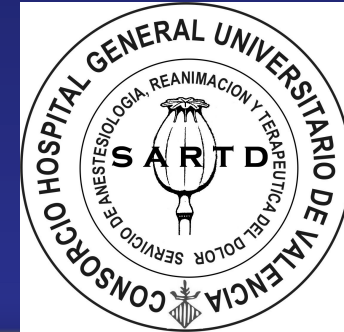




CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Protocolización de técnicas anestésicas y analgésicas para la cirugía colorrectal

Dr. Luis Hoyas. Dra. Itziar de la Cruz (MIR 2). Dra. Alicia del Moral (MIR3)
Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



ÍNDICE

- Cirugía anorrectal
- Cirugía del apéndice cecal abierta o laparoscópica
- Cirugía de la enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn)

HEMORROIDES

CONCEPTO

Hemorroide: tejido vascular dispuesto en pequeños cúmulos conocidos como cojinetes o almohadillas hemorroidales, que se incluyen en la porción inferior del recto y en el ano.



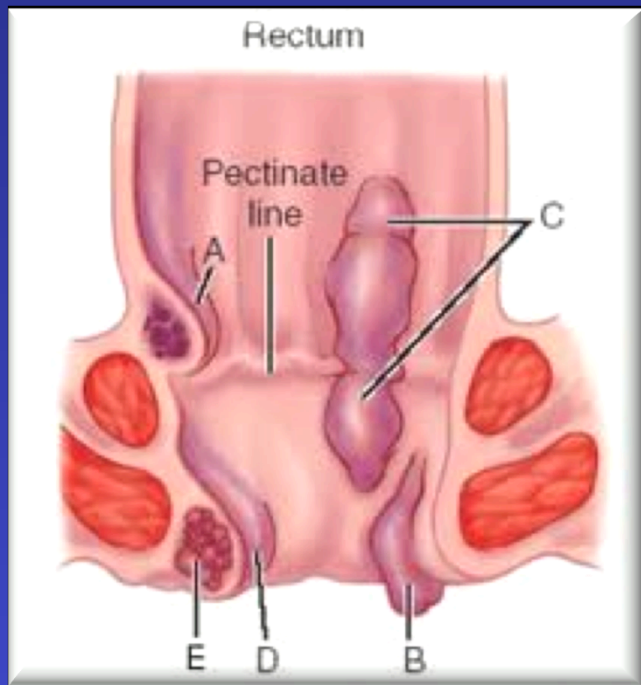
✘ Prolapso mucoso 2ario a la degeneración del tejido fibroelástico que forma parte del almohadillado vascular y de la transición de la mucosa a la submucosa → tratamientos tienden a disminuir el prolapso fijando la submucosa a la mucosa gracias al tejido cicatrizal.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011

HEMORROIDES

CLASIFICACIÓN

Internas: por encima de la línea pectínea
Externas: por debajo de ésta



Según la clínica:

- Grado I: sangrado
- Grado II: sangrado, prolapso y reducción espontánea
- Grado III: sangrado, prolapso y necesidad de reducción manual
- Grado IV: sangrado, prolapso e imposibilidad de reducción.

HEMORROIDES

PRINCIPIOS TECNICOS COMUNES

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Resecar tejido patológico

Preservar mucosa sana

Preservar “ puentes cutáneo mucosos”

Dejar mínimo lecho cruento

Hemostasia cuidadosa

Evitar lesionar esfínter interno, incluso por dilatación exagerada

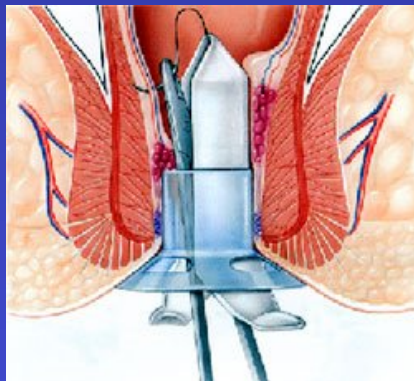
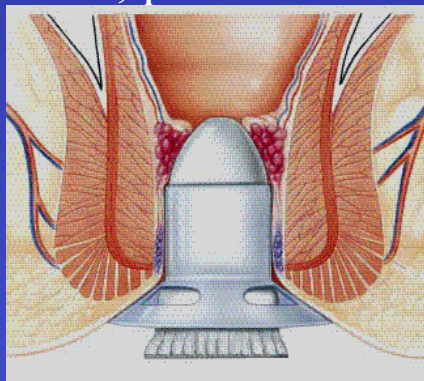
Ligaduras altas del pediculo a diferente altura para cada paquete

HEMORROIDES

TÉCNICAS CERRADA (grados 3 y 4):

- **Técnica clásica (Ferguson):** se cierra la herida con sutura continua para favorecer la cicatrización.
- **Téc. Submucosa de Park's:** elimina el pedículo vascular de cada nódulo hemorroidal y preserva la mucosa que será posteriormente reconstruida.
- **Anopexia o hemorroidopexia grapada o "Longo":** utilización de un dispositivo endoluminal de autosutura para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides, cuyo objetivo es la reducción del prolapso hemorroidal practicando la sección circular completa de un anillo de mucosa -submucosa rectal y anastomosis grapada de los bordes, permitiendo la preservación de la mucosa anal.

TÉCNICA QUIRÚRGICA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

HEMORROIDES

TÉCNICA QUIRÚRGICA

TÉCNICAS ABIERTAS:

- **Tec de Milligan-Morgan:** disección de la hemorroide y ligadura del pedículo vascular; herida se deja para cicatrizar al aire.

TÉCNICAS ADJUNTAS:

- Esfinterotomía
- Dilatación anal.

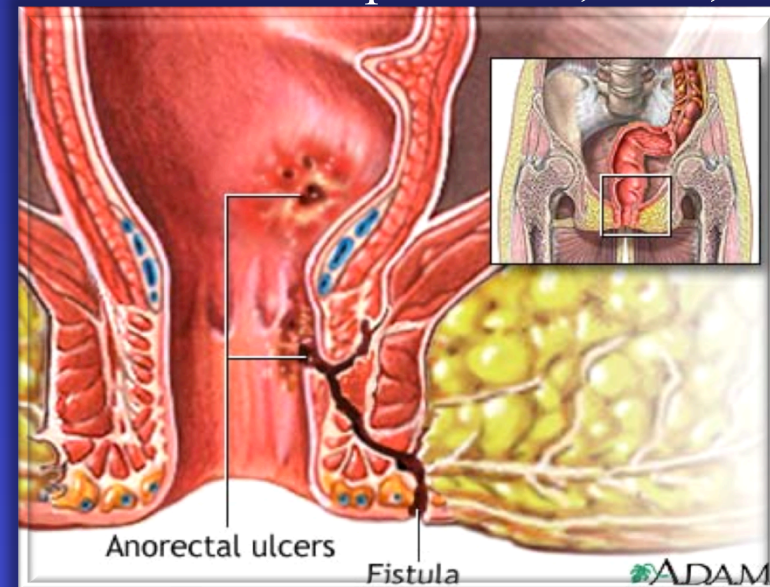
FÍSTULAS ANALES COMPLEJAS

CONCEPTO

- Conexión entre dos superficies epitelizadas: canal anal-piel.
- ETIOLOGÍA:
 - ➔ Infección de las glándulas anales (absceso) que utiliza vías de propagación adicionales (90%).
 - ➔ Un 10% son secundarias a traumatismos, enf. de Crohn, procesos inflamatorios de la cavidad peritoneal, TBC, neoplasias o RT.

