

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“CIRUGÍA LAPAROSCOPICA”

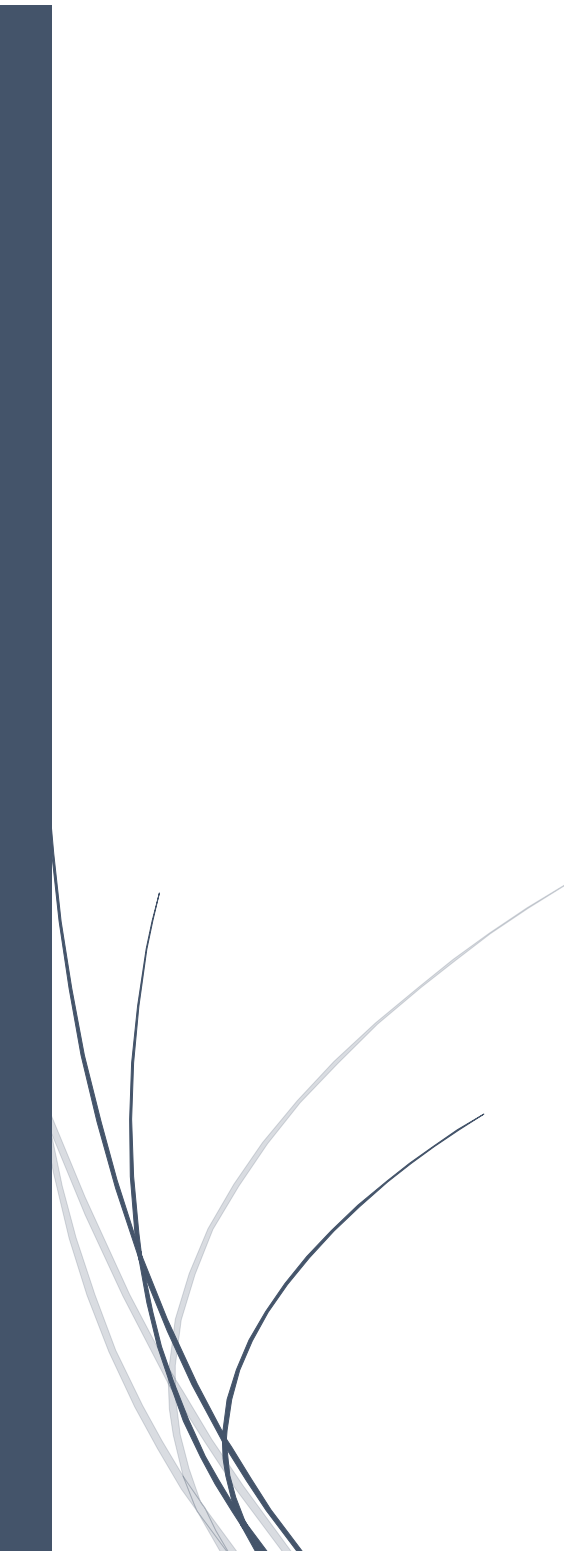
ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

