los alvéolos, y una permeabilidad vascular aumentada a las proteínas.

La supervivencia en este síndrome es de aproximadamente 50% con el tratamiento apropiado. Si la hipoxemia no se identifica o trata de manera oportuna, hasta un 90% de los pacientes sufre paro cardíaco en pocas horas.

DIAGNÓSTICO

La determinación de los gases en la sangre señala presión parcial de oxígeno muy reducida y, al principio, puede mostrar alcalosis respiratoria con pH elevado y pCO₂ normal o baja, infiltrado bilateral difuso similar al que se observa en el edema pulmonar de origen cardíaco

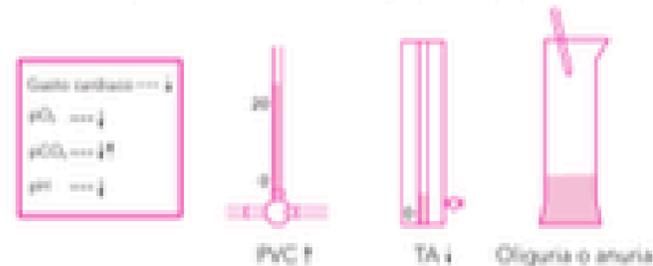
COMPLICACIONES CV

Cuadro 14-3. Clasificación de los estados de choque.

I. Choque hipovolémico
a) hemorrágico (Blalock TM)
b) por pérdida de líquidos
II. Choque cardiogénico
a) por daño miocárdico
infarto
disfunción miocárdica por miocardiopatía
disminución contractil por fármacos o toxinas
b) por daño mecánico
insuficiencia mitral y disfunciones de prótesis
rotura del tabique interventricular
rotura de la pared ventricular
aneurisma ventricular
c) por arritmia
taquiarritmia
bradiarritmia
d) obstructivo
taionamiento pericárdico
embolia pulmonar masiva
hipertensión pulmonar grave (Eisenmenger)
neumotórax a tensión
III. Choque distributivo
a) neurógeno
traumatismo cerebral
hemorragia cerebral
espinal
b) anafiláctico
c) hipoadrenocortisolismo
d) séptico
hiperdinámico
hipodinámico



Posturación, náusea y vértigo. Sudor frío, taquicardia, taquiarritmia o bradicardia, ingurgitación yugular

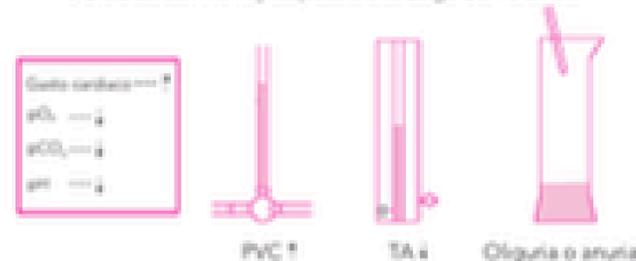


— Falta de la bomba cardíaca con volumen circulante bajo, normal o alto
— Aumento de la resistencia periférica

Figura 14-8. Estado de choque cardiogénico.



Estado de anafilaxia, anestesia raquídea, entre otros. posturación, náusea, fatiga, sudor frío, taquicardia o bradicardia. No hay respuesta a la carga del volumen



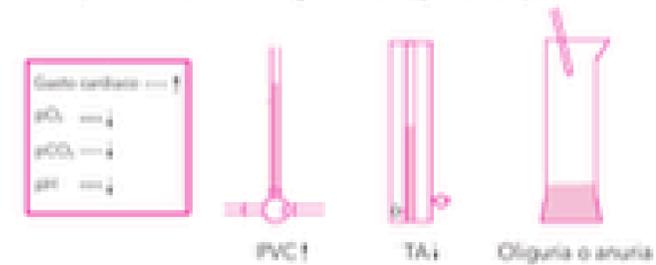
— Volumen circulante y eficiencia cardíaca conservadas
— Pérdida de la resistencia periférica

Figura 14-9. Estado de choque distributivo.



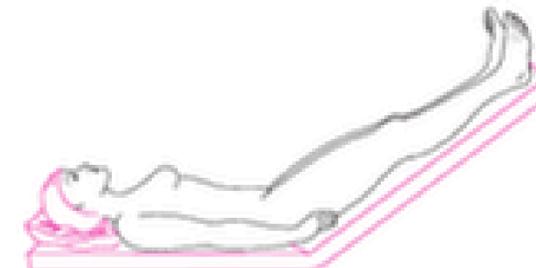
Presencia de infección grave. Posturación, taquicardia, estado séptico.

