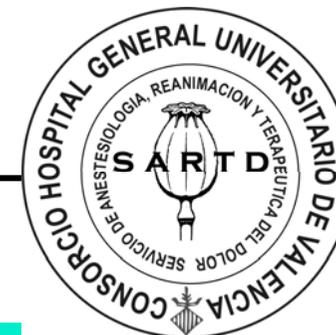




CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



PROTOCOLO ANESTESIA Y ANALGESIA CIRUGIA CANCER RECTO, POLIPOS RECTALES, ESTOMAS DIGESTIVOS Y CIRUGIA DEL ESTREÑIMIENTO

Dra. María Otero Pérez

Dra. Lourdes Alós Zaragoza

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

PÓLIPOS COLORECTALES

43% EN SIGMA. 8% EN RECTO

NEOPLÁSICOS

Epiteliales

Adenomas LOS MÁS FRECUENTES

Adenocarcinomas

Tumores carcinoides

No epiteliales

Lipomas

Leiomiomas

NO NEOPLÁSICOS

Hamartomas

Hiperplásicos

Inflamatorios

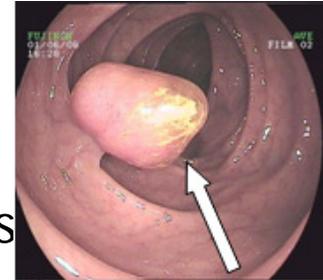


**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

Pólipos adenomatosos

- Únicos / Múltiples / Hereditarios

- **ANATÓMICAMENTE:** Sésiles o Pediculados



PÓLIPO DE COLON



CANCER DE COLON

- **HISTOLÓGICAMENTE:** Tubulares, Velloso o Tubulovellosos

El riesgo de malignización aumenta en función del tamaño del pólipo y la extensión del componente vellosos

Displásicos
Premalignos

Su resección disminuye la incidencia del cáncer de recto



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011

Pólipos adenomatosos

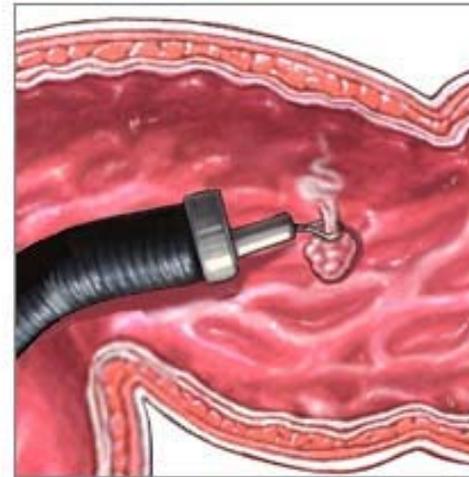
CLÍNICA

- La mayoría asintomáticos
- Sangrado (anemia +/- HDB)
- Alteraciones del ritmo intestinal
- Aumento producción de moco
- Dolor abdominal

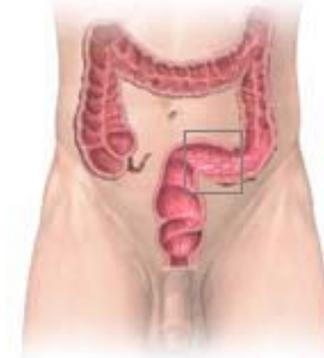
DIAGNÓSTICO

- Sangre oculta en heces
- Enema opaco
- Rectosigmoidoscopia

Colonoscopia → **PERMITE TTO!!** → Polipectomía con electrocauterio



Se extrae tejido del colon para examinarlo



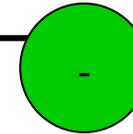
ADAM.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

Screening y seguimiento

>50 años → sg oculta en heces → Colonoscopia



Control en 10 años

NO ADENOMAS

Hiperplásicos: no control

ADENOMAS

Bajo riesgo (1-2, <1cm, tubulares y displasia de bajo grado)

Control 5-10 años

Alto riesgo (3-10, >1cm, Vellosos o displasia alto grado)

Control en 3 y 5 años
Si displasia de muy alto grado:
control cada 3 meses
Si resección incompleta: Cirugía

Alto riesgo (>10)

