



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

Nombre del Alumno: Jesus Alexander Gómez Morales

Nombre del tema: Esplenectomia

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Medico Quirúrgico 2

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería Grupo B

Cuatrimestre: Sexto Cuatrimestre



ESPLENECTOMIA

Manuel Alfaro

Jesús Alexander

Andril Armin

Diego Antonio Castellanos Pacheco

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

- LA PRIMERA ESPLENECTOMÍA EXITOSA REPORTADA EN EL SIGLO XIX FUE UNA ESPLENECTOMÍA PARCIAL A CARGO DEL CIRUJANO JULES PÉAN (1830 – 1898).
- EL PRIMERO QUE DESCRIBIÓ LA DIVISIÓN DEL BAZO EN SEGMENTOS FUE ASSOLANT (1802) CON UNA INVESTIGACIÓN EN PERROS.
- GUPTA DESCRIBIÓ DOS SEGMENTOS ESPLÉNICOS, SUPERIOR E INFERIOR SEPARADOS POR UN PLANO AVASCULAR EN EL 84% DE LOS SUJETOS ESTUDIADOS Y SE AGREGÓ UN SEGMENTO MEDIO EN EL 16%.
- HACIA EL AÑO 1975 SE UTILIZABAN TÉCNICAS DE HEMOSTASIA, ESPLENECTOMÍA PARCIAL Y ESPLENORRAFIA EN TRAUMAS ESPLÉNICOS MENORES TANTO EN NIÑOS COMO EN ADULTOS.
- EN 1992 COMENZÓ LA ERA DE LA CIRUGÍA ESPLÉNICA LAPAROSCÓPICA (DELAITRE, CARROLL, PHILLIPS, SEMEL, FALLAS, MORGENSTERN) Y LUEGO SE PUBLICARON CASOS DE ESPLENECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA SOBRE TODO EN PATOLOGÍA QUÍSTICA.

- UN CIRUJANO DE BRASIL, MARCEL CAMPOS CHRISTO REEVALUÓ LA TÉCNICA USADA POR PÉAN CASI 100 AÑOS ANTES. REALIZÓ RESECCIONES SEGMENTARIAS EN TRAUMA EN 8 PACIENTES DE LOS CUALES 7 SOBREVIVIERON AUNQUE UNO DE ÉSTOS FALLECIÓ 30 DIAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA POR UNA PERFORACIÓN GÁSTRICA. CON UN SEGUIMIENTO DE UNOS 5 MESES DE LOS RESTANTES 2 PACIENTES, SIN COMPLICACIONES CONCLUÍYÓ QUE LA ESPLENECTOMÍA PARCIAL PUEDE SER ADAPTADA A CADA LESIÓN TRAUMÁTICA DEL BAZO LIMITADA A UN SEGMENTO VASCULAR DEFINIDO



Jules Péan

ANATOMIA Y FISILOGIA



ANATOMIA

- EL BAZO ES UN ÓRGANO LINFÁTICO SECUNDARIO MUY RICAMENTE VASCULARIZADO Y DRENADO AL SISTEMA PORTA HEPÁTICO. SE ENCUENTRA EN EL INTERIOR DEL ABDOMEN A LA IZQUIERDA Y DETRÁS DEL ESTÓMAGO, EN EL RECESO SUBFRÉNICO IZQUIERDO, POR ENCIMA DE LA FLEXURA CÓLICA IZQUIERDA Y DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL RIÑÓN IZQUIERDO.
- EL BAZO MIDE, TÉRMINO MEDIO EN EL ADULTO, DE 11 A 13 CM DE LONGITUD, DE 6 A 8 CM DE ANCHO Y DE 3 A 4 CM DE ESPESOR. SU PESO EN LA AUTOPSIA ES DE 200 G TÉRMINO MEDIO. EL BAZO EN EL SER VIVO ES DE COLOR ROJO OSCURO. SU SUPERFICIE ESTÁ CUBIERTA DE PERITONEO. ES BLANDO, MUY FRIABLE Y DESGARRA FÁCILMENTE Y SANGRA EN LA CAVIDAD PERITONEAL.
- EL BAZO ES OVOIDE, CON UN EJE MAYOR OBLICUO DE ARRIBA HACIA ABAJO, DE MEDIAL A LATERAL Y DE ATRÁS HACIA ADELANTE, CASI PARALELO A LA DIRECCIÓN DE LA DÉCIMA COSTILLA, SOBRE LA CUAL SE PROYECTA.



- PARA SU DESCRIPCIÓN ANATÓMICA SE LE DESCRIBEN DOS CARAS:

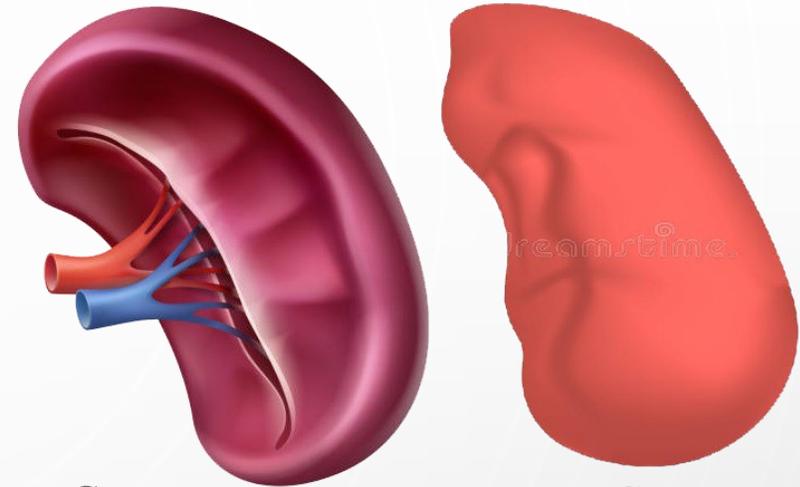
- **CARA DIAFRAGMÁTICA** LA CUAL ES EXTENSA Y LATERAL, CONVEXA, MOLDEADA SOBRE LA CONCAVIDAD DIAFRAGMÁTICA.

- **CARA VISCERAL** EN LA CUAL SE PUEDEN DISTINGUIR LAS SIGUIENTES IMPRESIONES:

- GÁSTRICA: CÓNCAVA, APLICADA CONTRA LA CONVEXIDAD DEL ESTÓMAGO. EN LA PORCIÓN POSTERIOR DE ESTA IMPRESIÓN SE SITÚA EL HILIO DEL BAZO.

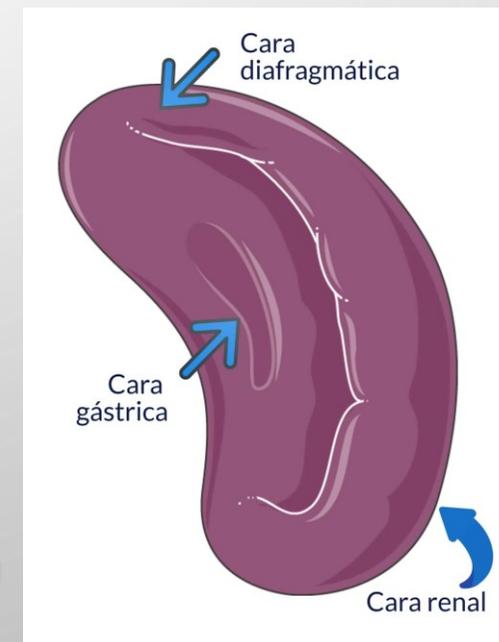
- RENAL: CÓNCAVA, IGUALMENTE ORIENTADA HACIA ABAJO, SE APLICA SOBRE EL RIÑÓN Y LA GLÁNDULA SUPRARRENAL IZQUIERDA.

