



**PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA  
M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

**1. OBJETIVO**

Estandarizar el proceso pre, intra y post operatorio de la ABDOMINOPLASTIA, para que todo el personal de CECIMIN que participa en el equipo quirúrgico conozca su rol y su desempeño garantizando la seguridad del paciente, procurando el mejor resultado quirúrgico y ofreciendo una atención profesional y humana tanto al paciente como a su familia.

**2. RESPONSABLE**

- Especialista en Cirugía Plástica
- Jefe de Salas de Cirugía
- Ayudante Quirúrgico

**3. RECURSOS**

**3.1. Personal**

- Especialista en Cirugía Plástica
- Jefe de Salas de Cirugía
- Anestesiólogo
- Ayudante Quirúrgico
- Instrumentador Quirúrgico
- Auxiliar de Enfermería

**3.2. Insumos y Dispositivos médicos**

- Líquidos endovenosos (Solución Salina o Lactato de Ringer)
- Medicamentos endovenosos para anestesia general
- Medicamentos inhalados para Anestesia general
- Anestésicos locales (Lidocaína y Bupivacaina con y sin epinefrina)
- Analgésicos, antiinflamatorios, antibiótico si está indicado (Cefazolina ampollas 1gr, Clindamicina ampollas 600 mg)
- Máscara de oxígeno adulto, máscara laríngea o tubo endotraqueal
- Guantes de manejo
- Apósito (Tegaderm) y lubricantes para protección ocular
- Fundas de compresión neumática intermitente
- Asepsia y antisepsia: Equipo de asepsia, Antisépticos tópicos, gasas estériles, compresas estériles.
- Electrocauterio con lápiz monopolar o pinza bipolar y placa desechables
- Guantes estériles para Cirujano, ayudante(s), instrumentadora
- Marcador de tinta estéril
- Jeringas desechables de 5, 10 y 20 ml
- Aguja de infiltración
- Equipo de instrumental quirúrgico para abdominoplastia
- Paquete de ropa quirúrgica estéril
- Cauchos de succión
- Cánula de succión
- Solución salina
- Gasas y compresas estériles
- Hojas de bisturí 10 y 15
- Suturas absorbibles: Vicryl 0, 2-0 y 3-0, Monocryl 3-0 y 4-0)
- Suturas no absorbibles (Prolene 5-0, Prolene 3-0, Seda 2-0)



## **PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

- Reservorio y dren de Pentrose, Jackson Pratt o Hemovac - Sonda siliconada
- Microporo estéril, Steri Strip o Fixomull

### **3.3. Equipos biomédicos**

- Tensiómetro + Pulsioxímetro
- Fuente de Electrocauterio
- Bomba de Infusión
- Bala de Oxígeno
- Máquina de Anestesia
- Manta térmica

### **3.4. Medicamentos**

- Líquidos endovenosos (Solución Salina o Lactato de Ringer)
- Medicamentos endovenosos para anestesia general
- Medicamentos inhalados para Anestesia general
- Anestésicos locales (Lidocaína y Bupivacaina con y sin epinefrina)
- Analgésicos, antiinflamatorios, antibiótico si está indicado (Cefazolina ampollas 1gr, Clindamicina ampollas 600 mg)

## **4. ALCANCE**

El presente protocolo aplica para Pacientes adultos con alteraciones del abdomen y prominencia abdominal inferior secundarios a:

- Daño en la piel del abdomen o pérdida de la firmeza de la piel
- Variación en la localización y la cantidad de los excesos grasos
- Flacidez adipofascial o hernias en pared abdominal por diástasis de los rectos abdominales.

