



Eficacia y Recuperación Funcional tras la Analgesia con Infiltración Local Intraarticular (LIA) en las Prótesis de Rodilla

Teresa Santeularia Verges, Anna Cañete Cárdenas, Pau Robles Simón, Mireia Rodríguez Prieto, José Maria Gil Sanchez, Sergio Nuñez Sacristán, Sergi Sabaté Tenas.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción

La Prótesis de rodilla (PR) puede provocar un intenso dolor postoperatorio. La LIA se ha popularizado en los últimos años como método para controlar el dolor y mejorar la recuperación funcional de estos pacientes.

Objetivos

Analizar la intensidad del dolor, la capacidad de realizar fisioterapia (FT) y estancia hospitalaria en los pacientes intervenidos de PR con LIA.

Material y Método

Entre noviembre-23 y abril-24 se realiza un estudio prospectivo que incluye 61 pacientes (6 Prótesis unicompartmental+ 55 Prótesis total).Se les practicó anestesia intradural y técnica LIA según protocolo (Tabla 1). La Tabla 2 muestra los datos recogidos.

Tabla 1. Protocolo LIA

Intraoperatorio	Dilución: Ropivacaina 2mg/ ml +0,5 mg adrenalina en 200 ml. Administración: 100 ml en < 70 kg y 150 ml en > 70 kg. Técnica quirúrgica: isquemia + redones. An. intradural+ AINES + Ac. Tranexámico
Postoperatorio inmediato	Rescate con Bloqueo canal aductores si tras reversión bloqueo intradural EVN > 3

Tabla 2. Datos recogidos

Datos demográficos	<ul style="list-style-type: none">EdadSexo
intraoperatorio	<ul style="list-style-type: none">volumen infiltración localtiempo isquemia intraoperatoriocumplimiento protocolo
Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none">Unidad de Reanimación-Post inmediatoEVN reposonecesidad morfina rescaterescate con Bloqueo Canal aductoresSala Hospitalización- Seguimiento 5 díasEVN reposo y movimientonecesidad de morfina de rescatefisioterapia (FT):<ul style="list-style-type: none">1.capacidad de realizar FT: si / no2. causa no FT: dolor, náuseas/vómitos, mareo, mal estado general, FT no disponible3. tipo FT: artromotor, sedestación, bipedestación, marchaDías de ingreso



Resultados

El 55,7 % fueron mujeres y el 44,26 % hombres, con una edad media de 71,3±7. La Tabla 3 muestra los resultados del intraoperatorio y postoperatorio inmediato. La Gráfica 1 registra la intensidad del dolor durante los primeros 5 días del postoperatorio (días 0-5), medido mediante la Escala verbal numérica (EVN). Destaca un promedio EVN de 4,1-4,8 en reposo las primeras 48 h y entre 5,6-6,7 en movimiento en los 5 días registrados. El consumo morfina (mg) de rescate (Gráfico 2) fue de 3,87 ±1,9 / 3,75 ± 1,41 / 4 ±0 en los 3 primeros días. Más de la mitad de los pacientes pudieron iniciar marcha activa el día de la intervención y, todos ellos, al menos un turno de FT al día siguiente (Gráfico 3). Entre el 86,1%-93,7% consiguieron realizar marcha activa los 3 primeros días del postoperatorio y el 100 % a partir del tercer día. El dolor solo impidió hacer FT a un paciente (Tabla 4).

La duración del ingreso fue de 3,49 ± 1,36 días. El 60 % de los pacientes obtuvieron el alta entre el segundo-tercer día (Gráfico 4). La mayoría de los ingresos prolongados se debieron a dificultad en la derivación a Centros Socio Sanitarios, dos pacientes por causas médicas y un solo paciente, con antecedentes de fibromialgia, por dolor.

Tabla 3. Intraoperatorio y Postoperatorio inmediato

Volumen infiltración Anestésico local	73,7 % 150 ml / 26,3% 100 ml
Tiempo isquemia (min)	88,65 ± 22,44
Cumplimiento protocolo	93,8 %
EVN Reanimación	77 % EVN=0, solo 1 EVN=4
Consumo morfina	1 mg (3 pacientes)
Rescate canal aductores	ninguno

Tabla 4. Fisioterapia . Características

Días	0	1	2	3	4	5
Tipo						
• Artromotor	6%	5,7%	1%	2,1%		
• Sedestación		5,7%	1%	4,2%		
• Bipedestación		2,5%	3,2%	0%		
• Marcha activa	94%	86,1%	94,8%	93,7%	100%	100%
Causas médicas que impiden FT						
• Dolor	1,6%					
• Náuseas/ Vómitos		5%	4,3 %			
• Mareo		3,2%	2,1%			

Conclusión

La LIA es una alternativa viable como parte de un régimen multimodal en las PR porque permite una fisioterapia precoz y un alta hospitalaria temprana en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, se deberían evaluar cambios en técnicas quirúrgicas o nuevas intervenciones analgésicas que puedan mejorar su eficacia analgésica.

Bibliografía

- O'Neill A, Link P. Multimodal Analgesia. Anesthesiol Clin. 2022 Sep;43(3):455-468. doi: 10.1016/j.anclin.2022.04.002. Epub 2022 Aug 2. PMID: 36049874.
- Lavand'homme PM, Kehllet H, Rawal N, Joshi GP, PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA). Pain management after total knee arthroplasty: PROcedure SPECific Postoperative Pain Management recommendations. Eur J Anaesthesiol. 2022 Sep 1;39(9):743-757. doi: 10.1097/EJA.0000000000001691. Epub 2022 Jul 20. PMID: 35852550; PMCID: PMC9891300.
- NICE. Evidence review for anaesthesia for knee replacement. Nice guideline NG 1517. June 2020. National Institute for Health and Care Excellence. 2020.
- Najfeld M, Hube R, Kujat AK, Mayr HO, Thiele K. Is changing the postoperative pain management in total knee arthroplasty from femoral nerve block to local infiltration analgesia successful? Retrospective trial with the first and last 100 patients. Journal of Orthopaedic Surgery and Research (2020) 15:480