✓ En general: orificio interno, orificio externo y trayecto de comunicación. Técnica quirúrgica sencilla.

✓ **Fístula compleja**: subjetivo. Diferente de las anteriores. Post-RT y EII.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

FÍSTULAS ANALES COMPLEJAS

TÉCNICA QUIRÚRGICA

FISTULOTOMÍA:

Incisión de los tejidos superficiales a la fístula de modo que se exteriorice el trayecto de ésta y se proceda en ocasiones a la sutura de su pared al plano cutáneo (marsupialización)

FISTULECTOMÍA:

Exéresis de todo el tracto de la fístula

- Posición: prono o “en navaja”.
- Tiempo quirúrgico: 10-30 min
- Complicaciones:
 - 10-20% Incontinencia anal
 - 10-30% Infección o recurrencia.

HIDROSADENITIS O ENF. DE VERNEUIL

CONCEPTO

- ✓ Infección crónica de las glándulas apocrinas.
- ✓ Pacientes jóvenes
- ✓ Ingles y axilas >> región perianal >> región suprapúbica >> región inframamaria >> pliegues abdominales.
- ✓ Enfermedad avanzada puede fistulizar e infectar otros tejidos → osteomielitis.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- ✓ El único tratamiento eficaz es la escisión quirúrgica del tejido apocrino afecto

CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA FECAL

CONCEPTO

- Edad bimodal:
 - ✧ 30-50 años en lesiones obstétricas, fistulotomía y en el traumatismo perianal
 - ✧ 60-80 años en neuropatía pudenda y atrofia del suelo pélvico.



➤ 1♂/4♀

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Si existe lesión anatómica del esfínter → **ESFÍNTEROPLASTIA.**
Técnica quirúrgica con buenos resultados.

Sin defecto anatómico → técnicas quirúrgicas con pobres resultados.

CIRUGÍA DEL PROLAPSO RECTAL

CONCEPTO

PROLAPSO RECTAL: Invaginación de la totalidad de la pared del recto bajo el canal anal.

➤ 1♂ / 4♀

➤ ETIOLOGÍA:

Descenso del tono muscular pélvico

Deficiencia genética en el sistema de soporte rectal

Neuropatía pudenda

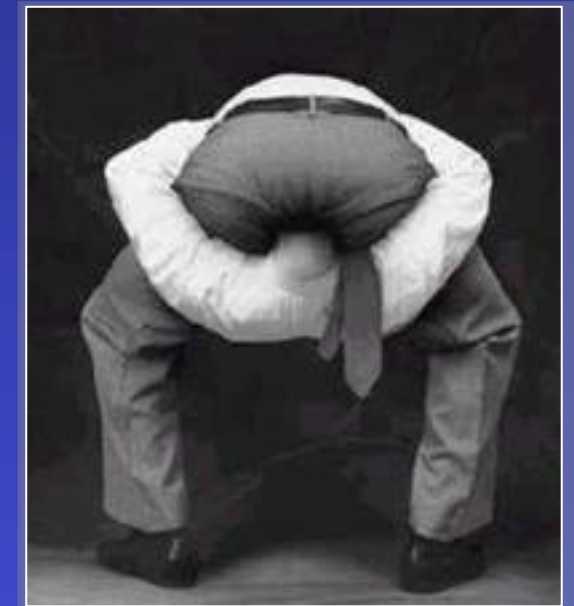
Estreñimiento crónico y Valsalva

Multiparidad

Mielomeningocele

Espina bífida

Fibrosis quística o diarrea aguda por parásitos en niños



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011

CIRUGÍA DEL PROLAPSO RECTAL

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Dos vías de abordaje:

❖ Abdominal:

RECTOPEXIA
RECTOPEXIA CON SIGMOIDECTOMÍA

Recurrencia 2-8%

❖ Perineal:

RECTOSIGMOIDECTOMÍA PERINEAL
TÉCNICA DE DELORME

Recurrencia 20-40%

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011

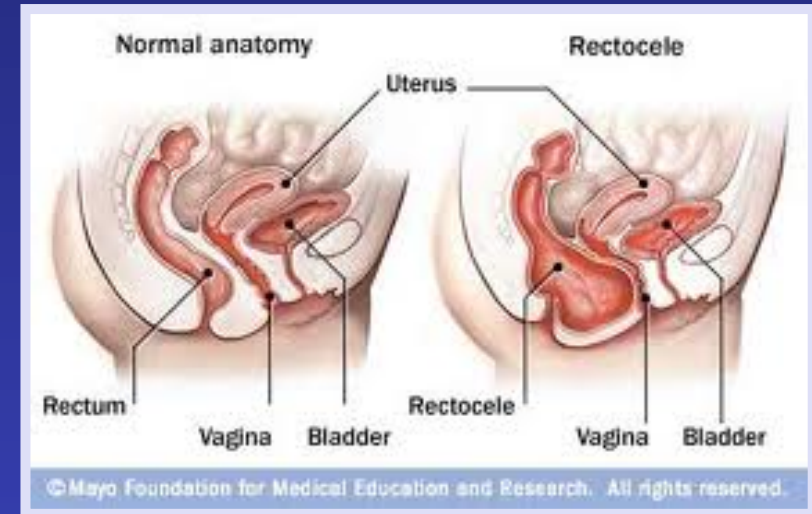


CIRUGÍA DEL RECTOCELE

CONCEPTO

RECTOCELE:

Resultado del prolapso de la pared anterior del recto a través de la pared posterior de la vagina.



- ✓ >1/5 de las mujeres. 40-80 años.
- ✓ Etiología: multiparidad, obesidad, tos crónica, cirugía pélvica previa +/- debilidad congénita del suelo de la pelvis.
- ✓ Presencia de una masa en la vagina durante la defecación que produce un vaciamiento incompleto de las heces.

CIRUGÍA DEL RECTOCELE

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Diferentes vías de abordaje:

Transvaginal: **COLPORRAFIA POSTERIOR**

Transperineal

Endoanal

Abdominal

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• PREOPERATORIO:

1. Régimen ambulatorio o cirugía con ingreso.
2. Visita preanestésica estándar: valoración estado general y en particular función respiratoria → posicionamiento quirúrgico.
3. Consejos nutricionales: añadir fibra a su alimentación o laxantes → estimular regular tránsito GI → reducción VAS postoperatorio.

