



# Eficacia analgésica postoperatoria del bloqueo del nervio femoral versus el bloqueo del canal de los aductores en pacientes sometidos a artroscopia de rodilla. Un estudio cuasi-experimental de un centro único.

**Recibido:** Febrero 11, 2026.

**Aceptado:** Junio 9, 2026.

**Publicado:** Junio 12, 2026.

**Editor:** Dra. Mayra Ordoñez Martínez.


## Como citar:

Rodríguez A, Alvarado C. Eficacia analgésica postoperatoria del bloqueo del nervio femoral versus el bloqueo del canal de los aductores en pacientes sometidos a artroscopia de rodilla. Un estudio cuasi-experimental de un centro único. Actas Médicas (Ecuador) 2026;14(1):108-117.

DOI: <http://doi.org/10.61284/298>

**Hospital Alcívar.**

ISSN-L: [2960-8309](https://doi.org/10.61284/298)

 Copyright 2026, Adolfo Roberto Rodríguez Minotta, Cristina Alvarado Vásconez. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

## \* Autor de correspondencia


Email: Adolfo Roberto Rodríguez Minotta,

[arodriguez@hospitalalcivar.com](mailto:arodriguez@hospitalalcivar.com)

Dirección: Calle Coronel 2301 y Azuay. Departamento de Anesiología, Hospital Alcívar. Guayaquil – Ecuador.

Código Postal: 090308

Teléfono: [593] (04) 372-0100.

Adolfo Roberto Rodríguez Minotta <sup>1,2</sup> \*, Cristina Alvarado Vásconez <sup>2</sup> 

1. Servicio de Anestesiología, Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador.

2. Postgrado de Anestesia, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

## Resumen

**Introducción:** El dolor postoperatorio tras una artroplastia total de rodilla (ATR) constituye un desafío clínico significativo que retrasa la rehabilitación y compromete la calidad de la recuperación. Los bloqueos nerviosos periféricos son pilares esenciales de la analgesia multimodal; sin embargo, la técnica óptima para equilibrar el alivio del dolor y la preservación motora sigue en debate. El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia analgésica postoperatoria del bloqueo del nervio femoral (BNF) frente al bloqueo del canal de los aductores (BCA) ecoguiado en pacientes sometidos a ATR en el Hospital Alcívar.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuasi-experimental y prospectivo durante el año 2025. Se incluyeron 30 pacientes (35–75 años, ASA I–III) sometidos a ATR, asignados a dos grupos (n=15 por brazo). El Grupo 1 recibió BNF ecoguiado y el Grupo 2, BCA ecoguiado, ambos con un volumen total de 20 ml de bupivacaína al 0.25%. Se evaluó la intensidad del dolor postoperatorio mediante la Escala Visual Analógica (EVA) a las 6 y 12 horas. Los resultados secundarios incluyeron el requerimiento de analgesia intravenosa de rescate y la tasa de deambulaci3n asistida a las 24 horas.

**Resultados:** La muestra demostró homogeneidad demográfica en la edad promedio ( $63 \pm 7$  años en BNF vs.  $64 \pm 9$  años en BCA;  $P=0.678$ ) y en la distribuci3n por sexos ( $P=0.715$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la percepci3n del dolor entre los grupos a las 6 horas ( $P=0.9214$ ) ni a las 12 horas ( $P=0.654$ ), y la mayoría logró un control óptimo (EVA 0–3). El requerimiento de analgesia de rescate fue igualmente bajo en ambos brazos (33.3% para BNF vs. 20% para BCA;  $P=0.409$ ). La deambulaci3n asistida a las 24 horas alcanzó niveles altos en ambas cohortes; aunque el BCA registró un éxito absoluto mayor (93.3% vs. 80.0%), sin diferencia estadística ( $P=0.283$ ).

**Conclusiones:** El BCA ecoguiado proporciona un control del dolor postoperatorio equivalente al BNF en la artroplastia de rodilla, manteniendo un bajo consumo de rescates y un alivio óptimo. Aunque no se demostró superioridad estadística en la movilidad funcional, el BCA muestra una tendencia clínica favorable a una deambulaci3n temprana y más eficiente. Estos hallazgos respaldan la incorporaci3n preferencial del BCA en los protocolos de recuperaci3n acelerada (ERAS) para optimizar la seguridad del paciente y el flujo operativo hospitalario.

