



**DEPARTAMENTO DE POST GRADO
ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA
C.N.S. HOSPITAL OBRERO #2**

**PROFILAXIS DE LAS COMPLICACIONES EN CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS
DOLOR POSTQUIRURGICO-NAUSEAS-VOMITO Y OMALGIA
CON KETOROLACO Y ONDANCETRON**

AUTOR. DRA. GICELA SHIRLEY ACHOCALLA FARRO RI

TUTOR . DR. FLAVIO VARGAS.

DOCENTE DE POST GRADO DE U.M.S.S.

DR. LINO LOAYZA CASTRO

JEFE DE ENSEÑANZA-ANESTESIOLOGIA C.N.S.

DOCENTE DE POST GRADO DE U.M.S.S.

BOLIVIA-CBBA

INDICE

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	8
Descripción de Quetorol.....	9
Descripción de Ondancetron.....	11
Objetivos.....	15
Anexos.....	18
Resultados.....	29
Conclusiones y Recomendaciones.....	31
Bibliografía.....	32

INTRODUCCION.-

La cirugía laparoscópica como la conocemos hoy en día, es el resultado de los esfuerzos repetidos durante muchas generaciones, de cirujanos visionarios que querían ofrecer curación quirúrgica de los padecimientos, sin causar el daño involuntario que se ocasiona al abrir la pared abdominal.

Los registros históricos de maniobras laparoscópicas datan desde el siglo X, Abulcasis para inspección endoscópica del cuello uterino, en 1805 Bozzini en Frankfurt implemento el primer endoscopio con una cánula de doble luz, una vela y un espejo reflejante para observar cálculos y tumores de la vejiga, en el decenio de 1890 el sistema óptico fue mejorado por Nitzen, en 1901 Kelling realizó las primeras laparoscopias diagnósticas, en este mismo tiempo Dimitri Ott ruso describía una técnica para ver la cavidad abdominal. En 1910 Jacobeus, sueco describió la liberación de adherencias en tórax, En 1938 Verres diseño una aguja para hacer el neumoperitoneo, Este concepto fue mejorado y es el que en la actualidad se utiliza, En el mundo entero En 1960 que el Dr Kurt Semm desarrollo un aparato de insuflación con regulación de presión y flujo de gas, y así sucesivamente hasta el año de 1980 cuando se presentó una difusión explosiva, debido por una parte a los avances tecnológicos y, por otra parte, a que la videograbación de los procedimientos quirúrgicos ha facilitado su difusión, lo que ha permitido su rápida aceptación.

El término laparoscopia deriva de las raíces griegas lapára que significa abdomen y skopéin, examinar. En un sentido técnico, la laparoscopia es estrictamente un procedimiento diagnóstico en el cual se examina el interior de la cavidad peritoneal, con un instrumento llamado laparoscopio.

En 1960 en Alemania el Dr Kurt Semm desarrolló un aparato de insuflación con registro de presión y flujo de gas, y sistema de irrigación, aplicación de sutura con nudo prefabricado, introdujo tijera de gancho, morcelador de tejido, y fué el instructor para cirugía laparoscópica, En 1964 introdujo luz fría externa al laparoscopio disminuyendo el riesgo de quemadura de vísceras. En 1987 PHILLIPE MOURET en Lyon Francia efectuó la primera colecistectomía por vía laparoscópica en el hombre, reconocida en la literatura mundial como tal, y en el transcurso del siguiente año, Dubois en París, Perissat en Burdeos, McKernan y Saye en California, Reddick y Olsen en Nashville Tennessee, Cushieri y Nathanason en Inglaterra, Merci en los Angeles, realizaron con éxito la operación en sus instituciones.

En MEXICO y AMERICA LATINA, el 29 DE JUNIO DE 1990 se realizó la primera colecistectomía laparoscópica en humano dando un inicio súper explosivo a ésta rama médica tan fabulosa e interesante con resultados no vistos anteriormente.

A través de una aguja se inyecta gas en la cavidad abdominal, se forma un neumoperitoneo que nos permitirá ver y manejar los instrumentos. Se introducen a través de incisiones de 2 cm 3 ó 4 tubos o trocares, a través de ellos se introducen la óptica y los instrumentos y se extirpa la vesícula. Esta, con los cálculos, se extrae a través de uno de los trocares o bien haciendo una de las incisiones un par de cm más grande. Al menos el 90% de los enfermos operados por esta técnica, tienen un postoperatorio confortable y en un par de días pueden continuar su convalecencia en su domicilio.

