

CIRUGÍA DE REPARACIÓN DEL HALLUX VALGUS

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Notas sobre las recomendaciones de PROSPECT

PROSPECT facilita a los profesionales sanitarios argumentos de apoyo a favor y en contra de las distintas intervenciones en el dolor postoperatorio, de conformidad con la evidencia publicada y la opinión de los expertos. Los profesionales sanitarios deben emitir su opinión basándose en las circunstancias clínicas y la normativa local. En todo momento, se debe consultar la información local sobre prescripción que corresponda a los fármacos mencionados.

Grados de recomendación (GdR) y niveles de evidencia (NdE)

Los GdR se asignan de acuerdo con el NdE general en la que se basan las recomendaciones, que se determina por la calidad y la fuente de las pruebas: [Relación entre la calidad y la fuente de la evidencia, los niveles de evidencia y los grados de recomendación.](#)

Notas relativas al dolor después de la cirugía de reparación del hallux valgus

El hallux valgus es una deformidad común del antepié caracterizada por una prominencia medial de la cabeza del primer metatarsiano y una desviación del primer dedo del pie en valgo, con una prevalencia de hasta el 33% en la población general ([Torkki 2001](#)). La reparación del hallux valgus es una cirugía ortopédica que se realiza con frecuencia en los países industrializados y que se asocia con un dolor postoperatorio de moderado a severo que puede influir en la recuperación.

El objetivo de esta directriz es proporcionar a los médicos pruebas sólidas para el tratamiento óptimo del dolor después de la reparación del hallux valgus. No hay directrices formales previamente publicadas específicamente para el tratamiento del dolor después de la reparación del hallux valgus. Un examen sistemático evaluó previamente las pruebas de las intervenciones analgésicas después de la cirugía de tobillo y pie para pacientes hospitalizados y ambulatorios, pero no fue específica para la reparación del hallux valgus ([Wang 2015](#)).

Resumen de recomendaciones

<p>Paracetamol y AINE/ inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el paracetamol (Grado D) y los AINE (Grado A) o los inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado A) en ausencia de contraindicaciones, iniciados antes o durante la intervención y continuado en el período postoperatorio. • Aunque hay poca evidencia específica de la intervención para el paracetamol, ya que sólo un ensayo investigó la eficacia analgésica para el hallux valgus en particular, se incluyeron más de 300 pacientes en este estudio (Jarde 1997). Además, la metodología de PROSPECT considera el paracetamol como un analgésico básico, con un perfil de riesgo-beneficio favorable (Joshi 2019).
<p>Esteroides sistémicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan los esteroides sistémicos (Grado A) en ausencia de contraindicaciones, administrados antes de la intervención o justo antes de la cirugía. • Aunque en los estudios se utilizaron betametasona IM y dexametasona oral, los efectos de estos medicamentos son sistémicos. Aconsejamos la dexametasona intravenosa porque se recomienda para la profilaxis de las NVPO (Gan 2014). Además, la dexametasona intravenosa aumenta el impacto de una técnica analgésica regional como el bloqueo del tobillo o la infiltración anestésica (Baeriswyl 2017).
<p>Bloqueo de tobillo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el bloqueo de tobillo (Grado A). • Se recomienda el bloqueo de tobillo como técnica analgésica regional de primera elección y la infiltración en la herida como alternativa (Grado D). • Solo dos ensayos investigaron el beneficio de un bloqueo de tobillo específicamente para esta cirugía, pero ambos mostraron una amplitud de efecto importante (Kir 2018; Su 2019). Además, dos ensayos publicados hace más de 15 años concluyeron que un bloqueo de tobillo de referencia combinado con AG redujo las valoraciones del dolor (Needoff 1995) o aumentó el tiempo hasta el primer dolor después de la cirugía del antepié (Clough 2003), en comparación con la AG sola.

	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar de que solo un ensayo muestra la superioridad del bloqueo del tobillo sobre la infiltración de anestésicos locales en la herida (Su 2019), se debe favorecer el bloqueo del tobillo, ya que puede permitir que la cirugía se realice sin AG o anestesia espinal adicionales (López 2012). Además, también reduce el tiempo relacionado con la anestesia en el quirófano, especialmente si el procedimiento regional se realiza antes de la entrada en el quirófano. • Se necesita investigación adicional para comparar adecuadamente un bloque • o del nervio ciático con un bloqueo del tobillo bajo la guía de los ultrasonidos en una práctica contemporánea.
<p>Infiltración de la herida con anestesia local</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la infiltración de la herida con una sola administración de anestesia local (Grado A). • Se recomienda el bloqueo de tobillo como técnica analgésica regional de primera elección y la infiltración en la herida como alternativa (Grado D).

Recomendación: intervenciones postoperatorias

- A menos que se indique lo contrario, el término “postoperatorio” se refiere a intervenciones realizadas durante el cierre de la herida o después de cerrarla.
- Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Paracetamol y AINE/ inhibidores selectivos de la COX-2

- Se recomienda el paracetamol (Grado D) y los AINE (Grado A) o los inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado A) en ausencia de contraindicaciones, iniciados antes o durante la intervención y continuado en el período postoperatorio.
- Aunque hay poca evidencia específica de la intervención para el paracetamol, ya que sólo un ensayo investigó la eficacia analgésica para el hallux valgus en particular, se incluyeron más de 300 pacientes en este estudio ([Jarde 1997](#)). Además, la metodología PROSPECT considera el paracetamol como un analgésico básico, con un perfil de riesgo-beneficio favorable ([Joshi 2019](#)).

Opiáceos

- Los opiáceos se recomiendan para la analgesia postoperatoria de rescate (Grado D), si otros enfoques recomendados no son adecuados.

Intervenciones que NO se recomiendan

	Intervención	Motivo de no recomendación
Preoperatorio	Pregabalina	Poca evidencia específica del procedimiento
	Clonidina como complemento perineural para un bloqueo combinado de los nervios femoral y ciático	Falta de evidencia específica del procedimiento
	El fentanilo como complemento perineural para un bloqueo combinado de los nervios femoral y ciático	Falta de evidencia específica del procedimiento
Intraoperatorio	Infiltración en la herida con bupivacaína de liberación prolongada	Poca evidencia específica del procedimiento
	Infiltración de la herida con dexametasona	Poca evidencia específica del procedimiento
	Infiltración continua de la herida con anestesia local	Falta de evidencia específica del procedimiento
Postoperatorio	Zapatilla de yeso contra venda de crepé	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Traumeel homeopático	Falta de evidencia específica del procedimiento
Técnica quirúrgica	Osteotomía percutánea en tejadillo (Chevron)	Evidencia contradictoria específica del procedimiento
	Tornillos de magnesio bioabsorbibles	Falta de evidencia específica del procedimiento

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a una reparación del hallux valgus. Cabe destacar que la literatura sobre el bloqueo ciático no cumplía los requisitos de inclusión para la metodología PROSPECT.

Recomendaciones para el tratamiento del dolor en la cirugía de reparación del hallux valgus

Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Grado D) • Inhibidor selectivo de la COX-2 o AINE (Grado A) • Esteroides sistémicos (Grado A) • Bloqueo de tobillo (Grado A) o infiltración de la herida con una sola administración de anestésicos locales (Grado A). Se recomienda el bloqueo de tobillo como primera opción y la infiltración en la herida como alternativa (Grado D).
Intervenciones postoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Grado A) • Inhibidor selectivo de la COX-2 o AINE (Grado A) • Opiáceo de rescate (Grado D)