



Compartint l'Anestesiologia a les Tres Nacions

Una Comarca, un Hospital, tres Idiomes...



Palau d'Esports i Congressos d'Alp, Girona

XIV

Congrés de la Societat Catalana
d'Anestesiologia, Reanimació i
Terapèutica del Dolor

8 i 9 de novembre de 2018

WWW.CONGRESSCARTD.ORG

ANALGESIA EPIDURAL EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA- ONCOLÓGICA: ¿ADECUADA EN PROGRAMAS “ERAS”? NUESTRA EXPERIENCIA

Lorena Román Rosa, Irina Adalid Hernández, Irene Romero Bhathal, María Núñez Oliva, Beatriz Fort
Pelay Cristina Rodríguez Cosmen
Hospital del Mar

Objetivos

Analizar el uso de analgesia epidural tras cirugía abdominal oncológica de ovario, así como los potenciales efectos secundarios derivados, que pudieran influir negativamente en programas de recuperación intensificada.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo incluyéndose pacientes intervenidas de citorreducción de carcinoma de ovario mediante laparotomía (Hospital del Mar; marzo 2013 – septiembre 2018)

Variables analizadas: pauta analgésica postoperatoria; control del dolor (EVA >5 y/o necesidad de rescate con morfínicos); días transcurridos hasta inicio de sedestación, deambulación y retirada de sonda vesical; duración de ingreso hospitalario; incidencia de infección urinaria y complicaciones postoperatorias (clasificación Clavien-Dindo)

Resultados

50 pacientes analizadas; 42 catéter epidurales instaurados: 28 con administración de levobupivacaína y fentanilo, 14 que no recibieron anestésico local por inestabilidad hemodinámica (7 recibieron morfina epidural, las 7 restantes, al igual que las 9 pacientes sin catéter epidural, recibieron pauta analgésica parenteral)

Comparación de variables postoperatorias según pauta analgésica:

- 1) EPIDURAL (BPC levobupivacaína+fentanilo) N=28
- 2) EPIDURAL (morfina) N=7
- 3) ANALGESIA PARENTERAL N=16

EVA >5/Rescate morfina: 11(39%) 0(0%) 8(50%)

Sedestación posterior 48h: 11(39%) 4(57%) 8(50%)

Deambulación posterior 72h: 13(46%) 5(71%) 9(56%)

Retirada sonda vesical posterior 48h: 13(46%) 4(57%) 8(50%)

ITU: 4(14%) 1(14%) 3(19%)

Días ingreso: 3-39; media 8.5 5-16; media 9 4-53; media 9.75

Clavien-Dindo >2: 2(7%) 4(57%) 3(19%)

Conclusiones

Según nuestra experiencia, la analgesia epidural ofrece adecuado control del dolor, sin influencia negativa en los ítems del ERAS. Asimismo, los opioides centrales constituyen una alternativa útil en caso de previsión de inestabilidad hemodinámica. Consideramos aceptable el empleo de analgesia epidural dentro de programas ERAS.

Bibliografía:

- Olle Ljungqvist, MD, PhD; Michael Scott, MD; Kenneth C. Fearon, MD, PhD. 'Enhanced Recovery After Surgery. A Review' JAMA Surgery March 2017. Volume 152, Number 3.
- G. Nelson a, A.D. Altman b, A. Nick c, L.A. Meyer c, P.T. Ramirez c, C. Achari d, J. Antrobus e, J. Huang f, M. Scott g, h, L. Wijki, N. Acheson j, O. Ljungqvist k, S.C. Dowdy l. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations—Part II