



Complicaciones postoperatorias en abdominoplastia postpérdida masiva de peso y estrategias para prevenirlas

Postoperative complications in abdominoplasty after massive weight loss and strategies to prevent them

Dra. Estela Vélez-Benítez,* Dra. Yousefa Sarahi Jiménez-Escamilla†

Palabras clave:

abdominoplastia,
cirugía post bariátrica,
complicaciones,
factores de riesgo,
riesgos postoperatorios,
contorno corporal post
abdominoplastia

Keywords:

abdominoplasty,
post-bariatric surgery,
complications, risk
factors, postoperative
risks, post-
abdominoplasty body
contouring

RESUMEN

La obesidad es una condición de salud pública prevalente que llega a requerir algún procedimiento bariátrico para su tratamiento. En los últimos años ha aumentado su incidencia, dejando como secuela un gran excedente de piel, particularmente en la región abdominal, afectando la funcionalidad y la autoestima del paciente, con un aumento en la demanda de procedimientos post bariátricos, uno de ellos, la abdominoplastia. Al incrementarse el número de procedimientos es de esperar que aumente el número de complicaciones, motivo por el cual realizamos una revisión sistemática, describiendo las más comunes. Analizamos los factores de riesgo y emitimos recomendaciones con niveles de evidencia para poder prevenirlas, específicamente asociadas a la abdominoplastia en pacientes post pérdida de peso masiva. El objetivo es proporcionar una visión integral sobre las complicaciones más comunes asociadas con la abdominoplastia en pacientes que han sufrido una pérdida significativa de peso.

ABSTRACT

Obesity is a prevalent public health condition that may require bariatric procedures for treatment. In recent years, its incidence has increased, leaving a significant excess of skin—particularly in the abdominal region—as a sequela, affecting patient functionality and self-esteem, and increasing demand for post-bariatric procedures abdominoplasty being of them. As the number of procedures increases, complications are expected to rise which is why we performed a systematic review describing the most common complications. We analyzed risk factors, and issued evidence-level recommendations for prevention, specifically associated with abdominoplasty in patients after massive weight loss. The objective is to provide a comprehensive overview of the most common complications associated with abdominoplasty in patients who have experienced significant weight loss.

Abreviaturas:

AINE = antiinflamatorios no esteroideos
HBPM = heparina de bajo peso molecular
IMC = índice de masa corporal
TVP = trombosis venosa profunda

INTRODUCCIÓN

La abdominoplastia elimina el exceso de piel con el objetivo de aliviar las molestias

físicas y mejorar la calidad de vida, mejorando el contorno corporal, solución a problemas de higiene e infecciones cutáneas; existen diferentes técnicas: horizontal, vertical y circunferencial, y pueden presentarse algunas complicaciones postoperatorias que afectan el resultado funcional y estético,¹⁻⁶ con una incidencia reportada en la literatura de 49.8% de complicaciones (26.8% menores y 23% complicaciones mayores).⁷

Citar como: Vélez-Benítez E, Jiménez-Escamilla YS. Complicaciones postoperatorias en abdominoplastia postpérdida masiva de peso y estrategias para prevenirlas. Cir Plast. 2026; 36 (1): 44-49. <https://dx.doi.org/10.35366/122645>

* Cirujana plástica.
Miembro del Comité
de Seguridad de la
Asociación Mexicana
de Cirugía Plástica. México.
† Estudiante de
medicina de cuarto año,
Universidad Nacional
Autónoma de México
(Campus CU). México.

Recibido: 06 noviembre 2025
Aceptado: 19 enero 2026



Los principales factores de riesgo son: edad avanzada, diabetes mellitus, modo quirúrgico de pérdida de peso, obesidad preoperatoria, índice de masa corporal (IMC) > de 30 kg/m², tabaquismo, anemia preoperatoria, pegamento de fibrina, suturas acolchadas, liposucción del colgajo, colgado de gran peso resecaado y procedimientos combinados.⁷⁻⁹

Se realizó una revisión sistemática de la literatura disponible en PubMed, Google Académico, Cochrane, Medline, con la búsqueda de complicaciones postoperatorias en abdominoplastia postpérdida de peso masiva y evaluados según criterios de inclusión y exclusión específicos. Se realizó un análisis estadístico para identificar las complicaciones más comunes, a partir de los resultados, se formularon estrategias preventivas y recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible.

COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN (Tabla 1)

Hematomas (nivel de evidencia II)

Complicación común, por la acumulación de sangre fuera de los vasos sanguíneos, llegando a requerir drenaje quirúrgico, la mayoría se absorbe con un manejo conservador.

Medidas preventivas: manejo conservador con uso de compresas frías para reducir inflamación y dolor, reposo, evitar esfuerzos físicos que puedan aumentar el sangrado y el drenaje quirúrgico; la hemostasia está indicada en hematomas de gran volumen y eliminación de sangre acumulada.¹⁰

Infección de herida quirúrgica (nivel de evidencia II-IV)

Retrasa la recuperación, puede limitarse a la superficie de la piel y los tejidos subyacentes o desarrollar celulitis, sepsis y choque séptico.

Medidas preventivas: los antibióticos profilácticos perioperatorios recomendados son la cefazolina en pacientes sin alergias a cefalosporinas o penicilina, dosis de 1-2 gramos IV, 60 minutos previos a la incisión (considerar 3 g en pacientes > 120 kg); clindamicina: en pacientes alérgicos a penicilina, dosis de 600-900 mg IV, 60 minutos

previos a la incisión; vancomicina: en alergias severas a betalactámicos y alto riesgo de infección, dosis de 15 mg/kg IV, 120 minutos previos a la incisión (dosis máxima 2 g). Recomendados en: procedimientos combinados, índice de masa corporal (IMC) elevado, diabéticos, fumadores, inmunocompromiso, antecedente de infección previa, tiempo quirúrgico prolongado (> 2-3 horas), abordajes extensos.¹¹⁻¹³

Dolor postoperatorio (nivel de evidencia Ia-IV)

Presentación común, un buen manejo es fundamental para la recuperación y disminuir complicaciones.

Medidas preventivas: el bloqueo regional es más efectivo, reduce consumo de opioides, prolonga el tiempo de requerimiento de analgésicos, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol y movilización temprana.^{14,15}

Náuseas y vómitos postoperatorios (nivel de evidencia Ia-IV)

Síntomas comunes que pueden retrasar la recuperación del paciente.

Medidas preventivas: durante la anestesia, evitar el uso de óxido nitroso, halotano, enflurano, isoflurano, desflurano, sevoflurano y limitar el uso de narcóticos; se recomiendan los antieméticos en el postoperatorio inmediato.^{16,17}

Seroma (nivel de evidencia Ia-2b)

Complicación frecuente y temprana, con acumulación de líquido en espacio disecado, llegando a requerir aspiraciones, aumentando el riesgo de infecciones, prolonga la recuperación y en casos severos requiere drenaje quirúrgico.¹⁸

Medidas de prevención: como técnica quirúrgica se recomienda preservar la fascia de Scarpa, evitar el uso excesivo de electrocauterio, técnica de Baroudi con puntos de tensión progresiva, uso de suturas de tensión progresiva y colocación de drenajes.¹⁹⁻²⁵

Cuidados postoperatorios: reposo en posición supina y semi Fowler, compresión postoperatoria adecuada, uso de prendas de compresión

firme pero cómoda que ofrezca soporte sin restringir la respiración ni la circulación, suspender tabaquismo al menos seis semanas antes y cuatro semanas después de la cirugía.²⁶⁻²⁸

Necrosis cutánea (nivel de evidencia I-IV)

Complicación menos común, consiste en muerte del tejido cutáneo por una irrigación sanguínea insuficiente, por la tensión excesiva en el colgajo cutáneo o compromiso de la vascularización.

Medidas preventivas: adecuada evaluación preoperatoria, minimizar la tensión, suspensión del tabaquismo (la vasoconstricción por la nicotina disminuye la circulación sanguínea) y vigilancia del color de la piel.^{29,30}

Hemorragia (nivel I-III)

Riesgo en cualquier procedimiento quirúrgico, la quimioprofilaxis preoperatoria ha sido identificada como un factor que puede aumentar este riesgo.

Medidas preventivas: evitar fármacos con alto riesgo, anticoagulantes como warfarina, heparina, anticoagulantes orales de acción directa (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán); antiagregantes plaquetarios como aspirina, clopidogrel, ticagrelor; AINE como ibuprofeno, naproxeno, ketorolaco; alimentos/suplementos como ajo, ginkgo biloba, ginseng, vitamina E, aceite de pescado (Nivel B/C).³¹⁻³⁴

Dehiscencia quirúrgica (nivel de evidencia I)

La separación de los bordes de una herida quirúrgica retrasa la cicatrización y aumenta el riesgo de infección.

