



O-048 - RESULTADOS DEL EMPLEO A LARGO PLAZO DEL BLOQUEO PUDENDO EN COLOPROCTOLOGÍA EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Vega Ruiz, Vicente; Álvarez Medialdea, Javier; Campos Martínez, Francisco Javier; Hendelmeier, Alicia; Arroyo Vélez, Jose Luis; Barrionuevo Gálvez, Miguel; Mestre Ponce, Carmen; González-Otún Velázquez, Julio

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico de la patología coloproctológica en régimen de CMA mediante el empleo del bloqueo pudendo (BP) frente a otras técnicas anestésicas en una unidad integrada de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital General de Especialidades.

Métodos: Durante el periodo de enero 2008 y marzo 2021 fueron intervenidos 1.206 pacientes con patología coloproctológica en régimen de CMA. Las técnicas anestésicas empleadas: bloqueo pudendo y sedación 752 pacientes (62,3%); Técnicas neuroaxiales (bloqueo intradural/silla montar) 452 pacientes (37,7%). Por patologías: fisura anal: 205, fistula anal NC 163, fistula anal compleja (incluye Crohn) 80, hemorroides 250, dilataciones endoanales con balón de presión: 21 y otros (miscelánea, pólipos anales, t. endoanales) 33. Criterios de inclusión sociales de CMA y anestésicos ASA I-III compensado. Los bloqueos nerviosos fueron realizados por cirujano, empleando mepivacaína + bupivacaína con vasoconstrictor, aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, para realizar la infiltración interesfinteriana bilateral y bloqueo perineal pudendo con el paciente en posición de decúbito prono/navaja mediante rodillo ventral neumático. Tras la intervención se trasladó al área de sillones en URPA con control constantes por DUE. Inicio tolerancia a los 60 minutos, deambulación a los 90 minutos y control/revisión de heridas-dolor con preparación del alta a partir de las 3-4 horas. Se realizó control telefónico/telemedicina por unidad multidisciplinar/Atención primaria y revisión por cirujano a la semana en consulta (unidad de CMA). En casos de hemorroidectomías con dolor severo a las 24h, se emplearon reservorios elastoméricos que fueron controlados por Unidad de Anestesia. Todos los pacientes que se intervinieron con técnicas anestésicas neuroaxiales y generales pasaron a observación cama y su estancia mínima se prolongó de media más de 8 horas.

Resultados: Hubo 7 reingresos en la técnica anestesia raquídea (dos cefaleas, dos retenciones urinarias con necesidad de sondaje y 3 por dolor no controlado). Solo 2 pacientes del grupo del bloqueo precisaron reingreso y reintervención por sangrado. En el seguimiento hubo tres casos de abscesos anales poscirugía que requirieron drenaje quirúrgico que fue realizado en dos casos con anestesia local y uno con raquianestesia. El índice de satisfacción del paciente fue superior al 85% en técnicas de bloqueo (encuesta escrita). Se realizó una evaluación del dolor en hemorroidectomía mediante escala EVA en URPA, al alta, a las 24 horas y 72 horas (tabla).

Escala de dolor	URPA	Alta	24 horas	72 horas
Dolor leve (3)	235 (94%)	230 (92%)	200 (80%)	180 (72%)
Dolor moderado (4-7)	10 (4%)	15 (6%)	40 (16%)	58 (23%)
Dolor grave (8-10)	5 (rescate) (2%)	0	5 (2%)	12 (5%)

Conclusiones: El bloqueo pudendo con sedación en régimen de CMA en patología proctológica seleccionada es seguro, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción en los pacientes. Puede ser utilizado como adyuvante (analgesia y realización del procedimiento quirúrgico) y como coadyuvante a técnicas anestésicas locorregionales/neuroaxiales o generales como analgesia posoperatoria. Conlleva a una estancia posoperatoria mínima y una reducción en la tasa de morbilidad en relación a las técnicas anestésicas generales/neuroaxiales.