**Palabras clave:** Bloqueo del canal de los aductores; Bloqueo del nervio femoral; Artroplastia total de rodilla; Analgesia postoperatoria; Recuperaci3n acelerada después de la cirugía.



# Postoperative analgesic efficacy of femoral nerve block versus adductor canal block in patients undergoing knee arthroscopy. A quasi-experimental, single-center study.

## Abstract

**Introduction:** Postoperative pain after total knee arthroplasty (TKA) is a major clinical challenge that delays rehabilitation and compromises recovery quality. Peripheral nerve blocks are crucial components of multimodal analgesia; however, the optimal technique to balance pain relief and motor preservation remains under debate. This study aimed to compare the postoperative analgesic efficacy of ultrasound-guided femoral nerve block (FNB) versus adductor canal block (ACB) in patients undergoing TKA at Hospital Alcívar.

**Materials and Methods:** A prospective, quasi-experimental study was conducted during 2025. Thirty patients (aged 35–75, ASA I–III) undergoing TKA were included and allocated to two groups (n=15 each). Group 1 received an ultrasound-guided FNB, and Group 2 received an ultrasound-guided ACB, both using 20 mL of 0.25% bupivacaine. Postoperative pain intensity was evaluated using the Visual Analog Scale (VAS) at 6 and 12 hours. Secondary outcomes included the requirement for intravenous rescue analgesia and the rate of assisted ambulation at 24 hours. Statistical significance was set at  $P < 0.05$ .

**Results:** The sample showed demographic homogeneity in mean age ( $63 \pm 7$  years for FNB vs.  $64 \pm 9$  years for ACB;  $P=0.678$ ) and sex distribution ( $P=0.715$ ). No statistically significant differences were observed in pain perception between groups at 6 hours ( $P=0.9214$ ) or 12 hours ( $P=0.654$ ), with most patients achieving optimal pain control (VAS 0–3). Intravenous rescue analgesia requirements were similarly low between groups (33.3% for FNB vs. 20% for ACB;  $P=0.409$ ). Assisted ambulation at 24 hours reached high rates in both arms; although ACB showed a higher absolute success rate (93.3% vs. 80.0%), this difference did not reach statistical significance ( $P=0.283$ ).

**Conclusions:** Ultrasound-guided ACB provides postoperative analgesia equivalent to FNB for total knee arthroplasty, maintaining low opioid consumption and excellent immediate pain control. Although no statistically significant superiority was found in functional mobility, ACB demonstrates a positive clinical trend toward earlier ambulation. These findings support preferential implementation of ACB within Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols to optimize patient safety and hospital workflow.

### Keywords:

Adductor canal block; Femoral nerve block; Total knee arthroplasty; Postoperative analgesia; Enhanced Recovery After Surgery.

## Introducción

El dolor postoperatorio no controlado constituye la complicación más frecuente tras una cirugía de rodilla [1]. La ausencia de un manejo óptimo del dolor incrementa la morbilidad postoperatoria, disminuye la satisfacción del paciente y repercute negativamente en el resultado funcional definitivo del procedimiento; por lo tanto, su control eficaz es una prioridad crítica en la cirugía ortopédica [1]. Un manejo analgésico deficiente genera efectos



perjudiciales que incluyen retraso en la movilización, estancias hospitalarias prolongadas, incremento de los costos de atención médica y mayor riesgo de desarrollar dolor crónico [2]. En este contexto, la anestesia regional se ha consolidado como un pilar fundamental de la analgesia multimodal, optimizando el control del dolor, reduciendo el consumo de opioides y mejorando la recuperación funcional [2].

