

## Pericapsular Nerve Group (PENG) Block for Hip Fracture

Laura Girón-Arango, MD,\* † Philip W.H. Peng, MBBS, FRCP, Founde (Pain Med),  
\*† Ki Jinn Chim, MBBs, MMed, FANZCA, FAMS, FRCPC,\* †, Richard Brull, MD, FRCPC, \*  
and Anahi Perlas, MD, FRCPC\*†

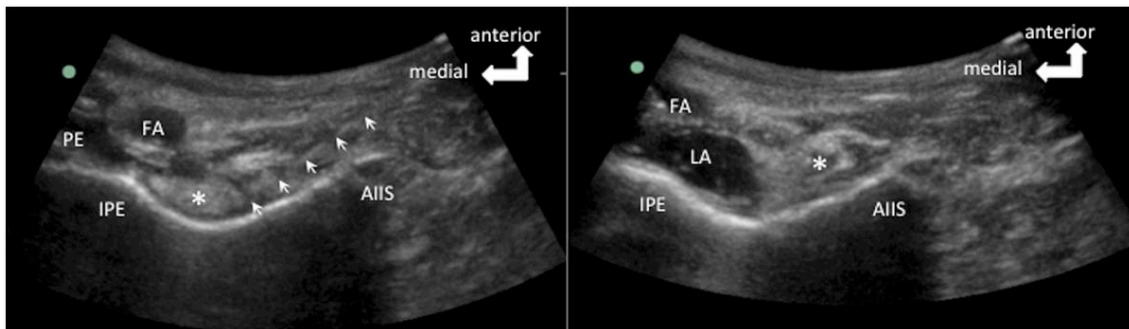
En este artículo se describe una nueva técnica analgésica guiada por ultrasonidos para la fractura de cadera, y su efectividad al aplicarla sobre 5 pacientes.

Se realiza una breve introducción sobre la alta mortalidad y morbilidad asociada a la fractura de cadera. Técnicas como el bloqueo del nervio femoral, el bloqueo de la fascia iliaca o el bloqueo 3 en 1 del nervio femoral, si bien son técnicas populares analgésicas que disminuyen las necesidades y efectos secundarios del consumo de opiáceos, sólo consiguen una analgesia parcial, al no tener una cobertura sobre el nervio obturador.

Los autores, a raíz reciente estudio anatómico por *Short et al*, donde se demuestra la rica inervación de la capsula anterior de la cadera por parte del nervio obturador, el nervio accesorio del obturador y ramas del nervio femoral, sostienen que deberían de ser este grupo de nervios pericapsulares (PENG) los principales objetivos a bloquear para alcanzar una analgesia efectiva.

Se realizó el PENG en 5 pacientes que ingresaron con fractura de cadera y valorados por parte del servicio de dolor agudo del hospital, tras la obtención del consentimiento informado. En 4 de ellos se realizó una inyección única con 20 ml de bupivacaina 0,25% con Adrenalina, realizándose en el paciente restante la inyección única con 20 ml de Ropivacaína 0,5% con Adrenalina más 4 mg de Dexametasona.

Se valoro la eficacia del bloqueo, realizándose a los 30 minutos una exploración consistente en la flexión por parte del paciente de la cadera junto con la elevación de la pierna afecta de 15 grados. Los pacientes no referían bloqueo motor, o afectación motora del cuádriceps y si referían una reducción significativa del dolor de entre 3 o 4 puntos, en una escala de 0 a 10.



Las ramas del nervio femoral y del nervio accesorio del obturador, son encontradas entre la espina iliaca anterosuperior (AIIS) y la eminencia iliopubica (IPE). En la imagen de la izquierda, obtenida por ultrasonidos, se observa con una línea de flechas la posición de la aguja. En la imagen de la derecha puede observarse la propagación del anestésico local tras la inyección entre musculo pectíneo y el tendón del psoas. FA: Arteria Femoral, LA: Anestésico Local, PE: Musculo Pectíneo, \* Tendón Psoas.

Consideramos este artículo de relativo interés por la presentación de una nueva técnica, pero creemos necesario la realización de estudios comparativos con un mayor número de pacientes, valorando la capacidad analgésica tanto durante el periodo intraoperatorio como en el postoperatorio frente a técnicas más clásicas como el bloqueo del nervio femoral, o el bloqueo iliofascial.