Med J (Clin Res Ed). 1987 August 8; 295(6594): 363–364.

Effect of four days of preoperative lactulose on posthaemorrhoidectomy pain: results of placebo controlled trial.

N J London, P D Bramley, and R Windle

4. Metronidazol oral

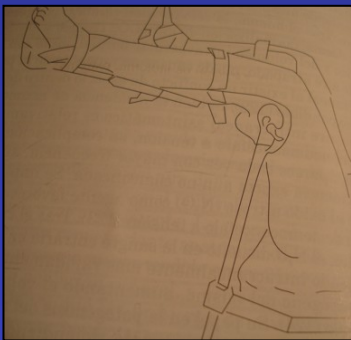
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

1. Monitorización estándar: ECG, pulsioximetría, PANI. Generalmente no suele ser necesaria monitorización invasiva.
2. Posicionamiento en mesa quirúrgica: litotomía o decúbito prono (Kraske o en “navaja sevillana”). El paciente se coloca él mismo.



CV: ↑ retorno venoso, estasis capilar y venoso → TVP
RESP: ↓ capacidad vital
SNM: evitar excesiva tracción ligamentosa, sd. compartimental, lesión n. periféricos:
❖ Obturador: obesos
❖ Femoral y safeno: excesiva flexión coxofemoral
❖ Peroneo: apoyo rodillas



CV: compresión aortica y cava
RESP: CRF y compliance
SNM: movimientos en bloque. Cabeza en posición neutra.
Protección ocular. Almohadillado apoyo MMSS, almohada a nivel torácico y pélvico.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

- **INTRAOPERATORIO:**

3. Tiempo quirúrgico: 30-90 min

4. Pérdida sanguínea estimada < 100 ml

5. Técnica anestésica:

Sedación +
infiltración con AL

Anestesia espinal

AG + infiltración
con AL o bloqueo
nervioso

Ninguna técnica ha demostrado ser superior a otra.
Se adecuará la técnica anestésica al procedimiento quirúrgico,
a las características del paciente y al régimen quirúrgico.

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Infiltración con AL

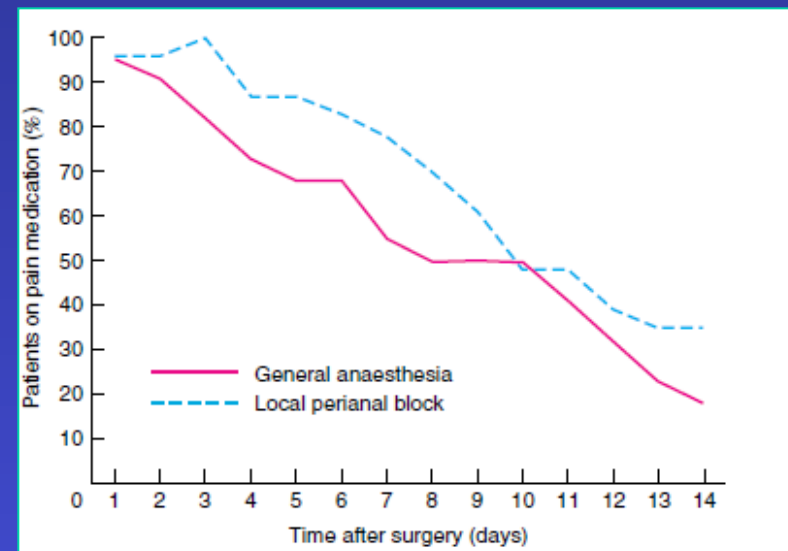
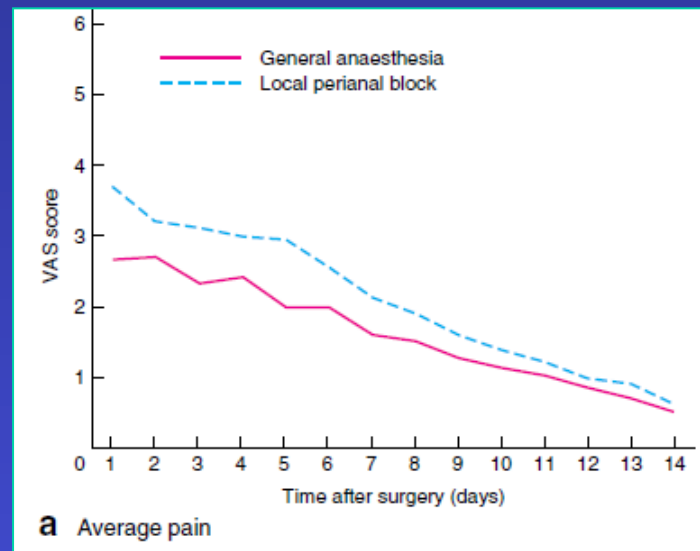
J Med Assoc Thai. 2009 Feb;92(2):195-7.

Perianal block for ambulatory hemorrhoidectomy, an easy technique for general surgeon. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

Br J Surg. 2008 Nov;95(11):1344-51.

Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy performed under local perianal block versus general anaesthesia.

Colorectal Surgery, Department of Surgery, Linköping University Hospital, Linköping, Sweden



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Infiltración con AL

J Med Assoc Thai. 2009 Feb;92(2):195-7.

Perianal block for ambulatory hemorrhoidectomy, an easy technique for general surgeon. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

Br J Surg. 2008 Nov;95(11):1344-51.

Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy performed under local perianal block versus general anaesthesia.

Colorectal Surgery, Department of Surgery, Linköping University Hospital, Linköping, Sweden

CONCLUSION:

Perianal local block is easy to apply with a high degree of acceptability among patients. Postoperative pain, restoration of anatomy and symptom resolution were similar to that of stapled haemorrhoidopexy performed under general anaesthesia.

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Anestesia espinal

Anestesia intradural:

