

Recuperación aumentada en cirugía cardíaca, resultados años 2022-2023

<https://doi.org/10.25237/congreso2023-10>

Mauricio González Luza¹, Mario Portilla Flores¹, Felipe Miranda Sotelo¹, Dagoberto Ojeda Dinamarca²

¹Clínica Santa María

²Clínica Dávila

Introducción

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) es un manejo multimodal e interdisciplinario de optimización perioperatorio con el objetivo de promover una recuperación precoz posterior a la cirugía, mejorando la satisfacción del paciente y reduciendo la morbi-mortalidad, como también el tiempo de estadía intrahospitalaria y por ende los costos. Desde el año 2020, se está aplicando en nuestro centro un protocolo de recuperación aumentada a todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca (CC) con circulación extracorpórea (CEC), que incluye en el cuidado Preoperatorio: test de MoCA para identificar disfunción cognitiva, premedicación con pregabalina, maltodextrina y ansiolítico (risperidona o benzodiazepinas en < 50 años); Intraoperatorio: analgesia multimodal más un bloqueo regional continuo paraesternal superficial o bloqueo del plano erector (ESP) y extubación en pabellón; Postoperatorio: evaluación de disfunción neurológica (delirium) y complicaciones postoperatorias.

Objetivos

Describir la aplicación de un protocolo de recuperación aumentada en CC con CEC, con el fin de evaluar manejo del dolor, extubación en pabellón y cuantificar la duración de la estadía en unidad coronaria y hospitalaria.

Materiales y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en una clínica de Santiago. Se realizó una revisión del registro clínico electrónico (RCE) de todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a CC electiva con CEC de forma consecutiva, durante los años 2022-2023. Se evalúan: variables demográficas, antecedentes mórbidos, EuroSCORE II, disfunción neurológica con test MoCA, extubación en pabellón, dolor postoperatorio con EVA, falla renal, delirium hasta 48 horas del postoperatorio mediante CAM-ICU, días de estadía en unidad coronaria y hospitalaria. Criterios de exclusión: cirugías sin CEC, cirugía de urgencia y uso preoperatorio de dispositivos de asistencia mecánica circulatoria. Los resultados obtenidos fueron analizados con test estadísticos de resumen, utilizando software Stata v.17.

Resultados

La serie incluyó 269 pacientes con una media 62 años, 76,6% hombres. La mediana del EuroSCORE II fue 1,39%. La incidencia de deterioro cognitivo por MoCA fue de 34,2%. La media del tiempo de CEC fue 64 minutos. Del total, el 91,1% se extubo en pabellón, de los cuales un 2,4% requirió reintubación. El EVA en reposo el primer día postoperatorio tuvo una mediana de 0. La incidencia de delirium postoperatorio fue de 4,1% y 2,9 %, a las 24 y 48 horas respectivamente; 7,8% de los pacientes presentaron arritmia, 1,5% infección de la herida quirúrgica y 14,5% falla renal aguda. Los pacientes reoperados por sangrado fueron en total 6. La estadía postoperatoria mediana en unidad coronaria fue de 2 días (IQR:1) y hospitalaria de 5 días (IQR:4). La mortalidad fue 1,1% (3 pacientes).

Conclusiones y/o implicaciones

La aplicación de un protocolo de recuperación aumentada en CC es posible, lo que permite un adecuado manejo del dolor y un alto porcentaje de extubación en pabellón, sin que esto aumente la incidencia de complicaciones postoperatorias. Se obtuvieron tiempos acotados de estadía en unidad coronaria y hospitalaria, además de una baja incidencia de delirium postoperatorio, en comparación con lo reportado en la literatura.²⁻³

