

## ARTROPLASTIA ELECTIVA TOTAL DE CADERA

### 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 y niveles de evidencia**

Los grados de recomendación se asignan de acuerdo con el nivel general de 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](#).

#### Dolor después de una artroplastia total de cadera y objetivos de la revisión de PROSPECT

La artroplastia total de cadera es un procedimiento quirúrgico común y se asocia con un dolor postoperatorio significativo. Una analgesia adecuada con efectos secundarios mínimos permite una movilidad postoperatoria temprana, una recuperación funcional óptima y una disminución de la morbilidad postoperatoria ([Joshi 2019](#)).

El grupo PROSPECT publicó previamente una revisión sobre el tratamiento del dolor postoperatorio en la artroplastia total de cadera en 2005 ([Fischer 2005](#)), actualizada en 2010 ([esraeurope.org:total-hip-arthroplasty-2010](http://esraeurope.org:total-hip-arthroplasty-2010)). El objetivo de estas directrices es proporcionar a los médicos un enfoque actualizado basado en la evidencia para el tratamiento del dolor en la artroplastia electiva total de cadera.

La revisión sistemática y las recomendaciones se actualizaron utilizando la metodología PROSPECT recientemente modificada ([Joshi 2019](#)), centrándose en los resultados del dolor postoperatorio y evaluando al mismo tiempo los efectos de las intervenciones analgésicas en referencia al uso de analgésicos básicos (paracetamol y AINE o inhibidores selectivos de la COX-2) y equilibrando los riesgos y beneficios de las estrategias analgésicas.

## Recomendaciones resumidas

Recomendación: intervenciones preoperatorias e intraoperatorias	
<ul style="list-style-type: none"> <li>El término “preoperatorio” se refiere a las intervenciones realizadas antes de la incisión quirúrgica, y el término “intraoperatorio” se refiere a las intervenciones realizadas después de la incisión y antes de cerrar la herida</li> <li>Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia al comienzo del periodo de recuperación</li> </ul>	
<b>Ejercicio y educación</b>	Se recomienda el ejercicio y la educación a nivel preoperatorio (Grado A) por sus efectos positivos sobre el dolor y la función postoperatorios.
<b>Paracetamol y AINE/Inhibidores selectivos de la COX-2</b>	La pauta analgésica básica debe incluir la combinación de paracetamol (Grado A) y un AINE o un inhibidor selectivo de la COX-2 (Grado A) administrado a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuado a nivel postoperatorio.
<b>Técnica anestésica</b>	<p>Se recomienda la anestesia espinal o general (Grado A).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La anestesia neuraxial se ha recomendado porque se asocia con mejores resultados postoperatorios en comparación con la anestesia general (<a href="#">Memsoudis 2019</a>). Sin embargo, sus beneficios con respecto al control del dolor postoperatorio siguen sin ser concluyentes.</li> </ul>
<b>Dexametasona</b>	Se recomienda una dosis única intraoperatoria de dexametasona de 8-10 mg IV por sus efectos analgésicos y antieméticos (Grado A).
<b>Analgesia local/regional</b>	<p>Se recomienda un bloqueo de la fascia iliaca de una sola toma o una analgesia de infiltración local (Grado D) debido a los efectos analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En meta-análisis recientes no se informaron más caídas con el bloqueo de la fascia iliaca (<a href="#">Cai 2019</a>; <a href="#">Gao 2019</a>), que se recomienda como bloqueo nervioso preferido cuando se indica un bloqueo nervioso para la artroplastia total de cadera.</li> <li>El grupo PROSPECT subraya que, con las técnicas quirúrgicas modernas y la correcta aplicación de la analgesia básica y la analgesia multimodal (paracetamol, AINE y dexametasona), el valor añadido de las técnicas de analgesia por infiltración local todavía merece una mayor validación con estudios bien realizados.</li> </ul> <p>Si el/la paciente ha recibido anestesia espinal para la cirugía, se podría considerar la morfina intratecal de 0,1 mg (Grado D).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hubo un conflicto significativo entre los miembros de la PROSPECT</li> </ul>

	<p>con respecto al uso de morfina intratecal de 0,1 mg, y no se pudo alcanzar un consenso. Si se utiliza morfina intratecal, el grupo PROSPECT recuerda a los clínicos los riesgos y beneficios asociados a su uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como elemento a favor de la morfina intratecal está la analgesia documentada que proporciona durante al menos 24 horas a nivel postoperatorio y los limitados efectos adversos con pequeñas dosis (<math>\leq 0,1</math> mg de morfina) (<a href="#">Bai 2020</a>; <a href="#">Albrecht 2020</a>).</li> <li>• Sin embargo, el prurito y las náuseas y vómitos postoperatorios se asocian a la morfina intratecal (<a href="#">Kuchálik 2013</a>; <a href="#">Damevski 2011</a>). Se pensó que, aunque la incidencia de estos acontecimientos adversos puede ser relativamente menor con la morfina intratecal de 0,1 mg, aún pueden retrasar la función ambulatoria y la ingesta oral, e influir en la satisfacción del/de la paciente (<a href="#">Kuchálik 2013</a>; <a href="#">Damevski 2011</a>).</li> <li>• De hecho, una adecuada analgesia multimodal con paracetamol, AINE y dexametasona, sin morfina intratecal, junto con las técnicas quirúrgicas más recientes, puede ser suficiente para proporcionar a los pacientes un buen alivio del dolor (<a href="#">Andersen 2014</a>; <a href="#">Coenders 2020</a>; <a href="#">Fraser 2018</a>).</li> </ul>
--	--