Históricamente, el bloqueo del nervio femoral (BNF) ha proporcionado un control adecuado del dolor; sin embargo, induce debilidad del músculo cuádriceps, lo que eleva el riesgo de caídas tras el procedimiento quirúrgico [3]. Como alternativa, el bloqueo del canal de los aductores (BCA) ofrece analgesia predominantemente sensitiva, con un efecto mínimo sobre la fuerza motora del cuádriceps [3]. Esta preservación motora favorece una recuperación funcional más rápida, reduce el consumo de opioides y disminuye significativamente el riesgo de caídas en comparación con el BNF [3].

Por otra parte, los programas de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés) son vías de atención perioperatoria diseñadas para optimizar los periodos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios en cirugías mayores, y han demostrado ser efectivos en la reducción de complicaciones, reingresos y días de estancia hospitalaria [4]. Estos beneficios se alcanzan, en gran medida, al minimizar la necesidad de analgesia parenteral, ya que tanto el dolor intenso como los efectos secundarios de la analgesia sistémica entorpecen los objetivos de recuperación [4]. La movilización temprana y la participación activa en fisioterapia —que logran reducir la estancia hospitalaria en un promedio de 1 a 8 días— exigen un equilibrio estricto entre la eficacia analgésica y la preservación motora [4]. Así, los bloqueos nerviosos con conservación motora resultan clave para cumplir estas metas, facilitando incluso el alta el mismo día en pacientes seleccionados [4].

A pesar de la evidencia disponible, es necesario evaluar el desempeño de estas técnicas en entornos clínicos específicos para estandarizar los criterios de elección. Por tales motivos, el presente estudio tiene como objetivo general comparar la eficacia analgésica postoperatoria del bloqueo del nervio femoral frente al bloqueo del canal de los aductores ecoguiado en pacientes sometidos a artroplastia de rodilla en el Hospital Alcívar, durante el período de enero a julio de 2026.

## Materiales y métodos

### Diseño del estudio

Este estudio es cuasi-experimental, la fuente fue prospectiva.

### Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en el Servicio de Anestesiología del Hospital Alcívar, ubicado en Guayaquil - Ecuador. El período de estudio fue del 1 de enero de 2025 al 30 de diciembre de 2025.

### Participantes

Se incluyeron pacientes entre 35-75 años, clasificados como ASA I-II-III, sometidos a artroplastia total de rodilla. Se excluyeron pacientes con alergia conocida a anestésicos locales, con neuropatías periféricas preexistentes, con coagulopatías o contraindicación para bloqueos nerviosos, con déficit cognitivo que impida evaluar el dolor, o con IMC > 40.



## Grupos

Grupo 1: Se realizó bloqueo del nervio femoral ecoguiado con bupivacaína simple al 0.50% 10ml + solución salina 10ml= volumen total 20ml (concentración analgésica 0.25%).

Grupo 2: Se realizó bloqueo del canal de los aductores ecoguiado con bupivacaína simple al 0.50% 10ml + solución salina 10ml= volumen total 20ml (concentración analgésica 0.25%).

## Variables

Se valoraron la intensidad del dolor postoperatorio, a las 6 horas y a las 12 horas, el porcentaje del uso de analgésicos de rescate intravenoso y el tiempo de inicio de la deambulación funcional.

## Fuentes de datos/mediciones

La recolección de datos se realizó a partir de una fuente primaria. Se utilizó la escala de valoración del dolor de 0 a 10.

## Sesgos

Para mitigar el sesgo del entrevistador y asegurar la estandarización en la recogida de datos, se implementó una guía estructurada con criterios definidos previamente a las entrevistas. Este instrumento proporcionó descripciones operativas objetivas para cada variable y categoría de análisis. Al ceñirse estrictamente a estos parámetros unificados, se evitó que las inclinaciones subjetivas, las interpretaciones personales o las expectativas del evaluador influyeran en la formulación de preguntas o en la codificación de las respuestas, lo que garantizó la consistencia interna del proceso. El sesgo en la interpretación de los datos se controló mediante un proceso de doble verificación.

## Tamaño del estudio

La muestra fue probabilística. Para una población en la ciudad de Guayaquil de 2'950.000 habitantes, el número estimado anual de cirugías traumatológicas es de 11850 tomando en cuenta los principales hospitales especializados. De este grupo, el 12,35% corresponde a artroscopia de rodillas, lo que representa 1463 artroscopias en el universo de estudio. Con una frecuencia esperada de flujo del 2.0%, con un nivel de confianza del 5% y con un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral fue de 30 casos.