Pequeñas diferencias de D_2 entre la sangre arterial y la venosa

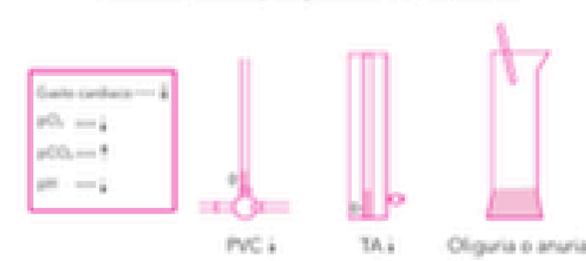


— Disminución de la resistencia periférica
— Volumen sanguíneo circulante normal o elevado

Figura 14-10. Estado de choque séptico.



Posturación, náusea y fatiga. Sudor frío, taquicardia



— Reducción del volumen sanguíneo circulante
— Aumento de la resistencia periférica

Figura 14-7. Estado de choque hipovolémico.

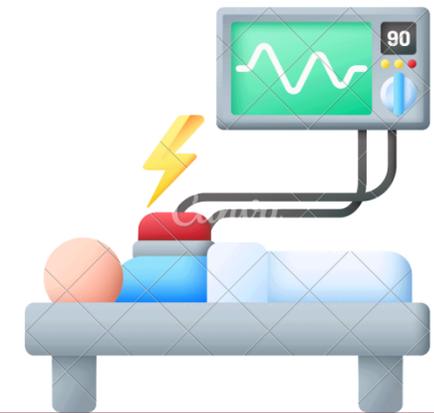
SÍNTOMAS Y SIGNOS DE CHOQUE

Las manos y los pies están fríos y húmedos, además de que pueden estar cianóticos o pálidos.

El llenado capilar es lento y en casos extremos se forma un moteado azul en forma de retícula sobre amplias superficies del cuerpo.

El pulso es rápido y débil a menos que haya bloqueo cardíaco o bradicardia terminal; en algunos casos sólo son palpables los pulsos carotídeos o femorales

El estado de alerta se encuentra marcadamente afectado y la confusión mental es en general un signopremonitorio que precede a la caída de la presión arterial en las siguientes 24 horas.



CONCLUSION

Conclusión: La Relevancia Integral del Postoperatorio en la Recuperación Quirúrgica

El postoperatorio representa una etapa crucial en el proceso quirúrgico, tanto como la intervención misma. Esta fase no solo busca garantizar la recuperación del paciente, sino que se erige como un momento decisivo para consolidar los resultados de la cirugía y preservar la calidad de vida del individuo. A lo largo del proceso postoperatorio, se ponen de manifiesto la importancia del seguimiento médico, la colaboración interdisciplinaria y la participación activa del paciente, factores que en conjunto determinan el éxito de la recuperación.

En primer lugar, es importante destacar que el postoperatorio no se limita a un tiempo de vigilancia, sino que constituye un periodo de intervención activa. Desde las primeras horas tras la cirugía, la atención médica se orienta a la estabilización del paciente, el manejo eficaz del dolor y la prevención de complicaciones inmediatas. Estas acciones, aparentemente rutinarias, tienen un impacto profundo en el curso de la recuperación y en la experiencia general del paciente. Una deficiente gestión en esta etapa puede derivar en problemas graves, como infecciones postquirúrgicas, alteraciones hemodinámicas o incluso la prolongación innecesaria de la hospitalización.

Sin embargo, el éxito del postoperatorio no depende únicamente de las primeras 24 horas. Las fases mediata y tardía también son de vital importancia, ya que en ellas se trabaja para consolidar la cicatrización, optimizar la función de los órganos involucrados y reintroducir progresivamente las actividades cotidianas del paciente. Este proceso no es homogéneo, ya que cada paciente tiene necesidades únicas que deben abordarse de manera individualizada. En este sentido, la labor multidisciplinaria es fundamental: cirujanos, enfermeros, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud aportan conocimientos especializados que contribuyen a la recuperación integral.

Por otro lado, el rol del paciente en su propio postoperatorio es un elemento central que no puede pasarse por alto. El cumplimiento de las recomendaciones médicas, el seguimiento de las pautas de higiene y cuidados en el hogar, así como la asistencia puntual a las consultas de control, son factores determinantes en el pronóstico. A medida que el paciente toma un rol más activo en su proceso de recuperación, no solo se reduce el riesgo de complicaciones, sino que también se favorece una reintegración más rápida y efectiva a su vida diaria.

BIBLIOGRAFIA

García, P. L., & Martínez, R. A. (2020). *Cuidados postoperatorios: Una guía integral para profesionales de la salud*. Editorial Médica Global.