Control cada 3 años

Pólipos sesiles grandes con resección parcial

Control en 2-6 meses
Si resección incompleta: cirugía

CARCINOMA INVASIVO



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 5 de Julio de 2011

Screening y seguimiento

Carcinoma invasivo

Pólipo pediculado

Margen de resección libre

Carcinoma bien diferenciado

Ausencia invasión linfática o vascular



3-6 MESES : BIOPSIAS DE LA BASE

Pólipo sésil

Márgenes afectos

Carcinoma mal diferenciado

Invasión linfática o vascular



CIRUGÍA

LOS PÓLIPOS GRANDES O SESILES SON MÁS DIFÍCILES DE RESECAR



Screening y seguimiento

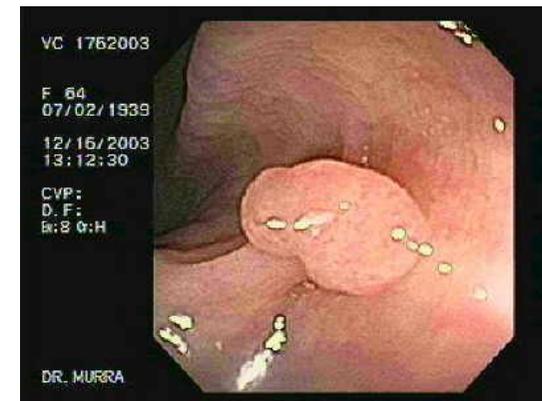
Si antecedentes familiares de 1º de neoplasia
colorrectal



SCREENING

>40años

10 años antes de la edad de debut del familiar



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

Preparación intestinal

COLONOSCOPIA: Necesaria para mejorar la visión

CIRUGÍA: Disminuye riesgo de infección??

Asegura la anastomosis??

Contraindicada si obstrucción/suboclusión

UTILIDAD
CONTROVERTIDA

- **Dieta sin residuos (pobre en fibras) 2-3 días previos**

- **Enemas**

Agentes de inducción de volumen u osmótico (polietilenglicol, manitol)

Agentes secretores o estimulantes (fosfato sódico, sen)

- **Lavados con povidona yodada**



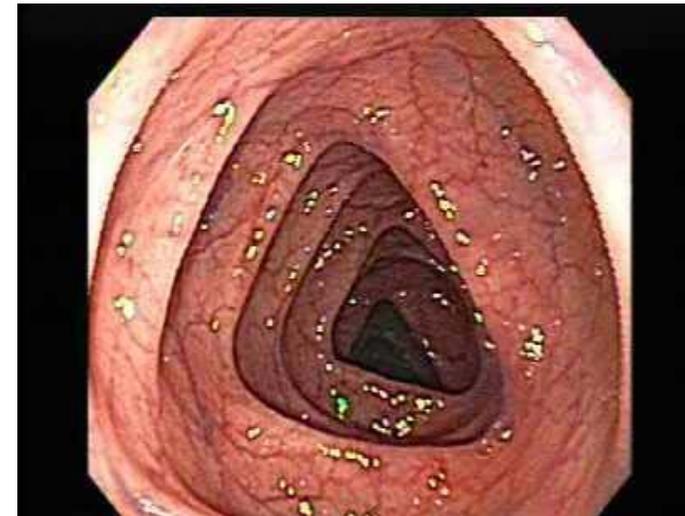
Preparación intestinal

CITRAFLEET (fosfato sódico)

- Hipopotasemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia (leve y transitoria)
- Deplección de volumen
- Contraindicado en I. Cardíaca Congestiva e I. Renal

MOVIPREP (Macrogol o Polietilenglicol)

- No absorción
- No altera el equilibrio hidroelectrolítico
- Mejor tolerancia: Indicado en ICC e IR



Anestesia fuera del área quirúrgica

COLONOSCOPIA → Decúbito lateral izquierdo

Dolor → Insuflación de gas
→ Avance de la sonda



PAPEL DEL ANESTESISTA EN LA COLONOSCOPIA

- Confort y analgesia al paciente durante el procedimiento
- Facilitar la técnica Inmovilidad del paciente
 Sedación (permite avance de la sonda)
- Asistencia en caso de complicaciones

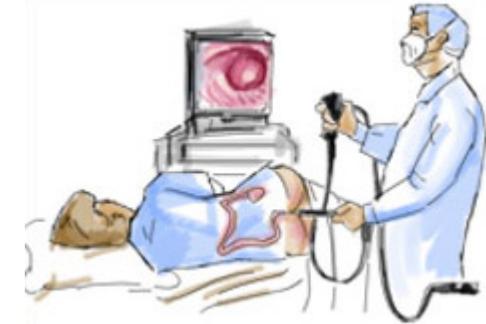
**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



Anestesia fuera del área quirúrgica

PREANESTESIA (Cuestionario)

SEDACIÓN PROFUNDA



FÁRMACOS **Dosis respuesta**

Atropina 0.01 mg/Kg/h

Midazolam 0.01-0.05 mg/Kg

Ondansetron 4mg

Pciv Remifentanilo 0.05-2 mcg/Kg/min

Pciv Propofol 0.5-1 mg/Kg/h

Ketamina

MONITORIZACIÓN

ECG

PANI

SpO2

EtCO2 (Ventilación espontánea)

BIS (60-80)



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Recto pélvico: ampolla rectal 12-15 cm.