- CÓLICA: EN CONTACTO CON EL COLON TRANSVERSO.



Cara
Visceral

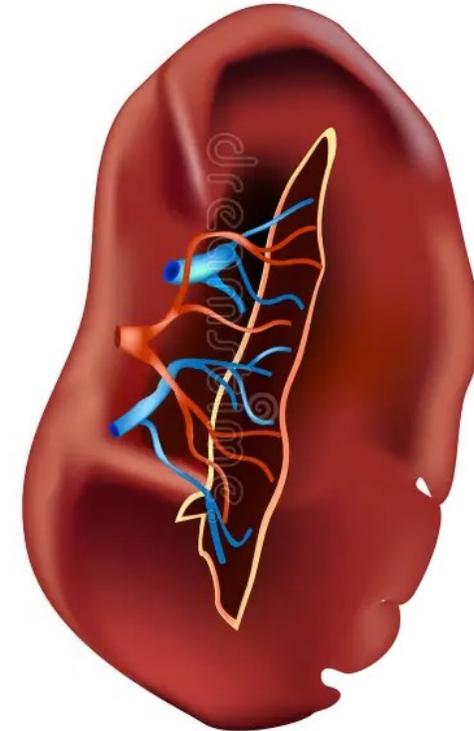
Cara
Diafragmática



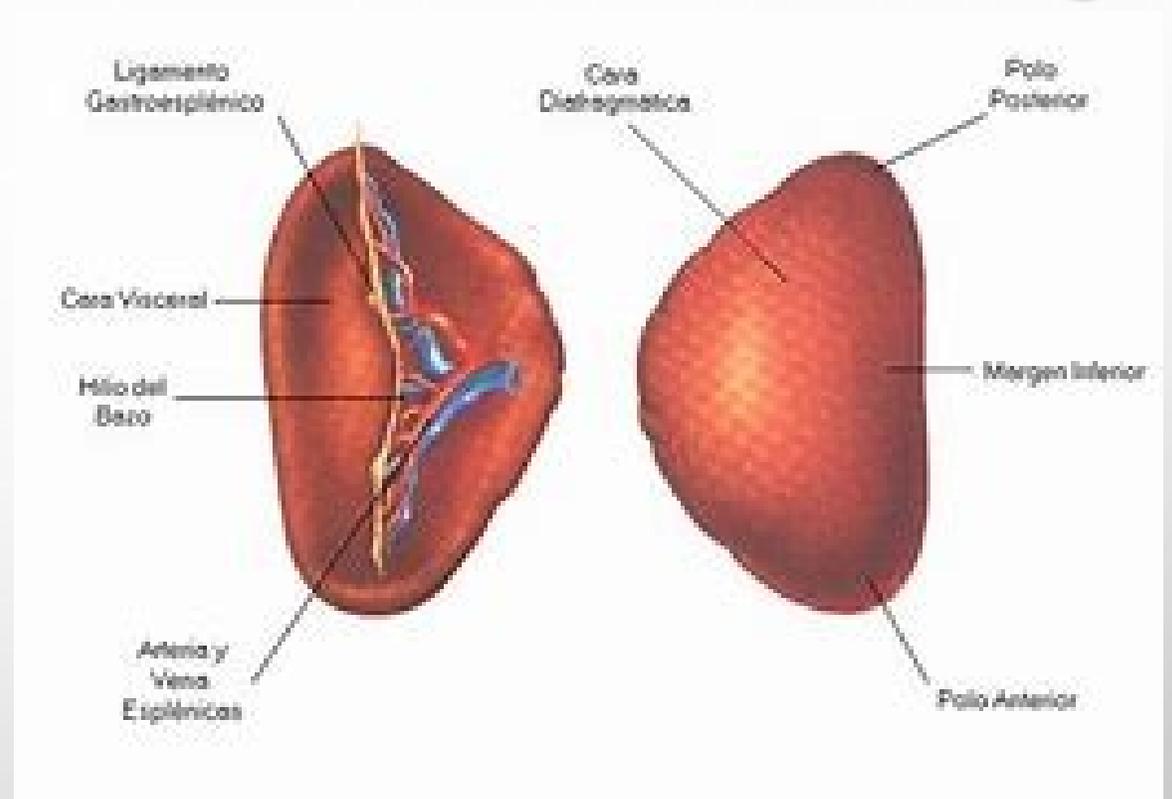
- LOS BORDES DEL BAZO SEPARAN LAS CARAS, SE LE DESCRIBEN DOS:

- BORDE SUPERIOR: ES ANTERIOR, CONVEXO E IRREGULAR, MARCADO POR DOS O TRES ESCOTADURAS MUY CARACTERÍSTICAS QUE PERSISTEN EN LOS BAZOS MUY GRANDES. SE UBICA ENTRE LA IMPRESIÓN GÁSTRICA Y LA CARA DIAFRAGMÁTICA.

- BORDE INFERIOR: ES POSTERIOR, REDONDEADO Y RECTILÍNEO; ESTÁ SITUADO ENTRE LA CARA DIAFRAGMÁTICA Y LA IMPRESIÓN RENAL.



- SE DISTINGUEN DOS EXTREMIDADES O POLOS:
- EXTREMIDAD POSTERIOR: ES POSTERIOR, SUPERIOR, DE FORMA REDONDEADA Y SE ENCUENTRA ALGO DEPRIMIDA EN SU REGIÓN MEDIAL.
- EXTREMIDAD ANTERIOR: ES ANTERIOR, INFERIOR. CUANDO LA IMPRESIÓN CÓLICA ES AMPLIA, SU FORMA GENERAL ES REDONDEADA.



