



**Mi Universidad**

## CUADRO SINOPTICO

*Nombre del Alumno: Manuel Alfaro Zamorano*

*Nombre del tema: Esplenectomía*

*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 FISIOLOGIA



# 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:

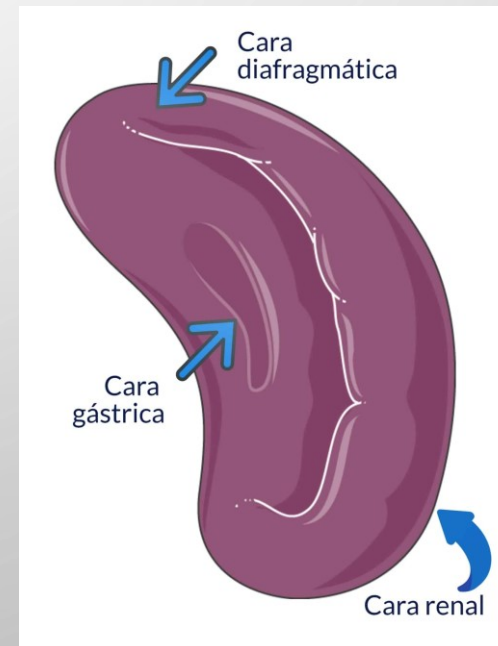
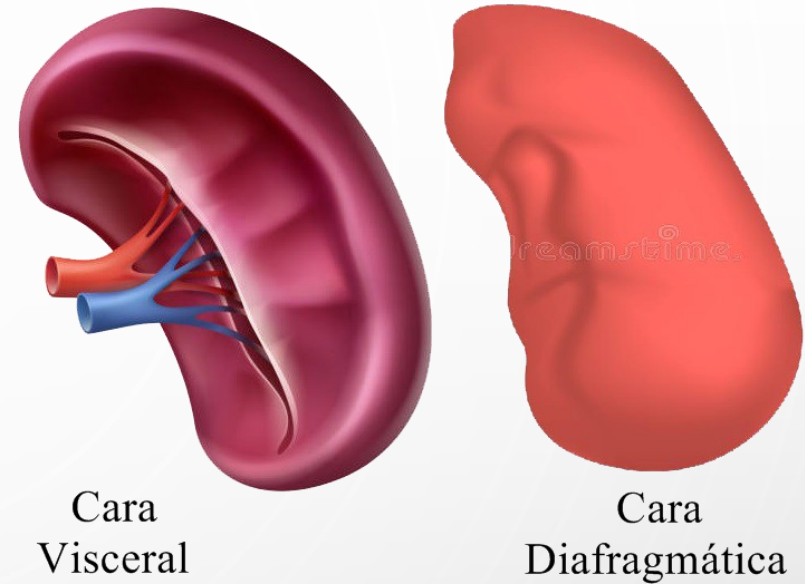
- **CARA DIAFRAGMÁTICA** LA CUAL ES EXTENSA Y LATERAL, CONVEXA, MOLDEADA SOBRE LA CONCAVIDAD DIAFRAGMÁTICA.

- **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.

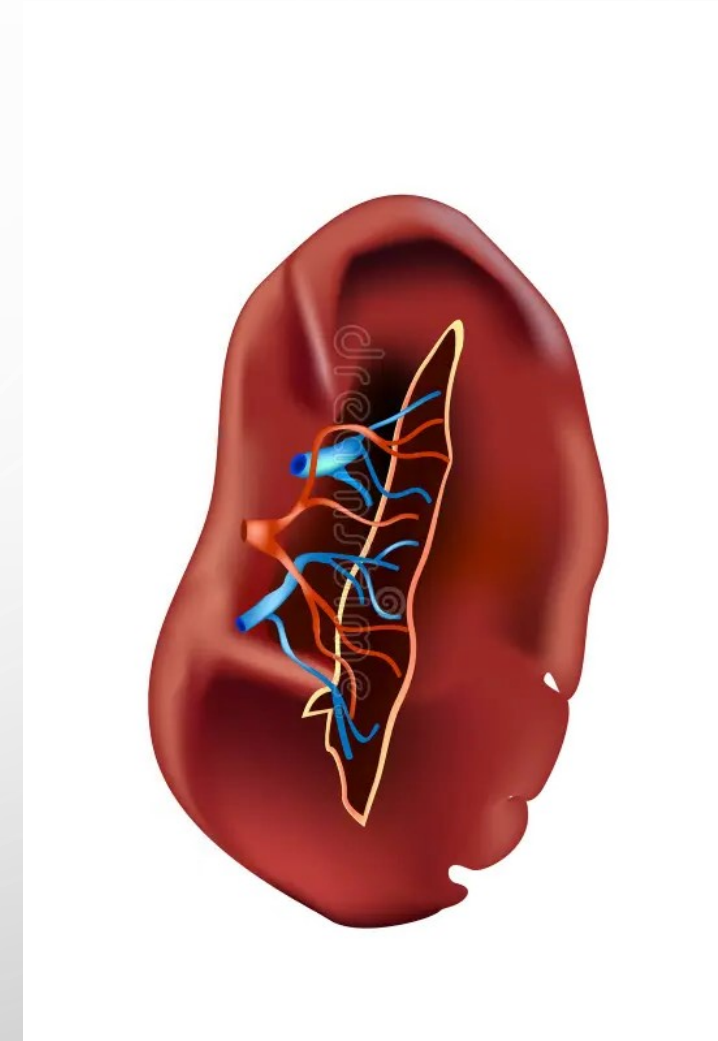
- CÓLICA: EN CONTACTO CON EL COLON TRANSVERSO.



