

CIRUGÍA DE REPARACIÓN DE HERNIAS

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 sobre el dolor después de la cirugía de reparación abierta de la hernia inguinal

La reparación abierta de la hernia inguinal se asocia con un dolor postoperatorio de moderado a severo, que puede retrasar la recuperación y el retorno a las actividades de la vida diaria ([Simons 2018](#)). Además, el control inadecuado del dolor puede aumentar la tasa de ingresos no planificados y la readmisión después del alta en el hogar ([Simons 2018](#)). Además, el inadecuado alivio del dolor postoperatorio puede provocar hiperalgesia y dolor postoperatorio persistente ([Wheeler 2019](#)).

Las recomendaciones de PROSPECT para el tratamiento del dolor después de la reparación abierta de una hernia inguinal han sido publicadas anteriormente ([Joshi 2012](#)). Sin embargo, fue necesario realizar una actualización que evaluara las intervenciones analgésicas.

Resumen de recomendaciones

La literatura actualizada refuerza las recomendaciones anteriores de PROSPECT para el tratamiento del dolor en pacientes que se someten a una reparación abierta de la hernia inguinal ([Joshi 2012](#)).

La metodología actualizada de PROSPECT refuerza aún más las recomendaciones, porque va más allá de la evaluación de las pruebas disponibles basadas únicamente en el simple análisis estadístico ([Joshi 2019](#)).

Recomendación: intervenciones preoperatorias e intraoperatorias

- A menos que se indique lo contrario, 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.
- 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	<ul style="list-style-type: none"> • La analgesia sistémica debe incluir paracetamol (Grado D) y un antiinflamatorio no esteroide (AINE) o un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa (COX)-2 (Grado D), administrados antes o durante la operación y continuado después de la misma. • Se ha demostrado que el paracetamol, los AINE y los inhibidores selectivos de la COX-2 proporcionan una excelente analgesia y reducen las necesidades de opiáceos (Joshi 2019).
Dexametasona intravenosa	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda una dosis única de dexametasona IV (Grado B) por su capacidad para aumentar la duración analgésica del bloqueo, disminuir el uso de analgésicos y por los efectos antieméticos.
Analgesia regional	<ul style="list-style-type: none"> • La infiltración de anestésicos locales y/o la analgesia regional (bloqueo de los nervios ilioinguinal/iliohipogástrico o bloqueo del plano transverso del abdomen) se recomiendan para proporcionar una analgesia regional (Grado A).
Anestesia	
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda un bloqueo de campo (por ejemplo, un bloqueo ilioinguinal/iliohipogástrico) con o sin infiltración en

	<p>la herida como único anestésico o como complemento de la anestesia general (Grado A).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las directrices internacionales recientes recomiendan el uso de la anestesia local siempre que el cirujano tenga experiencia en esta técnica (Simons 2018). • La selección del paciente y la aceptación de un único anestésico regional/local es imperativa. • En un reciente meta-análisis de ECA que comparaba la anestesia local con otras formas de anestesia (incluida la anestesia general) se llegó a la conclusión de que la anestesia local permite reducir los tiempos de ocupación del quirófano y se asocia con una menor incidencia de retención urinaria (en comparación con la anestesia neuraxial) (Argo 2019). Además, la satisfacción de los pacientes en cuanto a la anestesia local fue similar a la de otras técnicas anestésicas.
<p>Técnica quirúrgica</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que la técnica quirúrgica se base en la pericia del cirujano, las características relacionadas con la hernia y la disponibilidad de recursos locales (Simons 2018). • En lo que respecta al dolor postoperatorio, se recomiendan las técnicas de malla en lugar de las técnicas sin malla (Grado A). • Esta recomendación coincide con las directrices internacionales para el tratamiento de la hernia inguinal (Simons 2018).

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.

<p>Paracetamol y AINE/ inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La analgesia sistémica debe incluir paracetamol (Grado D) y un antiinflamatorio no esteroide (AINE) o un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa (COX)-2 (Grado D), administrados antes o durante la operación y continuado después de la misma. • Se ha demostrado que el paracetamol, los AINE y los inhibidores selectivos de la COX-2 proporcionan una excelente analgesia y reducen las necesidades de opiáceos (Joshi 2019).
<p>Opiáceos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los opiáceos se recomiendan como analgésicos de rescate en el período postoperatorio (Grado D).

Intervenciones que NO se recomiendan

Intervenciones analgésicas que no se recomiendan para el tratamiento del dolor en pacientes que se someten a una reparación abierta de la hernia inguinal.

	Intervención	Razón para no recomendar
Preoperatorio	Gabapentinoides	Evidencia específica del procedimiento incoherente
	Clonidina	Poca evidencia específica del procedimiento
	Dipirona	Poca evidencia específica del procedimiento
	Etanercept (Inhibidor del TNF- α)	Poca evidencia específica del procedimiento
	Analgesia epidural	Aunque son eficaces, estas técnicas son relativamente invasivas y pueden causar complicaciones
	Bloqueos paravertebrales	Aunque son eficaces, estas técnicas son relativamente invasivas y pueden causar complicaciones.
Intraoperatorio	Bloqueo del psoas	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Infiltración en la herida con bupivacaína de liberación prolongada	Poca evidencia específica del procedimiento
	Infiltración de la herida con AINE, clonidina, ketamina u opiáceos	Poca evidencia específica del procedimiento
	AINE tópicos	Poca evidencia específica del procedimiento
	Infusión de lidocaína por vía intravenosa	Poca evidencia específica del procedimiento
	Anestésico local tópico de liberación prolongada	Poca evidencia específica del procedimiento
	Postoperatorio	TENS
Técnica quirúrgica	Sección nerviosa	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Crioanalgesia	Falta de evidencia específica del procedimiento

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a una reparación abierta de la hernia inguinal.

Recomendaciones para el tratamiento del dolor en la reparación abierta de la hernia inguinal

Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Grado D) • Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) o inhibidor selectivo de la COX-2 (Grado D) • Dexametasona IV (Grado B) • Infiltración de anestesia local y/o analgesia regional (bloqueo de los nervios ilioinguinal/iliohipogástrico o bloqueo del plano transversal del abdomen) (Grado A)
Intervenciones postoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Grado D) • AINE o inhibidor selectivo de la COX-2 (Grado D) • Opiáceo de rescate (Grado D)
Técnica de anestesia	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo de campo (por ejemplo, bloqueo ilioinguinal/iliohipogástrico) con o sin infiltración en la herida como único anestésico o como complemento de la anestesia general (Grado A)
Técnica quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de malla en lugar de técnicas sin malla (Grado A)