

GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Notas sobre las recomendaciones PROSPECT

PROSPECT proporciona a los clínicos argumentos a favor y en contra del uso de diversas intervenciones sobre el dolor postoperatorio, basándose en la evidencia publicada y en la opinión de los expertos. Son los médicos quienes deben tomar decisiones en función de las circunstancias clínicas y de la normativa local. En todo momento, se debe consultar la información local sobre prescripción de todos fármacos a los que se hace referencia.

Dolor tras una gastrectomía tubular laparoscópica

Tras una gastrectomía tubular laparoscópica, la cirugía más frecuente para la pérdida de peso, el dolor postoperatorio puede retrasar la recuperación y aumentar el riesgo de complicaciones ([Lazzati 2023](#); [Iamaroon 2019](#); [Barajas-Gamboa 2024](#)). Se necesitan protocolos estandarizados para el tratamiento del dolor con el fin de mejorar la recuperación y la deambulación de los pacientes, especialmente porque la intervención se realiza cada vez más de forma ambulatoria o con una estancia de una noche ([Inaba 2018](#); [Fortin 2020](#); [Kaye 2019](#)).

Objetivos y métodos de la revisión PROSPECT

Esta revisión ([Niels, Snijders 2025](#)) tenía como objetivo actualizar las recomendaciones para el tratamiento del dolor tras una gastrectomía tubular laparoscópica, basándose en las directrices de 2019 ([Macfater 2019](#)), que se basaban en datos de 18 ensayos controlados aleatorios (ECA).

La revisión sistemática y la formulación de las recomendaciones se realizaron utilizando la metodología única de PROSPECT, disponible en <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. La metodología se publicó por primera vez en [Joshi 2019](#) y se actualizó en [Joshi 2023](#). La búsqueda bibliográfica actualizada identificó ECA, revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre intervenciones analgésicas, anestésicas y quirúrgicas, centrándose en el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica. Se realizaron búsquedas en las bases de datos EMBASE, MEDLINE, PubMed y Cochrane desde el 1 de septiembre de 2018 hasta el 4 de febrero de 2024. Todos los estudios incluidos se evaluaron críticamente en lo que respecta a las puntuaciones de dolor (el resultado principal), la relevancia clínica, la eficacia, el uso de analgésicos básicos (paracetamol y AINE/inhibidores específicos de la COX-2), los efectos adversos y la invasividad de la técnica.

39 ECA y dos metaanálisis cumplieron los criterios de inclusión.

Esta revisión está registrada en PROSPERO: CRD42023487108.

Resumen de recomendaciones y pruebas clave

Resumen de recomendaciones y pruebas clave para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica.

Analgesia sistémica

Paracetamol y AINE o inhibidores específicos de la COX-2, administrados de forma continua, antes o durante la intervención quirúrgica y de forma continuada después de la misma.

- De acuerdo con la metodología PROSPECT ([Joshi 2023](#)), se excluyeron de la revisión los estudios que se centraban exclusivamente en estos analgésicos básicos; los analgésicos básicos deben administrarse en el periodo perioperatorio a todos los pacientes sometidos a cirugía.

Dosis única de dexametasona IV

- La dexametasona fue recomendada anteriormente para la gastrectomía tubular laparoscópica por PROSPECT ([Macfater 2019](#)).
- La dexametasona perioperatoria tiene efectos antieméticos y analgésicos bien establecidos en otros procedimientos, que no se ven superados por los efectos secundarios ([Gan 2020](#); [Laconi 2024](#); [Waldron 2013](#)).
- PROSPECT no recomienda una dosis exacta de dexametasona. Sin embargo, una revisión ([Myles, Corcoran 2021](#)) concluyó que una dosis intermedia podría ofrecer beneficios para la analgesia posoperatoria.

Los opioides deben reservarse para la analgesia de rescate

- El uso de opioides debe reservarse para la medicación de rescate, tal y como se indica en la recomendación anterior ([Macfater 2019](#)), a pesar de su potencia como analgésicos.
- Los opioides pueden causar efectos secundarios como náuseas y vómitos postoperatorios, estreñimiento, íleo, mareos y depresión respiratoria, lo que puede retrasar la recuperación y el alta hospitalaria, además de tener un potencial de abuso ([Trescot 2008](#)).

