

**COMENTARIO****Comentarios sobre Ventajas de los bloqueos periféricos frente a la epidural en el postoperatorio de PTR. Rev Electrón AnestesiaR 2009; Volumen 1 (4): 19**

Esteve N (1), Arnal D (2), Rosario E (1), Sánchez M (1), Martín S (3).

(1) Hospital son Llàtzer, Palma de Mallorca

(2) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

(3) Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid "San José y Santa Adela".

**Resumen**

Comentarios al artículo M Sánchez. Ventajas de los bloqueos periféricos frente a la epidural en el postoperatorio de PTR. 1(4)18.

**Introducción**

Neus Esteve

01/04/2009

Quisiera señalar algunas limitaciones que a mi entender presenta este excelente trabajo:

En el grupo Epidural no se usa el modo de analgesia controlada por el paciente (PCA), que se hubiera ajustado mejor a las demandas analgésicas variables de los pacientes.

El EVA se supone que se mide en reposo, pues no hay ninguna mención al dolor en movimiento. Probablemente el grado de dolor al movimiento hubiera marcado más diferencias entre las técnicas analgésicas.

No se registran los porcentajes de epidurales fallidas, ni de bloqueos fallidos, que también hubieran aportado información sobre la efectividad global de las técnicas.

Finalmente no se registran otros resultados que podrían ser influidos por la técnica analgésica, como índices de rehabilitación, estancia media o

satisfacción del paciente. El concepto de rehabilitación precoz (1) en cirugía ortopédica, implica un cambio en las pautas analgésicas para proporcionar la máxima analgesia dinámica desde las primeras horas del postoperatorio. Las pautas de analgesia regional continua en las que se basan los nuevos enfoques multidisciplinares de la cirugía ortopédica (2), contribuyen a mejorar los resultados quirúrgicos medidos en la disminución de la estancia media y en el grado de flexión de la rodilla. También se presenta como ventaja de los bloqueos continuos la posibilidad de continuar la analgesia en el domicilio, aunque no se han demostrado ventajas en prolongar los bloqueos más allá de las 48 h (3). Tampoco se han encontrado diferencias entre los tipos de analgesia postoperatoria y los resultados quirúrgicos a partir de los 3 meses del posoperatorio.

**Bibliografía**

1.- Borgeat A. The role of regional anesthesia in patient outcome: orthopedic surgery. Tech Reg



Anesth Pain Manag. 2008; 12: 178-182.  
(doi:10.1053/j.trap.2008.09.007)

2.- Hebl JR, Dilger JA, Byer DE, Kopp SL, Stevens SR, Pagnano MW, Hanssen AD, Horlocker TT. A pre-emptive multimodal pathway featuring peripheral nerve block improves perioperative outcomes after major orthopedic surgery. Reg Anesth Pain Med. 2008 Nov-Dec;33(6):510-7. ([Pubmed](#))

3.- Ilfeld BM, Meyer RS, Le LT, Mariano ER, Williams BA, Vandenborne K, Duncan PW, Sessler DI, Enneking FK, Shuster JJ, Maldonado RC, Gearen PF. Health-related quality of life after tricompartiment knee arthroplasty with and without an extended-duration continuous femoral nerve block: a prospective, 1-year follow-up of a randomized, triple-masked, placebo-controlled study. Anesth Analg. 2009 Apr; 108 (4):1320-5. ([Pubmed](#)) ([Texto completo](#))

*Neus Esteve*  
*Responsable de la Unidad de Dolor*  
*Agudo*  
*Hospital son Llátzer*  
*Palma de Mallorca*

Daniel Arnal

01/04/2009

Aunque éste no sea el estudio definitivo por sus limitaciones, la tendencia de las últimas publicaciones (ver referencias 1-3 del artículo) parecen ir en la dirección de defender los bloqueos periféricos frente a la analgesia epidural.

Sin embargo, me inquieta el hecho de que la técnica predominante en esta cirugía en nuestro medio sea la anestesia neuroaxial (ya sea intradural, epiarraqui o epidural) ¿estamos realmente ante el inicio de un cambio en la técnica anestésica de elección para las PTR? ¿es un problema de falta de formación entre nosotros o en la práctica los bloqueos femoral/poplíteos no aportan tantas ventajas como estos estudios apuntan?

¿Conocéis algún equipo que los use

sistemáticamente como técnica de elección?

*Daniel Arnal*

*Médico Adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación.*

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

Elia del Rosario

02/04/2009

En el Hospital Son Llatzer, en Palma de Mallorca, desde hace varios meses estamos utilizando los bloqueos femorales continuos como técnica de elección en la analgesia postoperatoria tras PTR y PTC (1), dentro del conjunto de analgesia multimodal. Nuestro protocolo es el siguiente:

*Catéter femoral continuo+PCA: bolo inicial bupiv/levobupiv 0.25% 30ml, seguido de una infusión continua de levobupiv 0.125% a 5ml/h, bolus 5ml, t cierre 10min, max 4 bolus/h. Manteniéndolo durante 48hs*

+

*Menores de 75 años: oxicodona 20mg 1c/12hs via oral*  
*Mayores de 75 años: oxicodona 10mg 1c/12hs via oral*

+

*Paracetamol+AINE*

*Analgesia de rescate: Oxicodona 10mg vo.*

Salvo contraindicación realizamos anestesia subaracnoidea para la cirugía (2), y posteriormente en la URPA colocamos el catéter femoral. Disponemos de un ecógrafo para la colocación de los catéteres y cada vez

más anestesiólogos se están habituando a su utilización.

