

PROTOCOLO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOMETIDO A ANESTESIA GENERAL EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA

AUTORES: SOLER MARTINEZ, G., FERNANDEZ VALERO, L. HOSPITAL TORRECARDENAS (ALMERIA)

INTRODUCCION:

La cirugía por laparoscopia aporta grandes beneficios al paciente:

- **DISMINUCION DEL DOLOR POSTOPERATORIO**
- **PRONTA RECUPERACION / ALTA PRECOZ / BAJO COSTE**
- **BAJA AGRESION FUNCIONAL Y ESTETICA DE LA PARED ABDOMINAL.**

La anestesia de elección es la ANESTESIA GENERAL, la cual se define como un estado reversible de depresión del SNC, caracterizado por una pérdida de la conciencia (hipnosis), de sensibilidad (analgesia), de la actividad refleja (protección neurovegetativa) y de la motilidad (relajación muscular). Pasamos de un paciente totalmente despierto, a un paciente totalmente dependiente del equipo quirúrgico. Esta situación va a requerir de actuaciones específicas para que la **SALUD** y la **SEGURIDAD** del paciente sea nuestro único objetivo.

Esta cirugía va a requerir la insuflación de un gas, el CO₂, en la cavidad abdominal para visualizar la zona a intervenir, interfiriendo esto en el acto anestésico en si y en la aparición de efectos adversos.



TECNICA:

➔ **VISITA PREOPERATORIA:** verificar ayunas, alergias conocidas, evaluar patologías cardiacas y vasculares. Antes de la inducción a la anestesia, premedicar al paciente con ranitidina 50mg y metoclopramida 10mg, para favorecer el vaciado gástrico y evitar náuseas y vómitos intra y post-operatorios.

➔ **COLOCACION Y SUJECCION FIRME DEL PACIENTE** sobre la mesa de quirófano, **preguntándole si se encuentra cómodo**. Esta **sujeción** debe ser **eficaz**, pues la visualización de la zona a intervenir, viene dada por las movilizaciones de la mesa durante la cirugía, dejando que sea la gravedad la que desplace las asas intestinales hacia donde sea necesario.

➔ **VERIFICAR alineación corporal y almohadillado correcto** de toda la superficie corporal en contacto con la mesa, poniendo especial cuidado en **prominencias óseas**. **Colocación** correcta de los **accesorios** necesarios: soportes para brazos, perneras, hombreras, tope para los pies, arco de narcosis,...deben estar perfectamente **sujetos a la mesa**; el paciente debe quedar en una posición lo mas anatómicamente correcta, evitando así daños en plexos nerviosos y manteniendo la integridad de la piel.

➔ **MONITORIZACION DE CONSTANTES VITALES**, PANI, ECG y SATURACION DE O₂. Una vez colocado el paciente y monitorizado, se procede a la inducción anestésica y posterior intubación orotraqueal, vigilando en todo momento, tras la insuflación del gas en cavidad, las presiones de la vía aérea, CO₂ espirado y control de la PIA (presión intraabdominal). En pacientes pluripatológicos se procederá a canalización de vía central, control de diuresis y PAI.

OBSERVACIONES:

EFFECTOS ADVERSOS EN LAPAROSCOPIA	CAUSAS	ACTUACIONES
Aumento de FC Aumento de PA	Dolor intenso producido por la irritación del peritoneo, debido a la entrada de CO ₂ en cavidad abdominal, ya que en contacto con la humedad intestinal, éste se convierte en ácido carbónico.	Precisará analgesia potente, de vida corta y de forma continua, el analgésico utilizado es el remifentanilo.
Riesgo de hipotermia	La baja T ^º del gas, 4 ^º C, produce un descenso de 0,4 ^º C de la temperatura corporal del paciente, por cada hora de cirugía	Administración de líquidos mediante calentador de fluidos y utilización de manta de calor.
Aumento de la postcarga, disminución de precarga y como consecuencia, disminución del gasto cardíaco	Debido a la insuflación de CO ₂ en cavidad, producirá aumento de la PIA.	Vigilar que la PIA, oscile entre 11-12mmHg. Hidratación del paciente y colocación en trendelenburg, antes de la insuflación progresiva del gas en la cavidad.
Aumento de la presión en vía aérea (Paw)	Al aumentar la PIA, se produce la elevación del diafragma y la compresión del parénquima pulmonar.	Para evitar o disminuir los riesgos de barotrauma, aumentaremos la FR y disminuirémos el volumen en cada respiración. Vigilar la Paw
Disminución de CFR (capacidad funcional residual)		Poner PEEP, consiste en dejar una presión positiva al final de la espiración, realizando un reclutamiento alveolar y evitar atelectasias.
Hipercapnia: Aumento de CO ₂ en sangre	El CO ₂ insuflado en cavidad es eliminado a través de espiración, favoreciendo la hipercapnia y la hipoxia	Al elevarse el CO ₂ espirado, será necesario hiperventilar al paciente, para favorecer la eliminación del mismo y evitar la hipoxemia, para ello aumentaremos la FR, pero disminuirémos el volumen para evitar también el barotrauma.

BIBLIOGRAFIA: **MANUAL DE INSTRUMENTACION EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA**
 Editorial: Arán. Autores: Ricardo Belda Lozano, Manuel Ferrer Márquez
ANESTESIA EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA
 Editorial: Emisa. Autor: Jose Maria Begoña Burgos