

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Notas sobre las recomendaciones de PROSPECT

PROSPECT proporciona a los profesionales sanitarios argumentos en contra y a favor del uso de distintas intervenciones para el dolor postoperatorio basados en evidencias publicadas y en opiniones de expertos. Los profesionales sanitarios deben tomar su decisión basándose en las circunstancias clínicas y en los reglamentos locales. En cualquier caso, deberá consultarse la información de prescripción local de los fármacos mencionados.

Grados de recomendación y niveles de evidencia

Los grados de recomendación se asignan en función de los niveles de evidencia generales en los que se basan las recomendaciones, que vienen determinados por la calidad y la fuente de la evidencia. [Relación entre calidad y fuente de evidencia, niveles de evidencia y grados de recomendación.](#)

Resumen de recomendaciones

Aunque se considera menos dolorosa que la histerectomía abdominal abierta, la histerectomía laparoscópica requiere una gestión del dolor postoperatorio estandarizada, especialmente en el periodo postoperatorio inmediato.

Recomendación: Intervenciones pre e intraoperatorias

- Salvo que se indique otra cosa, el término «preoperatorio» hace referencia a intervenciones aplicadas antes de la incisión quirúrgica.
- Salvo que se indique otra cosa, el término «intraoperatorio» hace referencia a intervenciones aplicadas después de la incisión y antes del cierre de la herida.
- Se debe administrar analgesia en el momento adecuado (pre o intraoperatoria) para proporcionar suficiente analgesia en el período de recuperación inmediato.

Paracetamol y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2

Se recomienda una combinación de paracetamol y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2 salvo que existan contraindicaciones (Grado A) basándose en el origen, el tipo y la duración del dolor después de la histerectomía laparoscópica, así como en las evidencias disponibles sobre algún efecto economizador de opiáceos de ECA específicos

	del procedimiento (Nivel de evidencia 1).
Dexametasona	Se recomienda una sola dosis preoperatoria de dexametasona administrada vía intravenosa (Grado A) por su capacidad de disminuir el uso de analgésicos y de actuar como antiemético (Nivel de evidencia 1).
	<ul style="list-style-type: none"> Las dosis efectivas parecen encontrarse en el rango de 8 a 10 mg (Nivel de evidencia 1).
	<ul style="list-style-type: none"> Aunque no se ha investigado la temporización de la dexametasona específicamente en el caso de la histerectomía laparoscópica, las evidencias de cirugías abdominales viscerales sugieren que la administración inmediata tras la inducción de anestesia puede producir los mejores efectos antieméticos (Wang 2000), antiinflamatorios y analgésicos (Zargar-Shoshtari 2009).
Analgesia epidural	La analgesia epidural proporciona alivio del dolor a los pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica (Nivel de evidencia 1), aunque debería considerarse una intervención de reserva (Grado D) porque ahora la cirugía se lleva a cabo de manera ambulatoria y las modalidades menos invasivas resultan adecuadas para la gestión del dolor en la mayoría de pacientes.
Anestesia general	La anestesia general es el estándar de atención en el caso de la histerectomía laparoscópica y, desde el punto de vista del dolor agudo, la opción de anestésicos de mantenimiento no tiene efectos detectables en el dolor postoperatorio (Nivel de evidencia 1). Los principales determinantes para la elección de los agentes anestésicos de mantenimiento están relacionados con el paciente como, por ejemplo, la comorbilidad cardiovascular y el riesgo de NVPO (Grado D).
Técnicas quirúrgicas	No se ofrece ninguna recomendación en cuanto a las técnicas quirúrgicas, que se seleccionarán con arreglo a los factores anatómicos y centrados en el paciente, en los que el dolor postoperatorio desempeña un papel inferior.
	Sin embargo, las evidencias sugieren que el CO ₂ con baja presión de inflado o humidificado y calentado pueden reducir el dolor del extremo del hombro, pero no el dolor abdominal (Nivel de evidencia 1).

Recomendación: Intervenciones postoperatorias

- Salvo que se indique otra cosa, el término «postoperatorio» hace referencia a intervenciones aplicadas en el momento del cierre de la herida o posteriores.
- Se debe administrar analgesia en el momento adecuado (pre o intraoperatoria) para proporcionar suficiente analgesia en el período de recuperación inmediato.

<p>Paracetamol y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2</p>	<p>Se recomienda una combinación de paracetamol y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2 salvo que existan contraindicaciones (Grado A) basándose en el origen, el tipo y la duración del dolor después de la histerectomía laparoscópica, así como en las evidencias disponibles sobre algún efecto economizador de opiáceos de ECA específicos del procedimiento (Nivel de evidencia 1).</p>
<p>Opiáceos</p>	<p>Se recomienda el uso de opiáceos como analgesia de rescate, de forma postoperatoria (Grado C).</p> <p>Los estudios observacionales sugieren que, después de una histerectomía laparoscópica, la mayoría de pacientes requiere opiáceos como fármacos de rescato durante una media de cuatro días (As-Sanie 2017) (Nivel de evidencia 3).</p> <p>No existen suficientes evidencias para recomendar específicamente un opiáceo frente a otro.</p>
<p>Analgesia epidural</p>	<p>La analgesia epidural proporciona alivio del dolor a los pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica (Nivel de evidencia 1), aunque debería considerarse una intervención de reserva (Grado D) porque ahora la cirugía se lleva a cabo de manera ambulatoria y las modalidades menos invasivas resultan adecuadas para la gestión del dolor en la mayoría de pacientes.</p>

Intervenciones NO recomendadas	
Pregabalina	No se recomienda el uso de pregabalina (Grado A) porque, aunque este fármaco tiene posibles efectos economizadores de opiáceos, estos pueden ir asociados a efectos secundarios que impiden su uso generalizado, especialmente en dosis más altas (Nivel de evidencia 1).
Agonistas de alfa2 adrenérgicos (dexmedetomidina)	La dexmedetomidina no está recomendada (Grado D, Nivel de evidencia 4) debido a las evidencias reducidas y contradictorias específicas del procedimiento de su beneficio analgésico.
Ketamina	La ketamina no está recomendada (Grado D, Nivel de evidencia 4) debido a la falta de evidencias específicas del procedimiento.
Lidocaína IV	La lidocaína IV no está recomendada (Grado D, Nivel de evidencia 4) debido a la falta de evidencias específicas del procedimiento.
Bloqueos PTA	Los bloqueos PTA no están recomendados (Grado D, Nivel de evidencia 4) porque las evidencias específicas del procedimiento son contradictorias.
Instilación de anestésico intraperitoneal local	No se recomienda la instilación de anestésico intraperitoneal local (Grado A) puesto que las evidencias específicas del procedimiento no mostraron ningún beneficio clínicamente significativo (Nivel de evidencia 1).
Infiltración en el sitio del puerto	No se recomienda la infiltración en el sitio del puerto para histerectomía laparoscópica (Grado D) puesto que no existen evidencias específicas del procedimiento que la avalen, aunque se ha demostrado un beneficio significativo de esta intervención en colecistectomía laparoscópica (Barazanchi 2018).

RECOMENDACIONES GENERALES DE PROSPECT

El tratamiento del dolor perioperatorio en el caso de histerectomía laparoscópica debería incluir, salvo que esté contraindicado:

Intervenciones perioperatorias con la suficiente antelación para garantizar una analgesia segura en el periodo postoperatorio inmediato

- Paracetamol
- AINE o inhibidor selectivo de la COX-2
- Una sola dosis de dexametasona, vía intravenosa

Periodo postoperatorio

- Paracetamol y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2
- Opiáceo de rescate