CONCEPTO

- LA ESPLENECTOMÍA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA EXTIRPAR EL BAZO. EL BAZO ES UN ÓRGANO QUE SE ENCUENTRA DEBAJO DE LA CAJA TORÁCICA EN EL LADO IZQUIERDO SUPERIOR DEL ABDOMEN. AYUDA A COMBATIR LAS INFECCIONES Y FILTRA LOS MATERIALES INNECESARIOS, COMO LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS ANTIGUAS Y DAÑADAS, DE LA SANGRE



CLASIFICACIÓN

Grado	Descripción de la lesión	
I	Hematoma	Subcapsular, $\leq 10\%$ de superficie
	Laceración	Desgarro capsular, no sangrante ≤ 1 cm de profundidad
II	Hematoma	Subcapsular, no expansivo, 10 - 50% superficie o intraparenquimatoso ≤ 2 cm.
	Laceración	Desgarro capsular, hemorragia activa de 1 a 3 cm de profundidad que no afecta a vasos trabeculares
III	Hematoma	Subcapsular, $\geq 50\%$ superficie o expansivo. Hematoma capsular roto con hemorragia activa, hematoma intraparenquimatoso ≥ 2 cm o expansivo
	Laceración	≥ 3 cm de profundidad en el parénquima o afecta a vasos trabeculares
IV	Hematoma	Hematoma intraparenquimatoso roto sin hemorragia activa
	Laceración	Afecta a vasos segmentarios o hiliares, devascularización mayor del 25% del bazo
V	Hematoma	Estallido Esplénico
	Laceración	Lesión hilar que devasculariza al bazo

OBJETIVOS

- **TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS:**
 - TALASEMIAS: PARA MANEJAR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS CON LA DESTRUCCIÓN EXCESIVA DE GLÓBULOS ROJOS.
 - PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA (PTI): PARA REDUCIR LA DESTRUCCIÓN DE PLAQUETAS Y MEJORAR EL RECUENTO DE PLAQUETAS EN PACIENTES QUE NO RESPONDEN A OTROS TRATAMIENTOS.
- **DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN DE ENFERMEDADES:**
 - EN ALGUNOS CASOS, LA ESPLENECTOMÍA PUEDE SER NECESARIA PARA OBTENER UNA MUESTRA ADECUADA DE TEJIDO PARA EL DIAGNÓSTICO O PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE ENFERMEDADES COMO EL LINFOMA.
- **TRATAMIENTO DE INFECCIONES:**
 - PARA MANEJAR INFECCIONES GRAVES DEL BAZO QUE NO RESPONDEN A OTROS TRATAMIENTOS.

TIPOS DE CIRUGÍA

- **HAY DOS TIPOS DE ESPLENECTOMÍA:**

- ESPLENECTOMÍA PARCIAL: SE EXTIRPA PARTE EL BAZO.
- ESPLENECTOMÍA TOTAL: SE EXTIRPA TODO EL BAZO.

- **HAY DOS MANERAS DE REALIZAR UNA ESPLENECTOMÍA:**

- CIRUGÍA ABIERTA: SE HACE UNA INCISIÓN (CORTE QUIRÚRGICO) A TRAVÉS DEL CENTRO DEL ABDOMEN Y SE EXTIRPA EL BAZO A TRAVÉS DE LA INCISIÓN.
- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: SE PRACTICAN PEQUEÑAS INCISIONES EN EL ABDOMEN. PARA EXTIRPAR EL BAZO SE UTILIZAN INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS DELGADOS Y UNA CÁMARA.

TÉCNICA

- LA ESPLENECTOMÍA PUEDE REALIZARSE MEDIANTE DOS TÉCNICAS PRINCIPALES: LA TÉCNICA ABIERTA Y LA TÉCNICA LAPAROSCÓPICA.

- ESPLENECTOMÍA ABIERTA

1: ANESTESIA: EL PACIENTE SE COLOCA BAJO ANESTESIA GENERAL.

2: INCISIÓN: SE REALIZA UNA INCISIÓN EN EL ABDOMEN, GENERALMENTE EN EL LADO IZQUIERDO DEBAJO DE LAS COSTILLAS.

3: ACCESO AL BAZO: SE DESPLAZAN LOS ÓRGANOS Y TEJIDOS CIRCUNDANTES PARA EXPONER EL BAZO.

4: LIGADURA DE VASOS: SE LIGAN Y CORTAN LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE SUMINISTRAN SANGRE AL BAZO PARA EVITAR HEMORRAGIAS.

5: EXTRACCIÓN DEL BAZO: SE RETIRA EL BAZO DEL CUERPO.

6: CIERRE: SE REvisa EL ÁREA QUIRÚRGICA PARA ASEGURAR QUE NO HAYA HEMORRAGIAS, SE COLOCAN DRENAJES SI ES NECESARIO, Y SE SUTURA LA INCISIÓN.

TÉCNICA LAPAROSCÓPICA

• ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- 1. ANESTESIA:** EL PACIENTE SE COLOCA BAJO ANESTESIA GENERAL.
- 2. INSUFLACIÓN DEL ABDOMEN:** SE INSUFLA EL ABDOMEN CON GAS (GENERALMENTE DIÓXIDO DE CARBONO) PARA CREAR UN ESPACIO DE TRABAJO.
- 3. INSERCIÓN DE TROCARES:** SE REALIZAN PEQUEÑAS INCISIONES Y SE INSERTAN TROCARES (TUBOS DELGADOS) A TRAVÉS DE LOS CUALES SE INTRODUCEN LOS INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS.
- 4. VISUALIZACIÓN:** SE INTRODUCE UN LAPAROSCOPIO (UNA CÁMARA) PARA VISUALIZAR EL ÁREA QUIRÚRGICA EN UN MONITOR.
- 5. LIGADURA DE VASOS:** SE UTILIZAN INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS PARA LIGAR Y CORTAR LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE SUMINISTRAN SANGRE AL BAZO.
- 6. EXTRACCIÓN DEL BAZO:** EL BAZO SE COLOCA EN UNA BOLSA ESPECIAL Y SE EXTRAE A TRAVÉS DE UNA DE LAS INCISIONES.
- 7. CIERRE:** SE REVISA EL ÁREA QUIRÚRGICA PARA ASEGURAR QUE NO HAYA HEMORRAGIAS, SE DESINFLA EL ABDOMEN Y SE RETIRAN LOS TROCARES, Y SE SUTURAN LAS INCISIONES.

INDICACIONES

- LAS INDICACIONES PARA UNA ESPLENECTOMÍA, ES DECIR, LAS RAZONES POR LAS CUALES SE PODRÍA CONSIDERAR NECESARIO EXTIRPAR EL BAZO, SON VARIADAS Y DEPENDEN DE LA CONDICIÓN SUBYACENTE DEL PACIENTE.

ENFERMEDADES MALIGNAS:

LINFOMAS: PARA REDUCIR LA MASA TUMORAL O COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DEL LINFOMA.

LEUCEMIAS: EN CASOS DONDE EL BAZO ESTÁ MUY AGRANDADO Y CAUSA SÍNTOMAS O COMPLICACIONES.

TRAUMATISMO:

RUPTURA ESPLÉNICA: DEBIDO A UN TRAUMA ABDOMINAL QUE CAUSA DAÑO SEVERO AL BAZO, LO QUE PUEDE LLEVAR A HEMORRAGIAS INTERNAS GRAVES.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:

EN CASOS DONDE EL BAZO PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LA DESTRUCCIÓN DE CÉLULAS SANGUÍNEAS DEBIDO A UNA RESPUESTA AUTOINMUNE Y OTROS TRATAMIENTOS NO SON EFECTIVOS.

COMPLICACIONES

- LAS COMPLICACIONES DE UNA ESPLENECTOMÍA PUEDEN VARIAR DEPENDIENDO DE VARIOS FACTORES, COMO LA TÉCNICA UTILIZADA (ABIERTA O LAPAROSCÓPICA), LA CONDICIÓN SUBYACENTE DEL PACIENTE Y SU ESTADO DE SALUD GENERAL.