Medidas preventivas: la liposucción del colgajo se relaciona con un mayor riesgo, en los flancos es más segura y reduce el riesgo; la diabetes mellitus tipo 2 daña los pequeños vasos sanguíneos y dificulta el suministro de oxígeno tisular, se recomienda mantener un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre en el preoperatorio, así como suspensión del tabaquismo.³⁵

Cicatrices (nivel de evidencia II y IV)

Es una preocupación frecuente para los pacientes, tienden a mejorar con el tiempo, pero algunas pueden desarrollarse como hipertróficas o queloides, requiriendo tratamiento adicional.

Medidas preventivas: el marcaje preoperatorio con regla es fundamental para la simetría, una posición estratégica de la cicatriz dentro de la ropa interior minimiza su visibilidad, el uso de suturas profundas previene la migración ascendente de la cicatriz, el tabaquismo aumenta el riesgo de cicatrices patológicas; los tratamientos conservadores como los corticosteroides tópicos o inyectables pueden reducir la inflamación y mejorar la apariencia, la terapia láser ayuda a suavizar y aplanar las cicatrices. La revisión quirúrgica está indicada en caso de cicatrices severas o que no responden a tratamientos conservadores.^{36,37}

Trombosis venosa profunda (TVP) (nivel de evidencia I-III)

Es una complicación grave, poco común, pero mortal.

Medidas preventivas: mecánicas: las medias de compresión mejoran el retorno venoso y previenen la estasis venosa, la compresión neumática intermitente reduce el estancamiento sanguíneo y aumenta la fibrinólisis, recomendado en pacientes de riesgo moderado-alto, la posición adecuada de la mesa de operaciones maximiza el flujo venoso y evita la presión externa, la flexión de las rodillas de 10-15° y uso de almohadas bajo las rodillas, la deambulacion temprana fomenta el flujo sanguíneo y reduce el riesgo de estasis venosa, recomendada en todos los pacientes, incluso los de bajo riesgo.

Profilaxis farmacológica: heparina de bajo peso molecular (HBPM); enoxaparina: recomendada en pacientes de riesgo moderado-alto, fácil administración, menor riesgo de sangrado que la heparina fraccionada; warfarina: indicada en pacientes con alto riesgo, en combinación con otras medidas preventivas, requiriendo control estricto de laboratorio; rivaroxabán: eficaz, pero presenta mayor riesgo de sangrado que la heparina de bajo peso molecular. Hirudina recombinada, fondaparinux y dalteparina son prometedoras. Aspirina y antagonistas de la

Tabla 1: Complicaciones postoperatorias en cirugía estética: factores de riesgo, prevención e incidencia.

Complicación	Factores de riesgo	Prevención	Incidencia %
Hematoma	Coagulación alterada, uso de anticoagulantes	Hemostasia Suspensión de anticoagulantes Compresas frías Reposo relativo	5.4
Infección	Ambiente quirúrgico no estéril Inmunosupresión Higiene inadecuada de la herida	Antibióticos profilácticos: cefalexina, cefalotina, cefazolina (1-2 g preoperatorio, 1 g-8 horas)	4.0
Seroma	Uso excesivo de electrocauterio Ausencia de drenaje y compresión	Colocación de drenajes Limitar uso de electrocauterio Uso de suturas de tensión progresiva Prenda de compresión por 6 semanas Preservación de la fascia de Scarpa Suspendir tabaquismo Reposo en posición supina	13.3-16.4
Cicatriz	Predisposición genética Técnica quirúrgica deficiente Material de sutura	Marcaje preoperatorio Puntos en plano profundos Uso de corticosteroides o láser Suspensión del tabaquismo	2.1
Necrosis cutánea	Tensión del colgajo Tabaquismo	Técnicas sin tensión Evitar liposucción del colgajo Suspendir tabaquismo Evitar compresión excesiva	2.7
Hemorragia	Resección de grandes cantidades de tejido IMC > 30 kg/m ²	Control del IMC Suspendir medicamentos o alimentos que aumenten riesgo Hemostasia en transoperatorio	2-5
Dehiscencia quirúrgica	Hemoglobina < 12 g/dL Edad avanzada Liposucción del colgajo Tabaquismo	Liposucción en regiones fuera del colgajo Control de la presoterapia Buen control de glucemia perioperatoria	10.3 (9.8)
Náuseas y vómito	Uso de agentes inhalatorios, opioides	Evitar agentes inhalatorios Limitar narcóticos Anestesia de los rectos abdominales Bloqueo regional	40.0
Trombosis venosa profunda	IMC > 30 kg/m ² Antecedente de trombosis Inmovilización prolongada	Medias de compresión y neumáticas Movilización temprana Profilaxis farmacológica Compresión neumática	0.2
Enfermedad tromboembólica	> 40 años Antecedente de TVP o EP Trombofilias hereditarias Enfermedades autoinmunes Obesidad IMC > 30 kg/m ²	Compresión neumática Medias de compresión graduada Medidas farmacológicas Movilización temprana (menor a 24 horas) Hidratación adecuada Suspensión del tabaquismo	0.5-2.0

