

CESÁREA ELECTIVA

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 y niveles de evidencia

Los grados de recomendación se asignan de acuerdo con el nivel general de en la que se basan las recomendaciones, que se determina por la calidad y la fuente de las pruebas: [Relación entre la calidad y la fuente de la evidencia, los niveles de evidencia y los grados de recomendación](#).

Dolor después de la cesárea y objetivos de la revisión de PROSPECT

La cesárea se asocia con dolores postoperatorios de moderados a severos en una proporción significativa de mujeres, lo que puede retrasar la recuperación y el retorno a las actividades de la vida diaria, perjudicar el vínculo entre madre e hijo, afectar el bienestar psicológico de la madre y complicar la lactancia materna ([Gamez 2018](#)). Además, un alivio inadecuado del dolor postoperatorio puede provocar hiperalgesia y dolor postoperatorio persistente ([Kainu 2010](#)).

El dolor después de una cesárea suele ser poco tratado debido a los temores infundados de que los medicamentos o las intervenciones analgésicas puedan inducir efectos secundarios maternos y neonatales, y porque a menudo se subestima la gravedad del dolor posterior a la cesárea ([Huang 2019](#)).

En 2014 se publicaron las recomendaciones para el tratamiento del dolor postoperatorio y específicas del procedimiento (PROSPECT) para el tratamiento del dolor después de una cesárea ([PROSPECT:C-Section 2014](#)); sin embargo, fue necesario actualizarlas dada la evolución de la práctica clínica.

El objetivo de este examen sistemático era proporcionar recomendaciones actualizadas basadas en la bibliografía reciente que evalúa el impacto de los enfoques analgésicos y quirúrgicos sobre el dolor después de una cesárea electiva realizada bajo anestesia neuroaxial. Estas recomendaciones no deben aplicarse a otras poblaciones de pacientes como la cesárea de emergencia o no planificada o la cirugía realizada bajo anestesia general.

Resumen de recomendaciones

Recomendación: intervenciones preoperatorias

- El término “preoperatorio” se refiere a las intervenciones realizadas antes de la incisión quirúrgica.
- Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia al comienzo del periodo de recuperación.

Opiáceo intratecal o epidural

- Se recomienda añadir un opiáceo de acción prolongada intratecal (por ejemplo, morfina 50-100 µg o diamorfina hasta 300 µg) a la anestesia espinal (Grado A)
 - Se ha confirmado la seguridad de la morfina intratecal en pacientes sometidas a cesárea ([Sharawi 2018](#)). Las dosis inferiores a 100 µg dan como resultado una analgesia adecuada con una menor incidencia de efectos secundarios en comparación con las dosis más altas
 - Se deben utilizar analgésicos básicos (es decir, paracetamol y AINE) y dexametasona intravenosa con morfina intratecal
 - Cabe destacar que las directrices del *National Institute of Health and Care Excellence* de Reino Unido recomiendan la diamorfina intratecal como alternativa a la morfina intratecal ([NICE 2019](#))
- La morfina epidural de 2 a 3 mg o la diamorfina de hasta 2 a 3 mg pueden utilizarse como alternativa, por ejemplo, cuando se utiliza un catéter epidural como parte de una técnica combinada espino-epidural (Grado A)

Paracetamol

- Se recomienda el paracetamol oral (Grado A)

Recomendación: intervenciones intraoperatorias (administradas después del parto)

Paracetamol

- Se recomienda el paracetamol intravenoso, si no se administra antes de la intervención (Grado A)

AINE	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de AINE intravenosos, iniciados durante la operación (después del parto) (Grado A)
Dexametasona	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda una dosis única de dexametasona por vía intravenosa después del parto (Grado A) por sus efectos positivos en las puntuaciones del dolor y el consumo de opiáceos, así como en la profilaxis antiemética; es preciso actuar con cautela en las pacientes con intolerancia a la glucosa
Técnicas locales/regionales	<ul style="list-style-type: none"> Si no se utiliza morfina intratecal, se recomiendan una infiltración de la herida con anestesia local (dosis única) o una infusión continua en la herida y/o una analgesia regional (bloqueos del plano fascial como los bloqueos TAP y los bloqueos del cuadrado lumbar) (Grado A) por su efecto en la reducción de las puntuaciones de dolor y las necesidades de opiáceos

Recomendación: intervenciones postoperatorias

- El término “postoperatorio” se refiere a intervenciones realizadas durante el cierre de la herida o después de cerrarla

Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el paracetamol oral o intravenoso (Grado A), de forma continuada y regular a nivel postoperatorio <ul style="list-style-type: none"> La administración regular de analgésicos básicos es importante para limitar la necesidad de analgésicos opiáceos de rescate
AINE	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda el uso de AINE orales o intravenosos (Grado A), de forma continuada y regular a nivel postoperatorio <ul style="list-style-type: none"> Varios estudios demostraron un control del dolor igualmente bueno con los AINE en comparación con los opiáceos
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> Los opiáceos se recomiendan para el rescate o cuando otras estrategias recomendadas no son posibles (por ejemplo, contraindicaciones para la anestesia regional) (Grado D) <ul style="list-style-type: none"> Deben aplicarse estrategias para reducir el consumo innecesario de opiáceos después de una cesárea electiva
Adyuvantes analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> Se recomiendan los adyuvantes analgésicos, incluyendo las TENS, cuando estén disponibles (Grado A) <ul style="list-style-type: none"> Los adyuvantes analgésicos como escuchar música con auriculares y el uso de TENS pueden estar asociados con un mejor alivio del dolor