Técnicas regionales

Bloqueo TAP

- Esta actualización incluyó siete estudios adicionales sobre bloqueos TAP: cinco sobre bloqueos USG ([Saber 2019](#); [Mittal 2018](#); [Aboseif 2023](#); [Xue 2022](#); [Abdelhamid 2020](#)) y dos sobre bloqueos LG ([Tülübaşı 2019](#); [Okut 2022](#)).
- PROSPECT recomienda los bloqueos TAP USG o LG basándose en sus efectos analgésicos positivos:
 - El bloqueo TAP USG se considera el método de referencia, con varios enfoques diferentes disponibles, incluidos el anterior, el medio axilar y el subcostal. La técnica elegida influye en la zona afectada y en la duración del bloqueo ([Desmet 2015](#); [Tsai 2017](#)).
 - El bloqueo LG TAP lo realiza el cirujano durante la laparoscopia. Dos estudios que compararon los bloqueos LG TAP realizados por cirujanos con los bloqueos USG TAP realizados por anestelistas en cirugía colorrectal indicaron una seguridad y eficacia al menos comparables ([Zaghiyan 2019](#); [Park 2017](#)).

Infiltración de anestésico local en la herida del sitio de incisión

- Desde la anterior recomendación de PROSPECT ([Macfater 2019](#)), se han encontrado dos estudios adicionales sobre la infiltración de anestésico local en la herida del sitio de incisión, uno de los cuales muestra resultados positivos ([Alevizos 2020](#)).
- La infiltración de la herida o del sitio de la incisión con anestésicos locales es una técnica sencilla, económica y de uso común que proporciona un control adecuado del dolor somático ([Scott 2010](#); [Stamenkovic 2021](#)). Es fundamental infiltrar cuidadosamente todas las capas de la herida quirúrgica bajo visualización directa antes de cerrar la incisión ([Joshi, Machi 2019](#)).
- PROSPECT propone que la infiltración de la herida se considere un componente fundamental de la analgesia básica, aunque existen pruebas limitadas específicas para la gastrectomía tubular laparoscópica ([Joshi, Kehlet 2019](#)). La eficacia de la infiltración de la herida ha quedado bien demostrada en la cirugía abdominal ([Bourgeois 2024](#)).

- Se puede combinar el bloqueo del plano abdominal transversal y la infiltración de anestésico local en la herida del sitio de acceso. Sin embargo, se debe tener cuidado para evitar la toxicidad sistémica del anestésico local.

COX, ciclooxigenasa; IV, intravenoso; LG, guiado por laparoscopia; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; PONV, náuseas y vómitos posoperatorios; TAP, plano abdominal transversal; USG, guiado por ecografía.

Intervenciones NO recomendadas

Intervenciones analgésicas no recomendadas para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica.

Intervención	Motivo por el que no se recomienda
Anestesia sin opioides	Evidencia insuficiente y falta de uniformidad en los protocolos
Administración de vitamina C	Evidencia insuficiente
Dexmedetomidina	Falta de consenso
Magnesio intravenoso	Falta de consenso
Gabapentinoides	Riesgo de efectos secundarios
Ketamina intravenosa	Falta de evidencia y riesgo de efectos secundarios
Aprepitant	Evidencia insuficiente
Lidocaína IV	Evidencia insuficiente
Difenhidramina	Evidencia insuficiente
Programa educativo de animación	Evidencia insuficiente
Realidad virtual	Evidencia insuficiente
Estimulación con aguja electropress	Evidencia insuficiente
Anestesia IV total frente a desflurano	Evidencia insuficiente
Hiperventilación leve para el dolor de hombro	Evidencia insuficiente
Reclutamiento alveolar perioperatorio	Falta de evidencia
Bloqueo del cuadrado lumbar	Relación riesgo-beneficio desfavorable
Bloqueo del erector de la columna	Relación riesgo-beneficio desfavorable
Anestésicos locales intraperitoneales	Falta de consenso
Dexmedetomidina intraperitoneal	Evidencia insuficiente
Magnesio intraperitoneal	Falta de evidencia
Bloqueo neural autónomo paragástrico	Evidencia insuficiente
Grapadora endoscópica lineal laparoscópica	Falta de evidencia
Abordaje de puerto único	Evidencia inconsistente

IV, intravenoso.

Tabla general de recomendaciones de PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor específico de la intervención en pacientes sometidos a gastrectomía tubular laparoscópica

Preoperatorio e intraoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> ● Paracetamol y AINE o inhibidores específicos de la COX-2 ● Dosis única de dexametasona IV ● Bloqueo del plano abdominal transversal ● Infiltración de anestésico local en la herida del puerto de incisión ➤ Se pueden combinar el bloqueo del plano abdominal transversal y la infiltración de anestésico local en la herida del sitio de la incisión. Sin embargo, se debe tener cuidado para evitar la toxicidad sistémica del anestésico local
Postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> ● Paracetamol y AINE o inhibidores específicos de la COX-2 administrados las 24 horas del día ● Opioides como analgesia de rescate

COX, ciclooxigenasa; IV, intravenoso; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

Publicación PROSPECT

Debel N, Snijkers E, Van de Velde M, Joshi GP, Sauter AR, Freys S, Pogatzki-Zahn E, Dewinter G on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

