



Dr. Stefan Danilla
CIRUJANO PLÁSTICO

**COMPLICACIONES DE LA
CIRUGÍA PLÁSTICA**



La cirugía plástica, como todo acto médico es susceptible de tener complicaciones. He preparado este pequeño “dossier” de información para educar sobre las complicaciones mas frecuentes de forma que estés informad@; y si te toca, no te tome por sorpresa y pueda ayudar a aliviar la angustia que naturalmente sentirás. Recuerda que a pesar de todas las medidas que tomemos, complicaciones pueden ocurrir, como cirujano responsable a tu cargo, no puedo prometerte que no ocurrirán, ya que te estaría mintiendo; pero si puedo prometerte que mi equipo y yo haremos todo lo posible por solucionarlas.

¿Qué son las complicaciones?

Lo primero que debes saber, es que las complicaciones son patologías derivadas del acto quirúrgico y del “peri-operatorio”, es decir de la cirugía misma y todo lo que conlleva (fármacos, anestesia, incisiones, vías venosas, sondas, etc). En general, la aparición de complicaciones es un hecho probabilístico, lo que quiere decir que no es “tu culpa” ni “culpa de nadie” el que ocurran (salvo que no dejes de fumar y me digas que si dejaste). Tampoco podemos saber quienes tendrán complicaciones y quienes no las tendrán, pero si sabemos que un porcentaje de los pacientes las presentarán.

¿Cómo se causan o previenen las complicaciones?

Existan factores que hacen mas probable una complicación determinada, se conocen como FACTORES DE RIESGO, así también, existen factores que las previenen y se les conocen como FACTORES PROTECTORES.

¿Cómo se clasifican las complicaciones?

Según su gravedad se clasifican en leves, moderadas y graves. Entendemos por leves, aquellas que pueden retrasar el retorno a actividades normales pero no dejan secuelas o dejan secuelas mínimas. Por moderadas aquellas que pueden requerir re-hospitalización o re-intervención quirúrgicas y pueden dejar secuelas estéticas o funcionales mínimas. Las complicaciones graves son aquellas que ocasionan secuelas, discapacidad, invalidez o muerte; afortunadamente, son rarísimas en cirugía plástica, no obstante, siempre tomo la precaución de realizar mis cirugías en lugares acreditados que tengan la capacidad de responder ante cualquier tipo de emergencia, las 24 horas

del día. También podemos clasificar las complicaciones en anestésicas (derivadas de la anestesia), médicas (derivadas de medicamentos) y quirúrgicas (derivadas de la cirugía) o clasificarlas como inmediatas, mediatas y tardías; correspondiendo al intraoperatorio, postoperatorio inmediato (24 hrs) o dentro de los 30 días de la cirugía respectivamente. También existen las complicaciones a largo plazo, que son las que pueden presentarse muchos años después de tu cirugía. Recuerda que el edema (hinchazón), equimosis (moretones), dolor, asimetrías leves son habituales y son considerados parte de la cirugía. También es importante que tengas presente que las cirugías plásticas puedan necesitar una cirugía complementaria para retocar alguna cicatriz o mejorar alguna asimetría muy evidente. A continuación, te resumiré las complicaciones mas habituales, para que tengas una idea sobre lo que consisten, sus síntomas y que hacer en caso de que creas que la estés presentando.

Seroma

El seroma es la acumulación de linfa (suero, líquido) en algún espacio cerrado por el cual no puede salir. En algunas cirugías el seroma es tan frecuente que no es considerado una complicación, si no que parte habitual del postoperatorio, dentro de ellas se encuentra la liposucción, la abdominoplastia y el Body-Lift.

Tipo: quirúrgica.

Tiempo de presentación: 5 a 10 días postoperatorios.

Factores de Riesgo: Desconocidos.

Factores Protectores: Técnica quirúrgica.

Frecuencia: En cirugía de contorno corporal es frecuente: 1 de cada 3 a 1 de cada 10 pacientes (10% a 30%). En otras cirugías es poco frecuente y menos de 1 de cada 20 pacientes los presentan (<5%).

Síntomas: Aumentos discretos de volumen asimétrico, sensación de clapoteo (guatero).

Tratamiento: Punciones de drenaje.

