

Bloqueos de pared torácica del plano interfascial y destete precoz en cirugía cardíaca

<https://doi.org/10.25237/congreso-2022-10>

Shirley O. Revollo M.D (1), Hector J. Lacassie M.D.(2)

- 1 Cirugía Cardíaca, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.
- 2 División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción

La creciente demanda y complejidad de la cirugía cardíaca y la disponibilidad limitada de unidades de cuidados intensivos (UCI) han impactado significativamente al sistema de salud. Los nuevos bloqueos de la pared torácica del plano fascial (BPTPIF) permiten la extubación traqueal temprana y el alta de la UCI (destete precoz).

Objetivo General

El objetivo principal de este estudio fue determinar si los BPTPIF, en comparación con la analgesia intravenosa sola, resultaron en un tiempo de extubación traqueal significativamente más corto en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. El objetivo secundario fue comparar el rendimiento de cada bloqueo con el de la analgesia intravenosa sola en términos de duración de la estadía en la UCI.

Material y Métodos

Luego de obtener la aprobación del Comité de Ética local, se analizaron las historias clínicas y electrónicas de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el año 2018 - 2019. Se compararon los datos de pacientes expuestos a BPTPIF (bloqueo del plano erector de la espina (ESP), plano pectoral I y II (PEC) y plano del serrato anterior (SAP)) asociado con analgesia intravenosa versus analgesia intravenosa sola. Se utilizó un modelo de puntaje de propensión (PS) para controlar las diferencias en las características iniciales. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p ajustado $< 0,05$.

Resultados

De los 589 pacientes evaluados, 532 cumplieron con los criterios de inclusión y 404 recibieron BPTPIF. Los datos demográficos de los pacientes fueron comparables entre los grupos; sin embargo, los pacientes bloqueados tenían valores más bajos de EuroScore II y tiempos más bajos de circulación extracorpórea, pinzamiento aórtico y reperfusión. También se sometieron a más procedimientos de injerto de derivación de la arteria coronaria (CABG) y menos cirugías de válvulas múltiples. Antes del emparejamiento, los tiempos medios de extubación para los grupos BPTPIF y sin BPTPIF fueron 7,74 (intervalo de confianza del 95 %, IC del 95 %: 9,27, 6,21) y 17,16 (IC del 95 %: 14,45, 19,88) horas, respectivamente. Después del emparejamiento de PS, el tiempo de extubación disminuyó a 9,29 (coeficiente b IC 95%: -11,98, -6,60; $p = 0,022$) horas en el grupo BPTPIF. Se obtuvieron resultados similares utilizando la ponderación PS, con una reducción de 7,82 (coeficiente b IC 95%: -11,89, -3,75; $p < 0,001$) horas a favor del bloque. En el grupo BPTPIF, el bloque ESP logró el mejor desempeño. La duración de la estancia en la UCI disminuyó en 1,1 (coeficiente b IC del 95 %: -1,43, -0,79; $p = 0,0001$) días en el grupo de bloqueo. No se reportaron complicaciones.

Conclusiones y/o Implicaciones

La adición de BPTPIF reduce el tiempo de extubación y la estancia en la UCI. Individualmente, ESP obtuvo el mejor desempeño, seguido de PEC y SAP, respectivamente. Después del emparejamiento de PS, solo la participación de ESP redujo el tiempo de extubación. Por lo tanto, la técnica BPTPIF en el manejo analgésico multimodal es útil y segura para lograr el destete temprano después de la cirugía cardíaca.

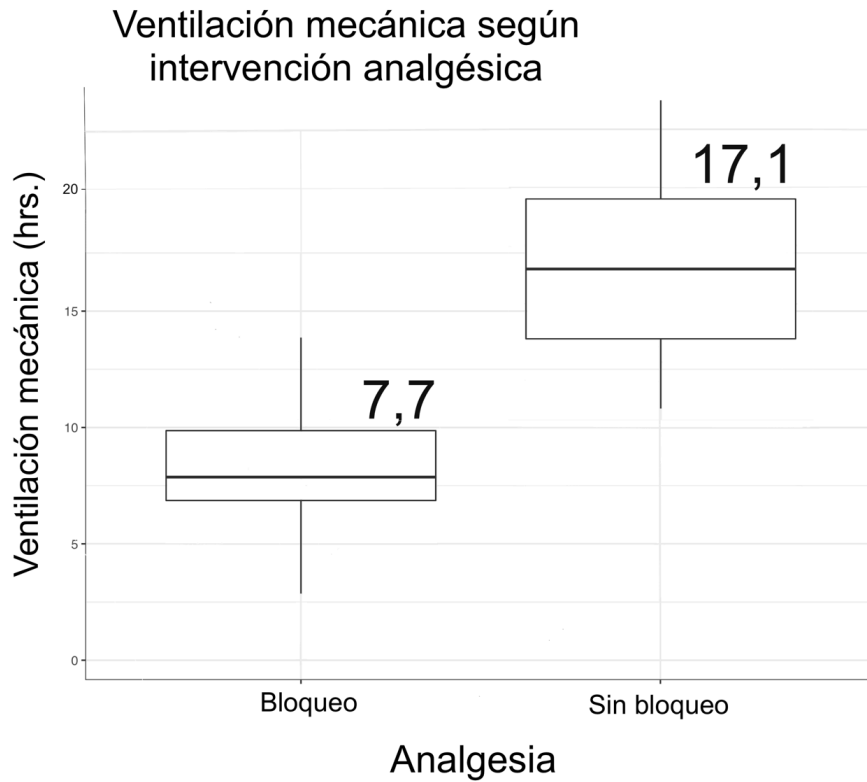


Figura 1