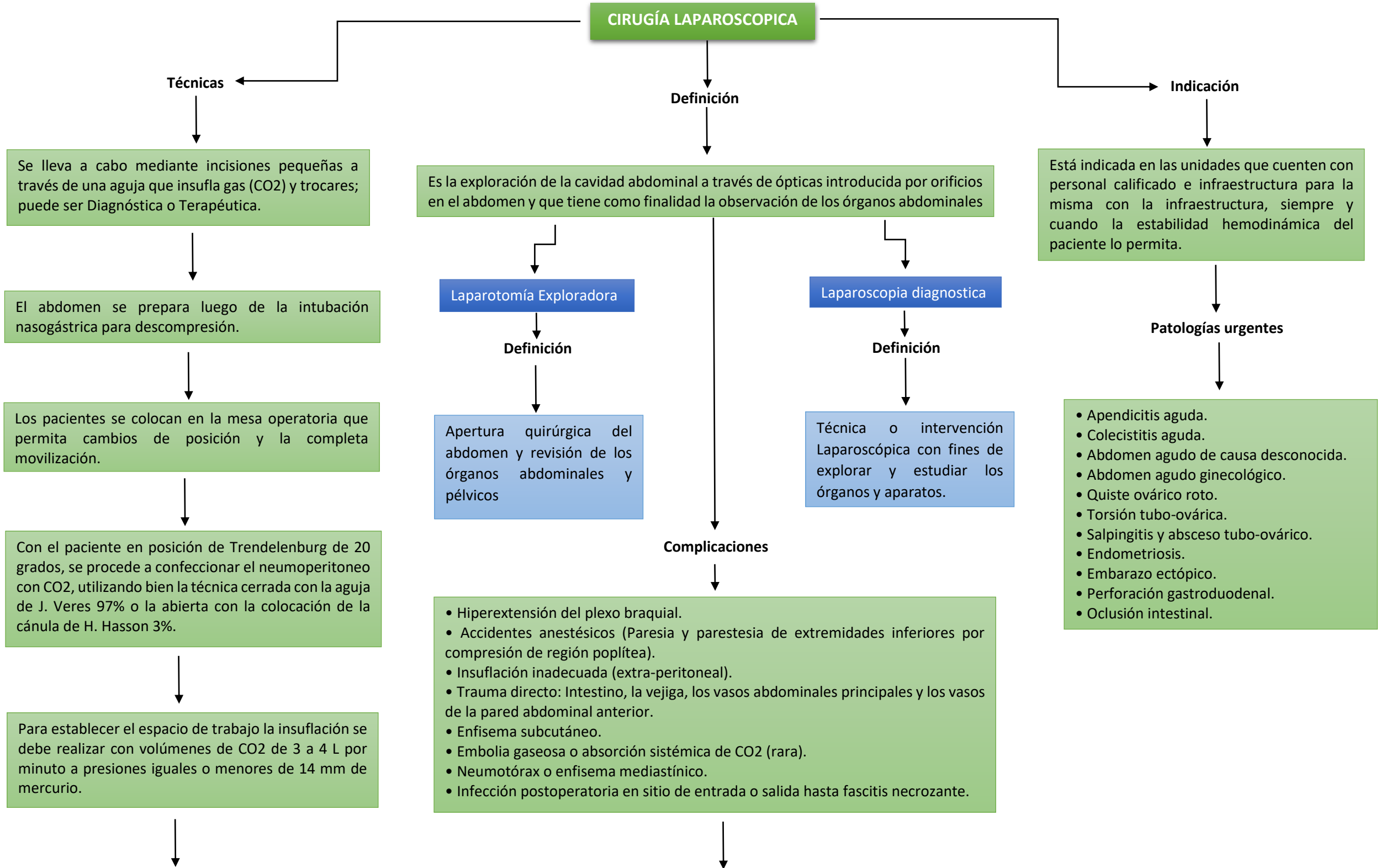
SEMESTRE: 6

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, NOVIEMBRE 2020





CIRUGÍA LAPAROSCOPICA

Técnicas

Se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO2) y trocares; puede ser Diagnóstica o Terapéutica.

El abdomen se prepara luego de la intubación nasogástrica para descompresión.

Los pacientes se colocan en la mesa operatoria que permita cambios de posición y la completa movilización.

Con el paciente en posición de Trendelenburg de 20 grados, se procede a confeccionar el neumoperitoneo con CO2, utilizando bien la técnica cerrada con la aguja de J. Veres 97% o la abierta con la colocación de la cánula de H. Hasson 3%.

Para establecer el espacio de trabajo la insuflación se debe realizar con volúmenes de CO2 de 3 a 4 L por minuto a presiones iguales o menores de 14 mm de mercurio.

Definición

Es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales

Laparotomía Exploradora

Definición

Apertura quirúrgica del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos

Laparoscopia diagnostica

Definición

Técnica o intervención Laparoscópica con fines de explorar y estudiar los órganos y aparatos.

Complicaciones

- Hiperextensión del plexo braquial.
- Accidentes anestésicos (Paresia y parestesia de extremidades inferiores por compresión de región poplítea).
- Insuflación inadecuada (extra-peritoneal).
- Trauma directo: Intestino, la vejiga, los vasos abdominales principales y los vasos de la pared abdominal anterior.
- Enfisema subcutáneo.
- Embolia gaseosa o absorción sistémica de CO2 (rara).
- Neumotórax o enfisema mediastínico.
- Infección postoperatoria en sitio de entrada o salida hasta fascitis necrozante.

Indicación

Está indicada en las unidades que cuenten con personal calificado e infraestructura para la misma con la infraestructura, siempre y cuando la estabilidad hemodinámica del paciente lo permita.

Patologías urgentes

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda.
- Abdomen agudo de causa desconocida.
- Abdomen agudo ginecológico.
- Quiste ovárico roto.
- Torsión tubo-ovárica.
- Salpingitis y absceso tubo-ovárico.
- Endometriosis.
- Embarazo ectópico.
- Perforación gastroduodenal.
- Oclusión intestinal.

Consideraciones especiales



La región umbilical es el lugar habitual para el acceso inicial en cirugía abdominal laparoscópica, sin embargo la línea media anterior puede ser una opción como sitio libre de intervenciones. La presión intraperitoneales <10 mm Hg es un indicador confiable de la colocación intraperitoneales correcta de la aguja de Veress.

Un trócar de 10-12 mm debe ser colocado en la región subumbilical y a través de él se introducir el endoscopio de cero grados de visión frontal u oblicua de 45 grados conectado a la microcámara para la evaluación inicial.



Adicionalmente, se colocarán dos trócares de 5 mm lateralmente a nivel del ombligo en la línea medio clavicular.



Se inspecciona en seguida el estómago, y epiplón mayor elevándolo con pinzas atraumáticas.



El intestino delgado debe ser examinado en toda su longitud desde el ligamento de Treitz hasta la válvula ileocecal, utilizando instrumental de agarre atraumático.