### **POBLACIÓN NO CUBIERTA EN ESTE PROTOCOLO (CONTRAINDICACIONES)**

La ABDOMINOPLASTIA no está indicada en:

- Pacientes menores de edad: Niños o menores de 18 años
- Mujeres gestantes
- Adultos mayores de 65 años
- Infección activa o reciente en área quirúrgica o vecindad.
- Infecciones sistémicas activa sin tratamiento.
- Enfermedades crónicas no controladas.
- Enfermedad aguda que ponga en riesgo su vida
- Incisiones abdominales previas que comprometan la vascularización del colgajo abdominal.
- Patología sistémica que pueda comprometer la anestesia y/o favorecer complicaciones de manejo anestésico, durante y después de la intervención. Los pacientes deben ser normalmente grados ASA I o II en el momento de la cirugía.

## **5. ENFOQUE DIFERENCIAL**

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las



## **PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

### **6. GENERALIDADES**

#### **6.1. METODOLOGÍA**

La elaboración de este protocolo se realizó mediante la revisión de la bibliografía por parte de la Dra Ana María Camargo López, ayudante quirúrgica de CECIMIN y la Dra Claudia Marcela Clavijo, Cirujana Plástica.

#### **6.2. DEFINICIONES**

- Colgajo: tejido vivo separado de su lecho con el que mantiene una conexión (pedículo) a través de la cual recibe nutrición una vez trasplantado a otra parte del organismo.
- Diástasis de rectos abdominales: separación de los músculos rectos del abdomen como consecuencia de un daño en el tejido conectivo que, en condiciones normales, los mantiene unidos entre sí.
- Pared abdominal: Conjunto de estructuras que envuelven la cavidad abdominal y la separan del exterior.

#### **6.3. DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA**

La Abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico para la reconstrucción de la pared abdominal eliminando el exceso de piel, grasa y la tensión de los músculos de la pared abdominal, con el objetivo final de remodelar el abdomen, la cintura y la forma del tronco.

#### **6.4. TRATAMIENTO (Descripción del procedimiento)**

La ABDOMINOPLASTIA es un procedimiento quirúrgico que debe ser realizado en salas de cirugía.

La técnica quirúrgica puede ser combinada realizando liposucción previa (ver protocolo de liposucción) y abdominoplastia convencional.

#### Protocolo de ingreso:

El paciente ingresa al área de Ingresos donde se realiza su preparación prequirúrgica.

- El Auxiliar de Enfermería de Ingresos recibe al paciente, entrega el traje de algodón o desechable que debe colocarse para entrar al área estéril y bata, canaliza vía venosa, administra líquidos endovenosos y medicamentos indicados antes de iniciar el procedimiento quirúrgico.
- El Médico General Ayudante de Cirugía realiza Historia Clínica de Ingreso.
- El Anestesiólogo revisa la historia de valoración pre-anestésica, se presenta al paciente e informa sobre la técnica anestésica a utilizar.
- El Auxiliar de enfermería del área de ingresos ingresa al paciente a la Sala de Cirugía en silla de ruedas y coloca en un lugar visible a la entrada de la Sala, un aviso con el Nombre del paciente, del Cirujano y notificación de alergias. Entrega formalmente el paciente a la Auxiliar de enfermería de la Sala de Cirugía y conjuntamente trasladan el paciente a la mesa de cirugía. - El Auxiliar de Enfermería de la Sala se encarga de monitorizar al paciente, coloca placa de electrocauterio, almohadillas de protección para evitar puntos de presión externa en el paciente y las fundas de compresión neumática intermitente y lidera la realización de la primera pausa de la Lista de Verificación para la Seguridad



## **PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

Quirúrgica de los Pacientes, en conjunto con Médicos e Instrumentadora previo al inicio de la Anestesia y cirugía.

- El Anestesiólogo procede a intubar al paciente previa inducción anestésica. - El Médico General ayudante de Cirugía realiza el lavado del área Quirúrgica con soluciones antisépticas.
- La instrumentadora Quirúrgica coloca campos estériles para el procedimiento, y verifica conexión de Succión y electrocauterio.
- El Auxiliar de enfermería lee la segunda pausa de la Lista de Verificación para la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes antes de la incisión cutánea.

