



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-300 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL BLOQUEO NERVIOSO SELECTIVO EN LA PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Díez Núñez, C.M. Pérez Alberca, V. Vega Ruiz, J.E. Falckenheimer Soria, A. Moreno Arciniegas, J. González Outon y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico de la patología de la pared abdominal en régimen de CMA mediante el empleo del Bloqueo Nervioso Selectivo (BNS) frente a otras técnicas anestésicas en una unidad integrada de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital General de Especialidades.

**Métodos:** Durante el periodo comprendido entre los meses de abril 2009-diciembre 2013 fueron intervenidos un total de 557 pacientes con patología de la pared abdominal en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real (HUPR). Las patologías intervenidas fueron las siguientes: hernia inguinal 401, hernia crural 9, hernia umbilical 132, hernia epigástrica 10 y 5 inguinodinias. Las técnicas anestésicas empleadas fueron las siguientes: BNS + mascarilla laríngea (ML) 112 pacientes (20,11%); BNS + sedación 316 pacientes (56,73%); bloqueo intradural 129 pacientes (23,16%). En las hernias inguinales se realizó BNS de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal y genitocrural. En las hernias de la línea media se realizó bloqueo anterior rectal y TAP. Los criterios de inclusión fueron los sociales de CMA y anestésicos ASA I-III compensado. Todos los bloqueos nerviosos fueron realizados por el cirujano, empleando mepivacaína (1-2%) + bupivacaína (0,25-0,50% sin vasoconstrictor), aguja retrobulbar 25 G de 45 mm y técnica anestésica según el Capítulo 29 de la Guía Clínica Pared Abdominal (2<sup>a</sup> edición) de la AEC. Para el Bloqueo TAP se realizó apoyo ultrasonográfico de forma habitual. Tras el periodo operatorio, todos los pacientes intervenidos mediante local + sedación pasaron directamente a sillón sin pasar a cama de URP.

**Resultados:** El alta se produjo en las siguientes 3-5h en la práctica totalidad de los pacientes intervenidos por bloqueo a diferencia de los intervenidos con bloqueo intradural raquídeo que requirieron un periodo superior a 8h en su mayoría. El equipo multidisciplinar realizó control telefónico al día siguiente y revisiones posteriores por cirujano de referencia. No hubo reingresos en pacientes intervenidos con bloqueo. Hubo 5 reingresos en pacientes con anestesia raquídea (dos cefaleas y tres retenciones urinarias con necesidad de sondaje). Ha habido cuatro casos de hematoma escrotal que no precisaron drenaje quirúrgico. El índice de satisfacción paciente fue superior al 85% en técnicas de bloqueo (encuesta escrita).

**Conclusiones:** El uso de bloqueo anestésico selectivo con sedación en régimen de CMA y alta es seguro, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción en los pacientes. Conlleva a una estancia postoperatoria mínima y una reducción en la tasa de morbilidad. Abogamos por su uso prioritario frente a la anestesia con bloqueo intradural en pared abdominal en CMA.