COMPLICACIONES INMEDIATAS (POSTOPERATORIAS TEMPRANAS):

HEMORRAGIA: PUEDE OCURRIR DEBIDO A LA LIGADURA INADECUADA DE LOS VASOS SANGUÍNEOS O A UNA LESIÓN DURANTE LA CIRUGÍA.

INFECCIONES:

INFECCIÓN DE LA HERIDA: EN EL SITIO DE LA INCISIÓN.

ABSCESO INTRAABDOMINAL: ACUMULACIÓN DE PUS DENTRO DEL ABDOMEN.

SEPSIS: INFECCIÓN GRAVE QUE PUEDE DISEMINARSE POR TODO EL CUERPO.

LESIÓN DE ÓRGANOS ADYACENTES:

DAÑO A ÓRGANOS CERCANOS COMO EL PÁNCREAS, ESTÓMAGO, COLON O RIÑONES.

COMPLICACIONES TARDÍAS

INFECCIONES POSTESPLENECTOMÍA:

INFECCIÓN FULMINANTE POSTESPLENECTOMÍA (OVERWHELMING POST-SPLENECTOMY INFECTION, OPSI): INFECCIÓN GRAVE Y RÁPIDAMENTE PROGRESIVA QUE PUEDE SER FATAL, MÁS COMÚNMENTE CAUSADA POR BACTERIAS ENCAPSULADAS COMO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, HAEMOPHILUS INFLUENZAE Y NEISSERIA MENINGITIDIS.

NEUMONÍA, MENINGITIS Y SEPSIS: RIESGO AUMENTADO DEBIDO A LA FALTA DE FUNCIÓN INMUNOLÓGICA DEL BAZO.

TROMBOSIS PORTAL:

FORMACIÓN DE COÁGULOS EN LA VENA PORTA, QUE PUEDE AFECTAR EL FLUJO SANGUÍNEO AL HÍGADO.

DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA:

AUMENTO DE LA SUSCEPTIBILIDAD A CIERTAS INFECCIONES DEBIDO A LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN INMUNOLÓGICA DEL BAZO.

PREPARACION FISICA

- LA PREPARACIÓN FÍSICA PARA UNA ESPLENECTOMÍA ES FUNDAMENTAL PARA MINIMIZAR RIESGOS Y OPTIMIZAR LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS.

1. EVALUACIÓN PREOPERATORIA

CONSULTA MÉDICA COMPLETA: REVISIÓN DETALLADA DEL HISTORIAL MÉDICO, INCLUYENDO CONDICIONES PREEXISTENTES, ALERGIAS Y MEDICAMENTOS ACTUALES.

EXÁMENES FÍSICOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO:

ANÁLISIS DE SANGRE COMPLETOS (HEMOGRAMA, COAGULACIÓN, FUNCIÓN HEPÁTICA Y RENAL).

PRUEBAS DE IMAGEN (ECOGRAFÍA, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA) PARA EVALUAR EL TAMAÑO Y ESTADO DEL BAZO Y ÓRGANOS ADYACENTES.

2. VACUNACIÓN

VACUNAS RECOMENDADAS: DADO EL AUMENTO DEL RIESGO DE INFECCIONES GRAVES TRAS LA ESPLENECTOMÍA, SE ADMINISTRAN VACUNAS CONTRA BACTERIAS ENCAPSULADAS:

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCO).

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB).

NEISSERIA MENINGITIDIS (MENINGOCOCO).

CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN: ESTAS VACUNAS SE ADMINISTRAN PREFERIBLEMENTE AL MENOS DOS SEMANAS ANTES DE LA CIRUGÍA SI ES POSIBLE. SI LA CIRUGÍA ES URGENTE, SE ADMINISTRAN INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

3. OPTIMIZACIÓN DE LA SALUD GENERAL

NUTRICIÓN: UNA DIETA BALANCEADA Y RICA EN NUTRIENTES PARA MEJORAR LA CICATRIZACIÓN Y LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA.

HIDRATACIÓN: MANTENER UNA ADECUADA HIDRATACIÓN ANTES DE LA CIRUGÍA.

CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: AJUSTE DE MEDICAMENTOS Y CONTROL DE CONDICIONES COMO DIABETES, HIPERTENSIÓN Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

4. EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES: REVISIÓN Y, SI ES NECESARIO, SUSPENSIÓN TEMPORAL DE MEDICAMENTOS COMO LA WARFARINA, HEPARINA, ASPIRINA Y CLOPIDOGREL PARA REDUCIR EL RIESGO DE SANGRADO.

OTROS MEDICAMENTOS: AJUSTE DE OTROS MEDICAMENTOS BAJO LA SUPERVISIÓN DEL MÉDICO.

5. EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE LA CIRUGÍA: EXPLICACIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO, RIESGOS Y BENEFICIOS.

INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS: INCLUYEN EL AYUNO PREOPERATORIO (GENERALMENTE NO COMER NI BEBER NADA DESPUÉS DE LA MEDIANOCHE ANTES DE LA CIRUGÍA) Y LAS INDICACIONES SOBRE LA HIGIENE PERSONAL (COMO DUCHARSE CON UN JABÓN ANTIMICROBIANO).

6. PREPARACIÓN FÍSICA ESPECÍFICA

EJERCICIO MODERADO: SI EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE LO PERMITE, SE RECOMIENDA MANTENER UN NIVEL MODERADO DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA MEJORAR LA CONDICIÓN CARDIOVASCULAR Y MUSCULAR.

TERAPIA RESPIRATORIA: EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA Y, EN ALGUNOS CASOS, USO DE UN ESPIRÓMETRO INCENTIVADOR PARA FORTALECER LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS Y PREVENIR COMPLICACIONES PULMONARES.

7. PLANIFICACIÓN DEL POSTOPERATORIO

SOPORTE FAMILIAR Y LOGÍSTICO: COORDINACIÓN DE APOYO FAMILIAR Y PLANIFICACIÓN PARA EL CUIDADO POSTOPERATORIO EN CASA.

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA: EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA PARA UNA RECUPERACIÓN ÓPTIMA.

- **8. PREPARATIVOS EN EL HOSPITAL**
- **INGRESO HOSPITALARIO:** PLANIFICACIÓN DEL INGRESO AL HOSPITAL CON ANTELACIÓN.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** FIRMA DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAS DISCUTIR TODOS LOS ASPECTOS DE LA CIRUGÍA CON EL CIRUJANO.

PREPARACIÓN TRANSOPERATORIA

LA PREPARACIÓN TRANSOPERATORIA PARA UNA ESPLENECTOMÍA IMPLICA UNA SERIE DE PASOS Y PROCEDIMIENTOS DESTINADOS A GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

VERIFICACIÓN PREOPERATORIA (TIME-OUT):

CONFIRMACIÓN DE IDENTIDAD Y PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR Y EL SITIO QUIRÚRGICO.

CHEQUEO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE HA FIRMADO Y COMPRENDE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANESTESIA:

INDUCCIÓN ANESTÉSICA: ADMINISTRACIÓN DE AGENTES ANESTÉSICOS PARA INDUCIR Y MANTENER LA ANESTESIA GENERAL.

MONITOREO ANESTÉSICO: COLOCACIÓN DE MONITORES PARA CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES, INCLUYENDO ECG, PRESIÓN ARTERIAL, SATURACIÓN DE OXÍGENO Y CO₂ ESPIRADO.