<b>Recomendado: intervenciones postoperatorias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El término "postoperatorio" se refiere a las intervenciones aplicadas en el momento de cerrar la herida o después de hacerlo</li> <li>• Los analgésicos deben administrarse en el momento adecuado (pre o intraoperatorio) para proporcionar una analgesia suficiente en el periodo de recuperación temprana</li> </ul>	
<b>Paracetamol y AINE/Inhibidores específicos de la COX-2</b>	La pauta analgésica básica debe incluir la combinación de paracetamol (Grado A) y un AINE o un inhibidor selectivo de la COX-2 (Grado A) administrado a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuado a nivel postoperatorio.
<b>Opioides</b>	Los opioides deben reservarse como analgésicos de rescate en el período postoperatorio (Grado D).

COX, ciclooxigenasa; IV, intravenoso; AINE, antiinflamatorios no esteroideos.

## Intervenciones que NO se recomiendan

Intervenciones analgésicas no recomendadas \* para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera.

Temporización	Intervención	Razón para no recomendar
<b>Preoperatorio o intraoperatorio</b>	Carga de carbohidratos	Poca evidencia específica del procedimiento
	Estado ambulatorio	Poca evidencia específica del procedimiento
	Inhibidor selectivo de la COX-2 preincisional frente a postincisional	Poca evidencia específica del procedimiento
	Gabapentinoides	Evidencia incoherente para la dosis única. Evidencia específica del procedimiento para múltiples dosis perioperatorias, pero efectos secundarios adicionales
	Ketamina	Poca evidencia específica del procedimiento
	Bloqueo del nervio cutáneo femoral lateral	Poca evidencia específica del procedimiento
	Bloqueo del cuadrado lumbar anterior	Poca evidencia específica del procedimiento
	Bloqueo del nervio femoral	Pruebas específicas del procedimiento, pero efectos secundarios
	Bloqueo del plexo lumbar	Pruebas específicas del procedimiento, pero efectos secundarios
	Complementos de LIA a los fármacos de anestesia local	Evidencia específica del procedimiento incoherente
	Infusión de LIA o inyecciones repetidas	Evidencia específica del procedimiento incoherente
	Analgesia epidural	Pruebas específicas del procedimiento, pero efectos secundarios
<b>Postoperatorio</b>	Ácido tranexámico	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Soporte parcial de peso	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Sellador tóxico de fibrina	Falta de evidencia específica del procedimiento
	TENS	Poca evidencia específica del procedimiento
<b>Técnica quirúrgica</b>	Abordaje anterior frente a abordaje posterolateral	Evidencia específica del procedimiento incoherente

Incisión mínimamente invasiva frente a la tradicional	Evidencia específica del procedimiento incoherente, aumento de los riesgos
---	--

COX, ciclooxigenasa; LIA, analgesia por infiltración local; TENS, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

\* Es posible que los enfoques analgésicos no recomendados en esta revisión debido a una eficacia analgésica limitada y/o a la preocupación por los efectos adversos sean apropiados en situaciones en las que una o más de las recomendaciones primarias estén contraindicadas o no sean apropiadas para su uso. Asimismo, puede ser apropiado utilizar intervenciones analgésicas adicionales más allá de las recomendaciones primarias en pacientes con un riesgo previsto superior a la media de sufrir un fuerte dolor postoperatorio (por ejemplo, uso crónico de opiáceos, estados de dolor crónico o trastornos psiquiátricos significativos).

## Recomendaciones generales de PROSPECT

### Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor perioperatorio en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera

#### Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias

- Ejercicio y educación a nivel preoperatorio (Grado A)
- Anestesia general o espinal (Grado A)
- Paracetamol (Grado A)
- Antiinflamatorios no esteroideos o inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Grado A)
- Dexametasona 8-10 mg IV (Grado A)
- Bloqueo de la fascia iliaca de una sola toma o analgesia por infiltración local (Grado D)
- Si el/la paciente ha recibido anestesia espinal para la cirugía, podría considerarse la posibilidad de administrar morfina intratecal de 0,1 mg (Grado D)

#### Intervenciones postoperatorias

- Paracetamol (Grado A)
- Antiinflamatorios no esteroideos o inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (Grado A)
- Opioide de rescate (Grado D)

IV, intravenoso.

### Publicación de PROSPECT

**PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.**

M. Anger, T. Valovska, H. Beloeil, P. Lirk, G.P. Joshi, M. Van de Velde, J. Raeder, on behalf of the PROSPECT Working Group and the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy.

[Anaesthesia 2021 May 20. doi: 10.1111/anae.15498](https://doi.org/10.1111/anae.15498). Online ahead of print.