

# Incorporando ESP a la búsqueda del weaning precoz en cirugía cardíaca. Revisión de experiencia en 5 meses en hospital Sótero del Río

Shirley Olivia Revollo García<sup>1</sup>, Wíbaldo Salas Morales<sup>1</sup>, Víctor de La Torre Cruz<sup>1</sup>, Sebastián Silva<sup>1</sup>, Juan Carlos de La Cuadra<sup>1</sup>, Demian Fullerton<sup>2</sup>, Ignacio Ramírez<sup>2</sup>, Felipe Valenzuela<sup>3</sup>

**Introducción:** La tendencia del manejo perioperatorio y en cuidados intensivos coronarios (UCO) apunta a la reducción en la estadía y los costos hospitalarios. Se observa un cambio desde un esquema basado en opioides, confort y estabilidad hemodinámica postoperatoria, pero con mayor tiempo de ventilación mecánica invasiva (VMI). Se preconiza optimizar el manejo anestésico perioperatorio para lograr un weaning precoz (< 6 horas). Con una creciente demanda en número y complejidad de cirugías y una limitada disponibilidad de camas ventilables en la UCO, hemos buscado estrategias para lograr un weaning precoz, incorporando al enfoque analgésico multimodal técnicas regionales como los bloqueos; pectoral I (Pecs I), pectoral modificado (Pecs II), del plano serrato anterior (SAP) y posteriormente, el del plano erector de la espina (ESP) descrito el 2016 por Forero et al.

**Objetivos:** Describir el tiempo hasta lograr el weaning y de estadía postoperatoria en UCI en relación al manejo analgésico recibido, al tipo de cirugía y considerando el Euroscore II. Se evaluó además la presencia y tipo de complicaciones relacionadas bloqueos.

**Material y Métodos:** Previa autorización del Comité de Ética, se revisó los registros de protocolo de weaning de pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca entre abril y agosto de 2018. Se obtuvieron datos demográficos, horas de VM, días en UCO, la presencia y tipo de bloqueo y si existió complicaciones. Se utilizó

para el análisis el software estadístico R (RStudio). Las variables no distribuyen normal por lo que se expresan como mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** De 145 registros, se incluyeron 133, excluyendo 12 (incompletos). De 133 el 89% (119) tuvo algún bloqueo (53% ESP, 38,6% PECS I y II y en 8,4% SAP block) y 11% (14) analgesia endovenosa. Al comparar las horas de VMI entre los 4 grupos, se observa menores tiempos en grupos ESP y PECS, sin embargo, al realizar test de kruskall - Wallis no existe diferencia significativa ( $p = 0,06$ ), probablemente por el bajo número en el grupo sin bloqueo. No hubo grandes diferencias para la estadía en UCO entre los 4 grupos. Tampoco al comparar los 4 grupos según Euroscore II. No se registraron complicaciones relacionadas al bloqueo.

**Conclusión:** Asociar una técnica regional como ESP o PECS puede ser un valioso elemento a considerar como parte de una estrategia de analgesia multimodal en la búsqueda de acortar los tiempos de extubación post cirugía cardíaca. En esta revisión no se describieron complicaciones asociadas al bloqueo. No obstante, es evidente que el tiempo de weaning dependerá no solo manejo anestésico y analgésico utilizado, sino también de las comorbilidades del paciente, características y complicaciones de cada cirugía y la existencia de protocolos de sedación y extubación adecuados en cuidados intensivos como parte de un manejo multidisciplinario.

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup> Hospital Sótero del Río.

<sup>3</sup> Universidad de Chile.