



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-209 - RESULTADOS DEL EMPLEO A LARGO PLAZO DEL BLOQUEO PUDENDO EN COLOPROCTOLOGÍA EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Díez Núñez, Ana; Vega Ruiz, Vicente; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Pérez Alberca, Carmen María; Moreno Arciniegas, Alejandra; González Autón, Jesús; Velasco García, Miguel

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico de la patología coloproctológica en régimen de CMA mediante el empleo del bloqueo pudendo (BP) frente a otras técnicas anestésicas en una unidad integrada de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital General de Especialidades.

Métodos: Durante el periodo comprendido entre los meses de abril 2009-diciembre 2015 fueron intervenidos un total de 1014 pacientes con patología coloproctológica en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real (HUPR). Las patologías intervenidas fueron las siguientes: fistula perianal 163, fisura anal 122, hemorroides 159 y sinus pilonidal 300. Las técnicas anestésicas empleadas fueron las siguientes: anestesia local + bloqueo pudendo 513 pacientes (50,6%); bloqueo intradural 501 pacientes (49,4%). Los criterios de inclusión fueron los sociales de CMA y anestésicos ASA I-III compensado. Todos los bloqueos nerviosos fueron realizados por el cirujano, empleando mepivacaína + bupivacaína 0,1% + 0,25% con vasoconstrictor, aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, para realizar la infiltración interesfinteriana bilateral y bloqueo perineal pudendo con el paciente en posición de decúbito prono en navaja mediante rodillo ventral neumático.

Resultados: Tras el periodo operatorio, todos los pacientes intervenidos mediante local + bloqueo pasaron directamente a sillón sin pasar a cama de URP. El alta se produjo en las siguientes 3-5h en la práctica totalidad de los pacientes intervenidos por Bloqueo pudendo a diferencia de los intervenidos con bloqueo intradural raquídeo que requirieron un periodo superior a 8h en su mayoría. El equipo multidisciplinar realizó control telefónico al día siguiente y revisiones posteriores por cirujano de referencia. No hubo reingresos en pacientes intervenidos con bloqueo. Hubo 7 reingresos en pacientes con anestesia raquídea (dos cefaleas, dos retenciones urinarias con necesidad de sondaje y 3 por dolor no controlado). En el seguimiento hubo tres casos de abscesos anales poscirugía que requirieron drenaje quirúrgico que fue realizado en dos casos con anestesia local y uno con raquianestesia. El índice de satisfacción del paciente fue superior al 85% en técnicas de bloqueo (encuesta escrita).

Conclusiones: El uso de bloqueo anestésico selectivo pudendo con sedación en régimen de CMA y alta es seguro, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción en los pacientes. Conlleva a una

estancia postoperatoria mínima y una reducción en la tasa de morbilidad. Abogamos por su uso prioritario frente a la anestesia con bloqueo intradural en patología coloproctológica en CMA.