Pronóstico: Excelente. Hasta un 30% de los pacientes que se someten a cirugía de contorno corporal (liposucción y/o abdominoplastia) pueden presentar seromas. La gran mayoría se resuelve con 1 a 3 sesiones de drenaje.

Hematoma / Sangrado

El hematoma es la acumulación de sangre o coágulos en alguna región de la cirugía. A pesar de haber realizado una hemostasia prolija, es decir asegurarse de que nada sangra al final de la cirugía, puede ocurrir que vasos sanguíneos colapsados no sangrantes, se abran y ocasionen sangrado. Este sangrado generalmente es autolimitado, para solo ya que se produce en un espacio cerrado confinado.

Tipo: Quirúrgica.

Tiempo de presentación: Postoperatorio inmediato.

Factores de riesgo: Uso de aspirina o anticoagulantes.

Factores Protectores: no hay.

Frecuencia: Infrecuente 1 de cada 100 a 1 de cada 500 pacientes (0,5% a 1%).

Síntomas: Aumento de volumen de un lado o sangrado por las heridas.

Tratamiento: En casos leves, compresión; en casos moderados o severos es necesaria la re-intervención quirúrgica para vaciar el hematoma y realizar hemostasia (maniobras quirúrgicas para detener el sangrado).

Pronóstico: Bueno. Es muy raro que un hematoma sea de magnitud tal que ponga en riesgo la seguridad del paciente. En la gran mayoría de los casos cursa sin mayores molestias, salvo la reintervención y algunas equimosis (moretones) no causa mayor problema.

Anemia

La anemia es la falta de glóbulos rojos en la sangre. Lo normal es que entre un 36% a 45% de la sangre esté formada por glóbulos rojos, que son las células que transportan el oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos. Este valor corresponde al Hematocrito. Hay muchas causas de anemia, pero en el caso puntual de la cirugía plástica, generalmente es por pérdida de glóbulos rojos, es decir: sangrado.

Tipo: Quirúrgica.

Tiempo de presentación: intraoperatorio y postoperatorio inmediato.

Factores de Riesgo: Magnitud de la intervención, uso de aspirina o anticoagulantes, Liposucción mayor a 3 litros.

Factores Protectores: No hay.

Frecuencia: Poco frecuente, menos de 1 de cada 100 pacientes

(<1%). En liposucción mayor de 4 Litros es frecuente, 1 de cada 4 a 1 de cada 2 pacientes (25 a 50%); con más de 7 Litros de liposucción, prácticamente todos los pacientes presentan anemia.

Síntomas: palidez, debilidad, dolor de cabeza, ortostatismo (marearse, sentir náuseas o vómitos o desmayarse al levantarse), taquicardia, sensación de cansancio, tinnitus (sentir un pito en el oído).

Tratamiento: La anemia no sintomática se trata con fierro oral en el postoperatorio, habitualmente se produce con niveles de hematocrito entre 24% a 36%. Cuando el hematocrito es entre 21% y 24%, puede producir, por lo que debe ser tratada. Si el hematocrito es menor al 21%, debe tratarse de todas formas, ya que se considera grave. El tratamiento de la anemia aguda consiste en la transfusión sanguínea. Habitualmente una unidad de glóbulos rojos sube 3 puntos de hematocrito, por lo que el número de unidades que necesites dependerá de la magnitud de tu anemia. Si tienes impedimentos del tipo religioso para recibir transfusiones, es IMPRESCINDIBLE que me lo menciones antes de tu cirugía para planificar adecuadamente la operación, sobre todo si se te realizará liposucción.

Pronóstico: Bueno. Durante la cirugía estarás totalmente monitorizad@, por lo que si nos parece que el sangrado ha sido importante controlaremos el nivel de Hematocrito en forma intraoperatoria y en el postoperatorio para reponerla en caso de necesidad. Una vez tratada la anemia, no existen secuelas. La posibilidad de contagio de alguna enfermedad por la transfusión es mínima ya que la sangre es estudiada para determinar la presencia de enfermedades como el virus del VIH, Hepatitis B y otros. Para que ocurra el contagio, debiera haber existido un falso negativo del test de pesquisa de enfermedades, lo que afortunadamente es rarísimo.

Dehiscencia de herida operatoria

La dehiscencia de la herida operatoria es la apertura de los bordes de la herida, con posterioridad a ser suturados.

