METANÁLISIS DE BLOQUEO FEMORAL *VERSUS* BLOQUEO DE CANAL DEL ADUCTOR EN ARTROPLASTÍA DE RODILLA

Andrea González[1], Ítalo Pesce[2], Francisca Bernucci[3], David Torres[4]
[1] Hospital de Carabineros de Chile, Clínica Alemana.
[2] Fellow Anestesia Regional, Clínica Santa María, Universidad de los Andes.
[3] Hospital de Carabineros de Chile, Clínica Santa María.
[4] Clínica Santa María, Universidad de los Andes.

Introducción: El manejo del dolor postoperatorio en artroplastía de rodilla (AR) tiene como *gold standard* al bloqueo femoral (BF). Pero éste produce bloqueo motor del cuadriceps pudiendo alterar la rehabilitación o exponer a caídas. Por el contrario, el bloqueo del canal del aductor (BCA) sólo produce bloqueo sensitivo y puede ser una alternativa, pero su efectividad analgésica debe ser confirmada.
Objetivo General: Comparar el bloqueo femoral *versus* el bloqueo del canal del aductor en artroplastía de rodilla en términos de analgesia y de bloqueo motor, por medio de la realización de un metanálisis.
Material y Métodos: Revisión sistemática de la literatura (8/2014), siguiendo recomendaciones CONSORT, buscando estudios clínicos comparativos en inglés en bases de datos Pubmed, Central, Embase e ISI, con términos "adductor canal", "subsartorial", "saphenous" y "femoral" "block". Dos autores revisaron los títulos, resúmenes y luego artículos completos independientemente. Se documentaron razones de exclusión. Se revisaron referencias de artículos seleccionados. El análisis de calidad de los artículos se basó en los criterios de Jadad. Se hizo análisis de subgrupo para los estudios aleatorizados *versus* no aleatorizados. Las discrepancias fueron resueltas por consenso y se contactó a los autores en caso necesario. La variables estudiadas fueron: dolor (EVA), consumo de opiáceos, flexión de rodillas, días de hospitalización y caída o riesgo de caída. Los datos fueron analizados usando un modelo de efecto aleatorio y los resultados fueron presentados como promedio ponderado de las diferencias (WMD) o riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza 95% (IC 95%).
Resultados: La búsqueda arrojo 52 artículos, de los cuales 4 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión (410 pacientes). Tres estudios fueron ensayos clínicos aleatorizados y uno observacional. No hubo diferencias relevantes en los resultados estudiados, salvo en la variable caída/riesgo de caída en que hubo una diferencia estadística y clínicamente significativa a favor de bloqueo de canal del aductor: RR 0,15 (0,04-0,54). El análisis de calidad no encontró diferencias cuando se consideraron estudios de alta calidad.
Conclusiones: La información disponible en la literatura actual sugiere que el BCA es similar BF en cuanto a manejo de dolor, capacidad de realizar fisioterapia y tiempo al alta. Es posible que el BCA se asocie a menor riesgo de caídas, lo cual se explica por el menor o nulo bloqueo motor que produce. Sin embargo, el escaso número de estudios hace que estos datos deban ser considerados con precaución. Entre los estudios, no hubo una manera estandarizada de realizar los bloqueos, de medir potencia muscular y no todos evaluaron el riesgo de caídas y criterios de alta. Existe probable sesgo de observador y publicación. Se requieren nuevos estudios aleatorizados para comprobar la eficacia analgésica del BCA en artroplastía de rodilla.