

LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS
2014 ISSN 1745-9990



ANALGESIA EPIDURAL PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DESPUÉS DEL REEMPLAZO DE CADERA O DE RODILLA



Cómo citar la revisión: Analgesia epidural para el alivio del dolor después del reemplazo de cadera o de rodilla (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art. No.: CD003071. DOI: 10.1002/14651858.CD003071

RESUMEN

Antecedentes

El reemplazo de cadera y rodilla son procedimientos quirúrgicos frecuentes para mejorar la movilidad y la calidad de vida. El alivio adecuado del dolor es fundamental en el período postoperatorio para permitir la ambulación y el inicio de la fisioterapia. La analgesia epidural lumbar es una forma habitual de alivio del dolor después de estos procedimientos. Debido a que el uso de analgesia epidural puede retrasar el inicio de la tromboprofilaxis anticoagulante debido al riesgo potencial de hematoma epidural, se necesita una síntesis de las pruebas para determinar si las formas analgésicas alternativas son peores, equivalentes o mejores que la analgesia epidural.

Objetivos

¿La analgesia epidural lumbar es más efectiva que la analgesia sistémica o la analgesia espinal de acción prolongada para el alivio del dolor postoperatorio en pacientes después del reemplazo electivo de cadera o de rodilla?

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, CINAHL, LILACS y en CENTRAL desde su inicio hasta junio de 2001.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) o pseudoaleatorios en pacientes con reemplazo de cadera o de rodilla, en los que la analgesia epidural lumbar postoperatoria se comparó con otros métodos para el alivio del dolor. La selección de los estudios se realizó sin cegamiento y por duplicado.

Obtención y análisis de los datos

Los datos se obtuvieron sin cegamiento y por duplicado. Se registró la información sobre los pacientes, los métodos, las intervenciones, los resultados (alivio del dolor, función postoperatoria, duración de la hospitalización) y los eventos adversos. La calidad metodológica se evaluó mediante una escala validada de 5 puntos. Cuando hubo datos suficientes de dos o más estudios, se realizó el metanálisis. La prueba de heterogeneidad se realizó mediante el método de Breslow-Day. Se utilizó el modelo de efectos fijos y si hubo heterogeneidad, se utilizó un modelo de efectos aleatorios. Los datos continuos se resumieron como diferencias de medias ponderadas (DMP) o diferencias de medias estandarizadas (DME) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Los datos dicotómicos se resumieron como odds ratios (OR) y núme-

ros necesarios a tratar para beneficiar (NNT) o números necesarios a tratar para dañar (NND) con el IC del 95% respectivo.

Resultados principales

En las primeras cuatro a seis horas después de la cirugía, los pacientes que recibieron analgesia epidural presentaron menos dolor en reposo, según las puntuaciones analógicas visuales (PAV), que los pacientes con analgesia sistémica (DME -0,77; IC del 95%: -1,24 a -0,31). Este efecto no fue estadísticamente significativo a las 18 a 24 horas (DME -0,29; IC del 95%: -0,73 a 0,16). Estas observaciones se basaron solamente en los estudios que evaluaron poblaciones con reemplazos totales de rodilla o poblaciones mixtas de reemplazos totales de rodilla o de cadera. Para el alivio del dolor con movimiento después de la cirugía, los pacientes que recibieron analgesia epidural informaron menores puntuaciones de dolor que los pacientes con analgesia sistémica en los cuatro estudios que examinaron este resultado. La elección de los agentes epidurales también puede influir en el grado en el cual la analgesia epidural difiere de la analgesia sistémica. Las diferencias entre la analgesia epidural y la analgesia sistémica en la frecuencia de náuseas y vómitos (OR 0,95; IC del 95%: 0,60 a 1,49) o depresión respiratoria (OR 1,07; IC del 95%: 0,45 a 2,54) no fueron estadísticamente significativas. La sedación ocurrió con menos frecuencia con la analgesia epidural (OR 0,30; IC del 95%: 0,09 a 0,97), con un número necesario para dañar de 7,7 (IC del 95%: 3,5 a 42,0) pacientes en el grupo con analgesia sistémica. La retención de orina (OR 3,50; IC del 95%: 1,63 a 7,51; NND 4,5; IC del 95%: 2,3 a 12,2), el prurito (OR 4,74; IC del 95%: 1,76 a 12,78; NND 6,8; IC del 95%: 4,4 a 15,8) y la presión arterial baja (OR 2,78; IC del 95%: 1,15 a 6,72; NND 6,7; IC del 95%: 3,5 a 103) fueron más frecuentes con la analgesia epidural en comparación con la analgesia sistémica. No hubo números suficientes para establecer conclusiones sobre el efecto de la analgesia epidural sobre complicaciones postoperatorias graves, resultados funcionales o duración de la estancia hospitalaria.

Conclusiones de los autores

La analgesia epidural puede ser útil para el alivio del dolor postoperatorio después de reemplazos importantes de articulaciones de los

miembros inferiores. Sin embargo, los efectos beneficiosos pueden estar limitados al período postoperatorio temprano (cuatro a seis horas). Una infusión epidural de anestésico local o una mezcla de anestésico-narcótico puede ser mejor que un narcótico epidural solo. La magnitud del alivio del dolor se debe sopesar contra la frecuencia de eventos adversos. Las pruebas actuales no son suficientes para establecer conclusiones sobre la frecuencia de complicaciones poco frecuentes de la analgesia epidural, la morbilidad o mortalidad postoperatorias, los resultados funcionales o la duración de la estancia hospitalaria.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Analgesia epidural (una forma de control del dolor) para el alivio del dolor después del reemplazo de cadera o de rodilla.

La analgesia epidural puede proporcionar buen alivio del dolor después de la cirugía de reemplazo de cadera o de rodilla, pero este efecto beneficioso se debe sopesar con la posibilidad de efectos adversos y complicaciones. Los reemplazos de cadera y rodilla son cirugías habituales para mejorar la movilidad y la calidad de vida. Después de la cirugía, un buen alivio del dolor es fundamental para permitir a los pacientes comenzar a caminar nuevamente. La anestesia epidural (medicina para el dolor inyectada en el canal espinal) se utiliza con frecuencia. Sin embargo, este método de alivio del dolor puede retrasar el comienzo de los medicamentos que reducen la viscosidad sanguínea y que previenen la formación de coágulos sanguíneos potencialmente mortales (trombosis) en las venas, porque también hay un riesgo de hemorragia en el sitio de inyección epidural si se administran simultáneamente fármacos que reducen la viscosidad sanguínea. Esta revisión encontró que una epidural que consta de anestésico local con o sin un opiáceo fuerte podría proporcionar un mejor alivio del dolor que una epidural con solamente opiáceos fuertes; el efecto beneficioso se puede sentir solamente en las primeras cuatro a seis horas después de la cirugía. Aparte del alivio del dolor, no hubo información suficiente para establecer conclusiones sobre otros efectos beneficiosos o perjudiciales debidos a la analgesia epidural.