Tipo: Quirúrgica.

Tiempo de presentación: Segunda a tercera semana de la cirugía.

Factores de Riesgo: Tabaquismo, obesidad, cirugía bariátrica previa, seromas, hematomas, alergia a los materiales de sutura.

Factores Protectores: No hay

Frecuencia: Dehiscencias leves son relativamente frecuentes (10%

a 30%), sobretodo en reducción mamaria y Body-Lift. Dehiscencias moderadas y graves son Infrecuentes (1 cada 500 a 1 en 100 las moderadas y menos de 1 cada 500 pacientes las graves).

Síntomas: En general la apertura no es dolorosa, se puede manifestar por ver directamente que la herida se abrió o que los apósitos se mancharon con líquido.

Tratamiento: depende de la magnitud de la dehiscencia. Si es leve, en general se maneja con curaciones y cierre por segunda intención (dejar que cierre sola). Si es moderada o severa, debe realizarse una re-sutura, la que puede ser en la consulta o en el quirófano.

Pronóstico: La dehiscencia puede afectar la calidad de la cicatriz final, ya sea por pigmentación o por ancho de la cicatriz. Muchas veces, luego de 10 a 12 meses de la cirugía, se necesita una cirugía de plastia de cicatriz para un resultado óptimo, la cual consiste en sacar la cicatriz y suturarla nuevamente. Se trata de una cirugía menor, con recuperación mucho mas rápida que la cirugía original.

Infección

La infección de la herida operatoria es la invasión de los tejidos por microorganismos, habitualmente de la piel. La infección puede ser localizada o diseminada, lo que determinará su tratamiento posterior.

Tipo: Quirúrgica.

Tiempo de presentación: Pueden presentarse entre 24 hrs hasta 2 semanas luego de la cirugía, aunque lo más frecuente es entre los días 3 y 7 del postoperatorio.

Factores de riesgo: Tabaquismo, diabetes, inmunosupresión, cirugía bariátrica previa.

Factores protectores: Antibióticos (se te administrarán en la cirugía).

Frecuencia: Infrecuente (menos de 1 de cada 100 pacientes).

Síntomas: fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, dolor intenso, enrojecimiento, salida de pus por heridas, hinchazón (edema).

Tratamiento: Usualmente se manejan con antibióticos. Infecciones graves (muy infrecuentes) pueden requerir desbridamiento quirúrgico.

Pronóstico: Las infecciones pueden abarcar todo el espectro de gravedad. Hay que tener presente que es muy raro tener infecciones y aun mas raro tener infecciones graves. Afortunadamente las infecciones graves son extremadamente infrecuentes (menos de

1 en 1000 pacientes), pero si se presentan pueden dejar secuelas permanentes estéticas y funcionales, incluso causar la muerte si no son detectadas a tiempo. SI EN EL POSTOPERATORIO TIENES MAS DE 38° DE FIEBRE, ES IMPRESCINDIBLE QUE NOS CONTACTES EN FORMA INMEDIATA O ACUDAS AL SERVICIO DE URGENCIA DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE TE REALIZO LA INTERVENCIÓN.

Trombosis Venosa Profunda (TVP)

La TVP es la formación de coágulos al interior de las venas, usualmente de las piernas. Estos coágulos obstruyen el retorno venoso y de no tratarse a tiempo puede generar complicaciones graves como el Tromboembolismo Pulmonar (ver mas abajo) u otras. Dentro de las medidas para prevenir la TVP, una de las más importantes es la deambulacion precoz, por lo tanto es importante que luego de tu cirugía, en tu domicilio, camines lo mas que puedas dentro de lo tolerable y además sigas las indicaciones farmacológicas en caso de que tu equipo tratante te haya recetado algún anticoagulante inyectable u oral.

Tipo: Médico-quirúrgica.

Tiempo de presentación: Días 1 a 21 postoperatorios.

Factores de riesgo: Tabaquismo, obesidad, reposo prolongado, consumo de anticonceptivos, cirugía mayor a 6 horas, terapia hormonal de reemplazo, antecedentes de cáncer, antecedentes de trombosis.

Factores Protectores: Movilización precoz, deambulacion precoz, uso de medias antiembólicas, compresión neumática intermitente, medidas farmacológicas.

