Volumen: 69 | Edición :1 | Número :1 | ISSN#: 2563-5476

RCT | Informe ACE nº 13807

El bloqueo cuadrado lumbar transmuscular reduce el dolor postoperatorio en la artroplastia total de cadera

Cómo citar
OrtoEvidencia. El bloqueo cuadrado lumbar transmuscular reduce el dolor postoperatorio en la artroplastia total de cadera. Informe ACE. 2000;69(1):1. Disponible en: https://myorthoevidence.com/AceReport/Report/13807

Tipo de estudio: **Terapia**	Evidencia de nivel OE: **1**	Nivel de evidencia de la revista: **1**

El impacto del bloqueo cuadrado lumbar transmuscular guiado por ultrasonido combinado con la analgesia de infiltración local para la artroplastia en el alivio del dolor postoperatorio

J Clin Anesth . 2021 Oct;73:110372.

Autores colaboradores: J Hu | Q Wang | Y Zeng | M Xu | J Gong | J Yang

Sinopsis

Ochenta pacientes sometidos a una artroplastia total de cadera (ATC) fueron asignados al azar para recibir un bloqueo transmuscular del cuadrado lumbar (BCL) guiado por ecografía, combinado con analgesia local infiltrativa (AIL) (n=40) o AIL solo (n=40). El resultado primario de interés fue el dolor postoperatorio durante el primer movimiento activo medido a las 6 horas del postoperatorio. Otros resultados de interés fueron las puntuaciones de dolor activo y en reposo hasta las 72 horas del postoperatorio, el consumo de opiáceos intraoperatorio y postoperatorio, la frecuencia de interrupción del sueño y el tiempo hasta el primer paseo postoperatorio. El grupo de QLB+LIA tuvo puntuaciones de dolor significativamente más bajas en el primer movimiento activo en comparación con el grupo de LIA solo. El grupo QLB+LIA también tuvo puntuaciones de dolor activo y en reposo más bajas hasta las 24 horas del postoperatorio. En el grupo QLB+LIA se consumieron cantidades significativamente menores de opiáceos intraoperatorios y postoperatorios. El grupo de QLB+LIA pudo caminar antes y notificó significativamente menos interrupciones del sueño en el día cero del postoperatorio. No se encontraron diferencias en cuanto a los acontecimientos adversos.

Detalles de la financiación de la publicación

Financiación	Detalles de la financiación	Divulgaciones
Gobierno	Este estudio ha contado con el apoyo de la Fundación Nacional de Ciencias Naturales China (NSFC 81772130) y el Programa Nacional Clave de I+D de China (2018YFC2001800).	No se ha divulgado

¿Por qué era necesario este estudio ahora?

La artroplastia total de cadera suele provocar un dolor postoperatorio importante que puede retrasar la recuperación. A menudo se utiliza la analgesia local infiltrativa en forma de anestesia local para reducir el dolor postoperatorio. Sin embargo, el alivio del dolor sigue siendo incompleto y existe un interés por la utilidad de los bloqueos nerviosos para mejorar el control del dolor tras la ATC. El bloqueo del cuadrado lumbar es un bloqueo nervioso innovador que bloquea la región paravertebral con una mínima debilidad motora. Faltan ensayos comparativos, por lo que se realizó un ensayo controlado aleatorio.

¿Cuál era la pregunta principal de la investigación?

En pacientes sometidos a una artroplastia total de cadera (ATC), ¿cómo se compara un bloqueo cuadrado lumbar transmuscular guiado por ecografía (BCL) combinado con analgesia local infiltrativa (ALI) con la ALI sola para el tratamiento del dolor y la recuperación?

¿Cuáles fueron las características importantes del estudio?

Población

80

Tamaño total de la muestra

Pacientes adultos con artrosis de cadera, osteonecrosis de la cabeza del fémur o displasia de cadera sometidos a una artroplastia total de cadera por vía posterolateral. Todos los pacientes fueron sometidos a anestesia general.

Intervención

40

Analgesia de Infiltración Local

Edad media: 56 años. 48% hombres. Antes del cierre de la incisión, se inyectaron 60 ml de ropivacaína al 0,33% en los tejidos que rodean la cadera y el lugar de la incisión.

Comparación

40

Bloqueo del cuadrado lumbar (QLB)

Edad media 59 años. 50% hombres. Antes de la anestesia general, los pacientes fueron sometidos a un bloqueo transmuscular del cuadrado lumbar guiado por ecografía. Se inyectaron 30 ml de ropivacaína al 0,33% entre los músculos psoas y cuadrado lumbar. Se incluyeron los pacientes que experimentaron un bloqueo sensorial. Antes del cierre de la incisión, se inyectaron 30 ml de ropivacaína al 0,33% en los tejidos que rodean la cadera y el lugar de la incisión.