EP = embolia pulmonar. IMC = índice de masa corporal. TVP = trombosis venosa profunda.
La incidencia de estas complicaciones es variable y depende de las características individuales de cada paciente y de la técnica quirúrgica utilizada.

vitamina K son poco efectivos y aumenta el riesgo de sangrado. La combinación de medidas mecánicas y quimioprofilaxis es la más efectiva para prevenir la TVP en cirugía plástica.³⁸

Enfermedad tromboembólica (nivel de evidencia II-IV)

La formación de coágulos sanguíneos en las venas y migración pulmonar bloquea los vasos sanguíneos, generando embolia pulmonar, es una complicación grave y potencialmente prevenible de la cirugía.

Medidas de prevención: medidas mecánicas como compresión neumática intermitente y medias de compresión graduada antes, durante y después de la cirugía; medidas farmacológicas (riesgo moderado-alto): HBPM, heparina no fraccionada (HNF) como alternativa; movilización temprana del paciente (en las primeras 24 horas) y adecuada hidratación.³⁹⁻⁴³

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

Visitas programadas, monitorización de signos vitales, evaluación del dolor, inspección de la herida, cuidados de drenajes, movilización temprana, evaluación y aspiración de seromas, anticoagulación vigilada, antibióticoterapia de considerarse necesario.⁴⁴

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Muchas veces el éxito de la cirugía depende del seguimiento de las indicaciones del cirujano por parte del paciente y la condición psicológica, se recomienda seguir instrucciones postoperatorias, higiene adecuada de la herida, uso de prenda de compresión, no fumar, dieta equilibrada, reportar signos de alarma y asistir a citas de seguimiento.

REFERENCIAS

1. Naseri S, Gunnarsson GL, Lilja C, Sørensen JA, Thomsen JB. Abdominoplasty after massive weight loss. *Ugeskrift for Læger* 2022; 184 (51): V05220306.
2. Matarasso A, Swift RV, Rankin M. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117 (6): 1797-1808. doi: 10.1097/01.prs.0000209918.55752.f3.
3. Leuzzi S, Lotito A, Brach del Prever A et al. Post-bariatric abdominoplasty: management and

prevention of complications. *Aesthetic Plast Surg* 2018; 42 (1): 68-75. doi: 10.1007/s00266-017-0980-7.

