

CIRUGÍA REPARADORA DE FRACTURA DE CADERA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Translated by Dra. Paula Molina Garrigos

Notas sobre las recomendaciones PROSPECT

PROSPECT proporciona a los clínicos argumentos a favor y en contra del uso de diversas intervenciones sobre el dolor postoperatorio, basándose en la evidencia publicada y en la opinión de los expertos. Son los clínicos quienes deben tomar decisiones en función de las circunstancias médicas y de la normativa local. En todo momento, se debe consultar la información local sobre prescripción de todos fármacos a los que se hace referencia.

Dolor tras la cirugía reparadora de fractura de cadera y objetivos de la revisión PROSPECT

La cirugía reparadora de fractura de cadera se asocia a dolor postoperatorio de moderado a intenso, lo que puede retrasar la recuperación postoperatoria y aumentar la duración de la estancia hospitalaria. Por lo tanto, el tratamiento eficaz del dolor postoperatorio es esencial para mejorar la recuperación funcional y reducir la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, el dolor tras la cirugía de reparación de la fractura de cadera a menudo se trata de forma insuficiente debido a la preocupación por los efectos adversos relacionados con los analgésicos ([Abou-Setta 2011](#)).

El objetivo de esta revisión sistemática ([Pissens 2024](#)) era actualizar la bibliografía disponible y elaborar recomendaciones para el tratamiento óptimo del dolor tras la cirugía reparadora de fractura de cadera, utilizando la metodología PROSPECT.

La exclusiva metodología PROSPECT está disponible en <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. La metodología requiere que los estudios incluidos se evalúen de forma crítica, teniendo en cuenta su relevancia clínica, el uso de analgesia básica y la eficacia, los efectos adversos y la invasividad de cada técnica analgésica o anestésica ([Joshi 2019](#)). La metodología se ha actualizado ahora para futuras revisiones ([Joshi 2023](#)).

En bases de datos bibliográficas, se realizó la búsqueda de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis, publicados en inglés, que evaluaran los efectos de las intervenciones analgésicas, anestésicas y quirúrgicas sobre el dolor tras cirugía reparadora de fractura de cadera desde el 4 de abril de 2005 hasta el 12 de mayo de 2021. 60 estudios cumplieron los criterios de inclusión.

Resumen de las recomendaciones y evidencia clave

Resumen de recomendaciones y evidencia clave para el manejo del dolor en pacientes sometidos a cirugía reparadora de fractura de cadera

Analgesia sistémica

El uso de paracetamol y AINEs o inhibidores selectivos de la COX-2 se recomienda como parte de la analgesia multimodal básica, deben administrarse de forma preoperatoria o en el intraoperatorio y se debe continuar en el postoperatorio, si no hay contraindicaciones

- No se identificaron estudios específicos de procedimiento para el paracetamol. No obstante, el paracetamol se recomienda como parte de la analgesia multimodal básica porque contribuye al alivio del dolor, sobre todo cuando se combina con AINEs o inhibidores selectivos de la COX-2 ([Joshi 2019](#)).
- No se identificaron estudios específicos de procedimiento para los AINE/inhibidores selectivos de la COX-2. Sin embargo, los AINEs/inhibidores selectivos de la COX-2 se recomiendan como parte de la analgesia multimodal básica, cuando no están contraindicados. Cabe destacar que deben tenerse en cuenta las complicaciones gastrointestinales, cardíacas y renales de los AINEs, especialmente en pacientes de edad avanzada ([Wongrakpanich 2018](#)).

Los opiáceos deben reservarse como analgesia de rescate en el periodo postoperatorio

Estrategias de analgesia regional

Se recomienda el BNF dosis única (incluido el bloqueo 3 en 1*) o el BCFI dosis única

- La evidencia específica del procedimiento muestra que tanto el BNF como el BCFI redujeron las puntuaciones de dolor y el consumo de opiáceos en la mayoría de los ensayos.
- Nuestros hallazgos confirman las revisiones sistemáticas y metaanálisis previos, que concluyeron que el BNF o el BCFI son seguros y efectivos para proporcionar una buena analgesia perioperatoria y reducir el consumo de opioides ([Guay 2018](#); [Skjold 2020](#); [Rashiq 2013](#); [Ritcey 2016](#); [Riddell 2016](#); [Fadhilillah 2019](#); [Hong 2019](#); [Steenberg and Møller 2018](#); [Wan 2020](#)).
- Cabe destacar que el BCFI es un grupo heterogéneo de bloqueos, los bloqueos suprainguinales distal y proximal, y algunos pueden considerarlos técnicas diferentes. Dado que el abordaje suprainguinal abarca una zona más amplia que el abordaje infrainguinal, se prefiere el abordaje suprainguinal.

La elección del bloqueo nervioso debe basarse en la experiencia local

- Tanto el BCFI como el BNF son fáciles de realizar, con un perfil de seguridad favorable; no existen pruebas que favorezcan una técnica sobre la otra. Por lo tanto, la elección entre BNF o BCFI debe basarse en la experiencia del clínico y/o en las preferencias institucionales.

- Aunque, en teoría, el BCFI debería proporcionar un mejor alivio del dolor que el BNF, ya que bloquea el nervio cutáneo femoral lateral junto con el nervio femoral, varias investigaciones han demostrado que son igualmente efectivos ([Shukla 2018](#)).
- Además, el BCFI podría proporcionar mejores resultados en términos de dolor posquirúrgico crónico y podría ser preferible debido a su relativa simplicidad y menor invasividad, pero también porque se requiere un equipo menos costoso y menos tiempo para realizar este BCFI ([Shukla 2018](#), [Diakomi 2020](#); [Newman 2013](#)).

