

PROSTATECTOMÍA

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.

Dolor después de la prostatectomía radical abierta y laparoscópica o robótica y objetivos de la revisión PROSPECT

El dolor sigue siendo un problema importante después de la prostatectomía radical, lo que provoca molestias y, en ocasiones, una estancia hospitalaria prolongada ([Tan 2015](#)). Es necesario un tratamiento adecuado del dolor para optimizar la recuperación postoperatoria ([Joshi 2014](#)).

Los pacientes sometidos a una prostatectomía radical abierta suelen experimentar un dolor dinámico moderado en los días postoperatorios inmediatos ([d'Alonzo 2009](#)). La cirugía asistida por robot y laparoscópica es menos dolorosa que la prostatectomía abierta, aunque los puertos de los trócares pueden ser una fuente de dolor parietal tras la cirugía robótica ([d'Alonzo 2009](#); [Woldu 2014](#)). Los protocolos analgésicos postoperatorios deben reflejar estos diferentes perfiles de dolor y las pruebas específicas identificadas en la literatura.

El objetivo de esta revisión fue actualizar las recomendaciones para el tratamiento óptimo del dolor después de la prostatectomía abierta y laparoscópica o robótica.

Las recomendaciones de PROSPECT para la prostatectomía radical, basadas en una revisión sistemática de la literatura, se publicaron inicialmente en 2015 ([Joshi 2015](#)), que actualizaba la literatura y las recomendaciones hechas en el sitio web en 2012 (Archivo: [Radical prostatectomy 2012](#)). Sin embargo, desde entonces se han introducido varios regímenes analgésicos nuevos, en particular técnicas analgésicas regionales, y la cirugía robótica se ha desarrollado a mayor escala, por lo que estaba justificada una actualización de la revisión sistemática.

Las recomendaciones de la presente revisión se han basado en las de la revisión anterior, con el apoyo de la información adicional de los estudios más recientes.

La exclusiva metodología PROSPECT está disponible en <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Resumen de recomendaciones

Recomendación: intervenciones preoperatorias e intraoperatorias

- 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 al comienzo del periodo de recuperación

<p>Paracetamol, AINE, inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<p>La analgesia sistémica debe incluir paracetamol y AINE selectivos o no selectivos administrados a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuados a nivel postoperatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los AINE y los inhibidores selectivos de la COX-2 redujeron las puntuaciones de dolor postoperatorio y el uso de opioides (Dirkmann 2015; Mazaris 2008; Bilgin 2011; Chelly 2011) • Se recomienda el paracetamol a pesar de las limitadas pruebas específicas del procedimiento, basándose en recomendaciones anteriores (Joshi 2015)
<p>Lidocaína intravenosa continua</p>	<p>Se recomienda la lidocaína intravenosa continua durante la cirugía abierta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su uso contraindica el uso simultáneo de la infiltración con anestésicos locales (Foo 2021) • La duración de la infusión de lidocaína debe limitarse a los períodos intraoperatorio y postoperatorio inmediato por razones de seguridad • La lidocaína IV continua redujo las puntuaciones de dolor postoperatorio durante la cirugía abierta (Groudine 1998; Weinberg 2016)
<p>Infiltración local de la herida</p>	<p>La infiltración local de la herida debe utilizarse de forma rutinaria para la cirugía abierta antes de otros bloqueos analgésicos regionales, en ausencia del uso de lidocaína IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • La infiltración local de la herida mostró resultados positivos en la cirugía abierta (Bilgin2011; Kristensen 2013; Tauzin-Fin 2009; Lee 2011)

<p>Bloqueo TAP</p>	<p>El bloqueo TAP se recomienda como primera opción para la prostatectomía radical laparoscópica/robótica</p> <ul style="list-style-type: none"> El bloqueo TAP bilateral realizado al final de la cirugía disminuyó las puntuaciones de dolor en los procedimientos asistidos por robot (Dal Moro 2019; Cacciamani 2019; Taninishi 2020), pero los resultados fueron contradictorios para los procedimientos abiertos
---------------------------	---

COX: ciclooxigenasa; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; TAP: plano transversal del abdomen; IV: intravenoso.

<p>Recomendación: intervenciones postoperatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> El término “postoperatorio” se refiere a las intervenciones aplicadas en el momento de cerrar la herida o después de hacerlo Los analgésicos deben administrarse en el momento adecuado (pre o intraoperatorio) para proporcionar una analgesia suficiente en el periodo de recuperación temprana 	
<p>Paracetamol, AINE, inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<p>La analgesia sistémica debe incluir paracetamol y AINE selectivos o no selectivos administrados a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuados a nivel postoperatorio</p>
<p>Opioides</p>	<p>Los opiáceos deben utilizarse como analgésicos de rescate en el período postoperatorio</p>

COX, ciclooxigenasa; AINE, antiinflamatorios no esteroideos.

Intervenciones que NO se recomiendan

Intervenciones analgésicas no recomendadas para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a una prostatectomía radical.

Intervención	Razón para no recomendar
Gabapentina	Pocas pruebas específicas del procedimiento/pocos efectos secundarios
Dexmedetomidina	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Anestésicos locales intravesicales	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Opioide intratecal	No se recomienda debido al riesgo de efectos adversos
Epidural	Balance beneficio/riesgo desfavorable
Bloqueo epidural-caudal	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Bloque TAP	No se recomienda para los abiertos
Bloqueo de la vaina del recto	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Electroacupuntura	Pocas pruebas específicas del procedimiento
Infiltración de heridas con sulfato de magnesio/intravenoso	Pocas pruebas específicas del procedimiento
Bloqueo del pene	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Trocar sin válvula	Pocas pruebas específicas del procedimiento
Incisión transversal frente a longitudinal	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Instalación intravesical de ropivacaína	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Catéter suprapúbico frente a catéter uretral	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Catéter uretral frente a catéter suprapúbico y uretral	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Retirada temprana del catéter	Pocas pruebas específicas del procedimiento
CO ₂ calentado y humidificado	Falta de pruebas específicas del procedimiento
Técnicas de anestesia	No hay recomendaciones específicas para la técnica anestésica

TAP, plano transversal del abdomen.

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor perioperatorio en pacientes sometidos a una prostatectomía radical

Paracetamol	Recomendado a pesar de las pocas pruebas específicas del procedimiento (Grado B)
Lidocaína sistémica	Se recomienda la infusión intravenosa continua intraoperatoria de lidocaína para la cirugía abierta (Grado B)
AINE o inhibidores selectivos de la COX-2	Recomendados siempre que no haya contraindicaciones (Grado A)
Bloque TAP	Recomendado para procedimientos laparoscópicos/robóticos (Grado A)
Infiltración de la herida	Recomendada para cirugía abierta (Grado B)

COX, ciclooxigenasa; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; TAP, plano transverso del abdomen.

Publicación de PROSPECT

PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer.

Lemoine A, Witdouck A, Beloeil H, Bonnet F; PROSPECT Working Group Of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA).

[Anasth Crit Care Pain Med 2021;40\(4\):100922. doi: 10.1016/j.accpm.2021.100922. Epub 2021 Jun 29.](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922)