



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-346 - Evaluación del restablecimiento de la función intestinal en cirugía colorrectal con analgesia a través de catéter epidural. Revisión de nuestra experiencia

González Benjumea, Paz; Morales Martín, Germán; Perea Sánchez, María José; Martín García de Arboleya, Rocío; Cisneros Cabello, Nieves; Tejada Gómez, Antonio; Espinosa Guzmán, Eduardo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: El íleo paralítico contribuye al dolor postoperatorio, por lo que la reducción de éste puede facilitar la ingesta oral y mejorar la capacidad física del paciente, con la disminución de la morbilidad. Varios autores han demostrado la utilidad en el uso complementario de la analgesia epidural en la reducción de la morbilidad y el íleo postoperatorio.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza el restablecimiento de la función intestinal, medido como “día de primer ventoseo”, “día de primera defecación” y “día de inicio de tolerancia”, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal con catéter epidural para analgesia en el año 2014 en la Unidad de Coloproctología de nuestro centro. Como variables secundarias incluimos: estancia hospitalaria, colocación de SNG e íleo (> 5 días sin función intestinal).

Resultados: Serie de 75 pacientes, 34 mujeres y 41 hombres, a los que se realizó cirugía oncológica del CCR. Edad media 67,39 (DE \pm 10,33) (mediana 69). El 1,3% presentaba ASAI, el 41,3% ASAII y el 57,3% ASAIII. A todos los pacientes se les colocó un catéter epidural para analgesia. Durante este periodo se realizaron 75 resecciones colónicas: 26,7% (n = 20) hemicolectomías derechas, 2,7% (n = 2) hemicolectomías izquierdas, 26,7% (n = 20) sigmoidectomías, 22,7% (n = 17) resecciones rectales, 10,7% (n = 8) amputaciones abdominoperineales, 4% (n = 3) colectomías totales y 6,7% (n = 5) otros. 48% vía abierta y 52% vía laparoscópica. Se administró ropivacaína en el 50,7% de los casos (n = 34), ropivacaína + cl mórfo en el 43,3% (n = 29) y ropivacaína + fentanilo en el 6% (n = 4). En cuanto al dolor, el 73% presentó EVA 4 (dolor leve), el 16,2% EVA 4-6 (dolor moderado) y el 10,8% EVA > 6 (dolor intenso). Respecto a la recuperación de la función intestinal, el primer ventoseo presenta una media de 2,98 días (DE \pm 1,98) (mediana = 3), la media de la primera defecación corresponde a 4,11 días (DE \pm 1,99) (mediana = 4) y la tolerancia oral presenta una media de 2,74 días (DE \pm 2,6) (mediana = 2). El 68,1% de los pacientes (n = 49) toleró dieta durante las primeras 48 horas postoperatorias y el 79,2% (n = 57) lo hizo dentro de los 4 primeros días. Se presentó íleo prolongado (> 5 días sin tolerar) en el 18,7% de los casos y necesidad de colocación de SNG en el 13,5%. La estancia hospitalaria media fue de 8,42 días (DE \pm 5,8) (mediana = 6,50). El 64,1% de los pacientes fueron dados de alta durante los primeros 7 días.

Conclusiones: La reducción del íleo postoperatorio se explica por el esfuerzo de omitir sondas nasogástricas, la ingesta y movilización temprana, y la analgesia epidural continua con anestésicos locales (especialmente si lo comparamos con otras técnicas analgésicas con opioides). El efecto del dolor sobre el íleo postoperatorio es fundamental para apoyar el empleo de analgesia epidural. El dolor abdominal activa un arco reflejo que

inhibe la motilidad intestinal y el estrés posquirúrgico induce hiperactividad simpática, inhibiendo la actividad contráctil intestinal. Ésta se modifica, bloqueando aferencias nociceptivas y eferencias simpáticas mediante el uso de anestésicos locales vía epidural. Según nuestra experiencia y acorde con la bibliografía publicada, podemos suponer el papel beneficioso de la analgesia epidural en la reducción del íleo posquirúrgico y la movilización precoz, alcanzando tasas de recuperación de la función intestinal tras cirugía oncológica colorectal similares a otros hospitales.