Recto perineal: conducto anal 3-4 cm.

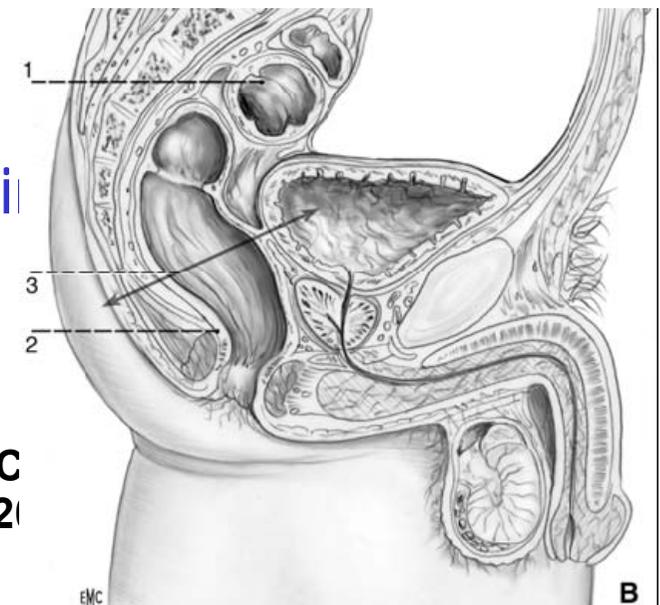
- Superior: a 10-15 cm: Intraperitoneal
- Medio: a 5-10 cm: Infraperitoneal
- Inferior: < 5 cm.

Inervado desde S2-S3

Arteria rectal superior rama mesentérica inferior

Arteria rectal inferior rama pudenda.

Vena rectal superior y venas presacras.



CANCER DE RECTO

Consideraciones preanestésicas

Edad: 5^o-9^o décadas. Hombre-Mujer: 1/1

Escasa repercusión estado nutricional

Corregir alteraciones biológicas

Anemia secundaria al sangrado

Definir localización ostomía

Consentimiento informado

Solicitar pruebas cruzadas

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Consideraciones preanestésicas

Profilaxis tromboembólica: Riesgo Moderado.

Indicación pacientes >40a sometidos a cirugía abdominal compleja que requiere inmovilización >48h.

Preparación mecánica

Cirugía contaminada per se: profilaxis AB

Augmentine 2 g IV. Si alergia Ciprofloxacino.

Aerobios y anaerobios
Antes de la cirugía
Toma única
Vía parenteral

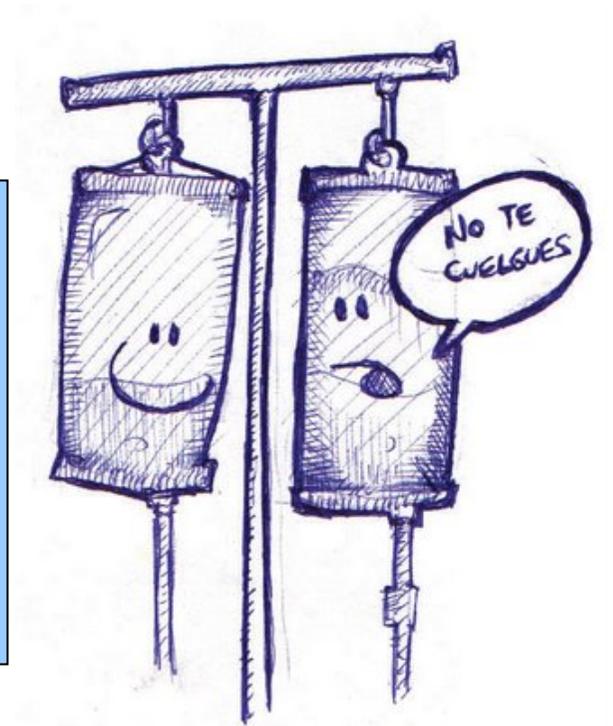


CANCER DE RECTO

Fluidoterapia

TENDENCIA A LA UTILIZACIÓN
DE UN RÉGIMEN RESTRICTIVO
reponer pérdidas durante la cirugía
balance neutro

USO DE MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA
NO INVASIVA PERMITE CONTROLAR ENTRADAS



- Disminuye íleo paralítico.
- Disminuye el riesgo de dehiscencia de sutura.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Colocación del paciente: **Proteger apoyo**

No olvidar N. ciático poplíteo externo

Perineal

Litotomía: cara posterior y lateral.