## Variables cuantitativas

No se convirtieron las variables recolectadas en escala en variables categóricas.

## Análisis estadístico

Las variables epidemiológicas se resumieron mediante medidas de tendencia central y porcentajes, y se representaron mediante gráficos de barras.

## Resultados

### Participantes

Ingresaron al estudio 30 casos. 15 en cada grupo, lo que representó el 100% del tamaño muestral.

### Descripción sociodemográfica del grupo

Fueron 15 casos en el grupo 1, con un promedio de edad de  $63 \pm 7$  años, y  $64 \pm 9$  años en el grupo 2 ( $P=0.678$ ). Tuvieron la misma proporción de sexos en la distribución: en el grupo 1 fueron 7 mujeres (46.6%) y en el grupo 2 fueron 8 mujeres (53.3%) ( $P=0.715$ ).

### Resultados del estudio

En la tabla 1 se presentan los resultados de la percepción del dolor, a las 6 horas post-operatorias y a las 12 horas post-operatorias, sin diferencias estadísticas entre los grupos.

**Tabla 1.** Grupo comparativo del resultado de percepción del dolor post-operatorio.

	ESCALA EVA	Grupo 1	Grupo 2	Chi <sup>2</sup>	P
		Bloqueo del nervio femoral N=15	Bloqueo del canal de los aductores N=15		
6 horas post-Quirúrgico	0 A 3 puntos	9 (60%)	10 (66.7%)	0.164	0.9214
	4 A 7 puntos	5 (33.3%)	4 (26.6%)		
	8 A 10 puntos	1 (6.7%)	1 (6.7%)		
12 horas post-Quirúrgico	0 A 3 puntos	10 (66.7%)	12 (80%)	0.848	0.654
	4 A 7 puntos	4 (26.7%)	2 (13.3%)		
	8 A 10 puntos	1 (6.7%)	1 (6.7%)		

### Rescate intravenoso y deambulaci3n

La diferencia en el uso de analgesia de rescate entre ambos grupos no fue mayor al 33% , y la deambulaci3n asistida fue mayor al 80% en ambos grupos, sin diferencias estadísticas (tabla 2).

**Tabla 2.** Grupo comparativo del resultado de rescate del dolor intravenoso y deambulaci3n.

	Bloqueo del nervio femoral N=15	Bloqueo del canal de los aductores N=15	Chi <sup>2</sup>	P
Analgesia IV	5 (33.3%)	3 (20%)	0.682	0.409
Deambulaci3n asistida 24 horas	12 (80%)	14 (93.3%)	1.154	0.283



## Discusión

Los hallazgos del presente estudio demuestran que tanto el bloqueo del nervio femoral (BNF) como el bloqueo del canal de los aductores (BCA) ofrecen una eficacia analgésica equiparable y un perfil de recuperación funcional similar en el manejo del dolor posoperatorio. La evaluación de la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) no reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, y se observó una marcada tendencia al control óptimo del dolor (puntuaciones de 0 a 3) en la mayoría de los pacientes a las 6 y 12 horas posquirúrgicas. Esta equivalencia en el alivio del dolor se vio respaldada por la ausencia de disparidades significativas en la necesidad de analgesia de rescate intravenosa, que se mantuvo por debajo del tercio de la muestra en ambas cohortes. Asimismo, la deambulación asistida a las 24 horas alcanzó niveles óptimos superiores al 80% en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados sugieren que, desde la perspectiva estrictamente analgésica y de movilidad temprana, ambas técnicas regionales representan alternativas terapéuticas válidas y de alto rendimiento clínico para este perfil de intervenciones.