ACCESO VENOSO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

LÍNEA INTRAVENOSA (IV): ESTABLECIMIENTO DE UNA O MÁS VÍAS IV PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS, MEDICAMENTOS Y TRANSFUSIONES.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS PARA PREVENIR INFECCIONES QUIRÚRGICAS.

POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE:

COLOCACIÓN EN LA MESA QUIRÚRGICA: POSICIONAMIENTO ADECUADO DEL PACIENTE PARA PROPORCIONAR EL MEJOR ACCESO AL ÁREA QUIRÚRGICA, GENERALMENTE EN DECÚBITO SUPINO.

PROTECCIÓN DE ÁREAS VULNERABLES: USO DE ALMOHADILLAS Y DISPOSITIVOS DE SOPORTE PARA PROTEGER LAS ÁREAS DE PRESIÓN Y PREVENIR LESIONES.

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO:

DESINFECCIÓN: APLICACIÓN DE UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA EN EL ABDOMEN PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN.

DRAPAJE ESTÉRIL: COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTÉRILES ALREDEDOR DEL ÁREA QUIRÚRGICA.

INSTRUMENTACIÓN Y EQUIPO QUIRÚRGICO:

VERIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS: ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS ESTÁN PRESENTES Y EN BUEN ESTADO.

DISPONIBILIDAD DE SANGRE: TENER SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS DISPONIBLES EN CASO DE NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN.

CONTROL HEMODINÁMICO Y MONITOREO:

MONITOREO CONTINUO: SUPERVISIÓN CONSTANTE DE LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE PARA DETECTAR CUALQUIER CAMBIO HEMODINÁMICO.

SOPORTE HEMODINÁMICO: PREPARACIÓN PARA ADMINISTRAR LÍQUIDOS INTRAVENOSOS, VASOPRESORES O TRANSFUSIONES SEGÚN SEA NECESARIO.

REALIZACIÓN DE INCISIONES Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

INCISIÓN QUIRÚRGICA: REALIZACIÓN DE LA INCISIÓN ADECUADA SEGÚN EL TIPO DE ESPLENECTOMÍA (ABIERTA O LAPAROSCÓPICA).

PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN: REMOCIÓN CUIDADOSA DEL BAZO, ASEGURANDO UNA MÍNIMA PÉRDIDA DE SANGRE Y PRESERVANDO ESTRUCTURAS ADYACENTES.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:

CONTROL DE HEMORRAGIAS: USO DE TÉCNICAS DE COAGULACIÓN Y SUTURA PARA CONTROLAR EL SANGRADO.

COLOCACIÓN DE DRENAJES: INSERCIÓN DE DRENAJES SI ES NECESARIO PARA EVITAR LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS POSTOPERATORIOS.

CIERRE QUIRÚRGICO:

SUTURA DE CAPAS: CIERRE METICULOSO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CAPAS PARA ASEGURAR UNA ADECUADA CICATRIZACIÓN.

VERIFICACIÓN FINAL DEL SITIO QUIRÚRGICO: INSPECCIÓN FINAL DEL ÁREA QUIRÚRGICA PARA ASEGURAR QUE NO HAY SANGRADO ACTIVO Y QUE TODOS LOS INSTRUMENTOS ESTÁN CONTABILIZADOS.

REVERSIÓN DE LA ANESTESIA:

DESPERTAR DEL PACIENTE: REVERSIÓN DE LA ANESTESIA Y DESPERTAR CONTROLADO DEL PACIENTE.

EVALUACIÓN POSTANESTÉSICA: MONITOREO EN LA SALA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA (PACU) PARA EVALUAR LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LA ANESTESIA Y LA CIRUGÍA.

COMUNICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN:

INFORME QUIRÚRGICO: DOCUMENTACIÓN DETALLADA DE TODOS LOS ASPECTOS DE LA CIRUGÍA, INCLUYENDO TIEMPOS, MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y CUALQUIER INCIDENCIA.

TRANSFERENCIA DE CUIDADOS: COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA POSTOPERATORIA SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE Y LOS CUIDADOS NECESARIOS.

PREPARACION POSOPERATORIO

- LA PREPARACIÓN POSOPERATORIA ES CRUCIAL PARA GARANTIZAR UNA RECUPERACIÓN EXITOSA Y PREVENIR COMPLICACIONES DESPUÉS DE UNA ESPLENECTOMÍA.

MONITOREO POSOPERATORIO

VIGILANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS POSTANESTÉSICOS (PACU):

MONITOREO CONTINUO DE SIGNOS VITALES COMO PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, SATURACIÓN DE OXÍGENO Y NIVEL DE CONCIENCIA.

TRANSICIÓN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) O A LA SALA DE RECUPERACIÓN:

TRANSFERENCIA A LA UNIDAD ADECUADA SEGÚN LA CONDICIÓN DEL PACIENTE Y LOS REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS.

MANEJO DEL DOLOR

ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA):

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE A TRAVÉS DE UNA BOMBA DE PCA.

MEDICACIÓN ORAL O INTRAVENOSA:

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS ORALES O INTRAVENOSOS SEGÚN SEA NECESARIO PARA CONTROLAR EL DOLOR.

CUIDADO DE LA HERIDA

CURACIÓN DE LA INCISIÓN:

INSPECCIÓN REGULAR DE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA PARA DETECTAR SIGNOS DE INFECCIÓN, COMO ENROJECIMIENTO, HINCHAZÓN, SECRECIÓN O DOLOR.

RETIRO DE DRENAJES:

EXTRACCIÓN DE DRENAJES SI SE COLOCARON DURANTE LA CIRUGÍA Y SI NO SE REQUIEREN MÁS.

HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN

REINICIO DE LA ALIMENTACIÓN:

INGESTA GRADUAL DE LÍQUIDOS CLAROS SEGUIDOS POR UNA DIETA BLANDA Y LUEGO UNA DIETA REGULAR SEGÚN LA TOLERANCIA DEL PACIENTE.

HIDRATACIÓN INTRAVENOSA:

ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS PARA MANTENER LA HIDRATACIÓN HASTA QUE EL PACIENTE PUEDA TOLERAR UNA INGESTA ORAL ADECUADA.

- MOVILIZACIÓN Y REHABILITACIÓN

- MOVILIZACIÓN TEMPRANA:

- ESTÍMULO PARA LEVANTARSE Y CAMINAR LO ANTES POSIBLE PARA PREVENIR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA INMOVILIDAD, COMO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) Y NEUMONÍA.

- EJERCICIOS RESPIRATORIOS:

- REALIZACIÓN DE EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA PARA PREVENIR LA ACUMULACIÓN DE SECRECIONES EN LOS PULMONES Y REDUCIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

- PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

- PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP):

- USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN Y ANTICOAGULANTES SEGÚN LAS INDICACIONES MÉDICAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE COÁGULOS SANGUÍNEOS.

- PREVENCIÓN DE INFECCIONES:

- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS SEGÚN SEA NECESARIO PARA PREVENIR INFECCIONES POSTOPERATORIAS.

- EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO
- INSTRUCCIONES AL PACIENTE Y A LA FAMILIA:
 - PROVEER INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LOS CUIDADOS EN EL HOGAR, SIGNOS DE COMPLICACIONES Y CUÁNDO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA.
 - CONSULTAS DE SEGUIMIENTO:
 - PROGRAMACIÓN DE CITAS DE SEGUIMIENTO CON EL CIRUJANO PARA EVALUAR LA PROGRESIÓN DE LA RECUPERACIÓN Y ABORDAR CUALQUIER PREOCUPACIÓN O COMPLICACIÓN.
 - APOYO EMOCIONAL
 - APOYO PSICOLÓGICO:
 - BRINDAR APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN.
 - RECURSOS DE APOYO:
 - PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS DE APOYO ADICIONALES, COMO GRUPOS DE APOYO O SERVICIOS DE ASESORAMIENTO.

MONITOREO CONTINUO

SIGNOS VITALES.

DRENAJES.

NIVEL DE CONCIENCIA.

MANEJO DEL DOLOR:

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS.

EVALUACIÓN REGULAR DEL DOLOR.

CUIDADO DE LA HERIDA:

INSPECCIÓN DE LA INCISIÓN.

CAMBIO DE VENDAJES SEGÚN SEA NECESARIO.

RETIRO DE DRENAJES SI ES REQUERIDO.

MOVILIZACIÓN TEMPRANA:

ESTIMULAR LA MOVILIZACIÓN PROGRESIVA.

PREVENCIÓN DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP).



HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN:

ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS SEGÚN NECESIDAD.

REINICIO PROGRESIVO DE LA ALIMENTACIÓN ORAL.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES:

PREVENCIÓN DE TVP CON MEDIDAS COMO EL USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN.

VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES.

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y LA FAMILIA:

INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE COMPLICACIONES.

APOYO EMOCIONAL:

PROPORCIONAR APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA.



USO DE MESAS

1. **MESA QUIRÚRGICA:** ES DONDE SE COLOCA AL PACIENTE DURANTE LA CIRUGÍA. SE AJUSTA PARA PROPORCIONAR EL MEJOR ACCESO AL ÁREA QUIRÚRGICA Y LA COMODIDAD DEL PACIENTE.
 2. **MESA DE INSTRUMENTACIÓN:** ES UNA SUPERFICIE DONDE SE COLOCAN LOS INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS NECESARIOS PARA LA OPERACIÓN. ESTOS INSTRUMENTOS SE DISPONEN DE MANERA ORGANIZADA PARA FACILITAR SU ACCESO DURANTE LA CIRUGÍA.
 3. **MESA DE MAYO:** ES UNA PEQUEÑA MESA AUXILIAR COLOCADA AL LADO DEL PACIENTE DURANTE LA CIRUGÍA. SE UTILIZA PARA SOSTENER LOS INSTRUMENTOS Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
- EL USO DE MESAS EN UNA ESPLENECTOMÍA DEPENDE DEL TIPO DE EQUIPO Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO UTILIZADO, ASÍ COMO DE LAS PREFERENCIAS Y PRÁCTICAS DEL EQUIPO MÉDICO Y QUIRÚRGICO. ESTAS MESAS SON HERRAMIENTAS IMPORTANTES QUE AYUDAN A MANTENER UN AMBIENTE QUIRÚRGICO ORGANIZADO Y EFICIENTE.

LAVADO QUIRURJICO

- EL LAVADO QUIRÚRGICO EN UNA ESPLENECTOMÍA SIGUE LOS MISMOS PRINCIPIOS GENERALES QUE EN CUALQUIER OTRA CIRUGÍA, PERO DADO QUE LA ESPLENECTOMÍA ES UNA INTERVENCIÓN ABDOMINAL, SE PRESTA ESPECIAL ATENCIÓN A LA HIGIENE Y ESTERILIDAD PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE INFECCIONES

PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

EL PERSONAL QUIRÚRGICO SE VISTE CON ROPA ESTÉRIL ADECUADA, INCLUYENDO BATAS, GUANTES, GORROS Y MASCARILLAS.

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO:

SE COLOCA AL PACIENTE EN LA MESA QUIRÚRGICA EN POSICIÓN ADECUADA PARA LA INTERVENCIÓN.

SE CUBRE AL PACIENTE CON CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTÉRILES, DEJANDO SOLO EL ÁREA A OPERAR EXPUESTA.

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS Y ANTEBRAZOS:

EL EQUIPO QUIRÚRGICO REALIZA UN LAVADO QUIRÚRGICO METICULOSO DE MANOS Y ANTEBRAZOS UTILIZANDO JABÓN ANTISÉPTICO Y SIGUIENDO UNA TÉCNICA ADECUADA DURANTE AL MENOS 5 MINUTOS.

REPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO ABDOMINAL:

SE REALIZA LA DESINFECCIÓN DEL ÁREA ABDOMINAL CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA, COMO POVIDONA YODADA O CLORHEXIDINA, COMENZANDO DESDE EL SITIO DE LA INCISIÓN Y TRABAJANDO HACIA AFUERA EN CÍRCULOS CONCÉNTRICOS.

MANTENIMIENTO DE LA ESTERILIDAD:

SE MANTIENEN ESTRUCTAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ESTERILIDAD DURANTE TODO EL PROCEDIMIENTO, EVITANDO EL CONTACTO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO CON ÁREAS NO ESTÉRILES Y ASEGURANDO QUE TODOS LOS INSTRUMENTOS Y MATERIALES SEAN ESTÉRILES.

REALIZACIÓN DE LA ESPLENECTOMÍA:

SE PROCEDE CON LA CIRUGÍA DE ACUERDO AL PLAN QUIRÚRGICO ESTABLECIDO POR EL EQUIPO MÉDICO, ASEGURANDO UNA MANIPULACIÓN CUIDADOSA DE LOS TEJIDOS Y UNA HEMOSTASIA ADECUADA.

CIERRE DE LA INCISIÓN:

UNA VEZ COMPLETADA LA ESPLENECTOMÍA, SE PROCEDE CON EL CIERRE DE LA INCISIÓN UTILIZANDO TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APROPIADAS Y ASEGURANDO UNA ADECUADA HEMOSTASIA.

LIMPIEZA FINAL DEL CAMPO QUIRÚRGICO:

SE REALIZA UNA ÚLTIMA LIMPIEZA DEL ÁREA QUIRÚRGICA PARA ELIMINAR CUALQUIER RESIDUO DE SOLUCIÓN ANTISÉPTICA Y SE SECA CUIDADOSAMENTE ANTES DE CERRAR LA INCISIÓN.

ANESTESIA

- EN UNA ESPLENECTOMÍA, GENERALMENTE SE UTILIZA ANESTESIA GENERAL. AQUÍ TIENES LOS DETALLES SOBRE EL TIPO DE ANESTESIA:

ANESTESIA GENERAL

PROPÓSITO:

INCONSCIENCIA TOTAL: EL PACIENTE ESTÁ COMPLETAMENTE INCONSCIENTE Y NO SIENTE DOLOR DURANTE LA CIRUGÍA.

CONTROL DE REFLEJOS: MINIMIZA LOS REFLEJOS DEL CUERPO QUE PODRÍAN INTERFERIR CON LA CIRUGÍA.