4. Shermak MA, Chang D, Magnuson TH, Schweitzer M. Complications in postbariatric body contouring: strategies for assessment and prevention. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127 (3): 1355-1361. doi: 10.1097/PRS.0b013e318205f2aa.
5. Alessandri Bonetti M, Liu H, Gusenoff JA, Rubin JP, Egro FM. A bibliometric analysis of the 50 most cited articles on body contouring surgery after massive weight loss. *Aesthetic Plast Surg* 2024; 48 (11): 2132-2141. doi: 10.1007/s00266-024-03854-0.
6. ElAbd R, Samargandi OA, AlGhanim K, Alhamad S, Almazeedi S, Williams J et al. Body contouring surgery improves weight loss after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2021; 45 (3): 1064-1075. doi: 10.1007/s00266-020-02016-2.
7. Marchica P, Costa AL, Brambullo T, Marini M, Masciopinto G, Gardener C et al. Retrospective analysis of predictive factors for complications in abdominoplasty in massive weight loss patients. *Aesthetic Plast Surg* 2023; 47 (4): 1447-1458. doi: 10.1007/s00266-022-03235-5.
8. Marouf A, Mortada H. Complications of body contouring surgery in postbariatric patients: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2021; 45 (6): 2810-2820. doi: 10.1007/s00266-021-02315-2.
9. Carloni R, De Runz A, Chaput B, Herlin C, Girard P, Watier E et al. Circumferential contouring of the lower trunk: indications, operative techniques, and outcomes-a systematic review. *Aesthetic Plast Surg* 2016; 40 (5): 652-668. doi: 10.1007/s00266-016-0660-7.
10. Nahas FX, Ferreira LM, Ghelfond C. Does quilting suture prevent seroma in abdominoplasty? *Plast Reconstr Surg* 2007; 119 (3): 1060-4. doi.org/10.1097/01.prs.0000242493.11655.68.
11. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: World Health Organization; 2016. Available in: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/22a93785-7d61-41aa-9c20-3c2ad2852ed1/content>
12. Casaer B, Tan EK, Depoorter M. The role of antibiotic prophylaxis in abdominoplasty: a review of the infection rate in 300 cases treated without prophylaxis. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123 (1): 42e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31819056b6.
13. Rubin JP, Kuza CC, Monaghan A et al. Antibiotic prophylaxis in body contouring surgery: updated best practice guidelines from the ASPS/ASAPS Ad Hoc Task Force. *Plast Reconstr Surg* 2018; 141 (4): 835-849.
14. Seretis K, Bounas N. The efficacy of different nerve blocks on postoperative pain and sequelae in patients undergoing abdominoplasty: a network meta-analysis. *Aesthet Surg J* 2023; 43 (5): NP325-NP336.
15. American Society of Anesthesiologists. Herbal and dietary supplements and anesthesia. Schaumburg (IL): American Society of Anesthesiologists; 2015. Available in: https://madeforthismoment.asahq.org/wp-content/uploads/2020/10/ASA_Supplements-Anesthesia_Updated.pdf
16. Yin C, McAuliffe PB, Marquez JE, Liao CD, Vasilakis V, Estrella J et al. Body Contouring in Massive Weight Loss Patients Receiving Venous Thromboembolism Chemoprophylaxis: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg Global Open* 2021; 9 (8): e3746. <https://doi.org/10.1097/gox.00000000000003746>