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

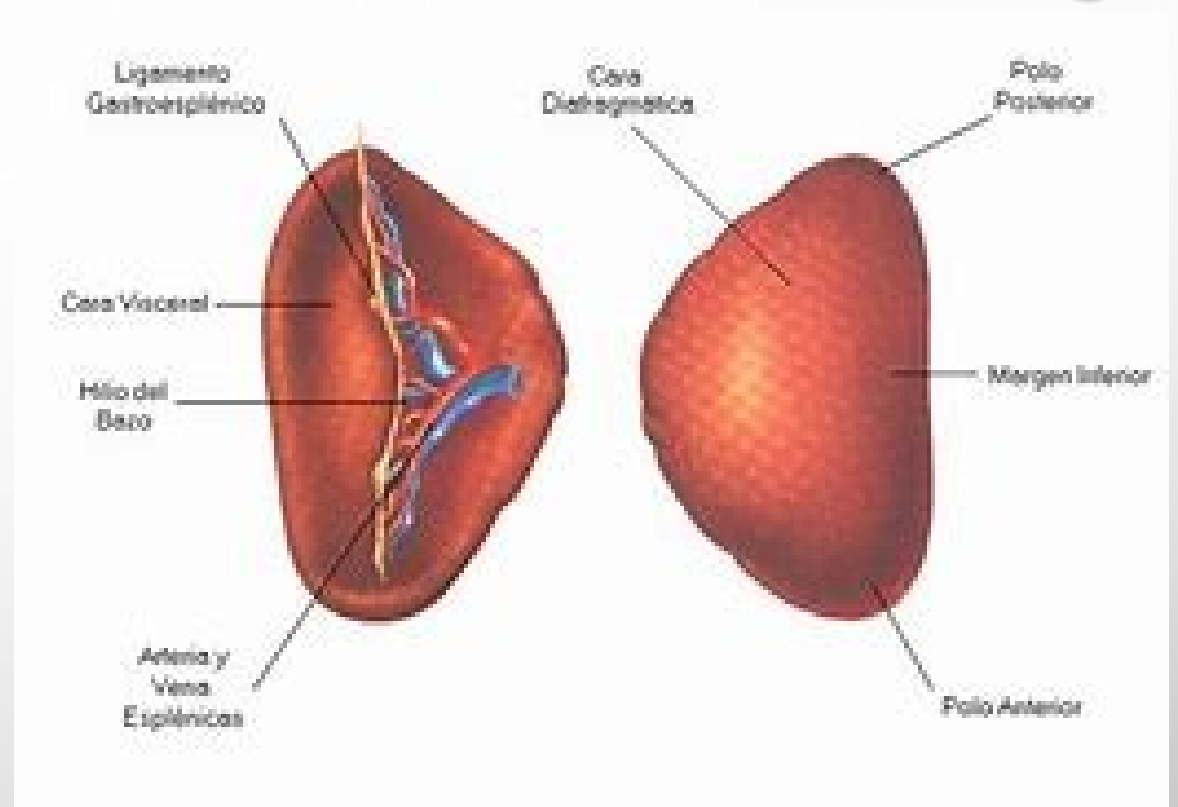
- BORDE SUPERIOR: ES ANTERIOR, CONVEXO E IRREGULAR, MARCADO POR DOS O TRES ESCOTADURAS MUY CARACTERÍSTICAS QUE PERSISTEN EN LOS BAZOS MUY GRANDES. SE UBICA ENTRE LA IMPRESIÓN GÁSTRICA Y LA CARA DIAFRAGMÁTICA.

