



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

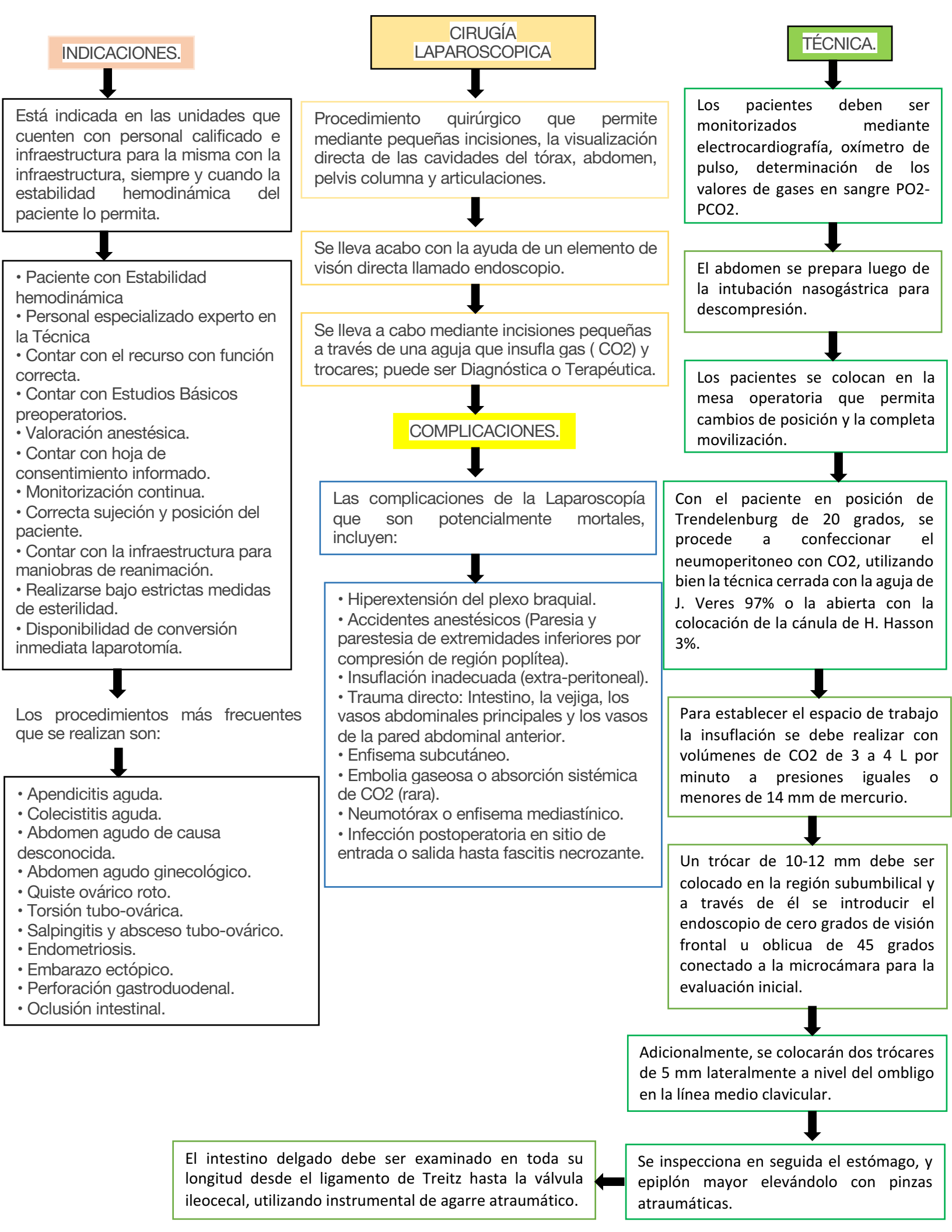
**MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.**

**TERCERA UNIDAD.**

**TEMA: CIRUGIA LAPAROSCOPICA .**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.**

**ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.**



## INDICACIONES.

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.

- Paciente con Estabilidad hemodinámica
- Personal especializado experto en la Técnica
- Contar con el recurso con función correcta.
- Contar con Estudios Básicos preoperatorios.
- Valoración anestésica.
- Contar con hoja de consentimiento informado.
- Monitorización continua.
- Correcta sujeción y posición del paciente.
- Contar con la infraestructura para maniobras de reanimación.
- Realizarse bajo estrictas medidas de esterilidad.
- Disponibilidad de conversión inmediata laparotomía.

Los procedimientos más frecuentes que se realizan son:

- 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.

## CIRUGÍA LAPAROSCOPICA

Procedimiento quirúrgico que permite mediante pequeñas incisiones, la visualización directa de las cavidades del tórax, abdomen, pelvis columna y articulaciones.

Se lleva acabo con la ayuda de un elemento de visión directa llamado endoscopio.

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

## COMPLICACIONES.

Las complicaciones de la Laparoscopia que son potencialmente mortales, incluyen:

- 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.

## TECNICA.

Los pacientes deben ser monitorizados mediante electrocardiografía, oxímetro de pulso, determinación de los valores de gases en sangre PO2-PCO2.

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.

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.