Referencias

1. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB, Perrault LP, Reddy VS, Arora RC, Roselli EE, Khoynezhad A, Gerdisch M, Levy JH, Lobdell K, Fletcher N, Kirsch M, Nelson G, Engelman RM, Gregory AJ, Boyle EM. "Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations." *JAMA Surg.* 2019;154(8):755-766. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1153>.
2. Parody Cuerda G, Jiménez Del Valle JR, Fernández López AR, Barquero Aroca JM. "Ultra-fast track extubation protocol following cardiovascular surgery: Predictors of failure and outcomes." *Rev Esp Anestesiología y Reanimación.* 2023;70(5):259-268. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.05.002>.
3. E Silva RAG, Borgomoni G.B, Maia ADS, do Vale Juniora CF, Pereira EDS, Silvestre LGI, de Andrade DPG, Lisboa LAF, Jatene FB, Mejia OAV, Grupo de estudios REPLICCAR. "Extubation in the Operating Room After Coronary Artery Bypass Graft Surgery Reduces Hospital Stay." *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2023;37(10):1938-1945. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2023.06.020>.

Gráficos, Tablas e Imágenes

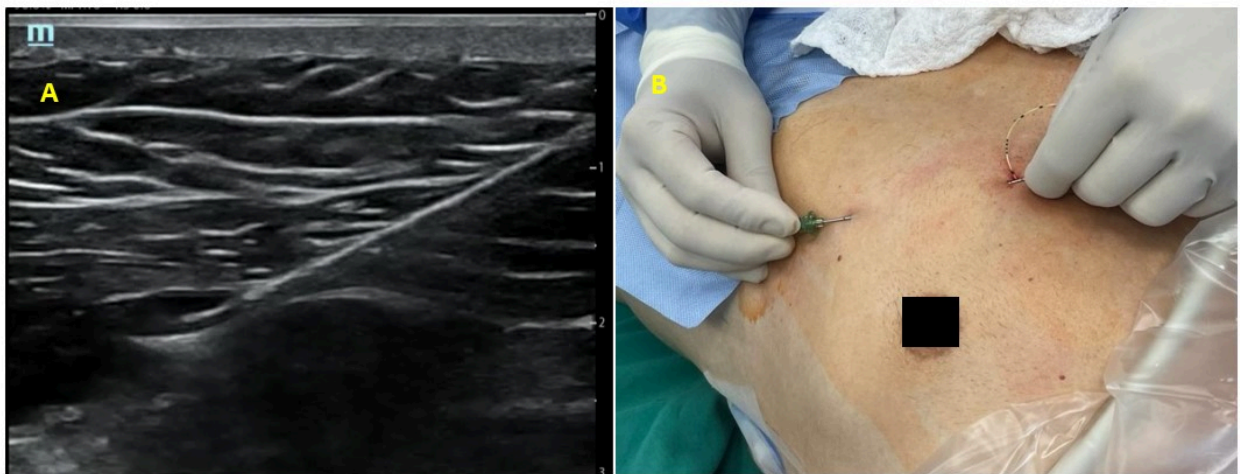


Figura 1: A: Sonoanatomía bloqueo paraesternal; B: Tunelización de catéter paraesternal

TABLA 1 CARACTERISTICAS BASALES DE LA MUESTRA

VARIABLE	RESULTADO N=269
Edad (años)*	62 [17]
Hombres n (%)	206 (76,6)
IMC*	27,7 [5,3]
<u>Nivel educacional</u> n (%)	
Ninguno	8 (3,0)
Básico	32 (12,0)
E. Media	40 (14,9)
Técnico	7 (2,6)
Universitario	181 (67,5)
HTA n (%)	189 (70,3)
Diabetes Mellitus 2 n (%)	71 (26,4)
FEVI<40% n (%)	15 (5,6)
EUROSCORE II*	1,39 [1,69]
<u>Diagnóstico</u> n (%)	
C. Coronaria	94 (34,94)
Valvulares	96 (35,69)
Valvular + Coronario	19 (13,06)
Endocarditis	3 (1,12)
C. Congénitas	6 (2,23)
Aorta Ascendente + Valvular	40 (14,87)
Aorta Ascendente	6 (2,23)
Miocardiopatía	2 (0,74)
Tumoral	3 (1,12)
Tiempo CEC (min)*	64 [38]
Tiempo Clampeo (min)*	52 [30]

*Mediana [Rango Intercuartílico]