

TORACOTOMÍA ABIERTA

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Notas sobre las recomendaciones de PROSPECT

PROSPECT proporciona a los médicos argumentos a favor y en contra del uso de diversas intervenciones en el dolor postoperatorio, basándose en la evidencia publicada y la opinión de expertos. Los médicos deben tomar decisiones basadas en las circunstancias clínicas y la normativa local. En todo momento, se debe consultar la información local sobre la prescripción de los medicamentos mencionados.

Dolor tras toracotomía abierta

La toracotomía abierta sigue siendo un procedimiento habitual a pesar del uso creciente de la cirugía toracoscópica asistida por vídeo y se considera una de las intervenciones quirúrgicas más dolorosas ([González 2021](#); [Mehta 2023](#)). El dolor postoperatorio intenso no solo afecta a la recuperación inmediata, sino que también se asocia a complicaciones pulmonares postoperatorias ([Makkad 2023](#)). Además, un control inadecuado del dolor postoperatorio aumenta el riesgo de dolor crónico posttoracotomía ([Makkad 2023](#)). Por lo tanto, una analgesia oportuna y eficaz es esencial para optimizar la rehabilitación postoperatoria y reducir la morbilidad a largo plazo.

Objetivos y métodos de la revisión PROSPECT

Esta revisión ([Lemoine 2026](#)) tenía como objetivo evaluar la bibliografía actual y actualizar las recomendaciones anteriores de PROSPECT para el tratamiento óptimo del dolor después de una toracotomía abierta. Las primeras recomendaciones de PROSPECT sobre el tratamiento del dolor tras una toracotomía abierta se publicaron en línea en 2004 (posteriormente publicadas: [Joshi 2008](#)) y se actualizaron en línea en 2015 ([resumen de las recomendaciones de Thoracotomy 2015](#)).

La revisión sistemática actual y la formulación de las recomendaciones se realizaron utilizando la metodología única PROSPECT, disponible en <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Esta metodología se publicó por primera vez en [Joshi 2019](#) y se actualizó en [Joshi 2023](#). Se realizaron búsquedas en bases de datos bibliográficas (Embase, Medline, PubMed y Cochrane) desde enero de 2015 hasta abril de 2024 para identificar ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis (en inglés) que investigaran intervenciones farmacológicas, no farmacológicas o quirúrgicas y evaluaran las puntuaciones de dolor postoperatorio. 100 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Las recomendaciones de PROSPECT se basaron en la interpretación de la evidencia,

teniendo en cuenta la relevancia clínica actual de las intervenciones estudiadas y su perfil de riesgo/beneficio, el uso del tratamiento del dolor basal y el contexto específico del procedimiento. Esta revisión está registrada en PROSPERO: CRD42022309453.

Resumen de las recomendaciones y evidencia clave

Resumen de las recomendaciones y la evidencia clave para el tratamiento del dolor en pacientes sometidos a toracotomía abierta

Se debe administrar un régimen analgésico básico que incluya paracetamol y AINE o inhibidores selectivos de la COX-2 antes o durante la operación, y continuarlo después de la operación.

- De acuerdo con la metodología PROSPECT ([Joshi 2023](#)), estos analgésicos se consideran analgesia básica y, por lo tanto, no se han evaluado en esta revisión.

Se recomienda la analgesia epidural torácica o el bloqueo paravertebral como intervención de primera línea.