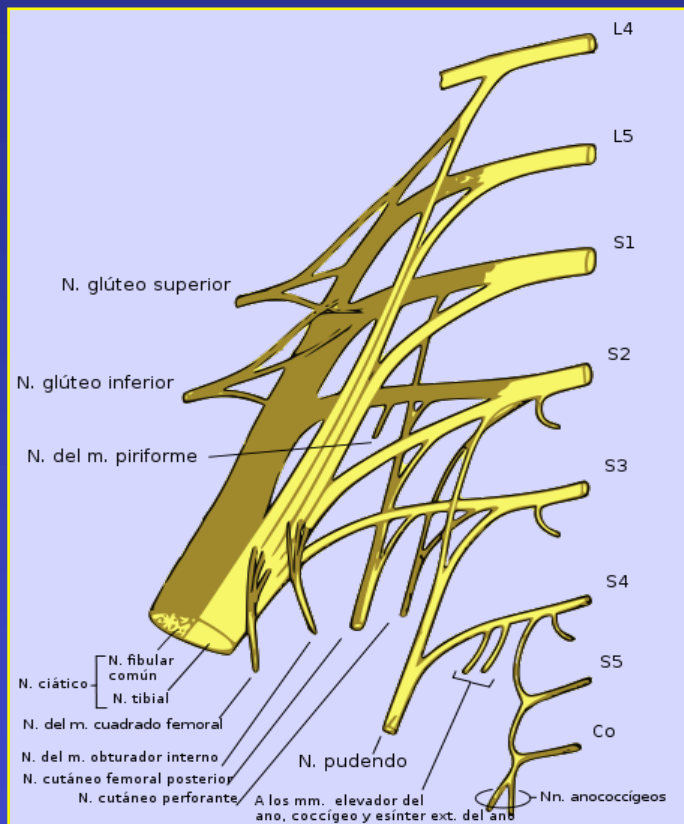
- Espacio L3-L4 o L4-L5
- Aguja 27G o 25G
- “Silla de montar”:
 - Bupivacaína hiperbara 0.5%: 5-7 ml +/- fentanilo
 - L-bupivacaína 0.5%: 5-7 ml (cirugía con ingreso)
 - Lidocaína 2%: 2ml + glucosa (máx.7%) → Sd. neurológico transitorio
- Sedestación dolorosa → almohada

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

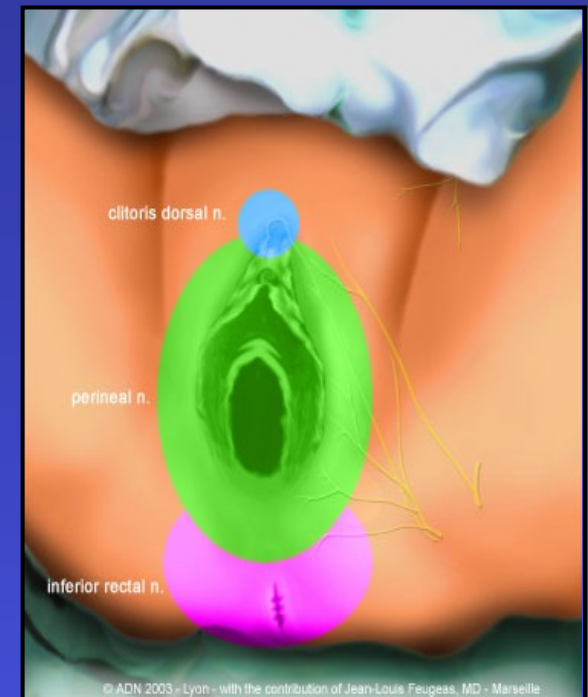
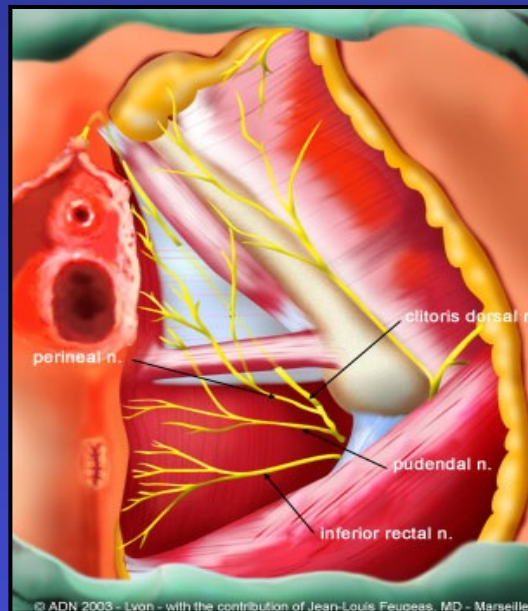
Bloqueo nervioso



Bloqueos nerviosos: inervación perineal por parte del n. pudendo.

Procede raíces S2-S4.

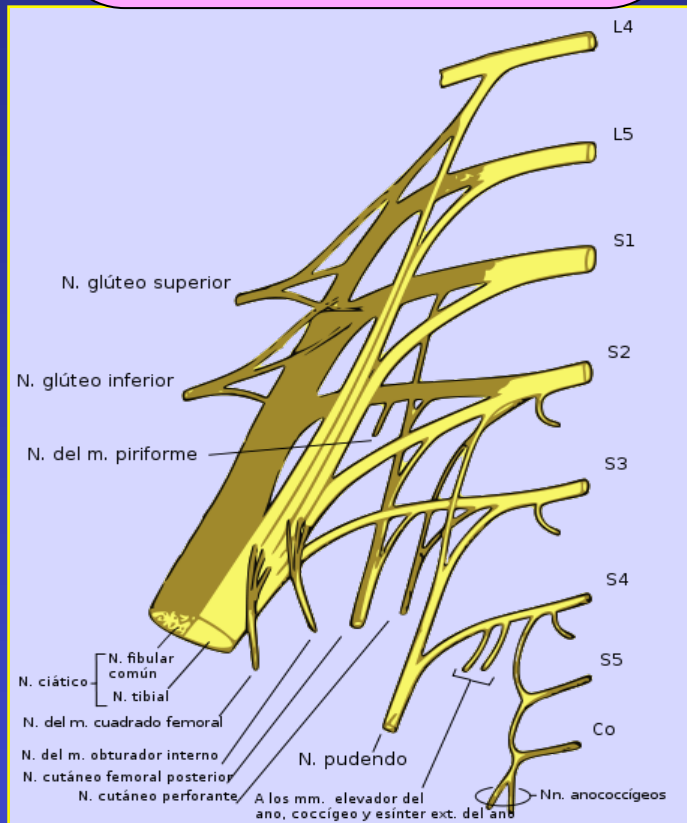
Tres ramas sentivo-motoras: hemorroidal inferior, n. perineal y n. dorsal del pene o clítoris.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

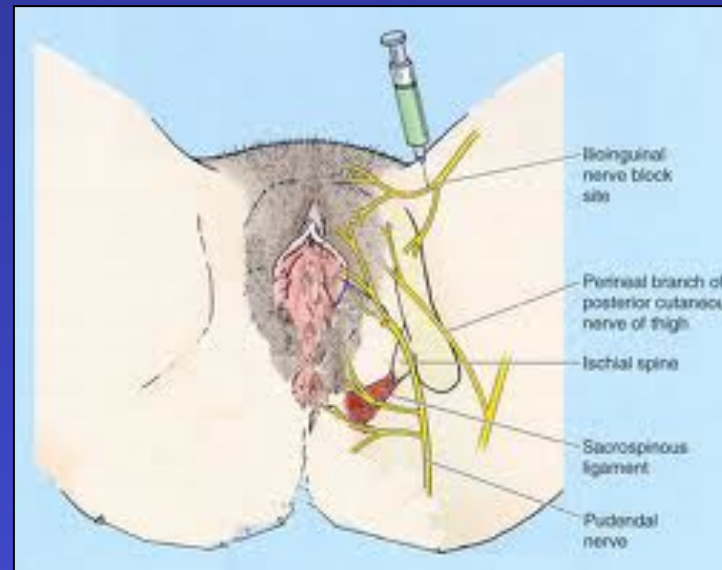
CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Bloqueo nervioso



Bloqueos nerviosos: inervación perineal por parte del n. pudendo.

