

CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA

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 el que se basan las recomendaciones, algo que viene determinado por la calidad y el origen de la evidencia: [Relación entre la calidad y la fuente de la evidencia, los niveles de evidencia y los grados de recomendación](#).

Notas relativas al dolor después de la cirugía oncológica de mama

La cirugía oncológica de mama (en adelante, "cirugía de mama") está relacionada con un dolor postoperatorio agudo y crónico ([Vadivelu 2008](#)). La colaboración de PROSPECT realizó un examen sistemático en 2006 (archivada en el sitio web de PROSPECT: [Non-cosmetic Breast Surgery 2006](#)). Sin embargo, desde entonces se han introducido varios regímenes analgésicos nuevos, en particular técnicas analgésicas regionales ([Elsharkawy 2018](#)). Se requería un examen sistemático actualizado sobre las intervenciones analgésicas dedicadas al cáncer de mama.

Resumen de recomendaciones

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.

Cirugía menor de mama	Cirugía mayor de mama
Paracetamol y AINE/inhibidores selectivos de la COX-2	Paracetamol y AINE/inhibidores selectivos de la COX-2
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan el paracetamol (Grado B) y los AINE (Grado A) o el inhibidor específico de la COX-2 (Grado B) para cirugías menores y mayores de mama, administrados antes o durante la operación, y continuarse durante el postoperatorio, a menos que haya contraindicaciones. • El uso de AINE (Grado A) está respaldado por estudios realizados antes de 2006 en cirugía de mama (Chan 1996, Priya 2002), aunque no hay datos recientes. • Los beneficios analgésicos y los efectos ahorradores de opiáceos de estos analgésicos simples se han descrito bien (Martínez 2017, Ong 2010). 	
Gabapentina	Gabapentina
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la gabapentina preoperatoria (Grado A) para cirugías menores y mayores de mama, ya que se ha demostrado que reduce las valoraciones del dolor postoperatorio y el consumo de opiáceos. Sin embargo, se recomienda con precaución, ya que las dosis altas podrían inducir efectos secundarios que son particularmente preocupantes en los pacientes ambulatorios. • No se recomienda la pregabalina preoperatoria, ya que el alivio del dolor observado no superó las 24 h. 	
Dexametasona	Dexametasona
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda una dosis única de dexametasona intravenosa (Grado B) para cirugías menores y mayores de mama, ya que proporciona un alivio adicional del dolor y reduce el uso de analgésicos y la incidencia de las NVPO. 	
Infiltración de la herida con anestesia local	BPV (cirugía mayor de mama)

<p>(cirugía menor de mama)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La infiltración de la herida con anestesia local debe considerarse en los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos mínimamente o moderadamente invasivos (por ejemplo, lumpectomía y mastectomía parcial) (Grado A), aunque proporciona una analgesia postoperatoria de duración limitada. • El dolor postoperatorio después de estos procedimientos es típicamente de leve a moderado y la intensidad disminuye durante los dos primeros días que siguen la operación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el BVP (Grado A) como técnica analgésica regional de primera elección para la cirugía mayor de mama (por ejemplo, mastectomía con o sin disección del ganglio axilar). • Ciertos estudios demostraron que esta intervención se asociaba con: puntuaciones más bajas del dolor postoperatorio; consumo menor de analgésicos sistémicos; reducción de las NVPO; y estancias hospitalarias más cortas que la AG sola, aunque los estudios no siguieron un programa de recuperación mejorado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe considerar la posibilidad de utilizar el BPV continuo en las cirugías mayores de mama si un catéter está colocado (Grado B) • Un BPV de una sola inyección requiere menos tiempo y trabajo que la técnica de inyección múltiple o la colocación de un catéter paravertebral • Algunos estudios informan de una mejora de los resultados funcionales y de un dolor crónico menos intenso tras el uso del BPV continuo • Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que en estos estudios no se utilizaron analgésicos no opiáceos "básicos" (es decir, paracetamol, AINE o inhibidores selectivos de la COX-2) en un programa de analgesia multimodal totalmente aplicado. • Un estudio coste-eficacia informó de costos más elevados con el BPV continuo (Offodile, 2017); sin embargo, esos costos se verían compensados por la menor duración de la estancia en el

	<p>hospital (Terkawi 2015, Abdallah 2014, Fallatah 2016, Mohta 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El BPV no puede proporcionar de manera fiable suficiente analgesia a la axila (es decir, la distribución nerviosa T1) (Pawa 2018) y la infiltración adicional de la herida con anestesia local puede ser benéfica en estos casos
	<p>Bloqueo interpectoral (PECS) (cirugía mayor de mama)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El bloqueo PECS se recomienda para la cirugía mayor de mama si no se realiza una disección del ganglio axilar o si la BPV está contraindicada (Grado A), pero los datos son limitados y el procedimiento no puede proporcionar anatómicamente una analgesia adecuada a la axila. • Hay pocas pruebas que guíen la elección entre la PEC I, la PEC II y los bloqueos de plano serrato. <p>Infiltración de la herida con anestesia local (cirugía mayor de mama)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La infiltración de la herida con AL puede añadirse a las técnicas de analgesia regional en la cirugía mayor de mama (Grado A). • La infiltración de la herida con AL puede considerarse en los casos en que el bloqueo PECS y el BVP no proporcionen una analgesia adecuada a la axila (es decir, la distribución nerviosa T1).