Resultados: Tiempo operativo | Tiempo de anestesia | Escala visual analógica (EVA) - dolor máximo al movimiento | Escala visual analógica (EVA) - dolor máximo al movimiento | Dolor en la escala visual analógica (EVA) en reposo | Consumo de Sufentanil | Consumo de remifentanilo | Consumo de morfina | Número de trastornos del sueño | Tiempo de deambulación | Fuerza muscular del cuádriceps | Incidencia de los mareos | Incidencia de las náuseas | Incidencia de los vómitos | Incidencia de la inflamación de la herida | Incidencia del drenaje de la herida | Incidencia de la retención urinaria | Incidencia de la somnolencia | Incidencia de las caídas

Métodos: RCT | Centrado en una sola persona | Cegador | Paradigma

Tiempo: Línea de base | 2 horas | 6 horas | 12 horas | 24 horas | 48 horas | 72 horas | Tiempo del evento | Seguimiento final | Perioperatorio

¿Cuáles fueron los resultados importantes?

El grupo QLB+LIA tuvo puntuaciones de dolor significativamente más bajas durante el movimiento a partir de las 6, 12 y 24 horas después de la cirugía, así como puntuaciones de dolor en reposo más bajas en la UPA y a las 2, 6, 12 y 24 horas del postoperatorio. El grupo QLB+LIA tuvo un menor consumo de opioides tanto intraoperatorios (p<0,001) como postoperatorios (p=0,019). Por último, el grupo QLB+LIA tuvo menos interrupciones del sueño en la noche cero postoperatoria (p=0,017) y un tiempo más corto para la primera marcha (p<0,001). No se demostraron diferencias en los acontecimientos adversos. No se encontró debilidad del cuádriceps en el grupo QLB.

Mucho mejor | No hay diferencia | Mucho mejor

	Analgesia de Infiltración Local	Bloqueo del cuadrado lumbar (QLB), Analgesia de Infiltración Local	Riesgo de sesgo
Dolor			
Escala visual analógica (EVA) - dolor máximo al movimiento, 6 horas (Media (menor = mejor))	4.9	3.7	✕
Escala visual analógica (EVA) - dolor máximo al movimiento, 24 horas (Media (menor = mejor))	3.7	3.3	✕
Dolor en escala analógica visual (EVA) en reposo, 2 horas (Media (menor = mejor))	2.5	1.4	✕
Dolor en escala analógica visual (EVA) en reposo, 12 horas (Media (menor = mejor))	2.1	1.3	✕
Dolor en la escala visual analógica (EVA) en reposo, 24 horas (Media (menor = mejor))	1.6	0.8	✕
Medicación de rescate			
Consumo de morfina, 72 horas (Media (mg, menor = mejor))	6.8	2.8	✕
Dormir			
Número de alteraciones del sueño, 24 horas (Media (menor = mejor))	1.2	0.5	✕
Rendimiento físico			
Tiempo hasta la deambulación, Tiempo hasta el evento (Media (hora, menor = mejor))	8.1	6.2	✕

✕ Alto riesgo de sesgo | ! Algunas preocupaciones | ✓ Bajo riesgo de sesgo

¿Qué es lo que más debo recordar y cómo afectará a la atención de mis pacientes?

Este estudio demostró que un bloqueo cuadrado lumbar transmuscular, además de la analgesia local infiltrativa, redujo las puntuaciones de dolor postoperatorio agudo, disminuyó el consumo de opiáceos intraoperatorios y postoperatorios y permitió una movilización más temprana. Sin embargo, este estudio está limitado por su naturaleza de centro único y la falta de cegamiento de los pacientes. Se necesitan más estudios para confirmar los resultados.

Los autores responsables de esta evaluación crítica y del Informe ACE indican que no hay conflictos de intereses potenciales relacionados con el contenido de la publicación original.

Para la reproducción y las autorizaciones, haga clic *aquí*

ORTHOEVIDENCE+
3228 South Service Road, Suite 206
Burlington, Ontario L7N 3H8 Canadá
1-289-337-5717
info@myorthoevidence.com

Condiciones de servicio | Condiciones de uso Política de privacidad Política de cookies | Descargo de responsabilidad

© 2021 OrthoEvidence Inc.
Todos los derechos reservados.