

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS PROXIMAIS DO FÉMUR/ANCA

RECOMENDAÇÕES SUMÁRIAS

Translated by Lara Gonçalves Ribeiro and Sara Vieira

Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os clínicos devem tomar decisões baseadas nas circunstâncias clínicas e regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição das drogas mencionadas devem ser sempre consultadas.

Dor após osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca e objetivos da revisão do PROSPECT

A osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca está associada a dor pós operatória moderada a severa, o que pode atrasar a recuperação e aumentar tempo de internamento hospitalar. Assim, o controlo eficaz da dor pós-operatória é essencial para melhorar a recuperação funcional e reduzir a morbilidade e mortalidade. Contudo, a dor após osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca é muitas vezes subtratada devido a preocupações com os efeitos adversos associados aos analgésicos ([Abou-Setta 2011](#)).

O objetivo desta revisão PROSPECT sistemática ([Pissens 2024](#)) é atualizar a literatura disponível e desenvolver recomendações para um tratamento ótimo da dor após osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca utilizando a metodologia PROSPECT.

A metodologia PROSPECT única está disponível em at <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. A metodologia exige que os estudos incluídos sejam avaliados de forma criteriosa, tendo em consideração a sua relevância clínica, o uso de analgesia básica, a sua eficácia, efeitos adversos e invasividade de cada técnica analgésica ou anestésica ([Joshi 2019](#)). A metodologia foi atualizada agora para futuras revisões ([Joshi 2023](#)).

Foram pesquisadas bases de dados da literatura para ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises, publicadas em língua inglesa, que avaliaram os efeitos de intervenções analgésicas, anestésicas e cirúrgicas na dor, após osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca desde 04 de Abril de 2005 a 12 de Maio de 2021. 60 estudos preencheram os critérios de inclusão.

Resumo das recomendações e evidência chave

Resumo das recomendações e evidência chave para gestão de dor em doentes submetidos a osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca

Analgesia sistémica

O paracetamol e os AINEs ou inibidores seletivos COX-2 são recomendados como parte da analgesia multimodal sistémica e devem ser administrados pré e intra-operatóriamente e continuados no pós-operatório, se não existirem contra-indicações.

- Nenhum estudo específico de procedimento foi identificado para o paracetamol. Contudo, o paracetamol está recomendado como parte da analgesia multimodal básica porque contribuiu para o alívio da dor, particularmente quando combinado com os AINEs ou inibidores seletivos da COX-2 ([Joshi 2019](#)).
- Nenhum estudo específico de procedimento foi identificado para os AINEs/inibidores seletivos COX-2. Contudo, os AINEs/inibidores seletivos COX-2 estão recomendados como parte da analgesia multimodal básica, quando não contra-indicados. As complicações gastrointestinais, cardíacas e renais dos AINEs devem ser tidas em consideração particularmente nos doentes idosos ([Wongrakpanich 2018](#)).

Os opioides devem ser reservados como analgesia de resgate no período pós-operatório.

Estratégias analgésicas regionais

Estão recomendados os bloqueios dose única do NF (incluindo bloqueio 3 em 1 *) ou bloqueio dose única do compartimento da FI

- Evidências específicas do procedimento mostram que ambos os bloqueios do NF e do compartimento da FI reduzem os scores de dor e o consumo de opióides na maioria dos ensaios.
- Foram encontradas revisões sistemáticas e meta-análises que concluem que ambos os bloqueios do NF e do compartimento da FI são seguros e eficazes para fornecer uma boa analgesia perioperatória e uma redução no consumo de opióides ([Guay 2018](#); [Skjold 2020](#); [Rashiq 2013](#); [Ritcey 2016](#); [Riddell 2016](#); [Fadhilillah 2019](#); [Hong 2019](#); [Steenberg and Møller 2018](#); [Wan 2020](#)).
- Ter em consideração que o bloqueio do compartimento da FI é um grupo heterogéneo de bloqueios, desde bloqueios distais até proximais supra-inguinais, e alguns podem considerá-los técnicas diferentes. A abordagem supra-inguinal cobre uma área mais extensa do que a abordagem infra-inguinal, o que a torna uma abordagem preferida.

A escolha do bloqueio de nervo deve ser baseada na experiência de quem o vai realizar

- Tanto o bloqueio do compartimento da FI como o do NF são fáceis de executar, com um perfil de segurança favorável; não há evidências que favoreçam uma técnica em detrimento da outra. Assim, a escolha entre o bloqueio do compartimento da FI ou o NF devem ser baseados na experiência clínica e/ou nas preferências institucionais.

- Apesar de teoricamente o bloqueio do compartimento da FI fornecer melhor alívio da dor que o bloqueio do NF, uma vez que bloqueia o nervo cutâneo femoral lateral para além do nervo femoral, vários estudos demonstram que têm uma eficácia semelhante ([Shukla 2018](#)).
- Além disso, o bloqueio do compartimento da FI pode fornecer melhores resultados em termos de dor crónica pós cirurgia e pode ser preferível devido à sua relativa simplicidade e reduzida invasividade, mas também porque requer equipamento menos caro e menos tempo para a sua realização ([Shukla 2018](#), [Diakomi 2020](#); [Newman 2013](#)).