Prono : Cara anterior

Abdominal único

Decúbito supino con brazo drcho. pegado al cuerpo e izqdo. en apoyabrazos.

Abdominal + Perineal

Resección anterior baja

Amputación abdominoperineal

Abdominal + Perineal via lateral

Litotomía o Pseudolotomía

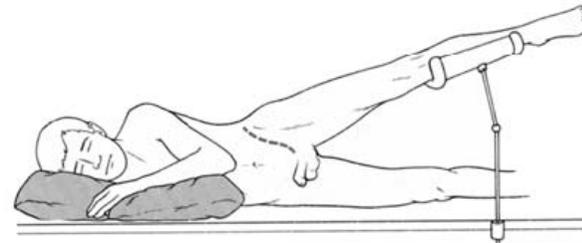
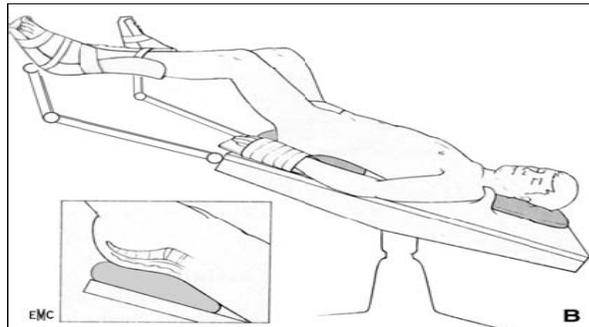
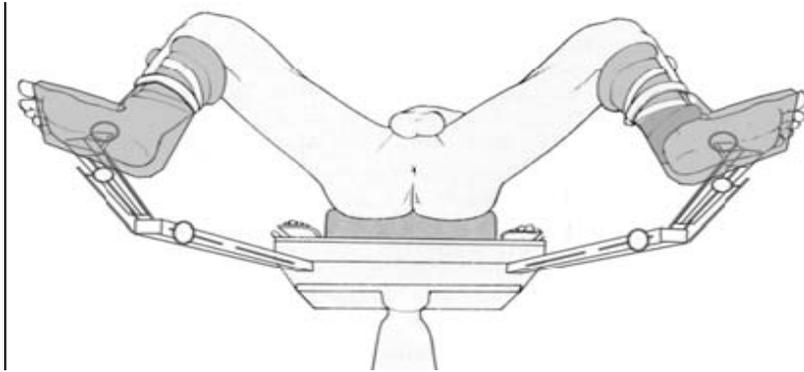
Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011



CANCER DE RECTO

Colocación del paciente: **Proteger apoyo**

No olvidar N. ciático poplíteo externo



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Colocación del paciente: **Proteger apoyo**

No olvidar N. ciático poplíteo externo

En paciente broncópatas (reserva inspiratoria disminuida)
evitar posturas en prono y flexión extrema.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Tratamiento quirúrgico

REGLAS EXERESIS ONCOLÓGICA:

Exéresis mesorrecto: invasión linfática.

- Recto superior: Subtotal.
- Recto medio e inferior: exéresis total mesorrecto.

Distancia recto y mesorrecto a resecaer debajo del tumor.

- Recto superior: sección 5 cm de recto y mesorrecto inferiores a la lesión.
- Recto medio e inferior: sección 2 cm de recto y todo el mesorrecto.

Conservar inervación pélvica reduce secuelas urinarias y sexuales.



CANCER DE RECTO

Elección técnica quirúrgica.

| | TEM | RESECCIÓN ANTERIOR BAJA | AAP |
|---|---|-------------------------|----------------------------------|
| LOCALIZACIÓN | 18 cm si posterior 12 cm si anterior | Porción alta | Conducto anal < 1 cm esfínter |
| EXTENSIÓN LOCORREGIONAL | Tis o T1 | > T2 | > T2 |
| ESTADO FUNCIONAL ESFINTER ANAL PARA ANASTOMOSIS | Adecuado | Adecuado | No adecuado |

RAB y AAP serán de inicio laparoscópicas salvo limitaciones.
En Varones y Obesos la cirugía abierta es más difícil.

**SARID-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Microcirugía endoscópica transanal.

Ha desplazado al abordaje endoanal.

Técnica de elección en T1.

En estudio para estadios más avanzados junto con terapia coadyuvante.