Frecuencia: Poco frecuente 1 en 500 a 1 en 100 pacientes (0.5% a 1%)

Síntomas: Dolor en la pierna (en los gemelos), hinchazón (edema) de una de las dos piernas (recuerda que pierna es entre la rodilla y el tobillo), la hinchazón es progresiva y asimétrica, aumenta en el tiempo y es solo un pie o pierna, el dolor no se quita con los medicamentos.

Diagnóstico: El diagnóstico de certeza de la TVP se realiza con una ECOgrafía Doppler de las extremidades inferiores.

Tratamiento: El tratamiento de la TVP es la anticoagulación la cual suele ser entre 6 y 12 meses. Algunos pacientes pueden requerir la instalación de un filtro de vena cava, que es un filtro especial que evita que coágulos en las piernas se vayan hacia los pulmones. Además el soporte elástico de la pierna afectada

(medias compresivas) puede ayudar a prevenir o tratar las complicaciones locales de la TVP. Pronóstico: Si bien el pronóstico es bueno, de no ser detectada a tiempo el coágulo puede embolizar (propagarse o migrar) al pulmón causando un infarto pulmonar (trombo embolismo pulmonar) el cual puede ser grave. Además, la TVP puede dejar como secuela el síndrome post-flebítico, que constituye la inflamación permanente de la pie y pierna afectados y se produce por insuficiencia venosa a consecuencia de la sobrecarga de volumen producto de la trombosis. En caso de no tratarse, la TVP puede evolucionar a *flegmasia alba dolens* o *flegmasia cerulea dolens*, ambos cuadros de gravedad que comprometen la vitalidad de la extremidad. Ante cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente debes contactar a tu equipo tratante y/o acudir al servicio de urgencia.

Trombo Embolismo Pulmonar (TEP)

Una embolia pulmonar es un bloqueo súbito de una arteria pulmonar. La causa suele ser un coágulo en la pierna llamado trombosis venosa profunda que se desprende y viaja por el torrente sanguíneo hasta el pulmón. La embolia pulmonar es un cuadro serio que puede causar:

- Un daño permanente en el pulmón afectado
- Bajos niveles de oxígeno en la sangre
- Lesiones en otros órganos del cuerpo por no recibir suficiente oxígeno

Si el coágulo es grande, o si existen muchos coágulos, la embolia pulmonar puede provocar la muerte. La mitad de las personas que tiene embolia pulmonar no presenta síntomas. Dentro de las medidas para prevenir la TVP y el TEP, una de las más importantes es la deambulacion precoz, por lo tanto es importante que luego de tu cirugía, en tu domicilio, camines lo mas que puedas dentro de lo tolerable y además sigas las indicaciones farmacológicas en caso de que tu equipo tratante te haya recetado algún anticoagulante inyectable u oral.

Tipo: Médico-quirúrgica.

Tiempo de presentación: días 1 a 21 postoperatorios.

Factores de Riesgo: TVP, tabaquismo, obesidad, reposo prolongado, consumo de anticonceptivos, cirugía mayor a 6 horas, terapia hormonal de reemplazo, antecedentes de cáncer, antecedentes

de trombosis.

Factores Protectores: movilización precoz, deambulaci3n precoz, uso de medias antiemb3licas, compresi3n neumática intermitente, medidas farmacol3gicas.

Frecuencia: Raro 1 en 1000 a 1 en 200 pacientes (0.01% a 0.5%, con profilaxis).

Síntomas: Dolor al pecho, dificultad respiratoria, puntada de costado, hemoptisis (tos con sangre o sangrado por vía aérea), síncope (desmayo súbito), falla cardiaca aguda, muerte súbita.

Diagnóstico: El diagnóstico del TEP se realiza con un Angio-TAC pulmonar, lo que es un “scanner” con medio de contraste endovenoso para visualizar adecuadamente las arterias pulmonares.

Tratamiento: El tratamiento del TEP es la anticoagulaci3n. En algunos casos específicos puede requerir trombolisis (administrar medicamentos para disolver los coágulos) o trombectomía (sacar los coágulos mediante cirugía). Algunos pacientes pueden requerir la instalaci3n de un filtro de vena cava, que es un filtro especial que evita que coágulos en las piernas se vayan hacia los pulmones.