17. George R, Jabbour S, Singh A et al. Prevention of postoperative nausea and vomiting in aesthetic plastic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Aesthet Surg J* 2019; 39 (4): 417-430.
18. Salari N, Fatahi B, Bartina Y et al. The global prevalence of seroma after abdominoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Aesthet Surg J* 2021; 41 (9): 1037-1046.
19. Jabbour S, Awaida C, Mhawej R et al. Does the addition of progressive tension sutures to drains reduce seroma incidence after abdominoplasty? A systematic review and meta-analysis. *Aesthet Surg J* 2021; 41 (9): 1037-1046.
20. Seretis K, Goulis D, Demiri EC, Lykoudis EG. Prevention of seroma formation following abdominoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Aesthet Surg J* 2017; 37 (3): 316-323.
21. Li M, Wang K. Efficacy of progressive tension sutures without drains in reducing seroma rates of abdominoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2021; 45 (2): 581-588.
22. Hoa W, Jones CD, Pitt E, Hallam MJ. Meta-analysis on the comparative efficacy of drains, progressive tension sutures and subscarpal fat preservation in reducing complications of abdominoplasty. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2020; 73 (5): 828-840.
23. Wijaya WA, Liu Y, He YH, Qing Y, Li Z. Abdominoplasty with Scarpa fascia preservation: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2022; 46 (6): 2841-2852. doi: 10.1007/s00266-022-02835-5.
24. Abdrabo AA, Elsayed MG, Kabeel AMA. Comparison between abdominoplasty assisted by liposuction utilizing classical (U) incision versus (W) incision: a randomized controlled study. *QJM: An International Journal of Medicine* 2020; 113 (Suppl. 1): hcaa050.007. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa050.007>
25. van der Sluis N, van Dongen JA, Caris FLS, Wehrens KME, Carrara M, van der Lei B. Does Scarpa's fascia preservation in abdominoplasty reduce seroma? A systematic review. *Aesthet Surg J* 2023; 43 (7): NP502-NP512.
26. Rao G, Daneshi K, Ceccaroni A et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the surgical outcomes of progressive tension suturing compared to drains in abdominoplasty surgery. *Aesthet Surg J* 2025; 45 (1): 71-83.
27. Arkoubi AY. Effect of compression garments on post-abdominoplasty outcomes: a systematic review of the current evidence. *JPRAS Open* 2024; 41: 128-137.
28. Martins MRC, Moraes BZF, Fabri DC, Castro HAS, Rostom L, Ferreira LM et al. Do abdominal binders prevent seroma formation and recurrent diastasis following abdominoplasty? *Aesthet Surg J* 2022; 42 (11): 1294-1302.
29. American Society of Plastic Surgeons. How smoking can damage plastic surgery results [Internet]. Arlington (VA): American Society of Plastic Surgeons; 2018. Available in: <https://www.atlplastic.com/blog/2018/10/26/how-smoking-can-damage-plastic-surgery-results/>
30. Pluvy I, Panouilleres M, Garrido I, Pauchot J, Saboye J, Chavoín JP et al. Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: a systematic review with meta-analysis. *Ann Chir Plast Esthet* 2015; 60 (1): e15-e49.
31. Perzia BM, Marquez J, Mellia JA, Jou C, Othman S, Basta MN et al. Venous thromboembolism and bleeding events with chemoprophylaxis in abdominoplasty: a systematic review and pooled analysis of 1596 patients. *Aesthet Surg J* 2021; 41 (11): 1279-1289.
32. Douketis JD, Spyropoulos AC. Perioperative management of patients taking direct oral anticoagulants: a review. *Am J Hematol* 2024; 99 (8): 369-381.
33. Patrono C, Baigent C, Collins R et al. Antiplatelet drugs for primary prevention of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2018; 379 (8): 731-743. doi: 10.1056/NEJMra1805819.
34. Grosser T, Ricciotti E, FitzGerald GA. The cardiovascular pharmacology of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Circ Res* 2017; 121 (5): e101-e114. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.117.309427.
35. He Y, Wijaya WA, Du Y, Wijaya WA, Cen Y, Li Z. The Impact of diabetes on abdominoplasty outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg* 2025; 49 (3): 814-823. doi: 10.1007/s00266-024-04565-2.
36. Gauglitz GG. Management of keloids and hypertrophic scars: current and emerging options. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2013 Apr 24;6:103-114. doi: 10.2147/CCID.S35252
37. Horta R, Domingues CS, Dias CC, Barreiro D. A ruler for abdominoplasty preoperative markings: the potential of best scar symmetry. *Surg Innov* 2022; 29 (2): 225-233. doi: 10.1177/15533506211070742.
38. Pannucci CHJ, Bailey SH, Dreszer G, Wachman CF, Zumsteg JW, Jaber RM, Hamill JB, Hume KM, Rubin JP, Neligan PC, Kallianen LK, Hoxworth RE, Pusic AL, Wilkins EG. Validation of the Caprini risk assessment model in plastic and reconstructive surgery patients. *J Am Coll Surg* 2011 Jan;212(1):105-12. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.08.018. Epub 2010 Nov 18.
39. American Society of Plastic Surgeons. Preventing venous thromboembolism in hospitalized plastic surgery patients. Arlington (VA) American Society of Plastic Surgeons 2023. Available in: <https://www.plasticsurgery.org/documents/Health-Policy/Resources/2023-vte-prevention-hospitalized-patients.pdf>
40. Kraft CT, Janis JE. Deep venous thrombosis prophylaxis. *Clin Plast Surg* 2020; 47 (3): 409-414. doi: 10.1016/j.cps.2020.04.006.
41. Mittal P, Heuft T, Richter DE, Wiedner M. Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis after abdominoplasty and liposuction: a review of the literature. *Aesthetic Plast Surg* 2020; 44 (2): 473-482. doi: 10.1007/s00266-019-01576-2.
42. Vasilakis V, Klein GM, Trostler M, Mukit M, Marquez JE, Dagum AB et al. Postoperative venous thromboembolism prophylaxis utilizing enoxaparin does not increase bleeding complications after abdominal body contouring surgery. *Aesthet Surg J* 2020; 40 (9): 989-995. doi: 10.1093/asj/sjz274.
43. Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G, Morales OM, Bucio-Duarte J, Caravantes-Cortés I. Estratificación del riesgo de trombosis y profilaxis: ¿cuál es la mejor puntuación para estratificar el riesgo de trombosis en los pacientes de cirugía plástica?, ¿cuál es la mejor profilaxis? Medicina basada en evidencia. *Cir Plast* 2019; 29 (1): 35-66.
44. American Society of Plastic Surgeons. Abdominoplasty (tummy tuck) recovery [Internet]. Arlington (VA): American Society of Plastic Surgeons. Available in: <https://www.plasticsurgery.org/cosmetic-procedures/tummy-tuck/recovery>

Correspondencia:

Dra. Estela Vélez-Benítez

E-mail: drastelavelez@icloiud.com