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



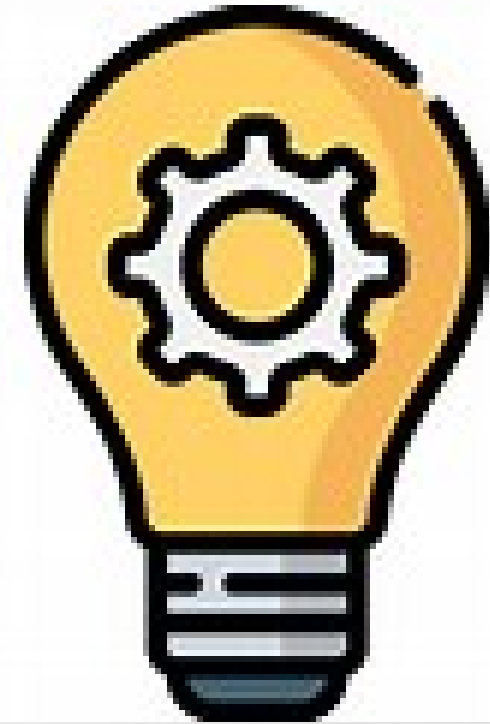


- SE DISTINGUEN DOS EXTREMIDADES O POLOS:
- EXTREMIDAD POSTERIOR: ES POSTERIOR, SUPERIOR, DE FORMA REDONDEADA Y SE ENCUENTRA ALGO DEPRIMIDA EN SU REGIÓN MEDIAL.
- EXTREMIDAD ANTERIOR: ES ANTERIOR, INFERIOR. CUANDO LA IMPRESIÓN CÓLICA ES AMPLIA, SU FORMA GENERAL ES REDONDEADA.



# 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 $\leq 1$ cm de profundidad
II	Hematoma	Subcapsular, no expansivo, 10 - 50% superficie o intraparenquimatoso $\leq 2$ 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 $\geq 2$ cm o expansivo
	Laceración	$\geq 3$ 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 CO<sub>2</sub> 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.

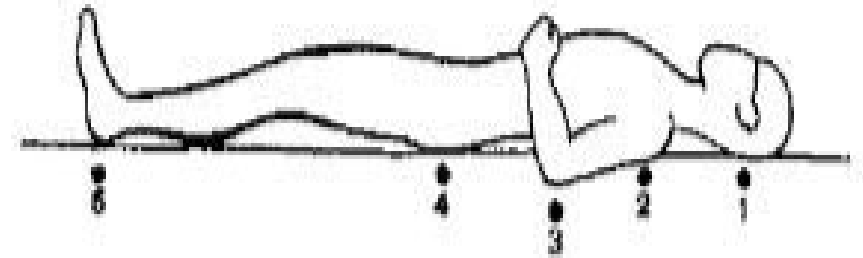
# POSICION DEL PACIENTE

- **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.

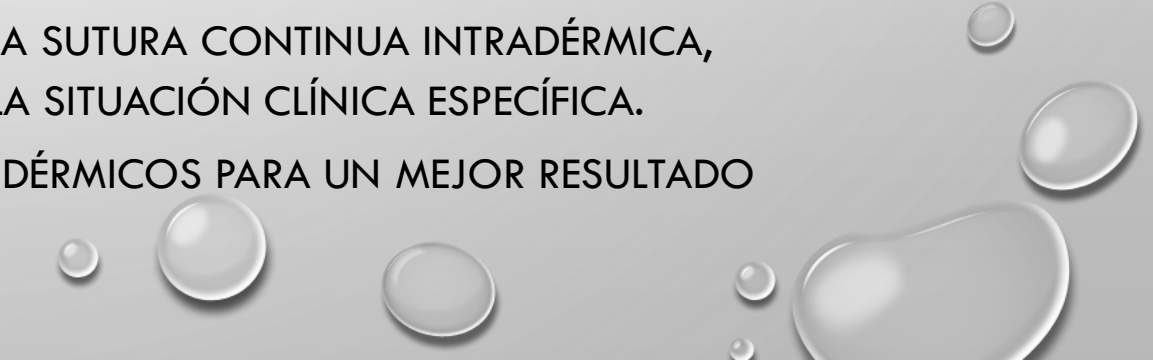
### **2. CIERRE DE LA FASCIA:**

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.