

TORACOTOMÍA

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 posoperatorio, 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. Los grados de las recomendaciones (GdR) se asignan de acuerdo con el nivel general de evidencia (NdE) en el que se basan las recomendaciones, lo que viene determinado por la calidad y el origen de la evidencia.

Grados de recomendación (GdR) basados en el origen y el nivel de la evidencia (NdE): Tabla resumen

En el enlace siguiente se puede consultar una explicación de cómo se realizan las evaluaciones de calidad de los estudios para determinar el NdE y el GdR: <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>

El instrumento AGREE II ([Brouwers 2010](#)) se utiliza internacionalmente para evaluar el rigor metodológico y la transparencia de las directrices de buenas prácticas. En la medida de lo posible, la metodología de evaluación de toracotomías de PROSPECT satisface los requisitos de «Dominio 3: Rigor en la elaboración» del instrumento AGREE II:

- Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
- Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
- Los puntos fuertes y las limitaciones del conjunto de la evidencia se han descrito claramente.
- Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
- Al formular las recomendaciones se han considerado los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos.
- Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
- La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. (Las evidencias y recomendaciones se someterán a una revisión por homólogos después de su publicación en el sitio web de PROSPECT).
- Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. (Se aporta una metodología para que la evaluación sistemática se pueda actualizar según resulte necesario).

RESUMEN DE RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS

Intervenciones preoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «preoperatorio» se refiere a las intervenciones realizadas antes de la incisión quirúrgica.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Opioide fuerte	<ul style="list-style-type: none"> Si no se puede utilizar una técnica de anestesia regional, se recomienda el uso sistémico de opioides y analgesia sin opioides como analgesia de rescate.
-----------------------	---

Técnicas anestésicas y analgésicos coadministrados

Anestesia regional	<ul style="list-style-type: none"> El bloqueo paravertebral con AL (bolo preoperatorio o al final de la cirugía, y después infusión continua), como primera opción, en comparación con la analgesia epidural torácica, debido al índice más bajo de complicaciones (GdR A). También se recomienda la AL epidural torácica + opioide fuerte como bolo antes de la cirugía (GdR A), que se continúa como infusión, si no se utiliza PVB.
---------------------------	--

Uso preoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica – NO se recomienda

Agonistas de los receptores adrenérgicos alfa-2	<ul style="list-style-type: none"> Clonidina (GdR A) Dexmedetomidina (GdR D)
Corticosteroides	(GdR D)
AINE convencionales	GdR A
Inhibidores selectivos de la COX-2	(GdR D)
Ketamina	(GdR D)
Gabapentina/pregabalina	(GdR D)
Opioides fuertes	A pesar de la evidencia GdR A en relación con su eficacia, no se recomienda el uso de opioides fuertes por vía raquídea solamente como bolo por motivos de seguridad clínica (depresión respiratoria).
Magnesio	<ul style="list-style-type: none"> Magnesio raquídeo Magnesio epidural

Anestesia regional – NO se recomienda

Opioide fuerte epidural lumbar	No se recomienda el uso de un opioide fuerte epidural lumbar como primera opción de la técnica epidural, basándose en la evidencia de que la ruta epidural torácica podría aportar una analgesia superior a la ruta epidural lumbar (GdR A) (un estudio más). Sin embargo, hay evidencia específica del procedimiento que indica que un opioide fuerte hidrofílico epidural lumbar reduce el dolor en comparación con la analgesia sistémica.
Bloqueo del nervio intercostal con AL	Bloqueo del nervio intercostal con AL, como única inyección preoperatoria (GdR D)
Clonidina intercostal	(GdR D)
Inyección de AL preoperatoria	Inyección de AL preoperatoria en el lugar previsto de incisión (GdR A)

RESUMEN DE RECOMENDACIONES INTRAOPERATORIAS

Intervenciones intraoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «intraoperatorio» se refiere a las intervenciones realizadas después de la incisión y antes de cerrar la herida.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Técnicas anestésicas y analgésicos coadministrados

Analgesia regional	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el bloqueo PVB con AL como primera opción para la cirugía torácica, debido a una menor incidencia de complicaciones, en comparación con la epidural torácica (GdR A). Infusión epidural torácica de AL + opioide fuerte, infusión continua (GdR A).
---------------------------	--

Uso intraoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica – NO se recomienda

