PERIDURAL *VERSUS* PLEXO LUMBAR CONTINUO PARA ANALGESIA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Roberto González[1], Diego Fernández[1], Makarena Contreras[1],
Julián Aliste[1], Jorge Castro[1], Daniela Bravo[1]
[1] Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: Un adecuado manejo del dolor postoperatorio tras una artroplastia total de cadera (ATC) es crítico para iniciar una terapia física precoz lo que mejora los resultados funcionales a largo plazo. La analgesia peridural continua es habitualmente utilizada tras una ATC, sin embargo ésta se asocia a bloqueo motor y otras complicaciones que pueden retrasar el inicio de la terapia física. Otra técnica es el bloqueo de plexo lumbar continuo, la cual podría producir un menor bloqueo motor, es unilateral y logra un adecuado nivel de analgesia. No obstante, existe escasa evidencia que compare ambas técnicas, lo que hace necesario realizar estudios comparativos para determinar si ambas técnicas son equivalentes en cuanto al manejo del dolor y calidad de rehabilitación.
Objetivo General: Comparar las técnicas peridural y plexo lumbar continuo en el manejo del dolor postoperatorio tras una ATC primaria.
Material y Métodos: De manera retrospectiva se compararon pacientes con analgesia peridural y plexo lumbar continuo tras una ATC primaria realizada en el HCUCH durante el período entre enero de 2014 y julio de 2015. Tras la aprobación del Comité de Ética, se registró a partir de las bases electrónicas y de la Unidad de Dolor Agudo los datos generales, comorbilidades, características de la analgesia, complicaciones de las técnicas analgésicas (bloqueo motor, náuseas y vómitos, desplazamiento, retención urinaria, parestesia, punción de duramadre, lateralización, prurito, entre otras) y EVA postoperatorio (24 h y 48 h). Las variables paramétricas se compararon utilizando la prueba t de student, las no paramétricas con el test de Mann Whitnney y las categóricas con el test exacto de Fisher. Un $p < 0,05$ fue considerado significativo.
Resultados: En total se estudiaron 176 y 38 pacientes con analgesia peridural y plexo lumbar, respectivamente. No hubo diferencias significativas en las características demográficas, tales como edad, sexo, IMC, entre otras. Del mismo modo ambos grupos fueron comparables en cuanto a las comorbilidades. Pese a que en el grupo de plexo lumbar hubo una tendencia a tener más dolor cuantificado como el porcentaje de pacientes con EVA ≥ 5, las diferencias no fueron significativas tanto a las 24 h como a las 48 h (24 h reposo: 7,3% *vs* 15,7% peridural *vs* plexo lumbar; 24 h dinámico: 28,9% *vs* 44,7% peridural *vs* plexo lumbar; 48 h reposo: 1,2% *vs* 5,2% peridural *vs* plexo lumbar, 48 h dinámico: 19% *vs* 26,3% peridural *vs* plexo lumbar; $p > 0,05$). Sin embargo, los pacientes con peridural tuvieron significativamente más complicaciones que los pacientes con plexo lumbar (35,7% *vs* 2,6%, peridural vs plexo lumbar; $p < 0,05$). Específicamente, el bloqueo motor se registró sólo en 3 pacientes (1,7%) en el grupo peridural.
Conclusiones: Las técnicas peridural y plexo lumbar continuo fueron comparables para la analgesia postoperatoria tras una ATC. Sin embargo, el grupo peridural presentó más complicaciones que el grupo de plexo lumbar. El bloqueo motor fue menor de lo esperado, lo que se podría explicar por un subdiagnóstico. Estas conclusiones permiten plantearse la necesidad de un estudio prospectivo donde se evalúe dirigidamente, no sólo la analgesia y complicaciones, sino que también la calidad de rehabilitación evaluada por el equipo de terapia física.