Pronóstico: Un 2,5% de los pacientes con TEP adecuadamente diagnosticado y tratado fallece. Si se consideran los TEP no diagnosticados y no tratados se estima que la letalidad podría llegar al 10%. Por lo anterior es MUY IMPORTANTE que ante cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente contactes a tu equipo tratante y/o acudas al servicio de urgencia.

Necrosis cutánea

La necrosis cutánea es la muerte de segmentos de piel, la que puede ser de extensi3n y profundidad variable. Es decir,, puede afectar solo a las capas superficiales de la piel o puede afectar la totalidad de los tegumentos: epidermis, dermis y celular subcutáneo.

Tipo: Quirúrgica.

Tiempo de presentaci3n: Durante la segunda semana de la cirugía.

Factores de Riesgo: Tabaquismo, obesidad, hipertensi3n no controlada, diabetes, consumo de corticoides, enfermedades del tejido conectivo (lupus, artritis reumatoide, etc), fármacos como antineoplásicos, inmunosupresores, drogas vaso-activas; radioterapia, enfermedad arterial oclusiva, trastornos de la microcirculaci3n, insuficiencia cardiaca.

Factores Protectores: No conocidos.

Frecuencia: Poco frecuente 1 en 500 a 1 en 100 pacientes (0.5% a 1%).

Síntomas: suele ser asintomática y pesquizada durante los controles. Un segmento de piel forma una placa inicialmente violácea o rojiza que con los días se va poniendo mas oscura hasta finalmente formar una escara (14 a 21 días). Generalmente es indolora.

Tratamiento: el primer tratamiento consiste en corregir las causas de base como tabaquismo activo, hipertensión no controlada, diabetes descompensada, etc. Localmente (en la piel), habitualmente el tratamiento tiene 2 fases. En la primera se espera a que se delimite la necrosis, esto es, que el cuerpo defina que segmento y profundidad se perderá y cual vivirá; típicamente esta fase toma de 3 a 6 semanas en los cuales se realizan curaciones periódicas con diversos materiales. Una vez que la necrosis se ha definido, se debe pasar al tratamiento definitivo, el cual puede ser el cierre por segunda intención (dejar que cierre solo), re-suturar la herida, usar injertos o colgajos cutáneos; las últimas tres alternativas requieren el uso de otro pabellón.

Pronóstico: El pronóstico depende de la severidad de la necrosis. En necrosis superficiales (epidermolisis) habitualmente quedas pocas secuelas estéticas salvo alteraciones de la pigmentación. En el caso de requerir re-sutura puede haber formación de cicatrices inestéticas con hipo o hiperpigmentación y/o cicatrización hipertrófica. En caso de requerir injertos o colgajos pueden haber secuelas estéticas mas importantes, dependiendo del procedimiento requerido.

Alergias a medicamentos

Constituye una reacción alérgica frente a uno o más de los medicamentos usados en el peri-operatorio. Recordar que también la alergia al LÁTEX debe ser comunicada al equipo tratante con anticipación, ya que requerirá medidas especiales en el quirófano QUE NO PUEDEN REALIZARSE EL MISMO DIA DE LA CIRUGÍA, sino que deben ser planificadas con antelación. Es MUY IMPORTANTE que si eres alérgic@ a algún medicamento de lo repitas A TODOS los miembros del equipo que te entrevisten, ya sean médicos, enfermer@s o paramédicos. SI AL INFLAR GLOBOS O COMER PALTA SE TE INFLAMA LA BOCA O SALEN AFTAS, PUEDES SER ALERGIC@ AL LÁTEX.

Tipo: Médica.

Tiempo de presentación: Inmediata una vez administrado el medicamento.

Factores de Riesgo: Reacciones alérgicas al medicamento previa.

Factores Protectores: No hay.

Frecuencia: Baja.

Síntomas: Rasch cutáneo, prurito (picazón). En casos graves hipotensión, asma, shock anafiláctico, edema de vía aérea.

Tratamiento: Suspensión del fármaco, antialérgicos, corticoides. En caso de alergia al látex debe prepararse un pabellón "libre de látex".