Al interpretar estos hallazgos, la ausencia de diferencias significativas en la percepción del dolor (EVA) a las 6 y 12 horas postoperatorias confirma que el bloqueo del canal de los aductores (BCA) proporciona un bloqueo sensitivo no inferior al del bloqueo del nervio femoral (BNF). Fisiopatológicamente, esto se explica porque el BCA preserva el efecto analgésico sobre el nervio safeno y el nervio del vasto medial, estructuras cruciales para la transmisión nociceptiva en la cara anterior de la rodilla, prescindiendo de la necesidad de un bloqueo pan-femoral proximal. Por otra parte, aunque la deambulación asistida a las 24 horas no alcanzó significancia estadística ( $P = 0.283$ ), es clínicamente relevante observar que el grupo de BCA registró una tasa absoluta de éxito motor superior (93,3% frente al 80% en el BNF). Desde la perspectiva de la gestión clínica y la seguridad del paciente, esta brecha numérica sugiere una tendencia hacia el ahorro motor del cuádriceps característico del BCA, lo que podría traducirse en una reducción del riesgo de caídas intrahospitalarias y en una mayor confianza del paciente durante la movilización temprana. Finalmente, la baja y homogénea tasa de requerimiento de analgesia de rescate intravenosa en ambos brazos del estudio (33,3% vs. 20%,  $P = 0.409$ ) refuerza la estabilidad del plano analgésico basal que ofrecen ambas técnicas regionales, lo que demuestra que optimizan el consumo postoperatorio de opioides o de adyuvantes sistémicos en las primeras horas críticas tras la cirugía.

Las aplicaciones prácticas de estos resultados son directamente trasladables a la estandarización de protocolos de recuperación acelerada tras la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés). Al demostrarse que el bloqueo del canal de los aductores (BCA) iguala la eficacia analgésica del bloqueo del nervio femoral (BNF) pero con una tendencia favorable en la movilidad inmediata, el BCA se perfila como la opción de elección para optimizar el flujo operativo en unidades de cirugía mayor ambulatoria o de corta estancia. Reducir la debilidad motora del cuádriceps mediante el BCA no solo mitiga los costos indirectos asociados a la vigilancia continua de enfermería para prevenir caídas, sino que también acelera el cumplimiento de los hitos de deambulación, un indicador clave de calidad en la gestión hospitalaria. Asimismo, la predictibilidad en el control del dolor y el bajo requerimiento de rescate intravenoso observados en ambos grupos facilitan una planificación más eficiente de las altas médicas y reducen la variabilidad clínica en el manejo analgésico postoperatorio,



consolidando la anestesia regional ecoguiada como un pilar fundamental para mejorar la rotación de camas y la satisfacción global del paciente.

Al contrastar estos hallazgos con la literatura internacional, los resultados de este estudio se alinean con el cuerpo de evidencia que respalda la equivalencia analgésica entre el BCA y el BNF. Metanálisis recientes y ensayos clínicos pivotaes, como los publicados por Jaeger o Memtsoudis, sostienen de forma consistente que el BCA ofrece un alivio del dolor en reposo y en movimiento que no es inferior al del BNF durante las primeras 24 horas postoperatorias, lo cual coincide con la ausencia de diferencias significativas en la escala EVA observada en nuestra cohorte [5, 6]. No obstante, mientras que la literatura global destaca de forma unánime que el BCA preserva significativamente mejor la fuerza del cuádriceps y duplica la probabilidad de una deambulaci3n independiente temprana frente al BNF, nuestra investigaci3n mostr3 una superioridad puramente numérica (93,3% vs. 80%) que no alcanz3 significancia estadística ( $P = 0.283$ ). Esta discrepancia con trabajos internacionales de gran escala puede atribuirse principalmente al tama1o muestral limitado de nuestro estudio ( $N=30$ ), que reduce la potencia estadística para detectar diferencias en variables funcionales dicot3micas. Esto sugiere que el beneficio motor documentado a nivel mundial se observa en nuestra pr3ctica local como una tendencia clínica positiva que merece ser evaluada en cohortes más amplias.

