

PROSTATECTOMÍA RADICAL

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.

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

Tipo de estudio	NdE	GdR (basado en el NdE general, teniendo en cuenta el equilibrio entre la información sobre las prácticas clínicas y la evidencia)	
		Específico del procedimiento	Transferible
Evaluación sistemática con resultados homogéneos	1	A	B
Ensayo controlado aleatorizado (ECA) – alta calidad	1	A (basado en dos o más estudios, o en un estudio grande y bien diseñado)	B
ECA – con limitaciones en metodología o informes	2	B (o extrapolación de un estudio específico del procedimiento con NdE 1)	C
Evaluación no sistemática, estudio de cohorte, caso de estudio (p. ej., algunas evidencias de efectos adversos)	3	C	
Información sobre prácticas clínicas (opinión de expertos); evidencia incoherente	4	D	

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: Prostatectomía radical: niveles de evidencia y grados de recomendación.

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 prostatectomía radical 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 PARA LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Intervenciones que se recomiendan para la prostatectomía radical

<p>Intervenciones preoperatorias que se recomiendan para una prostatectomía radical</p> <p>Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «preoperatorio» se refiere a las intervenciones realizadas antes de la incisión quirúrgica.</p> <p>Nota: Todos los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.</p>	
<p>Inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Al igual que sucede con todos los analgésicos, los inhibidores selectivos de la COX-2 deberían administrarse en el momento adecuado (antes de la operación o durante la operación) para proporcionar suficiente analgesia en el periodo de recuperación temprana (GdR B), basándose en la evidencia transferible de muchos procedimientos que demuestran la eficacia de los analgésicos (NdE 1).
<p>Dexametasona</p>	<ul style="list-style-type: none"> La dexametasona preoperatoria se recomienda tanto por sus efectos analgésicos como por sus efectos antieméticos (GdR B), basándose en la evidencia transferible de muchos procedimientos (NdE 1), a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento.
<p>Gabapentinoides</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de gabapentinoides preoperatorios (GdR B), basándose en evidencia transferible de muchos procedimientos que demuestran la eficacia de los analgésicos (NdE 1), a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento.
<p>Intervenciones intraoperatorias que se recomiendan para una prostatectomía radical</p> <p>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.</p> <p>Nota: Todos los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.</p> <p>Nota: Todas las intervenciones anestésicas o analgésicas intraoperatorias se examinan en la sección posoperatoria.</p>	
<p>Intervenciones posoperatorias que se recomiendan</p> <p>Nota: El término «posoperatorio» se refiere a intervenciones realizadas durante el cierre de la herida o después de cerrarla.</p>	
<p>Inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la COX-2 (GdR B), basándose en evidencia transferible de muchos procedimientos que demuestran la eficacia de los analgésicos (NdE 1), a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento.
<p>Lidocaína sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la infusión de lidocaína en la prostatectomía radical (GdR B), basándose en evidencia transferible de muchos procedimientos que demuestran la eficacia de los analgésicos (NdE 1), a pesar de la evidencia

	limitada específica del procedimiento.
Opioides fuertes sistémicos	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de opioides fuertes sistémicos después de una prostatectomía (GdR B), basándose en la evidencia transferible de muchos procedimientos, por su eficacia al reducir el dolor posoperatorio de alta intensidad (VAS \geq 50 mm) (NdE 1), con las siguientes factores a tener en cuenta:
	<ul style="list-style-type: none"> Los opioides fuertes sistémicos se deberían utilizar en combinación con inhibidores selectivos de la COX-2 y paracetamol para reducir el uso de opioides y sus efectos secundarios (GdR D).
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de opioides fuertes PCA IV (GdR B), basándose en la mayor satisfacción de los pacientes en comparación con una dosificación periódica (intervalos fijos) o PRN (evidencia transferible, NdE 1). Sin embargo, la administración IV a intervalos fijos, valorada según la intensidad del dolor, también se considera un modo eficaz de administración (NdE 4).
Opioides suaves sistémicos	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de opioides suaves para tratar el dolor de intensidad moderada o baja, si la analgesia sin opioides es insuficiente o está contraindicada (GdR B), basándose en la evidencia transferible (NdE 1) que demuestra la eficacia de los analgésicos en muchos procedimientos quirúrgicos.
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de opioides suaves en combinación con analgésicos no opiáceos (GdR B), basándose en la evidencia transferible (NdE 1) que demuestra la eficacia de los analgésicos en regímenes de combinación.
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de paracetamol (GdR B), basándose en evidencia transferible de muchos procedimientos que demuestran la eficacia de los analgésicos (NdE 1), a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> El paracetamol se debe administrar en el momento adecuado (preoperatorio o intraoperatorio) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana (GdR D).
Analgésicos alternativos	<ul style="list-style-type: none"> Se recomiendan los antagonistas de los receptores muscarínicos (oxibutinina, tolterodina) (GdR B) para prevenir las molestias de la vejiga, basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 1) y transferible de diversos procedimientos (NdE 2).
Infiltración o infusión de la herida	<ul style="list-style-type: none"> En la <i>prostatectomía abierta</i> se recomienda la infiltración de la herida con anestesia local al final de la cirugía (GdR B), porque la evidencia transferible de la reparación de hernia demuestra la eficacia de los analgésicos (NdE 1) y porque resulta una técnica cómoda con un perfil de seguridad favorable, a pesar de la evidencia limitada específica del procedimiento.

