



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-232 - INFILTRACIÓN LOCAL CON LEVOBUPIVACAÍNA EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL ¿MEJORA LA PERNOCTA NO PLANIFICADA?

González Cano, Javier; Turiño Luque, Jesús Damián; Rivas Becerra, José; Rodríguez Silva, Cristina; Gutiérrez Delgado, Pilar; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: Conocer el efecto de la infiltración con levobupivacaína 0,5% en la hernioplastia inguinal en el alta hospitalaria en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019 inscritos en régimen de cirugía mayor ambulatoria con el código 550.90, 550.91, 550.92, 550.93 y 553.02. Se registraron variables epidemiológicas (edad, sexo, BMI, ASA), aspectos intraquirúrgicos (tipo anestesia, infiltración local, clasificación EHS, técnica quirúrgica), EVA al alta y causa de pernocta no planificada (PNP). Fueron excluidos los pacientes desprogramados, intervenidos en régimen de ingreso, intervenidos por laparoscopia y sometidos a otro procedimiento asociado.

Resultados: Se programaron un total de 1.569 pacientes, excluyéndose: 62 pacientes suspendidos (4%), 437 (27,8%) por régimen de ingreso, 132 (8,4%) por cirugía laparoscópica y 34 por otro procedimiento asociado (2,1%). Las características epidemiológicas de los 904 pacientes intervenidos en régimen de CMA fueron: varón 85,2% (n = 770), edad media $57,61 \pm 13,952$ años, IMC $26,54 \pm 3,996$; el 63,8% de los pacientes eran ASA 2. Las hernias fueron: unilaterales 716 (79,2%), recurrentes 78 (8,6%), inguino-escrotales 65 (7,2%), y bilaterales 45 (5%). El 45,5% de los pacientes (n = 367) recibieron anestesia intradural, seguidos del 37,7% (n = 304) anestesia general y en 93 pacientes se recurrió a la mascarilla laríngea (11,5%). La infiltración local de la herida se realizó preoperatoriamente en 240 pacientes (26,6%), en 75 fue poscirugía (8,3%) y en 587 no recibieron anestésico local (65,1%). Predominaron las hernias inguinales indirectas (L) en 449 casos, directas (M) en 264, mixtas (LM) 60 y crurales (F) en 26 casos. La técnica quirúrgica más empleada fue el Rutkow-Robbins en 489 hernias, frente al Lichtenstein en 432 casos, otras técnicas en 8 casos. El 16,5% de los pacientes (n = 149) fueron causa de PNP, siendo las principales causas: dolor 18,1% (n = 27), retención urinaria 16,7% (n = 25), cirugía compleja 13,4% (n = 20), náuseas/vómitos 11,4% (n = 17). Al realizar el estudio comparativo entre la infiltración de la herida y la pernocta no planificada por dolor de los 27 pacientes el 26,7% (n = 12) habían sido infiltrados frente al 14,6% (n = 15), que no lo habían sido, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,079). La técnica quirúrgica asociada a ingreso y dolor fue más frecuentemente el Lichtenstein en el 20% (n = 14) frente al Rutkow-Robbins en el 19% (n = 16), estas diferencias tampoco fueron significativas (p = 0,881). Al analizar si se trataban de hernias unilaterales o bilaterales, el dolor

estuvo asociado más frecuentemente a hernias bilaterales en el 33% (n = 5) frente a las unilaterales en el 16% (n = 21) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en esta ocasión (p = 0,131). El porcentaje de pacientes ingresados por dolor tras una anestesia general fue del 17,4% (n = 11) frente al 24,1% de los pacientes que recibieron anestesia intradural (n = 15) siendo nuevamente las diferencias no significativas (p = 0,353).

Conclusiones: En nuestra experiencia la infiltración con levobupivacaína al 0,5% no mejora la pernocta no planificada por dolor tras la hernioplastia inguinal.