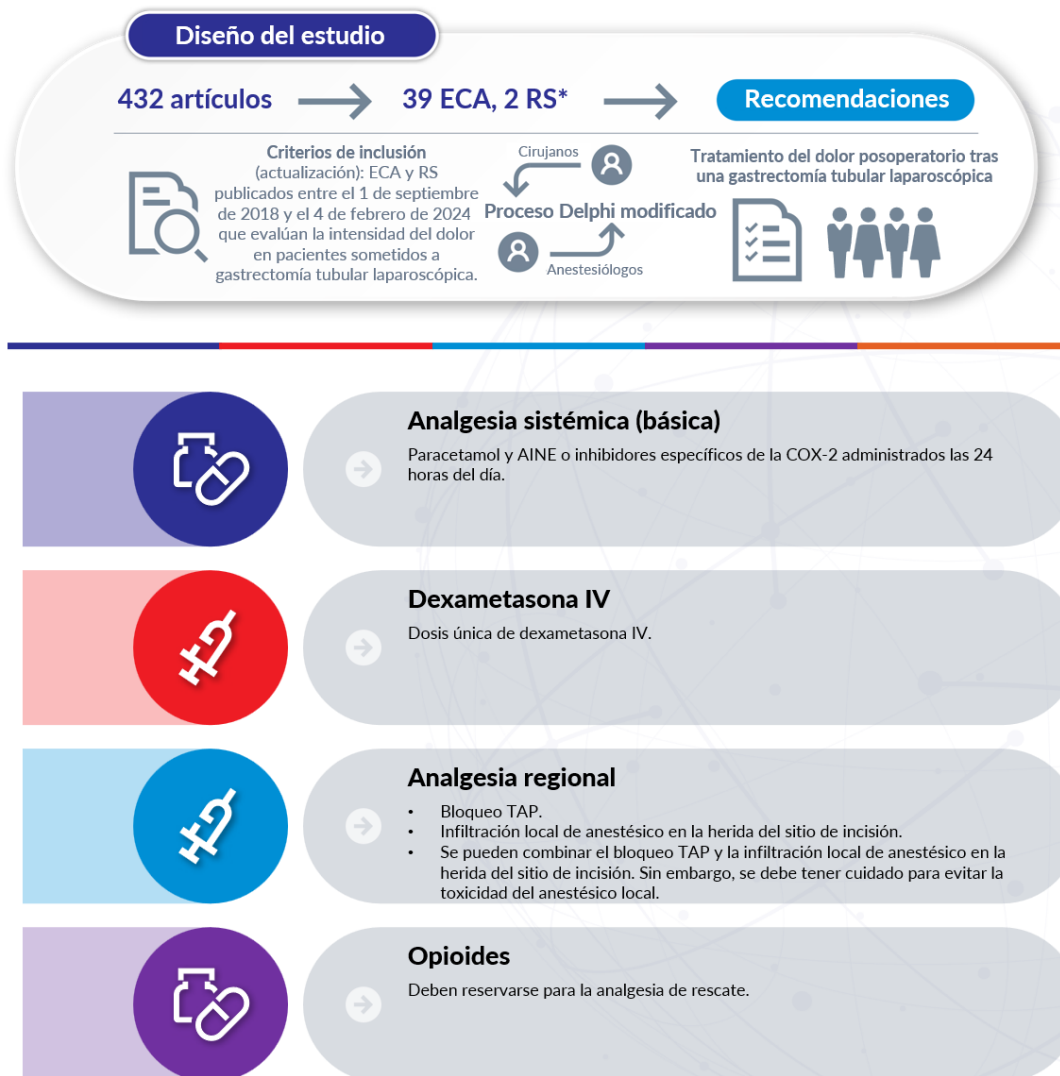
Pain management for laparoscopic sleeve gastrectomy: an update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Eur J Anaesthesiol 2026; 43:19–33. doi: 10.1097/EJA.0000000000002296.](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002296)

Recomendaciones de PROSPECT para la gastrectomía tubular laparoscópica: [Infografía](#)

Recomendaciones para la gastrectomía tubular laparoscópica

Actualización de una revisión sistemática con recomendaciones
para el tratamiento del dolor posoperatorio



Debel N, Snijders E, et al. Pain management for laparoscopic sleeve gastrectomy: an update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur J Anaesthesiol 2026; 43:19–33. doi: 10.1097/EJA.0000000000002296.

*Esta revisión sistemática se basa en la revisión anterior, que incluía datos de 18 ECA.

COX, ciclooxigenasa; IV, intravenoso; AINE, antiinflamatorio no esteroideo; ECA, ensayo controlado aleatorio; RS, revisión sistemática; TAP, plano abdominal transverso.