La piel y las partes blandas de alrededor de las tuberosidades isquiáticas están inervadas por ramas del n. pudendo y ramas del n. cutáneo femoral posterior.



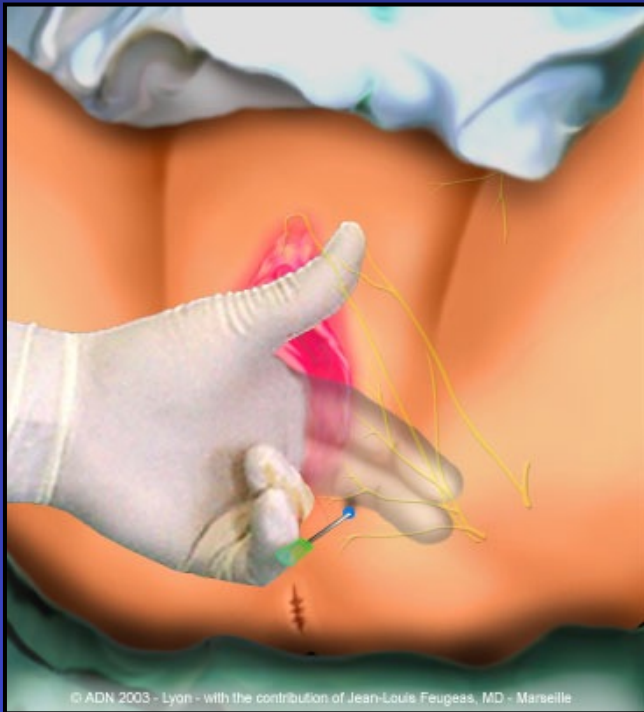
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

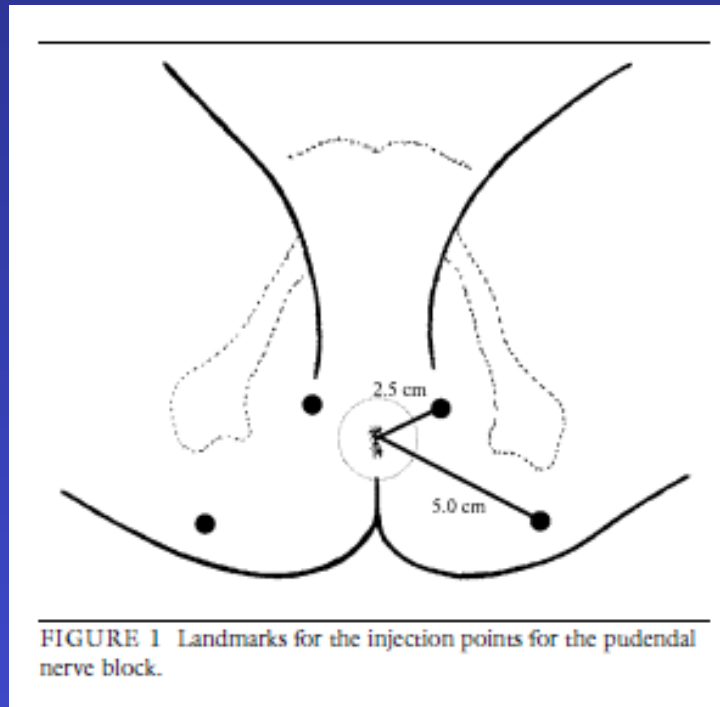
Bloqueo nervioso

Bloqueos nerviosos

Bloqueo del n. pudendo



Espina isquiática



10-15 ml de
anestésico local
cada lado

- Retención urinaria
- Estreñimiento

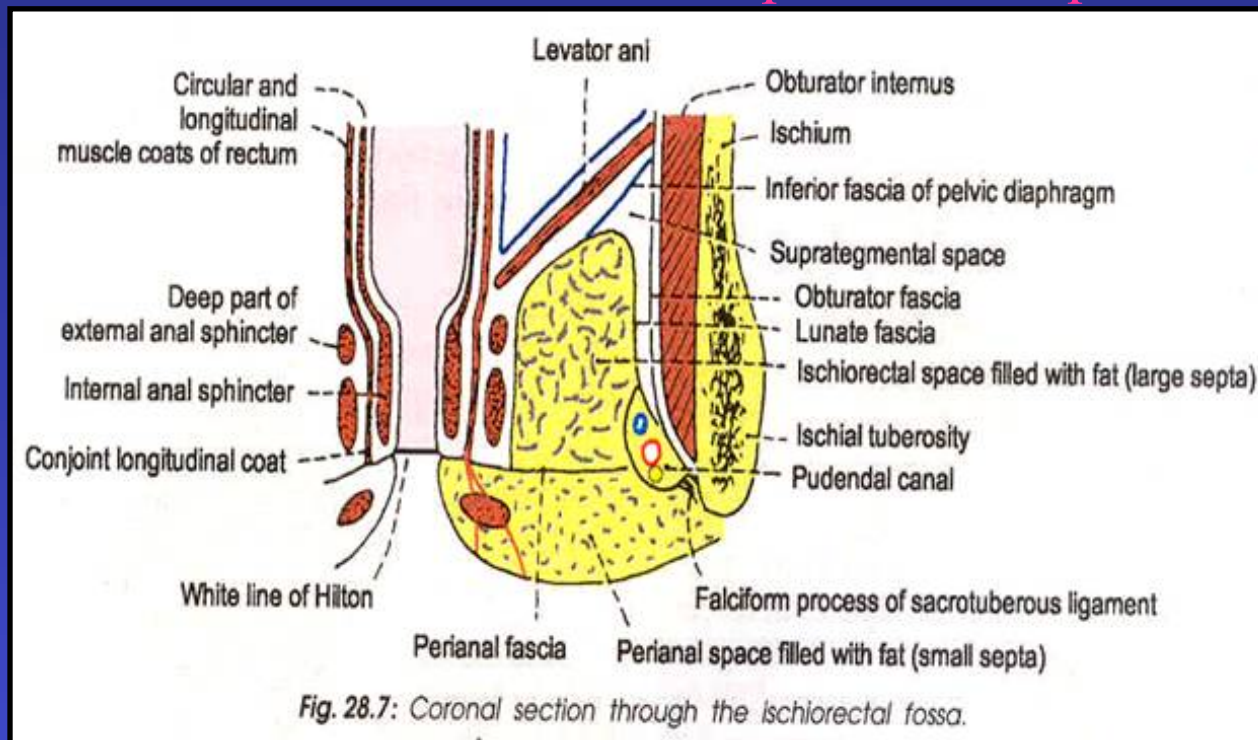
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Bloqueo nervioso

Bloqueos nerviosos

Bloqueo fosa isquiorrectal



10-15 ml de
anestésico local
cada lado

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Infiltración con AL o bloqueo nervioso

Br J Surg. 2010 Aug;97(8):1155-68.

Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery.

Joshi GP. Neugebauer EA. PROSPECT Collaboration

CONCLUSION:

Local anaesthetic infiltration, either as a sole technique or as an adjunct to general or regional anaesthesia, and combinations of analgesics (non-steroidal anti-inflammatory drugs, paracetamol and opiates) are recommended. If appropriate, a stapled operation may be preferable.

Preincisional perianal infiltration resulted in lower pain scores at rest and reduced rescue analgesic requirement in both studies ($P < 0.05$). In addition, one of the studies²⁴ also reported lower pain on coughing and on first bowel movement ($P < 0.05$).

Two studies^{14,56} investigated the effects of postoperative perianal local anaesthetic infiltration (bupivacaine) *versus* placebo, administered immediately after surgery, performed using spinal or general anaesthesia (Table S1, supporting information). In one study⁵⁶, there was no difference in pain scores between the local anaesthetic infiltration group and placebo; however, the time to first rescue analgesic was significantly longer ($P < 0.01$). The other study¹⁴ reported significantly higher pain scores in the local anaesthetic infiltration group on postoperative days 1 and 2 ($P < 0.05$), but not on day 3. In both studies, the need for rescue analgesics in the local anaesthetic infiltration groups was comparable to that in the placebo group.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Infiltración con AL o bloqueo nervioso

Br J Surg. 2010 Aug;97(8):1155-68.
Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery.
Joshi GP. Neugebauer EA. PROSPECT Collaboration

Regional Anesthesia and Pain

Nerve stimulator guided pudendal nerve block decreases posthemorrhoidectomy pain

[Le bloc du nerf honteux guidé par neurostimulation diminue la douleur posthémorroïdectomie]

In summary, in the present prospective, randomized controlled clinical trial the combination of GA and a PNB, using a mixture of local anesthetics, fentanyl and clonidine, was found to substantially reduce postoperative pain, consumption of analgesics, pain at first defecation and shorten the time to return to normal activities and work compared to GA alone or in combination with a PL. The use of a PNB was also associated with a very high overall patient satisfaction.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

Infiltración con AL o bloqueo nervioso

Br J Surg. 2010 Aug;97(8):1155-68.

Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery.

Joshi GP. Neugebauer EA. PROSPECT Collaboration

One of the main findings of this review is that the use of perianal local anaesthetic infiltration, either as sole anaesthetic/analgesic technique or as an adjunct to general or spinal anaesthesia techniques, provides significant postoperative pain relief (LoE 1). Therefore, long-acting local anaesthetic infiltration is recommended for all patients undergoing haemorrhoidal surgery (grade A). Although peripheral nerve blocks, such as perineal, pudendal and ischiorectal fossa blocks, have been shown to be beneficial as adjuncts to general or spinal anaesthesia (LoE 1), perianal local anaesthetic infiltration may be preferable because of the simplicity of administration (grade D, LoE 4).

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

AG

AG: estándar

- Premedicación: midazolam, dexametasona 4-8 mg
- Inducción: propofol, fentanilo o remifentanilo, +/- RNM.
 - ✎ Vía aérea: IOT o ML (posicionamiento)
 - ✎ Analgesia: opiáceos i.v., infiltración AL o bloqueo nervioso.
- Mantenimiento: TIVA o balanceada, analgesia local.
- AINE's

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

AG

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE
LA INSERCIÓN DE LA MÁSCARA LARÍNGEA
PROSEAL EN DECÚBITO PRONO**

R. García-Aguado, F. Tornero, M. Otero, R. Sanchís
Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

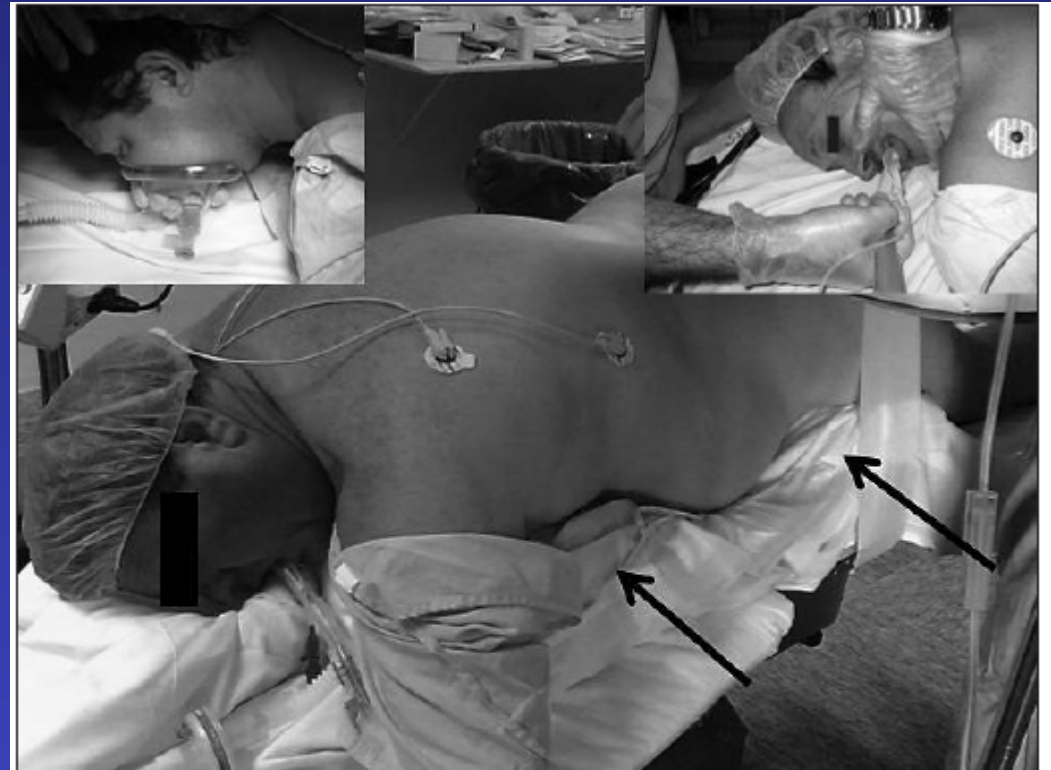


Fig. 1. La imagen del recuadro superior muestra la elevación de la cabeza respecto al plano de la mesa que permite los movimientos de flexo-extensión y rotación de la misma facilitando la ventilación facial. Las flechas negras señalan los dos almohadillados y como el abdomen queda libre. También se observa la angulación de la mesa con posición "en navaja". En el recuadro de la derecha se aprecia la técnica de inserción.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• POSOPERATORIO:

1. Régimen ambulatorio o cirugía con ingreso.

2. Complicaciones postoperatorias:

- Frecuencia 2-20%: excesivo dolor pese a tto oral, sangrado, retención urinaria, problemas en la defecación, retraso en la cicatrización.
- Frecuencia del 1-2%: fisura anal, absceso o fístula, estenosis anal o rectal, incontinencia anal.
- Muy infrecuente: Fournier o infección retroperitoneal.

