



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Cirugía Digestivo
PROTOCOLO DE ANESTESIA EN CIRUGÍA COLORRECTAL
AUTORES: Dr. Luis Hoyas, Dra. Alicia del Moral, Dra. Itziar de la Cruz

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS PARA LA CIRUGÍA COLORRECTAL

- **Cirugía anorrectal**
 - Hemorroides, fístulas anales complejas, hidrosadenitis o enfermedad de Verneuil, incontinencia fecal, prolapso rectal y rectocele.
- **Cirugía del apéndice cecal abierta o laparoscópica**

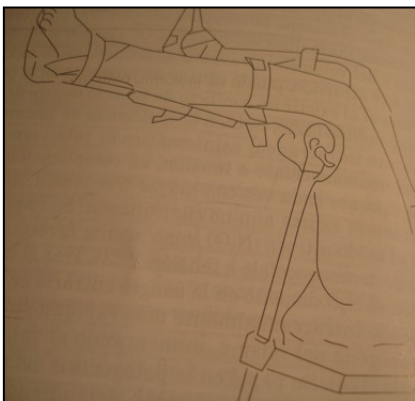
CIRUGÍA ANORRECTAL:

VALORACIÓN PREOPERATORIA:

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.
4. Metronidazol oral. Metronidazol tópico puede reducir el dolor después de la cirugía y el dolor con la defecación en el postoperatorio de hemorroidectomía.

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.

3. **Tiempo quirúrgico:** 30-90 min

4. **Pérdida sanguínea estimada** < 100 ml

5. **Técnica anestésica:**

- a- Sedación +infiltración con AL
- b- Anestesia espinal
- c- AG + infiltración con AL o bloqueo nervioso

Ninguna técnica ha demostrado ser superior a otra. En la literatura no se ha encontrado suficiente evidencia científica para recomendar una sobre la otra.

Se adecuará la técnica anestésica al procedimiento quirúrgico, a las características del paciente y al régimen quirúrgico.

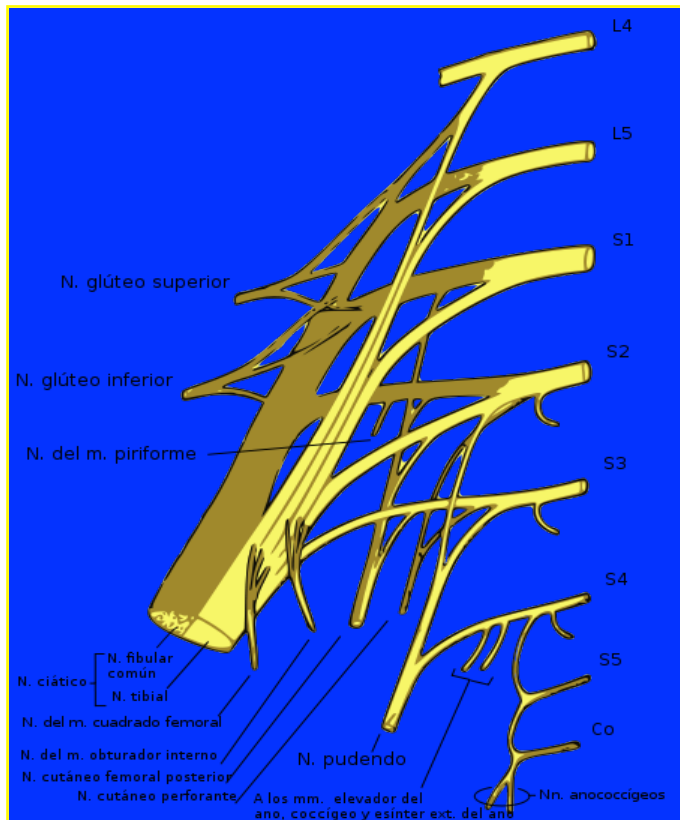
ANESTESIA ESPINAL:

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

BLOQUEO NERVIOSO:

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.

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.

Bloqueo del n. pudendo: 10-15 ml de anestésico local cada lado.