Instrumental

Rectoscopio con 4 canales de trabajo

Neumorrecto < 10 mmHg

Escasa repercusión HMD

Requerimientos

Curva aprendizaje prolongada

Selección adecuada de los pacientes

Conocer localización lesión

Limitaciones

Localización intraperitoneal de lesión

↑ riesgo si se localiza anterior o lateral

Saco de douglas bajo en mujeres

Tamaño

Complicaciones

Menores: sangrado postoperatorio

Mayores: Perforación



CANCER DE RECTO

Microcirugía endoscópica transanal.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

TEM: manejo anestésico

Intraoperatorio:

Monitorización básica: ECG, PANI, EtCO₂, SpO₂, Diuresis, Bis, TOF.

AG con RNM para permitir neumorrecto.

Analgesia: escasos requerimientos.

Posición según localización tumor: siempre en parte inferior rectoscopio.

Postoperatorio en URPO + sala:

No precisa AB. Sólo la dosis profiláctica.

Requerimientos analgésicos escasos: AINES + Paracetamol.

Iniciar dieta oral al día siguiente.

Litotomía si posterior
Decúbito prono si anterior
Decúbito lateral si lateral



CANCER DE RECTO

Resección anterior: consideraciones quirúrgicas

**Abordaje
laparoscópico**

**Elección anastomosis en función altura
del tumor:**

Exéresis alta : Anastomosis termino-terminal

Exéresis baja (vascularización precaria):

Anastomosis + Estoma de protección

Anastomosis + Colostomía definitiva

Laparotomía

**Estoma de protección: cierre entre 15 días- 3
meses postcirugía.**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Resección anterior: manejo anestésico

Abordaje laparoscópico

- Monitorización no invasiva.
- AG con RNM para permitir el neumoperitoneo.
- Analgesia multimodal postoperatoria:
PCA con morfina + AINES y Paracetamol.
- No precisa analgesia epidural.

Laparotomía

- Monitorización invasiva: PAI.
- Valorar acceso venoso central.
- Anestesia combinada: general + epidural.
- Analgesia multimodal postoperatoria:

Epidural + AINES + Paracetamol.

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Resección anterior: manejo anestésico

Original article

doi:10.1111/j.1463-1318.2009.01768.x

**Abordaje
laparoscópico**

The evolution of analgesia in an ‘accelerated’ recovery programme for resectional laparoscopic colorectal surgery with anastomosis

N. Zafar*, **R. Davies†**, **G. L. Greenslade†** and **A. R. Dixon***

Departments of *Colorectal Surgery, and †Anaesthesia, Frenchay Hospital, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

Received 9 April 2008; accepted 15 September 2008

Conclusion Laparoscopic surgery utilizing IV paracetamol and TAP blocks for postoperative analgesia aids safe effective ‘accelerated recovery’ in an unselected patient population undergoing right hemicolectomy and high anterior resection. Routine epidural anaesthesia is unnecessary for LCR. Morphine PCA is associated with delayed recovery.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Resección anterior: manejo anestésico

Laparotomía

Continuous Wound Infusion of Local Anesthetic for the Control of Pain After Elective Abdominal Colorectal Surgery

Adrian L. Polglase, F.R.A.C.S.,¹ Paul J. McMurrick, F.R.A.C.S.,¹
Paul J. B. Simpson, M.B.B.S., L.L.B.,¹ Roger J. Wale, F.R.A.C.S.,¹
Peter W. G. Carne, F.R.A.C.S.,¹ William Johnson, F.R.A.C.S.,¹ Justin Chee, M.B.B.S.,¹
Corrine W. Ooi, M.B.B.S.,¹ Jennifer W. D. Chong, M.B.B.S.,¹
Sally R. Kingsland, B.Sc.(Hons.),² Rachele Buchbinder, Ph.D.¹

¹ Department of Surgery, Cabrini Monash University, Cabrini Health, Malvern, Victoria, Australia

² Department of Human Services, Victorian Public Health Training Scheme, Clifton Hill, Victoria, Australia

CONCLUSIONS: Management of pain after major abdominal colorectal surgery is best achieved through adopting a multimodal approach to analgesia. Delivery of ropivacaine to midline laparotomy wounds *via* a Painbuster Soaker™ device is safe, but we have not demonstrated any significant clinical advantage over current best practice. [Key words:

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Consecuencias laparoscopia

Neumoperitoneo

HEMODINÁMICO:

- **↑ P. Intraabdominal**

INICIO: ↑ retorno venoso y precarga
POSTERIOR: ↑ RVP (+ RAA) y ↑ Postcarga
Dificulta retorno MMII y ↓ GC