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• POSOPERATORIO:

3. Dolor postoperatorio:

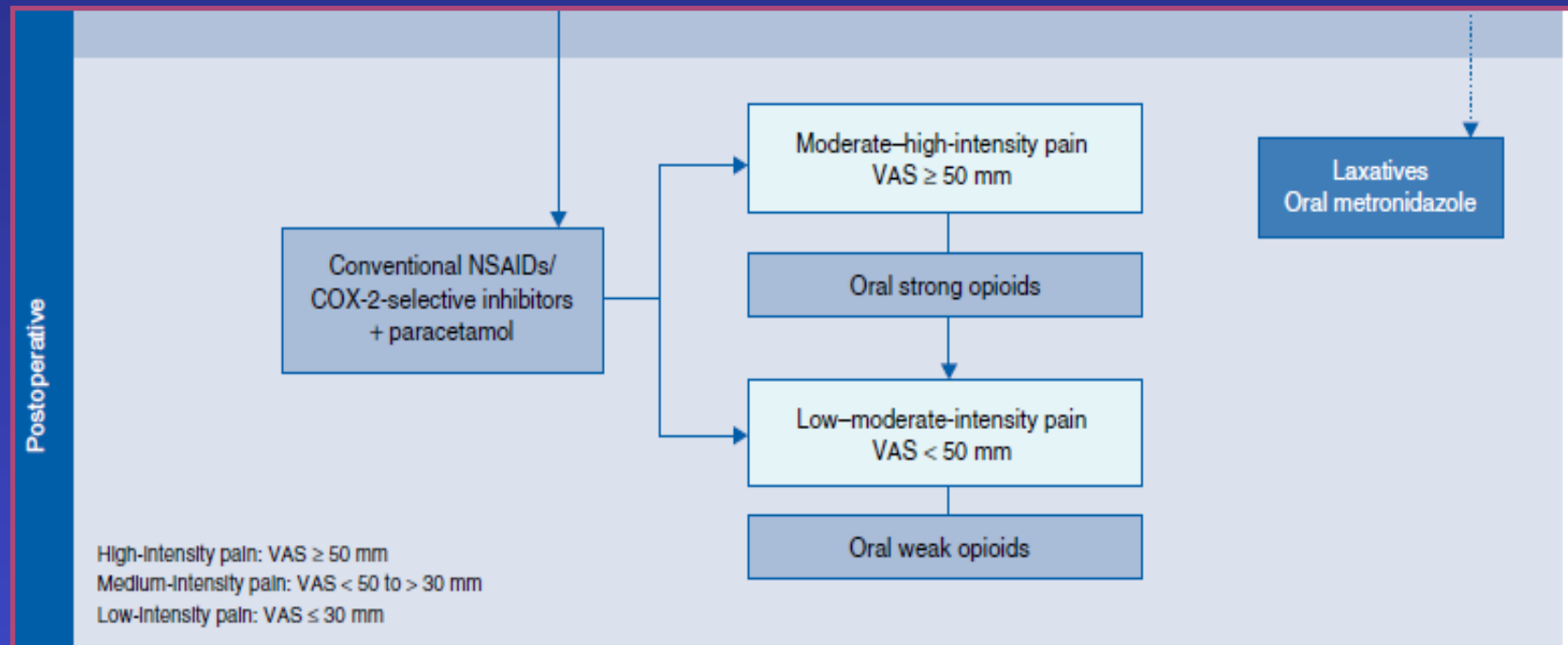


Fig. 3 Overall PROSPECT recommendations for pain management after haemorrhoidal surgery. LA, local anaesthetic; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; COX, cyclo-oxygenase; VAS, visual analogue scale

CIRUGÍA DEL APÉNDICE CECAL

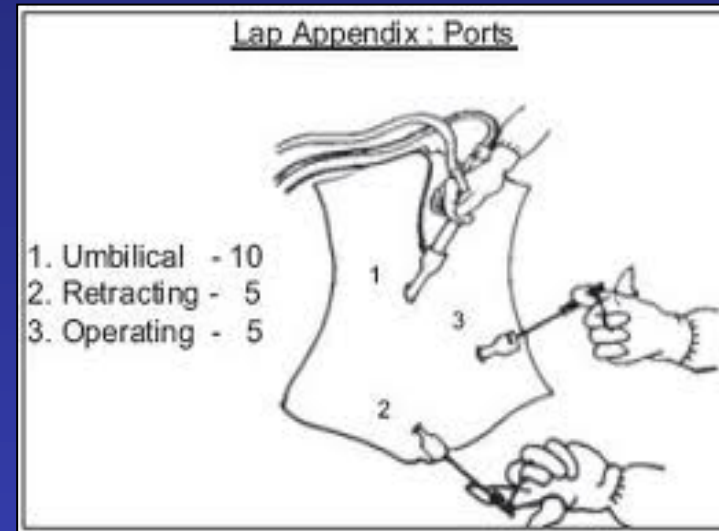
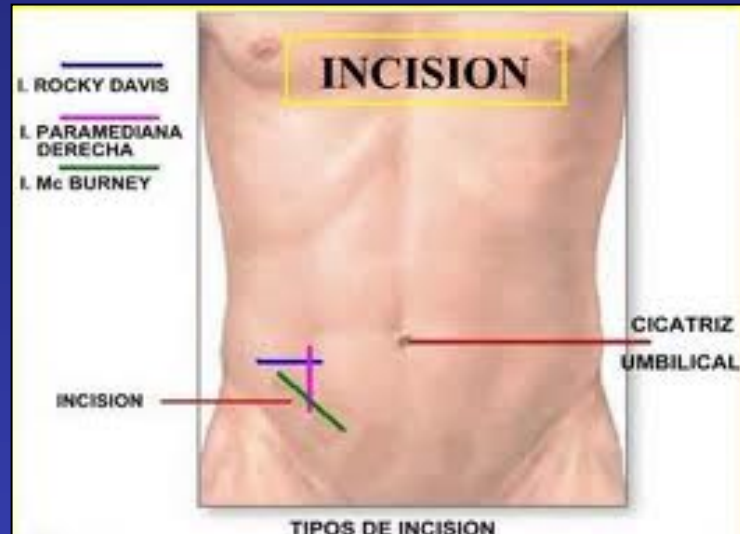
SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CIRUGÍA DEL APÉNDICE CECAL

Cirugía urgente:

TÉC. QUIRÚRGICA



Abierta

Laparoscópica

- Posición: decúbito supino +/- Trendelenburg
- Consideraciones especiales: SNG si se prevé un íleo prolongado.
- Profilaxis Atb.
- Tº quirúrgico: 1h // 60-120 min
- Pérdida sanguínea < 75ml

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• PREOPERATORIO:

1. Grupo de pacientes sano. Tomar precauciones de estómago lleno.
2. La apendicectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos no obstétricos más frecuentes en la gestante (aprox. 1/1.500 embarazos).
3. Presentan habitualmente fiebre, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Pueden presentar distensión abdominal e íleo paralítico.
4. Analíticamente:
Leucocitosis moderada con moderada desviación izquierda. Hemoconcentración si deshidratación. Alteraciones de la coagulación en enfermedad avanzada o paciente séptico.