De momento no tenemos análisis objetivo de los resultados, aunque esperamos tenerlo en breve.

Espero que os sea útil el comentario y felicidades a todos por vuestras aportaciones

### Bibliografía

1.- PROSPECT (Postoperative Specific Pain Management) recommendations for postoperative pain Management for total knee arthroplasty. Disponible en: <http://www.postoppain.org/frameset.htm>

2.- A Comparison of neuraxial Block versus general anesthesia for elective hip replacement: a meta-analysis. *Anesth Analg* 2006; 103: 1018-1025. ([Pubmed](#)) ([Texto completo](#))

*Elia del Rosario  
Médico Adjunto. Servicio  
Anestesiología y Reanimación.  
Hospital Son Llatzer. Palma de  
Mallorca*

Miriam Sánchez

20/04/2009

Muchísimas gracias a todos los compañeros por sus acertados comentarios.

Por realizar un apunte más como conclusión tras vuestras aportaciones al respecto de este artículo, lo que parece más claro, es la menor incidencia de complicaciones graves con la realización de bloqueos periféricos. Si nos basamos en la evidencia disponible, la analgesia epidural no se recomienda (Grado B) por un riesgo elevado de efectos adversos (LoE 1) y no mejora la analgesia comparada con el bloqueo femoral (1).

Efectivamente, tal y como señala Neus Esteve para este estudio en concreto (2), habría sido interesante analizar las diferencias existentes en cuanto al grado de dolor en reposo o en movimiento (factor principal para la rehabilitación), o la posibilidad de técnicas continuas (con o sin PCA). Asumiendo que las diferencias encontradas en cuanto a intensidad del dolor no parecen muy llamativas, la realización de otros análisis: coste-efectividad, estancia media hospitalaria o grado de satisfacción del paciente, podrían ser útiles para decantarnos hacia una técnica u otra.

Posiblemente sean necesarios ensayos clínicos adicionales que definan las ventajas de los bloqueos periféricos continuos (femoral, con o sin bloqueo ciático), no sólo dosis única, para control del dolor postoperatorio en cirugía mayor ortopédica; y si procede, llevar a cabo una modificación de nuestra práctica anestésica habitual (como hemos visto que algunos grupos ya están realizando).

Un saludo para todos.

### Bibliografía

1.- PROSPECT (Postoperative Specific Pain Management) recommendations for postoperative pain Management for total knee arthroplasty. Disponible en: <http://www.postoppain.org/frameset.htm>

2.- Santiveri Papiol X et al. Comparación de la eficacia y seguridad de tres técnicas analgésicas (epidural, bloqueo femoral y bloqueo femoral-ciático) en el postoperatorio de prótesis total de rodilla. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2009; 56(1): 16-20 ([Pubmed](#))

*Miriam Sánchez  
Médico Adjunto. Unidad de Anestesia y  
Reanimación.  
Hospital Universitario Fundación  
Alcorcón. Madrid.*

Sonsoles Martín

29/04/2009

En mi Hospital llevamos años haciendo sistemáticamente técnica de bloqueo periférico femoral continuo para postoperatorio de PTR y PTC durante 48-72h y recientemente se ha incluido su utilización sistemática en la Vía Clínica del paciente Ortogeriatrico. En nuestro centro la infusión por catéter epidural continua en planta originaba problemas con la enfermería y sólo lo utilizamos en las primeras 24h en la Reanimación si previamente se ha canalizado en quirófano. La calidad de analgesia del catéter epidural es innegable y no comparable al bloqueo femoral continuo, pero éste último realmente es una opción buena, muy buena, con muy pocas complicaciones y cuya inserción sólo es cuestión de práctica. Lógicamente con la creciente utilización de Ecografía esto resultará una práctica más sencilla y espero que se utilice más. Nosotros utilizamos Ropivacaina 0,2% a 4 '0 5ml/h, PCA de 4-5ml, Intervalo

de bloqueo de 40min y dosis máxima en 4h: 40ml., Paracetamol más metamizol o deketoprofeno y tramadol de rescate. Sobre todo para la PTR es donde la mayoría de mi Servicio y el S. de Traumatología está a favor de utilizarlos 48h. En la PTC no siempre lo utilizamos y lo dejamos menos tiempo ya que el dolor es menos severo.

*Sonsoles Martín  
Médico Adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación.  
Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid "San José y Santa Adela"*

---

**Correspondencia al autor**

*Neus Esteve  
[neusteve@hsl.es](mailto:neusteve@hsl.es)  
Responsable de la Unidad de Dolor Agudo  
Hospital son Llátzer, Palma de Mallorca*

---

[M Sánchez. Ventajas de los bloqueos periféricos frente a la epidural en el postoperatorio de PTR. 1\(4\)18](#)