- **↑ PIC**

- **↓ Perfusión renal : Oligoanuria**

Trendelemburg

HEMODINÁMICO:

↑ de retorno venoso
↑ Precarga, ↑ GC, ↑ PVC, ↑ PAM

RESPIRATORIO:

↓CRF y ↓ Compliance : **aumento presiones pulmonares.**

Alteraciones V/Q: aumento espacio muerto + Reabsorción de CO₂: **hipercapnia**

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Amputación abdominoperineal

Colocación: absceso abdominal y perineal

Abordaje laparoscópico

2 tiempos no simultáneos: precisa mover MMII

1. Acceso abdominal laparoscópico
2. Abordaje perineal abierto.
3. Hemostasia laparoscópica y construcción estoma.

Laparotomía

Trabajo simultáneo: tiempo perineal empieza cuando se disecciona la parte baja de la porción pélvica del recto.

- Menor tiempo quirúrgico.
- Permite verificar los planos de disección.
- Permite verificar la hemostasia.

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**



CANCER DE RECTO

Amputación abdominoperineal

Colocación: absceso abdominal y perineal

**Abordaje
laparoscópico**

Laparotomía

Manejo anestésico:

Monitorización invasiva PAI.

Valorar canalizar acceso venoso central.

Anestesia combinada General + Epidural.

Analgesia multimodal:

Epidural + AINEs + Paracetamol



CANCER DE RECTO

Complicaciones intraoperatorias

Traumatismo esplénico: movilización ángulo esplénico lesión de la cápsula esplénica.

- Control sangrado intraoperatorio (hemostasia, reparación, ligadura vascular)
- Tratamiento de soporte hemodinámico.
- Esplenectomía parcial o total en último recurso.

Hemorragia presacra

Control sangrado intraoperatorio
Balón de sengstaken-blakemore

Problema en la sutura

Comprobar estanqueidad anastomótica
Preferible realizar un estoma de protección

Lesión vía urinaria



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Analgesia postoperatoria

MULTIMODAL

Esencial para permitir movilización precoz

Disminuye tasa de complicaciones respiratorias

AINEs: gastrolesivos, aumentan riesgo hemorragia, empeoran insuficiencia renal, precaución en broncópatas.

PARACETAMOL: mayor seguridad.

PCA con morfina iv.

ANALGESIA EPIDURAL continua con baja concentración AL \pm opioides.



CANCER DE RECTO

Manejo postoperatorio

- Postoperatorio en URPO.
- SNG: No indicado para íleo postoperatorio inmediato.
No emplear de manera rutinaria.
- Reintroducción de la dieta: **CONTROVERSIA**
Actualmente iniciar tolerancia oral de manera precoz.
- Drenajes aspirativos pélvicos de manera rutinaria:
Evitar hematoma pélvico.



CANCER DE RECTO

Rehabilitación multimodal: FAST-TRACK

Medidas perioperatorias encaminadas a acelerar la recuperación de pacientes sometidos a este tipo de cirugía.

| Momento | Actuación |
|--------------------------|---|
| Antes del ingreso | Asesoramiento del paciente y su cuidador Información verbal y escrita |
| Día previo a la cirugía | Optimización nutricional y de comorbilidades previas Nutrición (dieta normal, bebidas nutricionales) No preparación mecánica intestinal (sí enema) No premedicación |
| Día de la intervención | Enema 2 h antes de la cirugía Anestesia epidural torácica con bupivacaína y fentanilo (T8-T9) <u>Fluidoterapia intraoperatoria estandarizada limitada</u> Cirugía mínimamente invasiva con incisiones transversas o curvas Retirada de la sonda nasogástrica al finalizar la intervención <u>Dos bebidas nutricionales el mismo día tras la intervención</u> |
| Cuidados postoperatorios | Paciente sentado 2 h en una silla el mismo día tras la cirugía <u>Analgesia epidural continua 48 h y paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos pautados</u> <u>Suspensión fluidoterapia intravenosa a la mañana siguiente de la cirugía</u> <u>Movilización más de 6 h diarias</u> Dieta líquida el día 1, dieta normal el día 2 |
| Alta hospitalaria | Retirada de sondaje vesical el día 1 si cirugía colónica, el día 3 si cirugía rectal Intención de alta el día 3 si resección colónica, el día 5 si resección rectal Provisión de teléfonos de contacto por si surge algún problema Llamada telefónica a las 24-48 h del alta para confirmar la evolución favorable Primera visita en consulta a las 2 semanas de la cirugía |



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

CANCER DE RECTO

Complicaciones postoperatorias

Obstrucción intestinal precoz

Adherencias, fármacos, alteraciones hidroelectrolíticas

Distensión abdominal o No tolera retirada SNG.