No debe utilizarse ningún catéter salvo en circunstancias específicas

- Los beneficios analgésicos de las técnicas de infusión continua no son suficientes para justificar la colocación de catéteres de forma rutinaria, pero pueden considerarse si existe un retraso previsto para la cirugía.
- El bloqueo motor puede producirse en función de la dilución del anestésico local. Sin embargo, esto no debería impedir el uso de bloqueos nerviosos periféricos, ya que los pacientes no suelen deambular hasta pasadas 24 h. No obstante, en función del momento de la cirugía, se recomiendan los bloqueos nerviosos únicos, ya que las técnicas de catéter continuo podrían retrasar la deambulación. Además, los bloqueos periféricos podrían repetirse en caso necesario.
- Se necesitan más investigaciones que evalúen el equilibrio entre los riesgos y la complejidad de las técnicas continuas frente a los beneficios analgésicos en presencia de una administración analgésica básica óptima.

Estrategias de analgesia regional

La elección entre la anestesia raquídea o la anestesia general depende de factores distintos del dolor

- La anestesia raquídea puede proporcionar un alivio superior del dolor en la fase postoperatoria inmediata ([Haghighi 2017](#); [Heidari 2011](#); [Luger 2010](#)). Sin embargo, la elección de anestesia raquídea o general depende de factores distintos del dolor (por ejemplo, factores relacionados con el paciente, el cirujano y la institución).
- Se necesitan ensayos futuros para evaluar las diferencias en los resultados entre las distintas técnicas anestésicas en pacientes con fractura de cadera.

COX: ciclooxigenasa; BCFI: bloqueo compartimental de la fascia ilíaca; BNF: bloqueo del nervio femoral; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos.

*En esta revisión, agrupamos el bloqueo 3 en 1 y el BNF aunque la terminología difiere en la literatura.

Intervenciones NO recomendadas

Intervenciones analgésicas no recomendadas* para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a cirugía de reparación de fractura de cadera.

Intervención	Motivos para no recomendar
Preoperatorio	
Buprenorfina transdérmica	Evidencia específica del procedimiento limitada
Bloqueo PENG	Evidencia específica del procedimiento limitada
Intraoperatorio	
AIL (LIA)	Pruebas incoherentes
Anestesia y analgesia epidural	Evidencia específica del procedimiento limitada
Fármacos adyuvantes epidurales	Falta de evidencia específica del procedimiento y mayores riesgos
Dexmedetomidina IV	Falta de evidencia específica del procedimiento
Dexmedetomidina coadyuvante de AL en el BNP	Evidencia específica del procedimiento limitada
Clonidina IV y adyuvante a AL en el BNP	Falta de evidencia específica del procedimiento
Postoperatorio	
TCFC/CFCT	Falta de evidencia específica del procedimiento
Psicoterapia de apoyo	Evidencia específica del procedimiento limitada
TENS	Evidencia específica del procedimiento limitada

TCFC (CFCT siglas en inglés): terapia de criocompresión de flujo continuo; IV: intravenoso; AL: anestésico local; AIL (LIA): analgesia de infiltración local; PENG: grupo nervioso pericapsular; BNP: bloqueo nervioso periférico; TENS (por sus siglas en inglés): estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

*Algunas de estas técnicas pueden ser potencialmente eficaces, pero aún no disponemos de datos suficientes para considerar una recomendación. Muchas intervenciones, como la tracción, la cirugía temprana, diversos fármacos adyuvantes, la morfina intratecal, etc., no se han probado en este grupo específico de pacientes con fractura de cadera que, por lo general, son ancianos y frágiles. Sugerimos que la investigación sobre el dolor postoperatorio tras la cirugía reparadora de la fractura de cadera se centre en estas cuestiones.

Tabla de recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a cirugía de reparación de fractura de cadera

Preoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINE o inhibidores selectivos de la COX-2 • Bloqueo del nervio femoral en dosis única (incluido el bloqueo el bloqueo 3 en 1, sin catéter excepto en circunstancias específicas) o bloqueo compartimental de la fascia ilíaca en dosis única (sin catéter excepto en circunstancias específicas)
Intra-operative	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, si no se ha administrado antes de la operación • AINE o inhibidores selectivos de la COX-2, si no se han administrado antes de la operación. • Anestesia raquídea o anestesia general
Postoperative	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, programado • AINE o inhibidores selectivos de la COX-2, programados • Opiáceos como rescate

COX, ciclooxigenasa; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

Publicación 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.](#)

[PROSPECT guideline for hip fracture repair surgery-infographic](#)

Guía para la cirugía reparadora de fractura de cadera

Una revisión sistemática con recomendaciones para el manejo del dolor postoperatorio



- 

Analgesia sistémica (básica)
Se recomienda el uso de paracetamol y AINEs o inhibidores selectivos de la COX-2 como parte de la analgesia multimodal básica, deben administrarse de forma preoperatoria o en el intraoperatorio y se debe continuar en el postoperatorio, si no hay contraindicaciones.
- 

Opiáceos
Los opiáceos deben reservarse como analgesia de rescate en el periodo postoperatorio.
- 

Analgesia regional
Se recomienda el BNF en dosis única (incluido el boqueo 3 en 1*) i el BCFI en dosis única. No se recomienda el uso salvo en circunstancias específicas.
- 

Técnicas anestésicas
La elección entre la anestesia raquídea o la anestesia general depende de factores distintos del dolor.

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, antiinflamatorios no esteroideos; BCFI, Bloqueo compartimental de la fascia ilíaca; BNF, Bloqueo del nervio femoral; COX, ciclooxigenasa; ECA, Ensayo controlado aleatorizado, RS, revisión sistemática.

