

HEMORROIDECTOMÍA

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.

Grados de recomendación (GdR) y niveles de evidencia (NdE)

Los GdR se asignan de acuerdo con el NdE general en el que se basan las recomendaciones, lo que viene determinado por la calidad y el origen de la evidencia (véase *Proceso de evaluación de la evidencia – Formulación de las recomendaciones de PROSPECT*)

Resumen de recomendaciones

Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias recomendadas

- 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.

AINE / Inhibidores selectivos de la COX-2	Basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa a la eficacia analgésica (NdE 1), se recomienda el uso de AINE / inhibidores selectivos de la COX-2 sistémicos (Grado A), si no hay contraindicaciones, administrados a tiempo para proporcionar analgesia posoperatoria temprana y suficiente.
Paracetamol	Se recomienda paracetamol, debido a su seguridad y su función establecida en el control del dolor de referencia, a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento (Grado B), y se debe administrar a tiempo para proporcionar analgesia posoperatoria temprana y suficiente.
Glucocorticoides parenterales	Se recomiendan los glucocorticoides parenterales preoperatorios (Grado B), basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1 y 2) para eficacia analgésica.
Laxantes	Se recomiendan los laxantes (Grado A), empezando en los días previos a la cirugía, como complemento de un tratamiento

	analgésico, basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1 y 2).
Metronidazol oral	Se recomienda el metronidazol oral (Grado A) como complemento de un tratamiento analgésico, basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1).
Bloqueo del nervio pudendo como complemento analgésico o intervención anestésica	Se recomienda el bloqueo del nervio pudendo con AG o AL, ya que hay evidencia de que resulta más eficaz que la infiltración perianal de la anestesia local (Grado B, NdE 2).
	Se recomienda el bloqueo del nervio pudendo, con o sin AG, como modo de anestesia preferente (Grado A), basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa al beneficio analgésico por encima de la anestesia raquídea (NdE 1).
Técnicas operatorias	Se recomienda la hemorroidectomía cerrada (Grado B) o la hemorroidectomía abierta con electrocoagulación del pedículo (Grado A) como intervención primaria para las hemorroides de grado 3 y 4, basándose en los factores siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de menor nivel de que la hemorroidectomía cerrada es menos dolorosa que la hemorroidectomía abierta (NdE 2). • Evidencia de que la hemorroidectomía abierta con electrocoagulación del pedículo reduce el dolor en comparación con la ligadura del pedículo (NdE 1).

Intervenciones posoperatorias recomendadas

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

AINE / Inhibidores selectivos de la COX-2	<ul style="list-style-type: none"> • Basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa a la eficacia analgésica (NdE 1), se recomienda el uso de AINE / inhibidores selectivos de la COX-2 sistémicos (Grado A), si no hay contraindicaciones.
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda paracetamol, debido a su seguridad y su función establecida en el control del dolor de referencia, a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento (Grado B).
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Como los opioides pueden provocar estreñimiento, náuseas, vómitos y retención de la orina, se deberían usar preferentemente analgésicos no opioides (Grado B) y reservar los opioides para rescate.

Laxantes	<ul style="list-style-type: none"> Se recomiendan los laxantes (Grado A), empezando en los días previos a la cirugía, como complemento de un tratamiento analgésico, basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1).
Metronidazol oral	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el metronidazol oral (Grado A) como complemento de un tratamiento analgésico, basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1).
Lidocaína tópica/GTN	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la combinación posoperatoria (Grado A) de lidocaína tópica al 2 % y GTN (colirio de trinitrato de glicerol) al 0,2 %, o GTN al 0,4 % solamente, basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa a la eficacia analgésica (NdE 1 y 2).
Diosmina	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la diosmina como complemento de la analgesia sin opioides (Grado A), basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa a una reducción del dolor posoperatorio (NdE 1 y 2).
Colestiramina tópica	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la colestiramina tópica posoperatoria (Grado A), basándose en la evidencia específica del procedimiento relativa a la eficacia analgésica (NdE 1).
EMLA tópica	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de EMLA tópica (Grado A), pero solo para reducir el dolor a muy corto plazo, en estudios específicos del procedimiento (NdE 1 y 2).
Nifedipina tópica	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de nifedipina tópica (Grado A), pero solo para reducir el dolor a muy corto plazo, en estudios específicos del procedimiento (NdE 1).

Intervenciones que NO se recomiendan	
Preparación mecánica del intestino	<ul style="list-style-type: none"> La preparación mecánica preoperatoria del intestino no reduce el dolor posoperatorio (NdE 1) y no se recomienda (Grado A).
Antibióticos intravenosos profilácticos	<ul style="list-style-type: none"> Los antibióticos intravenosos profilácticos no reducen el dolor posoperatorio (NdE 1) y no se recomiendan (Grado A).
Gabapentinoides	<ul style="list-style-type: none"> Los gabapentinoides no se pueden recomendar (Grado

	D, NdE 4) porque no hay evidencia específica del procedimiento.
Ketamina	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda la infusión de ketamina (Grado A), basándose en la evidencia específica del procedimiento, que no refleja ningún efecto analgésico (NdE 1).
Dextrometorfano	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el dextrometorfano (Grado D, NdE 4) debido a la limitada evidencia específica del procedimiento.
Diltiazem tópico	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de diltiazem tópico (Grado A), ya que la evidencia específica del procedimiento indica que no reduce el dolor (NdE 1).
Metronidazol tópico	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de metronidazol tópico (Grado A), ya que la evidencia específica del procedimiento relativa a su beneficio analgésico es limitada (NdE 2).
Aplicación de bolsa de calor	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda la aplicación de una bolsa de calor (Grado D), ya que la evidencia específica del procedimiento relativa a su beneficio es limitada (NdE 2).
Bupivacaína liposomal para infiltración de anestesia local perianal	<ul style="list-style-type: none"> Todavía no se puede recomendar la bupivacaína liposomal (Grado D) debido a una falta de inclusión de otras técnicas analgésicas recomendadas, a pesar de la extensión de la analgesia en comparación con el uso simple de bupivacaína/placebo, en dos estudios (NdE 4).
Complementos de la anestesia raquídea (morfina, clonidina)	<ul style="list-style-type: none"> No se recomiendan los complementos de la anestesia raquídea (morfina, clonidina), a pesar de una reducción del dolor, debido a los posibles efectos secundarios (Grado D).
Toxina botulínica	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda la inyección de toxina botulínica (grado D), debido a la incoherencia de la evidencia específica del procedimiento en lo que respecta al beneficio analgésico durante el periodo posoperatorio (NdE 4).
Dilatador anal	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda el uso de un dilatador anal como

	<p>complemento de la analgesia en la cirugía de hemorroides (Grado D, NdE 4), basándose en la evidencia limitada específica del procedimiento.</p>
--	---

Recomendaciones generales de PROSPECT para controlar el dolor posoperatorio:
Hemorroidectomía

El tratamiento del dolor perioperatorio en hemorroidectomía debería incluir, a menos que haya contraindicaciones:	
Preoperatorio/intraoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Laxantes, iniciados unos días antes de la cirugía • Glucocorticoides parenterales • Metronidazol oral • Bloqueo del nervio pudendo +/- anestesia general • Paracetamol + AINE / inhibidores selectivos de la COX-2, administrados a tiempo para proporcionar suficiente analgesia posoperatoria temprana
Técnica operatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorroidectomía cerrada <p>O BIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorroidectomía abierta con electrocoagulación del pedículo
Posoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol + AINE / inhibidores selectivos de la COX-2 • Opioides como analgesia de rescate • Laxantes • Metronidazol oral • GTN tópico +/- lidocaína