Manejo inicial conservador: aspiración nasogástrica y fluidoterapia

Fuga anastomótica

Mayor riesgo cuanto más inferior

5º-7º día postoperatorio

Puede ocasionar sepsis

Fluidoterapia + SNG + AB

Valoración quirúrgica

Deshiscencia pared abdominal

Poco frecuente

Defectos en el cierre

Cursa con íleo postoperatorio

Infección herida quirúrgica

Mejor tratamiento es la prevención:

ASEPSIA



CANCER DE RECTO

Tratamiento adyuvante

Tumores localmente avanzados:

- Adenopatías metastásicas en mesorrecto
- Estadios T3-T4



No aumenta supervivencia pero disminuye recidiva.

QT (5-FU iv o capicitavina v.o) + RT preoperatoria (5-6 semanas)
A las 6-8 semanas cirugía
Postoperatoriamente QT adyuvante



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

ESTOMAS DIGESTIVOS

En función de su finalidad:

TEMPORALES: 1- Existe patología distal a la construcción del estoma.
2- Prevenir complicaciones en fracasos de suturas.

DEFINITIVOS: 1- Tumor que obliga a reseca canal anal.
2- Enfermedad que afecta esfínteres.
3- El paciente no desea otra intervención.

En función de su morfología:

TERMINALES: El estoma es el final del aparato digestivo.

EN ASA: Suelen ser de protección. La misma asa continúa distalmente.

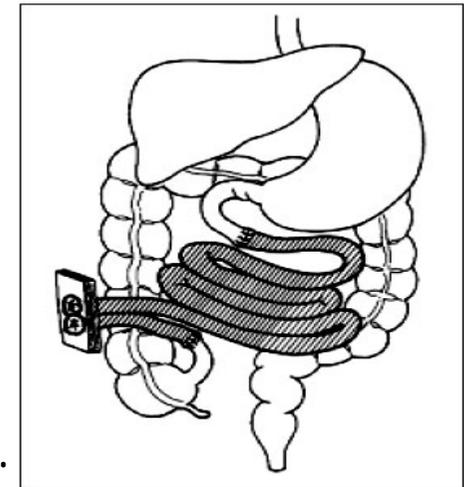


Figura 1.