AINE convencionales	Se recomienda el uso de AINE convencionales (GdR), si no hay contraindicaciones
Inhibidores selectivos de la COX-2	Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la COX-2 (GdR D), si no hay contraindicaciones (uso conjunto de ambos)
Ketamina	(GdR D)

Gabapentina/pregabalina	(GdR D)
-------------------------	---------

Analgesia regional – NO se recomienda

Opioide fuerte epidural lumbar	No se recomienda el uso de un opioide fuerte epidural lumbar como primera opción de la técnica epidural, basándose en la evidencia de que la ruta epidural torácica podría aportar una analgesia superior a la ruta epidural lumbar (GdR A). Sin embargo, hay evidencia específica del procedimiento que indica que un opioide fuerte hidrofílico epidural lumbar reduce el dolor en comparación con la analgesia sistémica.
Dextrano	Incorporación de dextrano a la solución AL intercostal (GdR A)
Fenol intercostal	(GdR D)
Opioide fuerte interpleural	(GdR D)
Crioanalgesia	A pesar de los estudios positivos (GdR A), la crioanalgesia conlleva un riesgo de lesión nerviosa.

Analgesia para el dolor de hombro – NO se recomienda

Bloqueo del nervio frénico	(GdR D)
----------------------------	---------

Técnicas operatorias – NO se recomiendan

La técnica operatoria utilizada debería depender de factores distintos al dolor (GdR D) (hay nuevas evidencias que indican que la cirugía asistida por vídeo es menos dolorosa).
--

RESUMEN DE RECOMENDACIONES POSOPERATORIAS

Intervenciones posoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «posoperatorio» se refiere a intervenciones realizadas durante el cierre de la herida o después de cerrarla.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Técnicas anestésicas y analgésicos coadministrados

<p>Analgesia sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AINE convencionales, en combinación con analgesia regional (GdR A) • Inhibidores selectivos de la COX-2, en combinación con analgesia regional (GdR B) • Paracetamol, como parte de un régimen de varios analgésicos (GdR D) • Opiode fuerte PCA intravenoso, si fallan las técnicas de analgesia regional o no son posibles (GdR D) • Opioides suaves para tratar el dolor de intensidad moderada ($VAS > 30 < 50$ mm) o baja ($VAS \leq 30$ mm) en el periodo posoperatorio tardío, solamente si los AINE convencionales / inhibidores selectivos de la COX-2 más paracetamol resultan insuficientes o están contraindicados (GdR D).
<p>Analgesia regional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo paravertebral con AL, infusión continua (GdR A) como primera opción, debido a un menor índice de complicaciones. • Infusión epidural torácica de AL + opioide fuerte, infusión continua durante 2-3 días (GdR A).

Uso posoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica – NO se recomienda

<p>Antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa-2</p>	<p>Clonidina / dexmedetomidina (GdR D)</p>
<p>Ketamina</p>	<p>(GdR D)</p>
<p>Gabapentina/pregabalin a</p>	<p>(GdR D)</p>
<p>Paracetamol</p>	<p>Solo paracetamol para dolor de alta intensidad ($VAS \geq 50$ mm)) (GdR B).</p>

Analgesia regional – NO se recomienda

Opioide fuerte epidural lumbar	No se recomienda el uso de un opioide fuerte epidural lumbar como primera opción de la técnica epidural, basándose en la evidencia de que la ruta epidural torácica podría aportar una analgesia superior a la ruta epidural lumbar (GdR A). Sin embargo, hay evidencia específica del procedimiento que indica que un opioide fuerte hidrofílico epidural lumbar reduce el dolor en comparación con la analgesia sistémica.
Corticosteroide epidural torácica	(GdR D)
AL interpleural	GdR A

Técnicas analgésicas alternativas – NO se recomiendan

Acupuntura auricular	(GdR D)
TENS	(GdR D)

Analgesia para el dolor de hombro – NO se recomienda

Bloqueo del nervio supraescapular	(GdR D)
-----------------------------------	---------

Analgesia para la extracción de tubos torácicos – NO se recomienda

Bolsa de hielo	GdR A
Anestesia local interpleural	GdR A
Anestesia local tópica	(GdR D)

RECOMENDACIONES GENERALES DE PROSPECT

Algoritmo para el control del dolor posoperatorio en toracotomía