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.

Cirugía menor de mama	Cirugía mayor de mama
Paracetamol y AINE/inhibidores selectivos de la COX-2	Paracetamol y AINE/inhibidores selectivos de la COX-2
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan el paracetamol (Grado B) y los AINE (Grado A) o el inhibidor específico de la COX-2 (Grado B) para cirugías menores y mayores de mama, administrados antes o durante la operación, y continuarse durante el postoperatorio, a menos que haya contraindicaciones. • El uso de AINE (Grado A) está respaldado por estudios realizados antes de 2006 en cirugía de mama (Chan 1996, Priya 2002), aunque no hay datos recientes. • Los beneficios analgésicos y los efectos ahorradores de opiáceos de estos analgésicos simples se han descrito bien (Martínez 2017, Ong 2010) 	
Opiáceos	Opiáceos
<ul style="list-style-type: none"> • Los opiáceos se recomiendan para la analgesia de rescate, en el postoperatorio (Grado B). 	
	BPV continuo (si el catéter está colocado) (cirugía mayor de mama)

- Se debe considerar la posibilidad de utilizar el BPV continuo en las cirugías mayores de mama si está colocado un catéter (Grado B)
 - Un BPV de una sola inyección requiere menos tiempo y trabajo que la técnica de inyección múltiple o la colocación de un catéter paravertebral
 - Algunos estudios informan de una mejora de los resultados funcionales y de un dolor crónico menos intenso tras el uso del BPV continuo
 - Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que en estos estudios no se utilizaron analgésicos no opiáceos "básicos" (es decir, paracetamol, AINE o inhibidores selectivos de la COX-2) en un programa de analgesia multimodal totalmente aplicado.
 - Un estudio coste-eficacia informó de costos más elevados con el BPV continuo ([Offodile, 2017](#)); sin embargo, esos costos se verían compensados por la menor duración de la estancia en el hospital ([Terkawi 2015](#), [Abdallah 2014](#), [Fallatah 2016](#), [Mohta 2016](#))
-
- El BPV no puede proporcionar de manera fiable suficiente analgesia a la axila (es decir, la distribución nerviosa T1) ([Pawa 2018](#)) y la infiltración adicional de la herida con anestesia local puede ser benéfica en estos casos

Intervenciones que NO se recomiendan

	Intervención	Motivo de no recomendación
Intraoperatorio	Bloqueo retrolaminar	Poca evidencia específica del procedimiento
	Bloqueo en el plano del músculo erector espinal	Poca evidencia específica del procedimiento
	Complementos perineurales: opiáceos (fentanilo, tramadol), agonistas de los receptores adrenérgicos alfa-2 (clonidina, dexmedetomidina), catecolaminas (adrenalina) o antagonistas de los receptores del N-metil-D-aspartato (ketamina) añadidos a la solución anestésica local	Poca evidencia específica del procedimiento
Postoperatorio	Bloqueo en el plano transverso abdominal	Poca evidencia específica del procedimiento

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el control del dolor en pacientes que se someten a una cirugía no cosmética de mama.

Recomendaciones	Cirugía menor de mama	Cirugía mayor de mama
Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grado B) y AINE convencionales (Grado A) o inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado B) 2. Gabapentina (Grado A) 3. Dexametasona (Grado B) 4. Infiltración de la herida con anestesia local (Grado A) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grado B) y AINE convencionales (Grado A) o inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado B) 2. Gabapentina (Grado A) 3. Dexametasona (Grado B) 4. BPV (Grado A) 5. Los bloqueos PECS sin disección del ganglio axilar o los BVP están contraindicados (Grado A) 6. La infiltración de la herida con anestesia local puede añadirse a las técnicas de analgesia regional (Grado A)
Intervenciones postoperatorias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grado B) y AINE convencionales (Grado A) o inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado B) 2. Opiáceos como rescate (Grado B) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol (Grado B) y AINE convencionales (Grado A) o inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado B) 2. Opiáceos como rescate (Grado B) 3. BPV continuo si el catéter está colocado (Grado B)