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN:

INDUCCIÓN: SE ADMINISTRA A TRAVÉS DE UNA VÍA INTRAVENOSA (IV) O MEDIANTE INHALACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS.

MANTENIMIENTO: UNA VEZ INDUCIDA LA ANESTESIA, SE MANTIENE MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE GASES ANESTÉSICOS Y/O MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS DURANTE TODA LA CIRUGÍA.

MONITOREO:

SIGNOS VITALES: MONITOREO CONTINUO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, SATURACIÓN DE OXÍGENO, Y DIÓXIDO DE CARBONO ESPIRADO.

PROFUNDIDAD DE LA ANESTESIA: AJUSTES CONSTANTES PARA ASEGURAR QUE EL PACIENTE PERMANEZCA EN UN ESTADO ADECUADO DE INCONSCIENCIA Y ANALGESIA.

AIRE Y RESPIRACIÓN:

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: INSERCIÓN DE UN TUBO EN LA TRÁQUEA PARA ASEGURAR LA VÍA AÉREA Y ADMINISTRAR OXÍGENO Y GASES ANESTÉSICOS.

VENTILACIÓN MECÁNICA: USO DE UN VENTILADOR MECÁNICO PARA CONTROLAR LA RESPIRACIÓN DEL PACIENTE.

- **AIRE Y RESPIRACIÓN:**
- **INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL:** INSERCIÓN DE UN TUBO EN LA TRÁQUEA PARA ASEGURAR LA VÍA AÉREA Y ADMINISTRAR OXÍGENO Y GASES ANESTÉSICOS.
- **VENTILACIÓN MECÁNICA:** USO DE UN VENTILADOR MECÁNICO PARA CONTROLAR LA RESPIRACIÓN DEL PACIENTE.

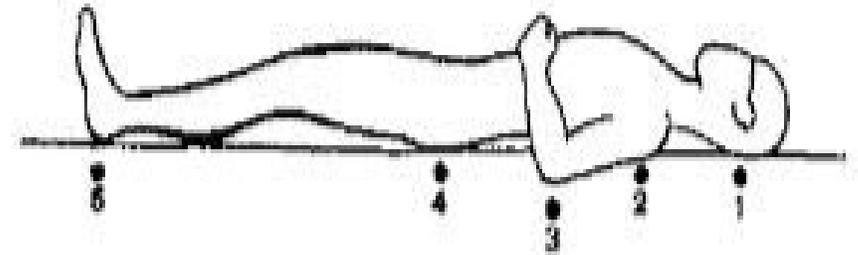
POSICION DEL PACIENTE

- **POSICIÓN DEL PACIENTE PARA UNA ESPLENECTOMÍA**

1. POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO:

1. EL PACIENTE SE COLOCA TUMBADO SOBRE SU ESPALDA EN LA MESA QUIRÚRGICA.
2. LOS BRAZOS PUEDEN ESTAR EXTENDIDOS EN UN ÁNGULO MENOR A 90 GRADOS EN SOPORTES DE BRAZO, O COLOCADOS A LOS LADOS DEL CUERPO Y ASEGURADOS.

Decúbito supino: boca arriba



BULTO DE ROPA

PREPARACIÓN DEL BULTO DE ROPA PARA UNA ESPLENECTOMÍA

MONTAJE DEL CAMPO QUIRÚRGICO:

COLOCAR LOS CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTÉRILES ALREDEDOR DEL PACIENTE, ASEGURANDO QUE EL ÁREA QUIRÚRGICA (ABDOMEN SUPERIOR IZQUIERDO) ESTÉ BIEN EXPUESTA.

UTILIZAR CAMPOS FENESTRADOS ESPECÍFICOS PARA UNA ESPLENECTOMÍA SI ESTÁN DISPONIBLES.

VESTIMENTA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO:

EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE VISTE CON BATAS, GUANTES, GORROS Y MASCARILLAS ESTÉRILES ANTES DE ACERCARSE AL CAMPO QUIRÚRGICO.

ASEGURAR QUE TODOS LOS ELEMENTOS DE VESTIMENTA ESTÉN CORRECTAMENTE COLOCADOS PARA MANTENER LA ESTERILIDAD.

ORGANIZACIÓN DE INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

DISPOSICIÓN DE INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS EN MESAS ESTÉRILES.

USO DE TOALLAS ESTÉRILES Y CINTAS ADHESIVAS PARA MANTENER LA ORGANIZACIÓN Y LA LIMPIEZA DEL ÁREA QUIRÚRGICA.

USO DURANTE LA ESPLENECTOMÍA

PROTECCIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA: LOS CAMPOS ESTÉRILES CUBREN TODO EL CUERPO DEL PACIENTE EXCEPTO EL ÁREA OPERATIVA, MINIMIZANDO EL RIESGO DE INFECCIÓN.

CAMBIO DE GUANTES Y BATAS: EL PERSONAL PUEDE CAMBIAR GUANTES Y BATAS SI SE CONTAMINAN DURANTE EL PROCEDIMIENTO, UTILIZANDO EL MATERIAL ESTÉRIL DISPONIBLE EN EL BULTO.

MANEJO DE LÍQUIDOS: LAS TOALLAS ESTÉRILES PUEDEN USARSE PARA MANEJAR FLUIDOS DURANTE LA CIRUGÍA, MANTENIENDO EL CAMPO QUIRÚRGICO LIMPIO Y SECO.

INSTRUMENTOS

- **INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA ESPLENECTOMÍA**

1. DISPOSITIVOS DE ENERGÍA:

1. BISTURÍ ELÉCTRICO PARA CORTAR Y COAGULAR TEJIDOS.
2. DISPOSITIVOS DE SELLADO DE VASOS, COMO EL LIGASURE O EL HARMONIC SCALPEL, PARA CONTROLAR EL SANGRADO.

2. ASPIRADOR QUIRÚRGICO:

1. SISTEMA DE SUCCIÓN PARA MANTENER EL CAMPO QUIRÚRGICO LIMPIO DE SANGRE Y FLUIDOS.

3. INSTRUMENTOS LAPAROSCÓPICOS (SI LA CIRUGÍA ES MÍNIMAMENTE INVASIVA):

1. TROCARS PARA ACCESO ABDOMINAL.
2. LAPAROSCOPIO CON CÁMARA Y FUENTE DE LUZ.
3. PINZAS LAPAROSCÓPICAS DE AGARRE Y DISECCIÓN.
4. TIJERAS LAPAROSCÓPICAS.
5. CLIPS HEMOSTÁTICOS LAPAROSCÓPICOS.
6. BOLSA DE EXTRACCIÓN PARA RETIRAR EL BAZO.

- **DRENAJES:**

- DRENAJES COMO EL DE PENROSE O JACKSON-PRATT, PARA PREVENIR LA ACUMULACIÓN DE FLUIDOS POSTOPERATORIOS.