Recomendación: intervenciones quirúrgicas	
Incisión	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda una incisión de Joel-Cohen (Grado A) por los beneficios en la reducción de las puntuaciones de dolor postoperatorio
No cierre del peritoneo	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda no cerrar el peritoneo (Grado A) para reducir las puntuaciones de dolor
Ligaduras abdominales	<ul style="list-style-type: none"> Se recomiendan las ligaduras abdominales (Grado A) sobre la base de tres estudios que muestran una reducción clínicamente relevante de las puntuaciones de dolor y del consumo de analgésicos de rescate

AINE, antiinflamatorios no esteroideos; TAP, o bloqueo del plano transversal del abdomen; TENS, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

Intervenciones que NO se recomiendan

Intervenciones analgésicas que no se recomiendan para el tratamiento del dolor en pacientes que se someten a una cesárea electiva.

	Intervención	Razón para no recomendar
Preoperatoria	Gabapentinoides	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
Intraoperatoria	Ketamina intravenosa	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
	Dexmedetomidina intravenosa	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
	Tramadol y butorfanol intravenosos	Poca evidencia específica del procedimiento
	Clonidina neuroaxial	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
	Dexmedetomidina neuroaxial	Evidencia específica del procedimiento incoherente y temor a efectos secundarios graves
	Buprenorfina intratecal	Poca evidencia específica del procedimiento
	Hidromorfona epidural	Poca evidencia específica del procedimiento
	Midazolam intratecal	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
	Neostigmina intratecal	Temor a efectos secundarios graves
	Ketamina intratecal	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
	Anestesia local intraperitoneal	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Analgesia tópica de la piel	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Clonidina añadida a TAP	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Dexmedetomidina añadida al TAP	Poca evidencia específica del procedimiento
	Fentanilo añadido al TAP	Falta de evidencia específica del procedimiento
Bloqueo de la vaina del músculo recto del abdomen	Falta de evidencia específica del procedimiento	
Bloqueo de campo	Falta de evidencia específica del procedimiento	
Música	Poca evidencia específica del procedimiento	

Postoperatoria	Contacto piel a piel	Poca evidencia específica del procedimiento
	Lidocaína intravenosa	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Analgesia epidural controlada por el paciente	Poca evidencia específica del procedimiento y temor a efectos secundarios graves
Técnica quirúrgica	Método de incisión: diatermia	Evidencia específica del procedimiento incoherente
	Ausencia de colgajo vesical	Poca evidencia específica del procedimiento
	Abertura fascial directa	Poca evidencia específica del procedimiento
	Exteriorización del útero	Evidencia específica del procedimiento incoherente
	Láser de incisión de la piel a nivel postoperatorio	Poca evidencia específica del procedimiento
	Tipo de cierre de la piel	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Limpieza vaginal	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Dilatación cervical	Poca evidencia específica del procedimiento
	Tipo de disección del músculo piramidal	Falta de evidencia específica del procedimiento
	Reaproximación del músculo recto	Poca evidencia específica del procedimiento

TAP, bloque de plano transversal del abdomen

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor perioperatorio en pacientes sometidas a cesárea electiva realizada bajo anestesia neuroaxial.	
Preoperatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Opiáceo intratecal de acción prolongada (por ejemplo, morfina 50-100 µg o diamorfina hasta 300 µg) (Grado A). La morfina epidural de 2 a 3 mg o la diamorfina de hasta 2 a 3 mg pueden utilizarse como alternativa, por ejemplo, cuando se utiliza un catéter epidural como parte de una técnica combinada espino-epidural (Grado A) • Paracetamol oral (Grado A)
Intraoperatorio después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol intravenoso si no se administra antes de la operación (Grado A) • Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos intravenosos (Grado A) • Dexametasona intravenosa (Grado A) • Si no se utiliza morfina intratecal, se recomiendan una infiltración de la herida con anestesia local (dosis única) o una infusión continua en la herida y/o una analgesia regional (bloqueos del plano fascial como los bloqueos TAP y los bloqueos del cuadrado lumbar) (Grado A)
Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol oral o intravenoso (Grado A) • Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales o intravenosas (Grado A) • Opiáceo para el rescate o cuando no son posibles otras estrategias recomendadas (por ejemplo, contraindicaciones para la anestesia regional) (Grado D) • Los adyuvantes analgésicos incluyen la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (Grado A)
Técnica quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Incisión de Joel-Cohen (Grado A) • No cierre del peritoneo (Grado A) • Ligaduras abdominales (Grado A)

Publicación de PROSPECT

PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

E Roofthoof, G P Joshi, N Rawal, M Van de Velde, PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and supported by the Obstetric Anaesthetists' Association.

[Anaesthesia. 2020 Dec 28. doi: 10.1111/anae.15339](#). En línea antes de la impresión.