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

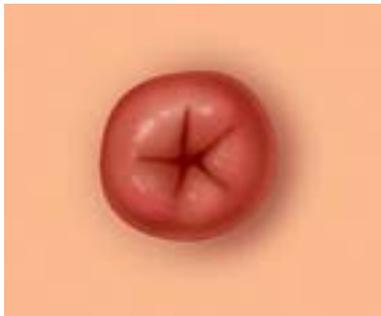


ESTOMAS DIGESTIVOS

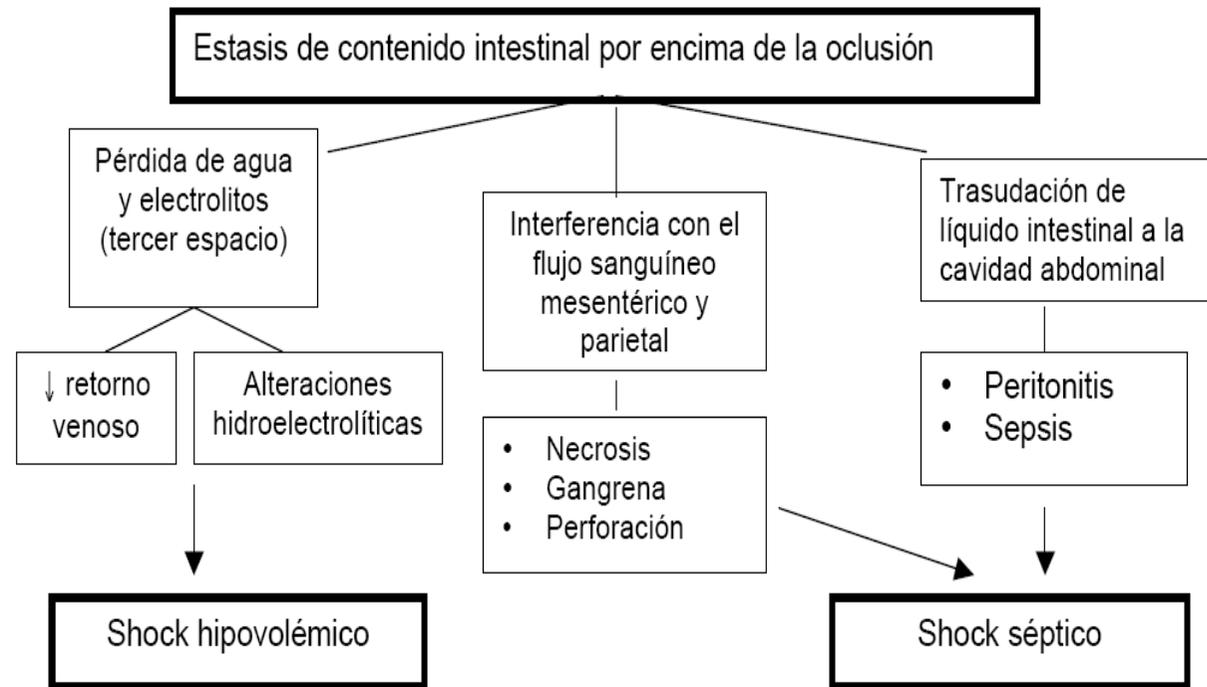
Confección del estoma

Cirugía programada

Cirugía urgente



Durante cirugía del procedimiento intestinal.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011



ESTOMAS DIGESTIVOS

Manejo anestésico cirugía urgente.

Preparación intestinal contraindicada.

Monitorización y fluidoterapia según estado general del paciente.

AG con IOT de secuencia rápida.

Succinilcolina 1-1.5 mg/kg
Rocuronio 1.2 mg/kg

SNG para vaciar contenido gástrico.

Antibioterapia precoz.

Analgesia: Epidural consigue recuperación más rápida motilidad intestinal

Contraindicada si sepsis o fracaso de la coagulación.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 5 de Julio de 2011



ESTOMAS DIGESTIVOS

Cierre del estoma

Cirugía programada entre los 15 días y los 3 meses.

No realizar si el paciente no lo desea.

Cierre del estoma en asa

Incisión circunferencial

Se separan extremo proximal y distal

- Se limpia el intestino
- Se reseca porción exteriorizada

Anastomosis

Cierre del estoma terminal

Incisión en línea media

Liberar estoma de pared

Identificar tramo distal no funcional

Anastomosis



ESTOMAS DIGESTIVOS

Consideraciones preanestésicas.

Mayor riesgo aspiración pulmonar.

Si EEI asociada pueden presentarse manifestaciones extraintestinales.

Visita preanestésica:

Respiratorio: - Si existe distensión abdominal disminuyen CRF y VT.
- Artritis asociada a EII limita movilidad cervical: IOT difícil.

Cardiovascular: Hipovolemia secundaria a baja ingesta.

Renal: Alteraciones electrolíticas por diarrea, vómitos.

Hematología: Hemoconcentración.



ESTOMAS DIGESTIVOS

Manejo intraoperatorio

Cierre del
estoma en asa

Monitorización estándar.

Si hipovolemia: reestablecer volumen intravascular.

AG con RNM.

Analgesia multimodal: **Opioides+AINEs+Paracetamol**

No requiere epidural. Valorar infiltrar herida.

Cierre del
estoma terminal

Monitorización estándar.

Reestablecer el volumen intravascular.

Anestesia combinada: epidural y general.

Analgesia multimodal:

Epidural torácica + Opioides + AINEs +Paracetamol



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

ESTOMAS DIGESTIVOS

Postoperatorio

Postoperatorio en URPO.

Iniciar tolerancia oral precoz.



COMPLICACIONES INMEDIATAS:

Necrosis: alteración en la vascularización.

Hemorragia: mala hemostasia o lesión de mucosa.

Infección o absceso parietal.

Hundimiento: suturas a tensión.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

ESTREÑIMIENTO

Causas múltiples:

1- Patología en colon.

2- Obstrucción a la salida

(recto-sigmoidocele, descenso periné)

3- Endocrinas y metabólicas:

DM, Alteraciones hidroelectrolíticas

4- Neurológicas

5- Secundarias a fármacos



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

ESTREÑIMIENTO

LA CIRUGÍA ESTA INDICADA SOLO EN CASOS MUY SELECCIONADOS DE ESTREÑIMIENTO CRONICO GRAVE.

- Clínica invalidante.
- Tratamiento médico previo.
- Identificar etiológica.
- Realizar estudios fisiológicos.



Individualizar tratamiento quirúrgico:

Colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal

Ileostomía en asa

Cecopexia: colocar y fijar el ciego en su posición adecuada.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**

Gracias



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 5 de Julio de 2011**