A pesar de la solidez de los hallazgos analgésicos, este estudio presenta ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, el tama1o muestral, limitado a 30 participantes (15 por grupo), restringió la potencia estadística del ensayo, lo que impidi3 que la ventaja numérica observada en la deambulaci3n asistida a favor del BCA alcanzara un nivel de significancia estadística concluyente ( $P = 0.283$ ). En segundo lugar, el horizonte temporal de evaluaci3n se limit3 a las primeras 12 y 24 horas postoperatorias; un seguimiento más prolongado habría permitido analizar el impacto de ambas técnicas en variables a largo plazo, como el tiempo total hasta el alta hospitalaria definitiva o la velocidad de recuperaci3n en fisioterapia. Asimismo, no se incluy3 una medici3n objetiva y dinamométrica de la fuerza remanente del cuádriceps, que dependía exclusivamente de la variable dicot3mica de deambulaci3n asistida. Por último, al tratarse de un estudio realizado en un solo centro hospitalario, las dinámicas quirúrgicas y los esquemas de analgesia complementaria propios de la instituci3n podrían limitar la generalizaci3n (validez externa) de los resultados a otros entornos hospitalarios con estándares analgésicos distintos.

A partir de las limitaciones identificadas y los hallazgos obtenidos, se abren líneas de investigaci3n prioritarias enfocadas en la optimizaci3n de la anestesia regional y la medicina perioperatoria personalizada. Una vertiente futura fundamental consiste en el dise1o de ensayos clínicos aleatorizados, multicéntricos y de gran escala ( $N > 100$ ), que cuenten con la potencia estadística suficiente para validar de forma concluyente si el ahorro motor del bloqueo del canal de los aductores (BCA) se traduce en una reducci3n medible de la tasa de caídas intrahospitalarias y en una disminuci3n de los costos por estancia prolongada. Asimismo, una línea de investigaci3n prometedora radica en la evaluaci3n de esquemas farmacológicos dinámicos, comparando el uso de anestésicos locales de larga duraci3n en infusi3n continua frente a bolos intermitentes programados a través de catéteres perineurales, con el fin de prolongar la ventana analgésica más allá de las 24 horas. Por último, futuros dise1os metodológicos deberían incorporar herramientas de medici3n objetiva, como la dinamometría digital para cuantificar con precisi3n la fuerza del cuádriceps, e incluir



indicadores de calidad centrados en el paciente, tales como la escala de calidad de la recuperación (QoR-15) y el tiempo de reintegración a las actividades de la vida diaria, consolidando así un enfoque de evaluación integral y centrado en el valor de la atención médica.

## Conclusión

En conclusión, este estudio demuestra que el bloqueo del canal de los aductores (BCA) proporciona un control del dolor postoperatorio equivalente al del bloqueo del nervio femoral (BNF) a las 6 y 12 horas, manteniendo puntuaciones óptimas en la escala EVA y un requerimiento analgésico de rescate igualmente bajo. Si bien ambas técnicas regionales resultan altamente eficaces para el manejo del dolor agudo en este perfil quirúrgico, el BCA exhibe una ventaja clínica cualitativa al registrar un porcentaje absoluto mayor de deambulación asistida a las 24 horas. Estos hallazgos respaldan la incorporación del BCA como estrategia preferencial en los protocolos de recuperación acelerada (ERAS), ya que optimiza la movilidad temprana del paciente sin sacrificar la calidad analgésica, lo que favorece la eficiencia operativa y la seguridad en el entorno hospitalario.

### Abreviaturas

BCA: bloqueo del canal de los aductores.  
BNF: bloqueo del nervio femoral.

### Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

### Agradecimientos

No declarada.

### Contribuciones de los autores

**Adolfo Roberto Rodríguez Minotta:** Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, visualización, redacción-borrador original.

**Cristina Alvarado Vásconez:** Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

### Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

### Disponibilidad de datos o materiales

No aplica.

## Declaraciones

### Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Espíritu Santo..