TIPOS DE SUTURAS

- **TIPOS DE SUTURAS UTILIZADAS**

1. SUTURAS ABSORBIBLES:

- 1. POLIGLACTINA (VICRYL):** COMÚNMENTE UTILIZADA PARA CERRAR CAPAS PROFUNDAS COMO LA FASCIA.
- 2. POLIGLECAPRONE (MONOCRYL):** A VECES UTILIZADA PARA CERRAR TEJIDO SUBCUTÁNEO.
- 3. ÁCIDO POLIGLICÓLICO (DEXON):** TAMBIÉN UTILIZADO PARA SUTURAR CAPAS PROFUNDAS.

2. SUTURAS NO ABSORBIBLES:

- 1. NYLON (ETHILON):** UTILIZADO PARA LA PIEL CUANDO SE REQUIERE UNA SUTURA FUERTE Y DURADERA.
- 2. POLIPROPILENO (PROLENE):** A VECES UTILIZADO PARA CIERRE DE PIEL, ESPECIALMENTE SI SE REQUIERE UNA SUTURA DE ALTA RESISTENCIA.



- **PROCEDIMIENTO DE CIERRE**

- 1. CONTROL DE HEMOSTASIA:**

1. ANTES DEL CIERRE, SE ASEGURAN DE QUE NO HAYA HEMORRAGIAS ACTIVAS. SE UTILIZAN TÉCNICAS DE HEMOSTASIA COMO CLIPS, ELECTROCAUTERIO O DISPOSITIVOS DE SELLADO DE VASOS.

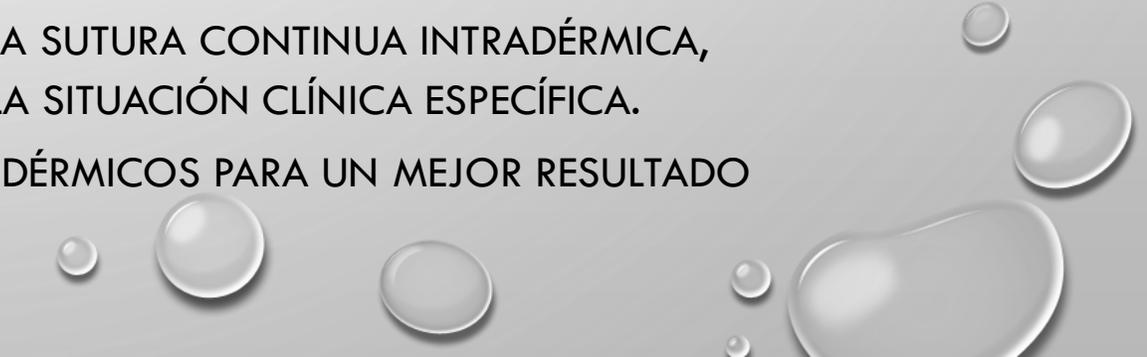
- 2. CIERRE DE LA FASCIA:**

1. LA FASCIA ES LA CAPA MÁS IMPORTANTE QUE PROPORCIONA SOPORTE ESTRUCTURAL. SE CIERRA CON SUTURA CONTINUA O INTERRUMPIDA, ASEGURANDO UNA APROXIMACIÓN FIRME DE LOS BORDES.

- 3. CIERRE DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO:**

1. EN ALGUNOS CASOS, EL TEJIDO SUBCUTÁNEO SE APROXIMA CON SUTURA ABSORBIBLE PARA REDUCIR LOS ESPACIOS MUERTOS Y MEJORAR LA APROXIMACIÓN DE LA PIEL.

- 4. CIERRE DE LA PIEL:**

1. LA PIEL SE CIERRA UTILIZANDO SUTURAS, GRAPAS O UNA SUTURA CONTINUA INTRADÉRMICA, DEPENDIENDO DE LAS PREFERENCIAS DEL CIRUJANO Y LA SITUACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA.
 2. EN ALGUNOS CASOS, SE PUEDEN UTILIZAR ADHESIVOS DÉRMICOS PARA UN MEJOR RESULTADO ESTÉTICO.
- 

- LA SUTURA EN UNA ESPLENECTOMÍA ES UNA PARTE CRUCIAL DEL PROCEDIMIENTO, UTILIZADA PARA CERRAR LAS INCISIONES Y ASEGURAR LA HEMOSTASIA (CONTROL DEL SANGRADO). DEPENDIENDO DE LA TÉCNICA (ABIERTA O LAPAROSCÓPICA) Y LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL PACIENTE, SE PUEDEN UTILIZAR DIFERENTES TIPOS DE SUTURA Y TÉCNICAS DE CIERRE. A CONTINUACIÓN, SE DESCRIBEN LAS SUTURAS TÍPICAMENTE UTILIZADAS EN UNA ESPLENECTOMÍA:

- **TIPOS DE SUTURAS UTILIZADAS**

- 1. **SUTURAS ABSORBIBLES:**

1. **POLIGLACTINA (VICRYL):** COMÚNMENTE UTILIZADA PARA CERRAR CAPAS PROFUNDAS COMO LA FASCIA.
2. **POLIGLECAPRONE (MONOCRYL):** A VECES UTILIZADA PARA CERRAR TEJIDO SUBCUTÁNEO.
3. **ÁCIDO POLIGLICÓLICO (DEXON):** TAMBIÉN UTILIZADO PARA SUTURAR CAPAS PROFUNDAS.

- 2. **SUTURAS NO ABSORBIBLES:**

1. **NYLON (ETHILON):** UTILIZADO PARA LA PIEL CUANDO SE REQUIERE UNA SUTURA FUERTE Y DURADERA.
2. **POLIPROPILENO (PROLENE):** A VECES UTILIZADO PARA CIERRE DE PIEL, ESPECIALMENTE SI SE REQUIERE UNA SUTURA DE ALTA RESISTENCIA.

- **TÉCNICAS DE CIERRE**

- 1. **CIERRE DE LA INCISIÓN ABDOMINAL (TÉCNICA ABIERTA):**

1. **FASCIA:** LA FASCIA SE CIERRA CON SUTURA ABSORBIBLE FUERTE, COMO POLIGLACTINA 910 (VICRYL) O ÁCIDO POLIGLICÓLICO (DEXON), UTILIZANDO UNA TÉCNICA CONTINUA O INTERRUMPIDA.
2. **CIERRE SUBCUTÁNEO:** SI SE CONSIDERA NECESARIO, EL TEJIDO SUBCUTÁNEO PUEDE SER APROXIMADO CON SUTURA ABSORBIBLE MÁS FINA, COMO MONOCRYL.
3. **CIERRE DE LA PIEL:** LA PIEL SE PUEDE CERRAR CON SUTURAS NO ABSORBIBLES, GRAPAS O SUTURAS INTRADÉRMICAS ABSORBIBLES PARA UN MEJOR RESULTADO ESTÉTICO. EN MUCHOS CASOS, SE UTILIZA UNA SUTURA CONTINUA INTRADÉRMICA CON MONOCRYL O SUTURA INTERRUMPIDA CON NYLON O PROLENE.

- 2. **CIERRE EN ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:**

1. **PUERTOS DE TROCAR:** LAS INCISIONES PEQUEÑAS HECHAS PARA LOS PUERTOS DE TROCAR GENERALMENTE SE CIERRAN CON SUTURA ABSORBIBLE COMO VICRYL PARA LA FASCIA Y MONOCRYL O GRAPAS PARA LA PIEL.