

CIRUGÍA TORACOSCÓPICA ASISTIDA POR VÍDEO (CTAV)

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 CTAV y objetivos de la revisión PROSPECT

La cirugía toracoscópica asistida por vídeo (CTAV) es un procedimiento mínimamente invasivo que permite reducir el estrés quirúrgico y el dolor postoperatorio en comparación con la toracotomía. Sin embargo, se asocia a un importante dolor postoperatorio agudo y crónico, que afecta negativamente a la recuperación ([Holbeck 2016](#); [Bendixen 2016](#)). El tratamiento del dolor postoperatorio de la CTAV es tan esencial como el de la cirugía abierta, ya que permite reducir las complicaciones postoperatorias ([Bendixen 2016](#)).

Esta guía tiene como objetivo proporcionar a los médicos un enfoque basado en las pruebas para el tratamiento del dolor después de la resección pulmonar con CTAV, para mejorar el alivio del dolor postoperatorio.

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

Resumen de recomendaciones

Recomendación: intervenciones preoperatorias e intraoperatorias	
<ul style="list-style-type: none"> 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 	
Paracetamol, AINE, inhibidores específicos de la COX-2	<p>La analgesia sistémica debe incluir paracetamol, AINE o inhibidores específicos de la COX-2 administrados a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuados a nivel postoperatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los beneficios de estos analgésicos básicos están bien descritos para otros procedimientos (Ong 2010; Martínez 2017).
Dexmedetomidina IV	<p>Se recomienda la administración intraoperatoria de dexmedetomidina por vía intravenosa, especialmente cuando no se pueden administrar analgésicos básicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Varios estudios han documentado que la dexmedetomidina IV reduce las puntuaciones del dolor y la necesidad de opioides (Lee 2016; Jannu 2020). La dexmedetomidina también disminuye la incidencia de agitación postoperatoria y disfunción cognitiva, así como de náuseas y vómitos postoperatorios (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). También se ha demostrado una mejora de la función pulmonar, con un aumento del VEMS (volumen espiratorio máximo en un segundo) y de la capacidad vital (Lee 2016; Jannu 2020; Kweon 2018). Los pacientes con enfermedades cardíacas graves, trastornos de la conducción y/o del ritmo fueron excluidos de estos estudios y la dexmedetomidina no debe utilizarse en esos pacientes.
Analgesia regional	<p>Se recomiendan las técnicas analgésicas regionales, como el PVB y el ESPB, utilizando una única inyección o, preferiblemente, un catéter con una infusión continua de anestésicos locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se recomienda un PVB por su eficacia en el control del dolor y sus limitados efectos secundarios en comparación con la TEA. El uso de un catéter en lugar de la analgesia de dosis única prolonga el efecto analgésico.

	<ul style="list-style-type: none"> También se recomienda un ESPB, ya que varios estudios han demostrado la eficacia del ESPB con ropivacaína frente al bloqueo simulado (Yao 2020; Shim 2020). Dos estudios han demostrado la no inferioridad del ESPB en comparación con el PVB (Zhao 2020; Taketa 2020). Por lo tanto, la ESPB debe considerarse como una alternativa. <p>El bloqueo del plano serrato anterior puede utilizarse como segunda opción.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los estudios recogidos consideraron una única inyección y documentaron un beneficio en términos de dolor y consumo de opioides en comparación con la analgesia básica sistémica o con la infiltración en el lugar de la incisión. <p>El bloqueo debe realizarse, sea cual sea la técnica, a un nivel torácico adaptado a la ubicación de los sitios de incisión.</p> <p>Podría recomendarse la adición de dexmedetomidina sin conservantes en la analgesia perineural. Sin embargo, queda por demostrar que podría conseguirse un efecto comparable con la administración intravenosa de dexmedetomidina, lo que la haría más apropiada para su uso clínico.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recomendación: intervenciones postoperatorias

- 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

Paracetamol, AINE, inhibidores específicos de la COX-2	<p>La analgesia sistémica debe incluir paracetamol, AINE o inhibidores específicos de la COX-2 administrados a nivel preoperatorio o intraoperatorio y continuados a nivel postoperatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los beneficios de estos analgésicos básicos están bien descritos para otros procedimientos (Ong 2010; Martínez 2017).
Opioides	<p>Los opioides deben utilizarse como analgésicos de rescate a nivel postoperatorio.</p>

COX, ciclooxigenasa; ESPB, bloqueo del plano del erector espinal; VEMS, volumen espiratorio máximo en un segundo; IV, intravenoso; AINE, antiinflamatorios no esteroideos; PVB, bloqueo paravertebral; TEA, analgesia epidural torácica.

Intervenciones que NO se recomiendan

Intervenciones analgésicas que no se recomiendan para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a una CTAV.

Calendario	Intervención	Razón para no recomendar
Preoperatorio o intraoperatorio	Gabapentinoides	Pruebas incoherentes
	Corticosteroides	Falta de pruebas específicas del procedimiento
	MgSO ₄	Pocas pruebas específicas del procedimiento
	Lidocaína intravenosa	Falta de pruebas específicas del procedimiento
	TENS	Pruebas incoherentes y limitadas
	Infiltración de la herida	Pocas pruebas específicas del procedimiento
	Analgesia intrapleural	Pocas pruebas específicas del procedimiento
	Bloqueo del nervio intercostal	Falta de pruebas específicas del procedimiento
	Bloqueo epidural torácico	No inferioridad de las técnicas menos invasivas con menos efectos secundarios
Postoperatorio	Gabapentinoides	Pruebas incoherentes
	Lidocaína intravenosa	Falta de pruebas específicas del procedimiento
	Dexmedetomidina	Falta de pruebas específicas del procedimiento
	TENS	Pruebas incoherentes y limitadas

IV, intravenoso; TENS, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

Recomendaciones generales de PROSPECT

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

Intervenciones preoperatorias e intraoperatorias

- Paracetamol (Grado D)
- AINE (Grado D)/inhibidor específico de la COX-2 (Grado D)
- Dexmedetomidina (Grado B) (excluyendo a los pacientes con enfermedades cardíacas graves o trastornos de la conducción y/o del ritmo)
- Bloqueo paravertebral de una dosis única (Grado A)/continuo (Grado A)
- Bloqueo del plano erector de la columna vertebral de una dosis única (Grado A)/continuo (Grado B)
- Bloqueo del plano serrato anterior de una dosis única (Grado A)/continuo (Grado D)

Intervenciones postoperatorias

- Paracetamol (Grado D)
- AINE (Grado D)/inhibidor específico de la COX-2 (Grado D)
- Opioide de rescate (Grado D)

COX, ciclooxigenasa; AINE, antiinflamatorios no esteroideos.

Publicación de PROSPECT

PROSPECT guidelines for video-assisted thoracoscopic surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

Sarah Feray, Jelle Lubach, Girish P. Joshi, Francis Bonnet, Marc Van de Velde on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Anaesthesia 2021; First published: 05 November 2021. <https://doi.org/10.1111/anae.15609>