	<ul style="list-style-type: none"> En la <i>prostatectomía asistida por vídeo</i> se recomienda la infiltración con anestesia local en la zona del puerto al final de la cirugía (GdR B), porque la evidencia transferible de la colecistectomía laparoscópica demuestra la eficacia de los analgésicos (NdE 1), a pesar de la falta de evidencia específica del procedimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de anestesia local de larga duración de preferencia a la anestesia local de corta duración (GdR D).

Recomendaciones generales para el control del dolor asociado a la prostatectomía radical

Preoperatorios	<ul style="list-style-type: none"> Inhibidores selectivos de la COX-2 y paracetamol orales* ± Gabapentinoides Dexametasona
Intraoperatorios	<ul style="list-style-type: none"> Inhibidor selectivo de la COX-2 y paracetamol parenterales* Infiltración de la herida con anestésico local de larga duración al final de la cirugía** ± Infusión intravenosa de lidocaína que continúa durante el periodo posoperatorio** Antagonistas de los receptores muscarínicos
Posoperatorios	Dolor de alta intensidad (VAS≥50 mm) <ul style="list-style-type: none"> Inhibidores selectivos de la COX-2 + paracetamol ± gabapentinoides + opioide analgésico intravenoso controlado por el paciente
	Dolor de intensidad moderada a baja (VAS<50 mm) <ul style="list-style-type: none"> Inhibidores selectivos de la COX-2 + paracetamol ± gabapentinoides ± opioide suave
<p>Las recomendaciones de la parte superior se basan en la evidencia de intervenciones unimodales Las combinaciones óptimas de estas intervenciones siguen sin conocerse en este momento</p>	

* Administrados a tiempo para garantizar la analgesia en el periodo posoperatorio inmediato

** La dosis total de anestésicos locales debe ajustarse para evitar el riesgo de toxicidad sistémica

La lidocaína IV se puede usar cuando otros tratamientos no resulten adecuados o apropiados

VAS = escala analógica visual de 1-100 mm

Intervenciones que NO se recomiendan para la prostatectomía radical

Analgésicos alternativos: Belladona y supositorio de opio, melatonina, amantadina o clonidina preoperatorios	No se recomiendan (GdR D), debido a la evidencia limitada específica del procedimiento
AINE convencionales intraoperatorios y posoperatorios	No se recomiendan (GdR B), basándose en la evidencia limitada específica del procedimiento (NdE) y en la sólida evidencia transferible de muchos procedimientos en relación con un mayor riesgo de hemorragia (NdE 1).
Ketamina intraoperatoria o posoperatoria	No se recomienda su uso rutinario (GdR D), debido a la evidencia contradictoria específica del procedimiento (NdE 4), a pesar de la evidencia transferible favorable de intervenciones quirúrgicas más dolorosas (NdE 1).
Parche de lidocaína	No se recomienda (GdR B) debido a la limitada evidencia específica del procedimiento.
Opioides fuertes IM	No se recomienda debido al dolor asociado a estas inyecciones (GdR D).
Nicotina transdérmica y magnesio intravenoso	No se recomiendan (GdR D) debido a la evidencia limitada específica del procedimiento y la evidencia transferible.
Analgesia epidural	No se recomienda para la prostatectomía (GdR D), a pesar de alguna evidencia específica del procedimiento (NdE 1) en relación con su beneficio analgésico, debido al perfil negativo de riesgos y beneficios.
Analgesia paravertebral	No se recomiendan (GdR D), debido a la evidencia limitada específica del procedimiento
Bloqueos del TAP	No se recomiendan (GdR D) debido a la falta de evidencia específica del procedimiento y la evidencia transferible limitada.
Anestesia y analgesia intratecales con opioides	No se recomiendan (GdR B), a pesar de la evidencia específica del procedimiento (NdE 1) en relación con su beneficio analgésico, debido al perfil negativo de riesgos y beneficios (tampoco se recomienda la anestesia intratecal). Esta afirmación se apoya en la evidencia transferible (NdE 1) de los pacientes que se someten a operaciones importantes.
Infusión continua en la herida con anestesia local	No se recomienda (GdR B), basándose en la evidencia específica del procedimiento (NdE 2), que demuestra una falta de eficacia del analgésico.

Infiltración de la herida con sulfato de magnesio

No se recomiendan (GdR D), debido a la evidencia limitada específica del procedimiento