



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Cirugía Digestivo

PROTOCOLO DE ANESTESIA PARA CIRUGÍA INTESTINO DELGADO
Dr.Francisco Gil Chaves , Dra.Irina Cobo del Prado Ciurlizza

Protocolización de técnicas anestésicas y analgésicas para la cirugía del intestino delgado

1- Resección del intestino delgado y anastomosis/ Estricturoplastia:

Preoperatorio: a tener en cuenta:

- GI:
 - Hipovolemia:
 - Ingesta inadecuada → anorexia de procesos crónicos, obstrucción intestinal.
 - Secuestro de fluidos en luz intestinal o en intersticio.
 - Vómitos/SNG: importantes pérdidas → cantidad y características del débito.
 - Diarrea: neoplasias, infecciones...
 - Fiebre: pérdidas insensibles.
 - Trastornos electrolíticos:
 - Alcalosis metabólica hipok si pérdidas importantes por SNG o emesis.
 - En diarreas y septicemia: acidosis metabólica.
- CV: Hipovolemia → ECG y cambios ortostáticos de los signos vitales:
 - ↑ frecuencia cardíaca y ↓ TA → hipovolemia moderada.
 - Taquicardia + hipotensión → hipovolemia severa.
 - Sequedad de mucosas, ↓ turgencia de la piel, ↓ T^a → baja perfusión tisular periférica por hipovolemia.
- Pacientes ↑ riesgo aspiración pulmonar:
 - Premedicación con antagonistas histaminérgicos H₂, antiácidos.
 - No utilizar metoclopramida en casos de obstrucción intestinal.
- Respiratorio:
 - I. Resp. consecuencia de la patología intraabdominal (ascitis, tumores extensos, sangre libre, distensión intestinal, dolor...).
 - ↓ CRF → ↑ gradiente alveolo-arterial e hipoxemia arterial.

- Valorar Rx y gasometría arterial.
- Renal:
 - I.R. en ancianos, patología crónica, hipovolémicos.
 - Valorar creatinina e iones.

Intraoperatorio:

- Monitorización estándar +/- vía arterial +/- PVC.
 - Valorar ↑ monitorización según estado del paciente (vigileo cardioQ).
- Sonda nasogástrica:
 - Calibre suficiente (16-14) para evacuar líquido de éstasis normalmente espeso.
 - Conectar a aspiración suave para evacuación + completa posible.
- Reposición hidroelectrolítica:
 - Canalización de vías venosas periféricas de gran calibre, vía venosa central.
 - Control de diuresis con S. vesical.
 - Reposición guiada por:
 - Estado hemodinámico del paciente: pulso, PVC/PA.
 - Débito por SNG/diuresis/sangrado.
 - Pruebas complementarias: inograma, hemograma.
- Técnica anestésica: A.G. con intubación orotraqueal, +/- epidural para analgesia postQx.
- Inducción:
 - I. secuencia rápida.
 - Paciente con signos clínicos de hipovolemia → reponer volumen previo a inducción y ajuste de dosis.
- Mantenimiento:
 - Anestesia balanceada.
 - Bloqueo neuromuscular guiado por respuesta a estimulación nerviosa.
- Analgesia: epidural/remifentanilo.
- Control de la Tª: importantes pérdidas de calor en intervenciones abiertas, calentador de líquidos y mantas de calor.

Postoperatorio:

- Complicaciones:
 - Sepsis.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Atelectasias.
 - Hipoxemia.

- Tto dolor con analgesia multimodal: AINEs + epidural.
- Corrección de trastornos hidroelectrolíticos y soporte de nutrición parenteral hasta reinstauración del tránsito intestinal.
- Control de débito y aspecto del líquido por SNG:
 - 500 ml/24h bilioso/claro → reinstauración del tránsito intestinal.
 - Débito >500 ml/24h estercoráceo o verduzco → íleo parálitico persistente o recidivante.

2- Yeyunostomía de alimentación

Preoperatorio:

- Población diversa: sano, EII, ACV, neoplasias...
- Sistema respiratorio:
 - Pacientes con ACV, TCE → pueden tener reflejos laríngeos anormales + dificultad para deglución → riesgo de aspiración del contenido gástrico y neumonitis asociada.
 - Pacientes con infección pulmonar: puede haber disminución de reserva pulmonar + hipoxemia.
 - Pruebas: Rx tórax (descartar neumonía), gasometría arterial.
- CV:
 - ↓ ingesta oral, desnutrición → hipovolemia.
 - Pruebas: ECG y cambios ortostáticos de signos vitales.
- Músculo-esquelético: hipotonía del paciente crónico.
- GI:
 - desnutrición, alt. hidroelectrolíticas.
 - Pruebas: electrolitos y creatinina.

Intraoperatorio:

- Suele realizarse en el ámbito de CMA con anestesia local y sedación (Propofol y Remifentanilo).
- Premedicación: según estado del paciente. Titular pequeñas dosis de BZD u opiodes. Valorar anti-H2 y metoclopramida.
- Monitorización estándar.
- Necesidades de sangre y fluidos:

Postoperatorio:

- Complicaciones: atelectasias, aspiración, hipoxemia, hipercapnia, diarrea y obstrucción de la sonda yeyunal.
- Cuidados:
 - Tipo de alimentación: condiciones de osmolaridad, T^a y contaminación bacteriana. Si no se cumplen → cuadros de intolerancia con diarrea.
 - Limpieza de sonda yeyunal tras administración de medicación con 10/20cc de agua. Si bomba continua → limpiar 2 veces/día.

3- Diverticulotomía

Preoperatorio:

- Respiratorio:
 - Deterioro respiratorio por dolor abdominal, abdomen en tabla (taquipnea, hiperventilación).
 - Paciente con abdomen agudo → estómago lleno.
- CV:
 - Deshidratación: fiebre, vómitos, disminución ingesta oral.
 - HTA y taquicardia 2ª al dolor.
 - ↓ PA por sepsis e hipovolemia.
 - Hidratación adecuada previa a inducción anestésica.
- GI: Náuseas y vómitos: frecuente alteración hidroelectrolítica.
- Pruebas complementarias: ECG, Rx tórax y analítica con Hg, Bq y coagulación.
- Premedicación:
 - Ranitidina 50mg i.v. 60min antes de la QX
 - Metoclopramida 10mg i.v. 30min antes de la inducción (contraindicada si obstrucción intestinal).

Intraoperatorio:

- Monitorización estándar:
 - FC, SatO₂, PANI, ETCO₂, T^a si Qx larga (esofágica/vesical) y monitorización TOF, BIS.
 - Valorar monitorización invasiva según condiciones del paciente.
- Preinducción: Midazolam 1-2mg.
- Inducción de secuencia rápida:
 - Reposición volemia previa si signos de hipovolemia.
 - Preoxigenación ≥ 3 min.
 - Maniobra de Sellick.
 - Propofol y succinilcolina 1.5 mg/kg, o Rocuronio 1.2 mg/kg.
- Mantenimiento:
 - Anestesia balanceada/TIVA.
 - Analgesia intraoperatoria: Fentanilo 1-2mcg/Kg según estimulación quirúrgica/Remifentanilo 0.05 -2mcg/Kg/min.
 - Relajación con RNMND intermitente.
 - Fluidoterapia: normovolemia

Postoperatorio:

- Complicaciones: Sepsis, íleo paralítico y atelectasias.
- Control de dolor postoperatorio: analgesia multimodal.