Não deve ser utilizado nenhum cateter exceto em circunstâncias específicas

- Os benefícios analgésicos das técnicas de perfusão contínua não são suficientes para justificar a colocação de cateteres por rotina, mas podem ser considerados se houver um atraso esperado para a intervenção cirúrgica.
- O bloqueio motor pode ocorrer dependendo da diluição do anestésico local. Contudo, isto não deve impedir o uso de bloqueio de nervos periféricos uma vez que os doentes geralmente não deambulam antes das 24h. No entanto, dependendo da altura da intervenção cirúrgica, os bloqueios de nervos de dose única estão recomendados em detrimento das técnicas contínuas com cateter porque podem atrasar a deambulação.
- Há necessidade de mais estudos para avaliar o equilíbrio entre risco e complexidade versus os benefícios analgésicos das técnicas contínuas na presença de uma administração analgésica básica ideal.

Técnicas anestésicas

A escolha entre anestesia subaracnóideia ou anestesia geral depende de fatores para além da dor

- A anestesia subaracnóideia pode fornecer melhor alívio da dor na fase pós operatória imediata ([Haghighi 2017](#); [Heidari 2011](#); [Luger 2010](#)). Contudo, a escolha entre anestesia subaracnoideia ou anestesia geral depende de outros fatores para além da dor (ex: fatores relacionados com o doente, cirurgião e a própria instituição).
- São necessários estudos futuros para aferir as diferenças no outcome entre diferentes técnicas anestésicas em doentes submetidos a osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca.

AINEs, anti-inflamatórios não esteróides; COX, ciclo-oxigenase; FI, fascia iliaca; NF, nervo femoral.

* Nesta revisão agrupamos o bloqueio 3 em 1 e o bloqueio do NF apesar da terminologia diferir na literatura.

Intervenções NÃO recomendadas

Intervenções analgésicas não recomendadas* para o controlo da dor em pacientes submetidos a osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca.

Intervenção	Motivo para não recomendação
Pré-operatório	
Buprenorfina transdérmica	Evidência específica para o procedimento limitada
Bloqueio PENG	Evidência específica para o procedimento limitada
Intra-operatório	
LIA	Evidência inconsistente
Anestesia e analgesia epidural	Evidência específica para o procedimento limitada
Fármacos adjuvantes via epidural	Falta de evidência específica para o procedimento e riscos aumentados
Dexmedetomidina IV	Falta de evidência específica para o procedimento
Dexmedetomidina adjuvante ao AL nos BNP	Evidência específica para o procedimento limitada
Clonidina IV e adjuvante ao AL nos BNP	Falta de evidência específica para o procedimento
Pós-operatório	
CFCT	Falta de evidência específica para o procedimento
Psicoterapia de suporte	Evidência específica para o procedimento limitada
TENS	Evidência específica para o procedimento limitada

AL, anestésico local; BNP, bloqueio de nervo periférico; CFCT, terapia de criocompressão de fluco contínuo; IV, intravenoso; LIA, infiltração analgésica local; PENG, grupo de nervos pericapsulares; TENS, estimulação eléctrica nervosa transcutânea.

* Algumas destas técnicas podem potencialmente ser eficazes mas ainda não há dados suficientes para as considerar como recomendação. Muitas intervenções como tração, cirurgia precoce, vários fármacos adjuvantes, morfina intratecal, etc, não foram testados neste grupo específico de doentes com fraturas proximais do fémur/anca que são geralmente idosos e frágeis. Sugerimos que a investigação na dor pós operatória de doentes submetidos a osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca se foquem nestas questões.

Tabela de recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a gestão da dor, específicas para pacientes submetidos a osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca

Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINEs or inibidores seletivos COX-2 • Bloqueio nervo femoral dose única (incluindo bloqueio 3 em 1, sem cateter exceto em circunstâncias específicas) ou bloqueio do compartimento da fáscia ilíaca dose única (sem cateter exceto em circunstâncias específicas)
Intra-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, se não foi administrado no pré-operatório • AINEs ou inibidores seletivos da COX-2, se não foram administrados no pré-operatório • Anestesia subaracnóideia ou anestesia geral
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, em horário fixo • AINEs ou inibidores seletivos da COX-2 em horário fixo • Opióides como resgate

AINEs, anti-inflamatórios não esteróides; COX, ciclo-oxigenase.

Publicação PROSPECT

S. Pissens, L. Cavens, G. P. Joshi, M.P. Bonnet, A. Sauter, J. Raeder, M. Van de Velde, on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Pain management after hip fracture repair surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Acta Anaesth Bel 2024;75:15–31.](#)

Recomendação PROSPECT: osteossíntese de fraturas proximais do fémur/ anca – infográfico

Recomendação para osteossíntese de fraturas proximais do fémur/anca

Revisão sistemática com recomendações de gestão da dor pós-operatória



- 

Analgesia sistémica (básica)
São recomendados paracetamol e AINEs ou inibidores seletivos da COX2 como analgesia multimodal básica e devem ser administrados pré ou intra-operatóriamente e continuados no pós-operatório se não houver contraindicação.
- 

Opióides
Os opioides devem ficar reservados como analgesia de resgate.
- 

Analgesia regional
Está recomendado o bloqueio dose única do NF (incluindo bloqueio 3 em 1) ou bloqueio do compartimento da FI dose única. Não devem ser usados cateteres exceto em circunstâncias específicas.
- 

Técnicas anestésicas
A escolha entre anestesia subaracnóideia ou anestesia geral depende de outros fatores para além da dor.

Pissens S, et al. Pain management after hip fracture repair surgery; a systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Acta Anaesth Bel 2024;75:15–31.

AINEs, anti-inflamatórios não esteróides; COX, ciclo-oxigenase; FI, fascia iliaca; NF, nervo femoral; RCT, ensaios controlados randomizados; SR, revisões sistemáticas.