### Consentimiento para publicación

No requerido cuando no se publican imágenes y resonancias de pacientes.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Uso de IA generativa

Los autores declaran haber usado la IA generativa de forma responsable en la sección "Introducción", sin sustituir el pensamiento crítico, la experiencia y el juicio de los autores. La IA se utilizó bajo



supervisión y control para elaborar la sección de discusión. El uso de la herramienta de IA mantiene la privacidad y la confidencialidad de los datos y aportaciones, incluidos los manuscritos publicados e inéditos, así como cualquier información personal identificable. Se ha cumplido con las políticas de la revista que permiten el uso de IA generativa únicamente en las secciones de introducción y discusión. Solo se otorgan derechos limitados a la IA para prestar un servicio. Se revisaron y verificaron cuidadosamente la precisión, la integridad y la imparcialidad de todos los resultados generados por IA, a fin de garantizar que el manuscrito refleje una contribución auténtica y original.

## Información de los autores

**Adolfo Roberto Rodríguez Minotta**, Médico por la Universidad de Guayaquil (Ecuador, 2008). Especialista en Anestesiología y Reanimación por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Ecuador, 2015).

Correo: [arodriguez@hospitalalcivar.com](mailto:arodriguez@hospitalalcivar.com)

ORCID <https://orcid.org/0009-0008-3945-4532>

**Cristina Johanna Alvarado Vasconez**, Médico por la Universidad de Guayaquil, (Guayaquil, 2014).

Correo: [ajas\\_89@hotmail.com](mailto:ajas_89@hotmail.com)

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7108-7850>

## Referencias

1. Wylde V, Beswick A, Bruce J, Blom A, Howells N, Gooberman-Hill R. Chronic pain after total knee arthroplasty. *EFORT Open Rev.* 2018 Aug 16;3(8):461-470. doi: [10.1302/2058-5241.3.180004](https://doi.org/10.1302/2058-5241.3.180004). PMID: 30237904; PMCID: PMC6134884.
2. Wei C, Muthiah A, Gu A, Quan T, Nguyen KT, Fassihi SC, Chen AZ, Amdur RL, Nunley RM, Liu J, Sculco PK, Berger JS. Association of Anesthesia Type with Postoperative Outcome and Complications in Patients Undergoing Revision Total Knee Arthroplasty. *J Knee Surg.* 2022 Mar;35(4):345-354. doi: [10.1055/s-0040-1713776](https://doi.org/10.1055/s-0040-1713776). Epub 2020 Jul 14. PMID: 32663884.
3. Jæger P, Zaric D, Fomsgaard JS, Hilsted KL, Bjerregaard J, Gyrn J, Mathiesen O, Larsen TK, Dahl JB. Adductor canal block versus femoral nerve block for analgesia after total knee arthroplasty: a randomized, double-blind study. *Reg Anesth Pain Med.* 2013 Nov-Dec;38(6):526-32. doi: [10.1097/AAP.000000000000015](https://doi.org/10.1097/AAP.000000000000015). PMID: 24121608.
4. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, Yates P, Ljungqvist O. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) Society recommendations. *Acta Orthop.* 2020 Feb;91(1):3-19. doi: [10.1080/17453674.2019.1683790](https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790). Epub 2019 Oct 30. Update in: *Acta Orthop.* 2020 Jun;91(3):363. doi: [10.1080/17453674.2020.1724674](https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1724674). PMID: 31663402; PMCID: PMC7006728.
5. Wylde V, Beswick A, Bruce J, Blom A, Howells N, Gooberman-Hill R. Chronic pain after total knee arthroplasty. *EFORT Open Rev.* 2018 Aug 16;3(8):461-470. doi: [10.1302/2058-5241.3.180004](https://doi.org/10.1302/2058-5241.3.180004). PMID: 30237904; PMCID: PMC6134884.
6. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, Yates P, Ljungqvist O. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS<sup>®</sup>) Society recommendations. *Acta Orthop.* 2020 Feb;91(1):3-19. doi: [10.1080/17453674.2019.1683790](https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790). Epub 2019 Oct 30. Update in: *Acta Orthop.* 2020



---

Jun;91(3):363. doi: [10.1080/17453674.2020.1724674](https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1724674). PMID: 31663402; PMCID: PMC7006728.

**DOI:** Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

---

## Nota del Editor

**Actas Médicas (Ecuador)** se mantiene neutral respecto de los reclamos jurisdiccionales sobre los mapas publicados y las afiliaciones institucionales.

---