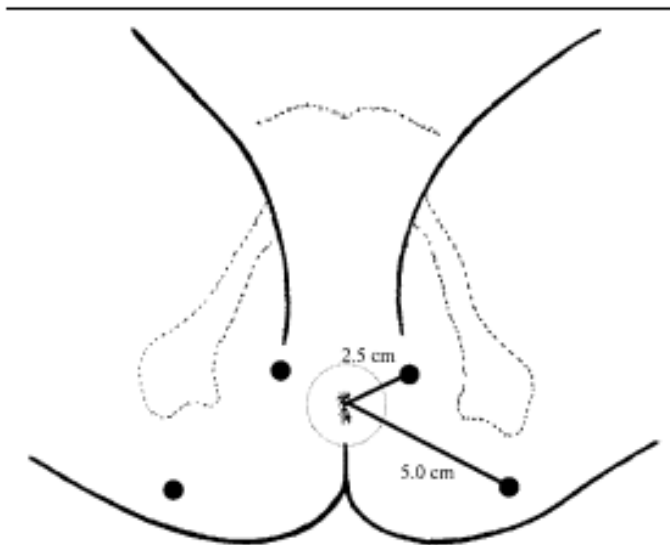
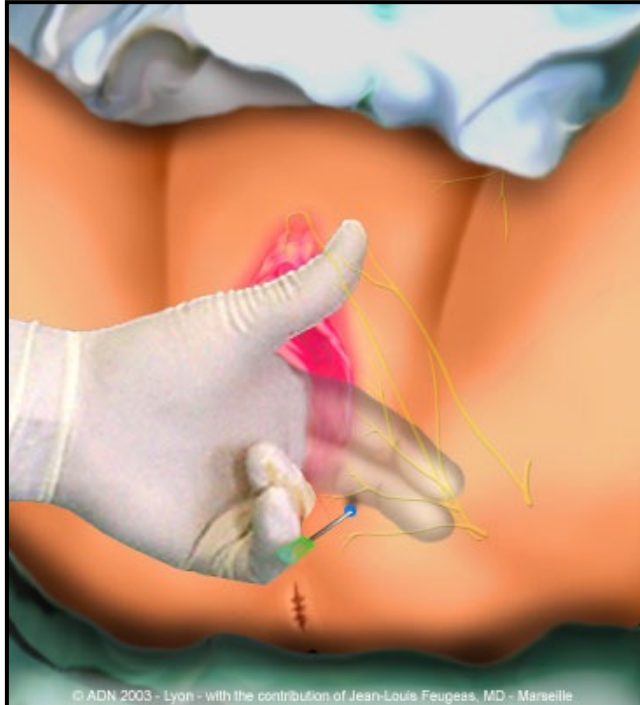


FIGURE 1 Landmarks for the injection points for the pudendal nerve block.

Localizacion lugar puncion :



Bloqueo fosa isquiorrectal: 10-15 ml de anestésico local a cada lado.

Fosa isquiorrectal o espacio pelvirrectal inferior: es una cavidad llena de grasa que rodea al conducto anal, con forma de barca invertida presenta dos paredes laterales: interna y externa; y un borde superior que une ambas paredes.

- pared súperinterna: plano muscular continuo: músculo elevador del ano + músculo isquiococcígeo + esfínter del ano + rafe anococcígeo.
- pared externa: músculo obturador interno + aponeurosis + paquete vasculonervioso pudiendo interno encerrado en el **conducto de Alcock**.
- pared inferior: tegumentos del periné (piel + celular subcutáneo + pániculo adiposo)
- cavidad atravesada por: nervio anal (n. hemorroidal) + arteria hemorroidal inferior y vena homónima.

La revisión de estudios que realiza el grupo Prospect concluye que la infiltración con AL tanto preincisional disminuye el VAS postoperatorio, la necesidad de analgesia de rescate y menor dolor con la tos y con la primera defecación. No así con la infiltración postincisional, que parece no mejorar los resultados con respecto a placebo.

ANESTESIA GENERAL:

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

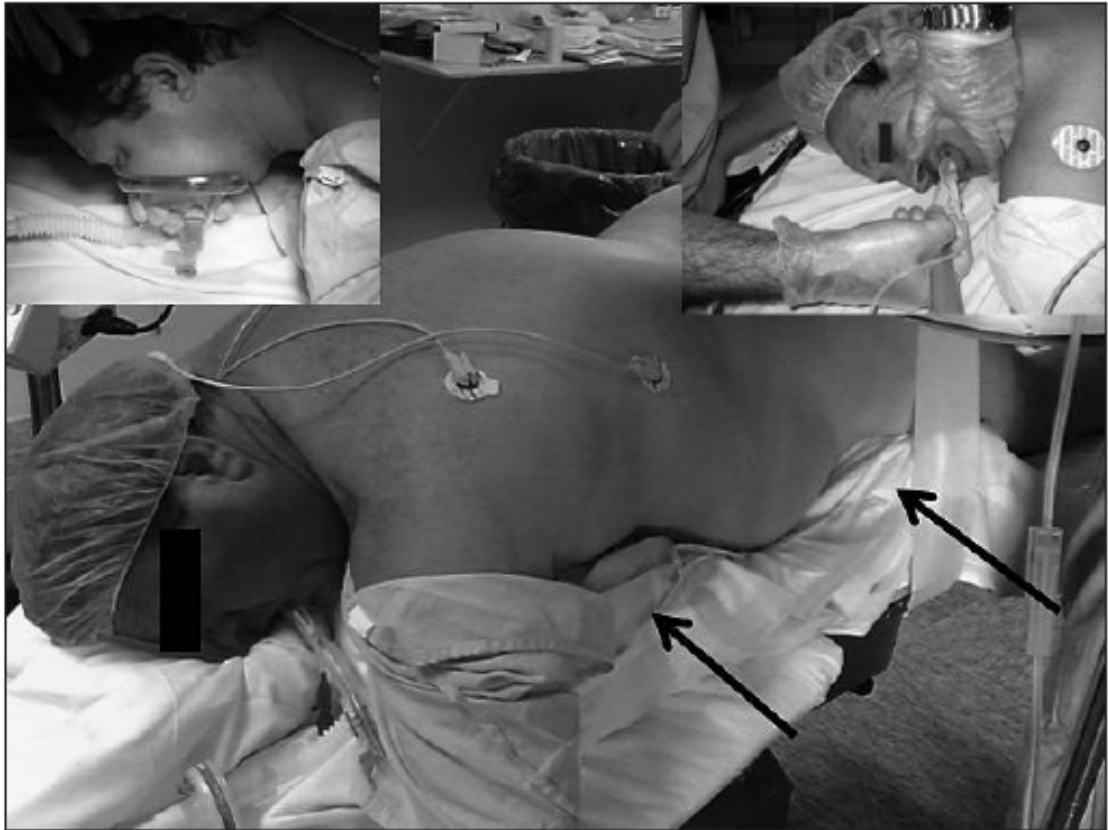


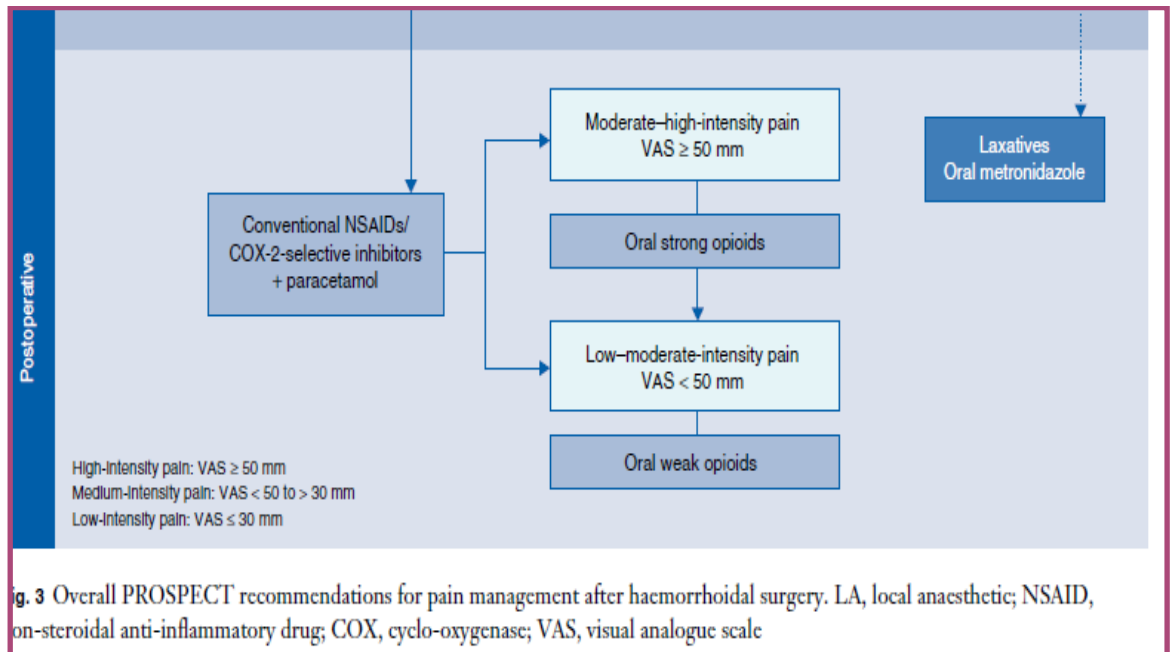
Fig. 1. La imagen del recuadro superior muestra la elevación de la cabeza respecto al plano de la mesa que permite los movimientos de flexo-extensión y rotación de la misma facilitando la ventilación facial. Las flechas negras señalan los dos almohadillados y como el abdomen queda libre. También se observa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

POSTOPERATORIO:

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

3. Dolor postoperatorio:



CIRUGÍA DEL APÉNDICE CECAL ABIERTA O 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

VALORACIÓN PREOPERATORIA:

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.

INTRAOPERATORIO:

CIRUGÍA URGENTE: ANESTESIA GENERAL

INDUCCIÓN

1. Inducción de secuencia rápida
2. valorar anestesia regional : Bloqueo TAP
3. Monitorización estándar: ECG, SatO2, PANI
4. Monitorización BIS y TOF
5. Sonda urinaria si se prevé cirugía prolongada.

MANTENIMIENTO

TIVA vs anestesia balanceada

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

POSTOPERATORIO:

. Prevención de NVPO

. Analgesia:

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

. 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.