### Miniabdominoplastia o dermolipectomía abdominal limitada:

1. Marcación de la incisión cutánea en la zona de exceso en hemiabdomen inferior.
2. Infiltración con anestésicos locales
3. Incisión cutánea, Elevación de colgajo en el plano supraaponeurótico hasta el ombligo.
4. Plicatura de la musculatura abdominal por la Diastásis muscular y resección del exceso cutáneo.
5. Antes del cierre de las incisiones y herida quirúrgicas, El Auxiliar de enfermería lee la tercera pausa de la Lista de Verificación para la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes.
6. Sutura de heridas por planos con suturas absorbibles y piel con suturas monofilamento absorbibles o no absorbibles
7. Al final se pueden colocar drenajes que se fijan con suturas no absorbibles.
8. Vendajes con microporo o Steri Strip

### Abdominoplastia completa convencional:

1. Marcaje prequirúrgico en pliegue cutáneo abdominal inferior de longitud entre las dos crestas ilíacas antero superiores.
2. Infiltración con anestésicos locales.
3. Incisión cutánea y disección de colgajo en el plano supraaponeurótico hasta apéndice xifoides y margen costal, realizando hemostasia cuidadosa.
4. Corrección de la diastásis de músculos abdominales con plicatura de la musculatura con suturas monofilamento no absorbibles
5. Avance de colgajo en dirección ínfero medial
6. Resección del exceso cutáneo
7. Neoumbilicoplastia y se suturas en piel con suturas no absorbibles monofilamento de Prolene 5-0
8. De ser necesario se corrigen los excedentes de piel (orejas de perro) en los extremos de la herida para la sutura del colgajo adecuadamente.
9. Antes del cierre de las incisiones y herida quirúrgicas, El Auxiliar de enfermería lee la tercera pausa de la Lista de Verificación para la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes.
10. Sutura del colgajo y de piel
11. Posicionamiento de drenajes a reservorio los cuales se fijan de igual forma con suturas no absorbibles
12. Vendajes con microporo o Steri Strip.

### Protocolo de egreso:

- Al finalizar la intervención, el paciente es trasladado a la camilla de transporte por el auxiliar de enfermería y es llevado al área de recuperación donde el Anestesiólogo y Auxiliar de enfermería de la Sala lo entregan de nuevo al Auxiliar



**PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA  
M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

de Recuperación en Fase de cuidados pos anestésicos hasta que el anestesiólogo decide dependiendo de los criterios de Anestesia traslado del paciente a la unidad de Egresos.

- El auxiliar de enfermería de cuidados postanestésicos traslada el paciente a recuperación en fase de egresos. Cuando el paciente se encuentra en Fase de egresos puede ser acompañado por su familiar.
- El Cirujano o medico general ayudante de cirugía informan al paciente y familiar detalles de la Cirugía, cuidados postoperatorios y próximos controles. - El Auxiliar de enfermería de Recuperación verifica la tolerancia del paciente a la ingesta de líquidos y sólidos y el anestesiólogo o medico general institucional autorizan la salida del paciente.
- El auxiliar de enfermería de egresos hace entrega por escrito al paciente y su familiar, Resumen de historia clínica, Epicrisis con indicaciones y formula médica, incapacidad, exámenes paraclínicos, etc.
- La salida del paciente de CECIMIN es coordinada por el Auxiliar de enfermería de Recuperación y se indica su salida en compañía del familiar o acompañante del paciente.
- Bajo coordinación de la Jefe de Enfermería del área Quirúrgica se realizarán llamadas telefónicas a los pacientes en el postoperatorio para evaluar su evolución e identificar posibles complicaciones.
- El cirujano realiza el control médico entre 5 y 7 días postoperatorio.