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE: AG

1. Inducción de secuencia rápida:

Can J Anesth/J Can Anesth (2010) 57:330–336
DOI 10.1007/s12630-009-9260-1

REPORTS OF ORIGINAL INVESTIGATIONS

Rapid sequence induction for appendectomies: a retrospective case-review analysis

that RSI practice varies widely.⁶⁻⁸ In emergency abdominal surgery, there is evidence of increased risk of regurgitation and vomiting in the presence of bowel obstruction,^{9,10} but only a few cases of aspiration have been reported in the setting of appendectomies.^{9,10} There are no data on stomach contents in patients with acute appendicitis.

Although RSI is a widely accepted technique, it does have disadvantages and is associated with a few controversies. First, there are no studies demonstrating the effectiveness of RSI, with or without cricoid pressure.^{3,4} Second, cricoid pressure is a difficult technique to master.^{3,5}

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO: CIRUGÍA URGENTE

1. Inducción de secuencia rápida:

Can J Anesth/J Can Anesth (2010) 57:330–336
DOI 10.1007/s12630-009-9260-1

REPORTS OF ORIGINAL INVESTIGATIONS

Rapid sequence induction for appendectomies: a retrospective case-review analysis

Results *General anesthesia with tracheal intubation was used in 248 of 250 cases reviewed. The Mallampati airway evaluation, preoxygenation, and RSI were recorded as performed in 95, 94, and 81% of cases, respectively. Opioids, propofol, and neuromuscular blocking agents were given in 98, 98, and 99% of patients, respectively. Succinylcholine use was common (80%), with 96% of these patients receiving rocuronium precurarization. Difficult intubation with successful alternate technique was encountered in three patients (1.2%). Hypotension and hypertension occurred in 27% and 8% of patients, respectively. There were no documented cases of aspiration. Oxygen desaturation was mentioned in one case at induction and in three cases at emergence.*

In conclusion, while the evidence regarding the safety and efficacy of RSI for appendectomies is weak at best, the present study suggests that the incidence of airway complications associated with RSI does not appear to be greater than in the general population. Hemodynamic consequences are more frequent, but minor. Therefore, it seems reasonable to continue to apply RSI for appendectomies and perhaps for other procedures where a “full stomach” might be a consideration. There is no need to recommend a change in practice.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE:

1. **Inducción:** valorar anestesia regional : Bloqueo TAP
 - Cirugía abierta: unilateral



Results. Ultrasound-guided TAP block significantly reduced postoperative morphine consumption in the first 24 h [mean (SD) 28 (18) vs 50 (19) mg, $P < 0.002$]. Postoperative visual analogue scale pain scores were also reduced in the TAP block group soon after surgery [median (IQR) 4.5 (3–5.3) vs 8.5 (7.5–10), $P < 0.001$] and at 24 h [5.2 (4–6.2) vs 8 (7–8.5), $P < 0.001$]. There were no complications attributable to the TAP block.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011



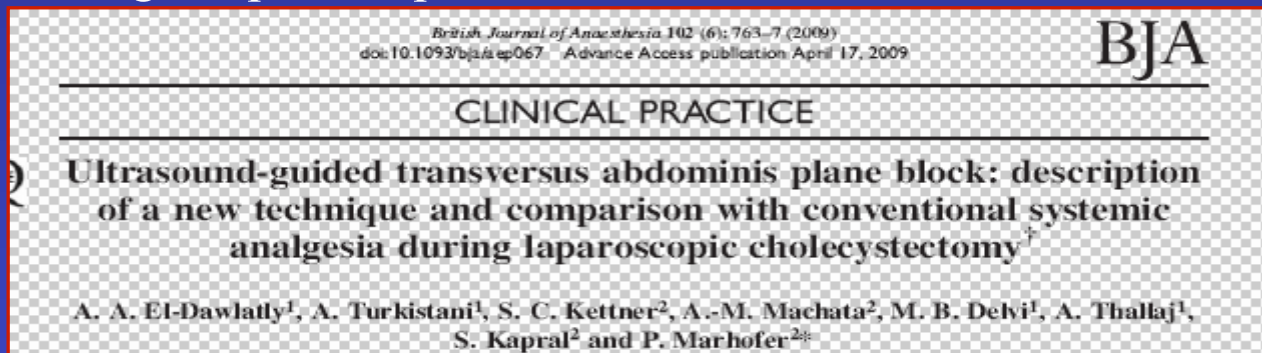
CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE:

1. Inducción: valorar anestesia regional : Bloqueo TAP

- Cirugía laparoscópica: bilateral



Conclusions. Ultrasonographic guidance enables exact placement of the local anaesthetic for TAP blocks. In patients undergoing laparoscopic cholecystectomy under standard general anaesthetic, ultrasound-guided TAP block substantially reduced the perioperative opioid consumption.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 28 de Junio de 2011



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE:

1. Inducción:

- Monitorización estándar: ECG, SatO₂, PANI
- Monitorización BIS y TOF
- Sonda urinaria si se prevé cirugía prolongada.



CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

• INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE:

2. **Mantenimiento:** TIVA vs anestesia balanceada

- Evitar hipotermia: manta de calor y calentador de fluidos.
- Adecuada reposición volémica.
- Adecuada cobertura Atb.

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

- **POSTOPERATORIO:**

- Prevención de NVPO

1. Analgesia:

- Infiltración herida quirúrgica o puertos laparoscópicos con AL de larga duración.
- Bloqueo TAP
- AINES, inhibidores selectivos COX-2, paracetamol, opioides (analgesia de rescate)

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS

- **POSTOPERATORIO:**

- 3. Complicaciones post quirúrgicas:

1. Sépsis (posible con rotura del apéndice)→ lavado salino+ adecuada cobertura antibiótica
2. Íleo paralítico
3. Atelectasias
4. Absceso intraabdominal.
5. Hematoma.

CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011



CIRUGÍA ENFERMEDAD DE CROHN

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Ostomías
- Estricturoplastias
- Resección intestinal con anastomosis
- Proctocolectomía total
- Colectomía parcial o segmentaria
- Cierre estoma o resolución hernia periestomal



GRACIAS !!

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 28 de Junio de 2011