PROCEDIMIENTO LAPAROSCOPICO:

Colocando al paciente en posición de Trendelenburg, se introduce una aguja de "Veress" para laparoscopia en la región infra umbilical hasta llegar a la cavidad abdominal, luego se procede a insuflar CO2 a través de la aguja hasta alcanzar una presión intra abdominal entre 10 a 15 mmdeHg. Posteriormente, por el sitio de la inserción de la aguja se introduce una cámara de video mediante la cual se visualizan los órganos intra abdominales y que a su vez permitirá ver el sitio de inserción de las diferentes cánulas que se utilizan para los diferentes procedimientos laparoscópicos según el caso.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS CIRUGIAS LAPAROSCOPICAS

<i>Ventajas ==> Lo positivo</i>	<i>Desventajas ==> Lo negativo</i>
<i>El postoperatorio es mucho menos doloroso y por tanto más confortable. La herida y más si es más grande, es lo que más duele. En la Cirugía laparoscópica las heridas son de 1-2 cm. son muy poco dolorosas.</i>	<i>Dos son las principales desventajas o inconvenientes de la Cirugía laparoscópica:</i>
<i>La estancia hospitalaria postoperatoria es más corta. Aunque lógicamente no todas las operaciones son iguales, si no hay complicaciones, en general en dos o tres días los operados se pueden ir a su casa y continuar allí la convalecencia.</i>	<i>La dotación tecnológica. Los equipos, la tecnología en general es cara y precisa reposición cada poco tiempo por la rapidez del desarrollo. Como en otras especialidades de la Medicina los equipos, la tecnología es cara y en rápido desarrollo. No todos los Hospitales o clínicas tienen la posibilidad de hacer inversiones suficientes para adquirir los equipos.</i>

<p><i>La infección de la herida operatoria es muy poco frecuente y si la hubiera mucho más benigna. En la cirugía abierta y en especial en la cirugía de urgencia, la infección de la herida es una complicación frecuente.</i></p>	<p><i>Preparación y entrenamiento de los profesionales. Como toda técnica nueva y esta la es, es necesario su aprendizaje. Esto requiere tiempo y esfuerzo. La experiencia y grado de desarrollo de los hospitales son aun muy desiguales. Los pacientes deben de informarse de las posibilidades de su Hospital de referencia.</i></p>
<p><i>Muchas de las heridas infectadas, complicadas de la cirugía abierta terminan originando hernias y que luego hay que volver a operar. En la Cirugía laparoscópica esta complicación, aunque posible, es muy poco frecuente. En su caso las hernias por operación por laparoscópica suelen ser muy pequeñas de mucha más fácil solución.</i></p>	<p><i>En el tratamiento de determinadas enfermedades puede haber otras desventajas más técnicas, más especializadas. El cirujano responsable del tratamiento deberá de informar.</i></p>
<p><i>La reincorporación a la actividad normal, laboral y de la casa, al ser todo mucho más benigno, es mucho más precoz y rápida.</i></p>	

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Los procedimientos en los que más se utiliza actualmente la cirugía laparoscópica Incluyen: Colecistectomía Laparoscópica (que es la cirugía más frecuente por vía laparoscópica), esterilización quirúrgica, endometritis, cura de adherencias intrabdominales y ginecológicas, biopsia de ovarios, histerectomía y algunos otros procedimientos. En el área de emergencia tenemos las Colecistitis Agudas, Las apendicitis agudas y obstrucción intestinal por bridas y adherencias.

En las contraindicaciones de la cirugía laparoscópica mencionamos: Pacientes con discrasias sanguíneas o coagulopatias no corregidas, sepsis de punto de partida intrabdominal con peritonitis severa, patologías cardiorrespiratorias como la insuficiencia cardiaca o respiratoria., aunque enfermedades crónicas como el asma bronquial, diabetes, hipertensión arterial o insuficiencia vascular sistémica tienen contraindicación relativa, dependerá del criterio del Anestesiólogo el dar curso a la intervención .