COMPLICACIONES

Tipo de complicación	ACCIÓN INMEDIATA	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES INMEDIATAS	RESPONSABLE
Sangrado	revisión quirúrgica	Control externa consulta	cirujano plástico
Hematoma	revisión quirúrgica	Control externa consulta	cirujano plástico
Necrosis cutánea	desbridamiento quirúrgico	Curaciones y control consulta externa	cirujano plástico
Infección	Antibiótico y/o lavados quirúrgicos	Curaciones y control consulta externa	cirujano plástico
Trombosis venosa profunda	Referencia y contrarreferencia		Médico ayudante Enfermera Jefe

CUIDADOS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Manejo de enfermería en Unidad de cuidados postanestésicos y Egreso:

- Vigilar sangrado o formación de hematomas.
- Control del dolor
- Control de signos vitales
- Medidas posturales: Cabecera elevada, no esfuerzos, posición semiflexionada del tronco.
- Manejo de drenajes y sondas
- Incentivo respiratorio

**PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA  
M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

- Uso de medias antiembólicas
- Deambulación
- Verificar tolerancia a vía oral

**7. RECOMENDACIONES A PACIENTES**

- En los Primeros días el abdomen suele estar inflamado y pueden notarse algunas molestias o dolor que se controla con medicación.
- Dependiendo de la extensión de la cirugía, se podrá dar egreso a casa al cabo de unas horas o permanecerá en observación en la clínica hasta mejoría.
- El cirujano plástico dará instrucciones para bañarse y cambiarse los vendajes. A pesar de que al principio no debe estirarse del todo, debe comenzar a la deambulación tan pronto como sea posible.
  - Los puntos de la piel externos serán retirados entre los 5 y 7 días. Debe usar una faja abdominal según indicación de cirujano.
  - Evitar estar prolongadamente acostada(o), caminar trayectos cortos de forma frecuente y respirar con inspiraciones profundas del tórax para evitar complicaciones pulmonares (acumulación de secreciones e infección).
  - El cirujano plástico le recomendará el uso de faja abdominal de lycra y programará el retiro de puntos de sutura y drenes.
  - Es normal tener disminución de la sensibilidad u hormigueo en la zona abdominal inferior.
  - Es normal sentir dolor al sentarse pues los músculos del abdomen se contraen. El dolor cederá con el pasar de los días.

**8. BIBLIOGRAFIA**

GRAZER, FREDERICK M. Abdominoplasty. Plastic and reconstructive surgery, 1973, vol. 51, no 6, p. 617-623.

MATARASSO, Alan. Abdominoplasty. Clin Plast Surg 1989; 16: 2.

MATARASSO, Alan. Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty. Plastic and reconstructive surgery, 1995, vol. 95, no 5, p. 829-836.

GREMINGER, Richard F. The mini-abdominoplasty. Plastic and reconstructive surgery, 1987, vol. 79, no 3, p. 356-365.

PÉREZ-ÁVALOS, José L.; GONZÁLEZ, Gustavo. Experiencia clínica en abdominoplastia. Cirugía Plástica, 1999, vol. 9, no 3, p. 112-119.

LE LOUARN, Claude; PASCAL, Jean François. High superior tension abdominoplasty. Aesthetic plastic surgery, 2000, vol. 24, no 5, p. 375-381.

BOZOLA, A. R.; PSILLAKIS, J. M. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. Plastic and reconstructive surgery, 1988, vol. 82, no 6, p. 983-993.

MOMENI, Arash, et al. Complications in abdominoplasty: a risk factor analysis. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2009, vol. 62, no 10, p. 1250-1254.

NEAMAN, Keith C.; HANSEN, Juliana E. Analysis of complications from abdominoplasty: a review of 206 cases at a university hospital. Annals of plastic surgery, 2007, vol. 58, no 3, p. 292-298.



**PROTOCOLO DE ABDOMINOPLASTIA  
M-CIA-CR-PT-004 VI 25-01-2022**

BOLTON, Michael Adams, et al. Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. Plastic and reconstructive surgery, 2003, vol. 112, no 2, p. 619-25; discussion 626-7.

MATARASSO, Alan; SWIFT, Richard W.; RANKIN, Marlene. Abdominoplasty and abdominal contour surgery: a national plastic surgery survey. Plastic and reconstructive surgery, 2006, vol. 117, no 6, p. 1797-1808.