Pronóstico: Excelente. En la rara eventualidad que se presentara una alergia no diagnosticada, en general el primer episodio es leve y cede adecuadamente con fármacos de primera línea (antihistamínicos y corticoides). Por lo mismo es IMPORTANTISIMO que le señales a todos los miembros del equipo si eres alérgico a algún medicamento.

Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)

Las RAM son variables y pueden ir desde las alergias hasta otros cuadros graves y muy raros (ejemplo: *Síndrome de Steven-Johnson*) que no es objetivo tratar aquí. Aquí incluiré las RAM mas frecuentes para los fármacos que usamos habitualmente.

Tipo: Médicas.

Tiempo de presentación: Variable, van desde inmediatas, hasta luego de 5 a 7 días.

Factores de Riesgo: Reacción adversa previa.

Factores Protectores: No hay.

Frecuencia: Variable, las reacciones leves son de baja frecuencia (1% a 10%) en tanto que las graves son raras o infrecuentes (<0,5 a 0,1%).

Síntomas, pronóstico y tratamiento: Depende de la RAM, habitualmente las RAM desaparecen al suspender el fármaco.

Las mas frecuentes según tipo de fármacos son:

- Analgésicos-Antiinflamatorios (AINEs): como ketoprofeno, diclofenaco, naproxeno, ibuprofeno, piroxicam: Gastritis aguda, sensación de acidez o fuego en el estómago. Se manejan con bloqueadores de la bomba de protones como Omeprazol o sus derivados.
- Pregabalina: somnolencia, nauseas, cefalea.

- Antibióticos: intolerancia gástrica, diarrea asociada a antibióticos.
- Tramadol: náuseas o vómitos. Habitualmente se manejan con antieméticos como Ondansetrón.

Cicatrices inestéticas

Las cicatrices inestéticas son cicatrices que se ven “peor” de lo esperable. Las razones más frecuentes son alteraciones de la pigmentación (muy pigmentada o despigmentada), cicatrices anchas, cicatrices retraídas y en menor frecuencia cicatrices hipertróficas o queloides. Debes tener presente que NO EXISTE ninguna forma de borrar cicatrices, además la mayoría de los productos que se publicitan por TV carecen absolutamente de cualquier evidencia científica que lo sustente. Si quieres averiguar por algún fármaco o producto, puedes utilizar alguno de estos buscadores científicos:

<http://www.cochrane.org/>

<http://www.pubmed.com/>

<http://www.tripdatabase.com/>

Tipo: Quirúrgicas.

Tiempo de presentación: 3 a 12 meses luego de la cirugía.

Factores de Riesgo: antecedentes de cicatrización inestética, heridas cerradas a tensión, tabaquismo, exposición a rayos U.V. (Exponerse al sol).

Factores Protectores: Lubricación adecuada de la piel. El uso preventivo de silicona no está demostrado que prevenga la aparición de cicatrices defectuosas, salvo en pacientes de alto riesgo de cicatrización anómala.

Frecuencia: Baja, 1 de cada 10 a 1 de cada 100 pacientes (1% a 10%).

Síntomas: generalmente son asintomáticas, aunque a veces pueden picar, molestar o doler. Lo más frecuente es la observación del propio paciente en que la cicatriz no está todo lo bien que debiera estar, o que hay segmentos de la cicatriz que se ven peor que otros (principalmente en abdominoplastia y Reducción mamaria). La cicatriz hipertrófica o queloides generalmente se inicia como una cicatriz que comienza a “elevarse” alrededor de la 4ª a 6ª semana.

Tratamiento: Como prevención, es importante iniciar



precozmente (2ª a 3ª semana) la lubricación de la cicatriz. La compresión puede o no utilizarse, dependiendo de la evolución. Las cicatrices hiperpigmentadas habitualmente se manejan con despigmentantes (cremas). La presencia de elevación en la cicatriz requiere compresión. El manejo de la cicatriz hipertrófica o el queloides pueden incluir compresión con prendas hechas a medida, inyección de corticoides y eventualmente resección de la cicatriz y en el caso de no responder, el uso de radioterapia.

Pronóstico: Depende del tipo de alteración de la cicatriz, la hiperpigmentación habitualmente requiere manejo prolongado, al menos por 3 meses. La cicatriz hipertrófica tiene buena evolución pero puede requerir resección y “retoque” de cicatriz. El queloide es de más difícil manejo, requiriendo terapia multimodal.