



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-001 - ANESTESIA LOCORREGIONAL POSOPERATORIA: BLOQUEO DEL PLANO DEL MÚSCULO ERECTOR DE LA ESPINA (ESP) CON Y SIN BLOQUEO DE RAMAS INTERCOSTALES

Verónica Albarrán Vidal, Carlos Alfredo Fraile Olivero, María Elena López Medina,

Lidia Sotillo Valenzuela, Elena Fernández Martín, José Ramón Jarabo Sarceda, Ana María Gómez Martínez, Joaquín Calatayud Gastardi y Florentino Hernando Trancho

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Comparar la efectividad del uso del bloqueo ESP y del bloqueo BRILMA como complemento al ESP para la anestesia locorregional posoperatoria en pacientes intervenidos mediante una toracotomía posterolateral mínima (TPL).

Métodos: Ensayo clínico unicéntrico, prospectivo, aleatorizado y simple-ciego desarrollado conjuntamente por los servicios de Cirugía Torácica y Anestesiología y Reanimación de un hospital terciario entre mayo de 2022 y enero de 2023. Se calculó el tamaño muestral en base a la variabilidad en la puntuación de la escala visual analógica del dolor (EVA). Los pacientes sometidos a una cirugía de resección pulmonar a través de TPL fueron asignados de manera secuencial 1:1 en el grupo bloqueo ESP (grupo control) o en el grupo ESP + BRILMA (grupo experimental). El bloqueo ESP es un bloqueo fascial guiado por ecografía, que deposita anestésico local en la fascia del músculo erector de la espina, en la bifurcación de los ramos dorsal y ventral de las raíces nerviosas espinales. El bloqueo BRILMA, también ecoguiado, deposita anestésico local en el plano entre el músculo serrato anterior y músculos intercostales externos. Se empleó 20 mL de bupivacaína 0,25% + adrenalina 0,005 mg/ml en bloqueos ESP y 15 mL de dichos fármacos para BRILMA. La analgesia convencional empleada durante la estancia hospitalaria consistió en paracetamol 1 gramo cada 8 horas \pm AINE cada 8 horas de manera alterna por vía intravenosa, y 3 miligramos de cloruro mórfico como terapia de rescate. La variable principal fue el dolor posoperatorio a las 1, 24 y 48 horas posoperatorias medidos con la EVA. Se analizaron además variables demográficas y complicaciones en ambos grupos. Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias y se resumirán con su media y desviación estándar (DE) o con la mediana y el rango intercuartílico (RIC) si tienen distribución asimétrica.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes en el estudio (20 en cada grupo). No hubo diferencias significativas respecto al sexo (65% mujeres y 35% hombres en el grupo ESP frente a 50% de cada sexo en el grupo ESP + BRILMA) y edad media (63,65 años en el grupo ESP - DE 12,33, frente a 63,7 años en el grupo ESP+BRILMA - DE 12,6). La mediana de puntos en la escala EVA fue, en la primera hora posoperatoria, de 4,5 puntos (RIC 0-6) en el grupo control y en el grupo experimental

de 5,5 puntos (RIC 0-7). A las 24 horas posoperatorias, el grupo control tuvo una puntuación de 0,5 (RIC 0-3) y el grupo experimental de 1 punto (RIC 0,25-3,75). A las 48 horas, el grupo control tuvo una mediana de 0 (0-1) puntos, y el grupo experimental 0,5 (0-2) puntos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. No se reportaron complicaciones derivadas de ambas técnicas en ninguno de ellos.

Conclusiones: En nuestra serie, el bloqueo BRILMA como complemento al ESP para la anestesia loco-regional posoperatoria no demostró mejoría del dolor medido con escala EVA en pacientes intervenidos mediante una TPL.