- Para la analgesia epidural torácica, PROSPECT recomienda utilizar una combinación de anestésico local y opioide lipofílico.
- Para el bloqueo paravertebral, PROSPECT recomienda el uso de un catéter.
- Las pruebas disponibles desde 2015 no muestran una clara superioridad entre la analgesia epidural torácica y el bloqueo paravertebral para el control del dolor tras una toracotomía abierta ([Yeung 2016](#); [Tamura 2017](#); [Li 2021](#); [Onur 2023](#); [Wojtyś 2019](#); [Sundari 2023](#)); la elección entre estas técnicas debe quedar a discreción de los médicos y los pacientes.
- Una revisión sistemática reciente respaldó esta recomendación ([Eaves 2025](#)). Los resultados revelaron que la epidural torácica proporcionaba un mejor alivio del dolor solo en el período postoperatorio inmediato, mientras que ambas técnicas se asociaban con un control del dolor y un uso de opioides similares más allá del primer día postoperatorio. El bloqueo paravertebral proporcionaba una mayor estabilidad hemodinámica durante las primeras 24 horas. Los autores concluyeron que la elección entre estas dos técnicas debe adaptarse al paciente.
- Se debe utilizar la concentración más baja posible de anestésico local epidural con la dosis más baja de opioide epidural, para limitar la aparición de efectos adversos. Sin embargo, una concentración de anestésico local $\leq 0,125$ % parece insuficiente.
- El nivel de colocación epidural debe depender del nivel de la incisión quirúrgica.

Se recomienda el bloqueo del plano erector de la columna, el bloqueo romboidal intercostal o el bloqueo del nervio intercostal si no se utilizan la analgesia epidural torácica y el bloqueo paravertebral.

- La eficacia analgésica del bloqueo del plano erector de la columna, el bloqueo intercostal romboidal y el bloqueo del nervio intercostal fue ampliamente equivalente ([Sobhy 2020](#); [Simek 2022](#); [Elsabeeny 2021](#); [Shaker 2023](#); [Fang 2019](#); [Fiorelli 2020](#); [Wang 2019](#); [Kozanhan 2022](#); [Vilvanathan 2020](#); [Ranganathan 2020](#); [Guclu 2023](#)).
- La elección del bloqueo debe basarse en las preferencias del médico y del paciente.

Se recomienda la acupuntura o la crioanalgesia cuando no se puede realizar una analgesia regional

- En ausencia de analgesia epidural torácica, la acupuntura o la crioanalgesia también pueden combinarse con otras técnicas analgésicas regionales recomendadas.
- Debido a su favorable relación beneficio/riesgo, estas técnicas se recomiendan, aunque se basan en un bajo nivel de evidencia ([Chen 2016](#); [Park S 2021](#); [Ba 2015](#); [Lau 2021](#); [Park R 2021](#)).

Opioides

- Los opioides sistémicos deben reservarse para la analgesia de rescate.

COX, ciclooxygenasa; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

Intervenciones NO recomendadas

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

Intervención		Razón por la que no se recomienda
Técnicas regionales técnicas	Dexmedetomidina como coadyuvante para la analgesia epidural torácica, el bloqueo paravertebral, el bloqueo del plano erector de la columna y el bloqueo del nervio intercostal	Evidencia insuficiente y riesgo de efectos adversos
	Sulfato de magnesio como adyuvante para la analgesia epidural torácica	Riesgo de efectos adversos
	Dexametasona como adyuvante para el bloqueo paravertebral	Evidencia insuficiente
	Bloqueo del plano del serrato anterior	Evidencia inconsistente
	Analgesia subpleural	Falta de evidencia
	Bloqueo del nervio frénico	Evidencia inconsistente y riesgo de complicaciones graves
	Parche de lidocaína	Falta de evidencia
Medicamentos sistémicos	Pregabalina o gabapentina oral preoperatoria o posoperatoria	Perfil beneficio/riesgo desfavorable
	Sulfato de magnesio intravenoso	Falta de evidencia
	Dexmedetomidina intravenosa	Evidencia inconsistente y efectos adversos
	Ketamina intravenosa	Evidencia insuficiente
	Dexametasona intravenosa	Falta de evidencia sobre su efecto analgésico; otros factores determinantes
Otros	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea	Evidencia inconsistente
	Colocación de tubo traqueal	Falta de evidencia
	Fisioterapia	Falta de evidencia para la analgesia; otros factores determinantes
	Educación del paciente	Evidencia insuficiente
	Técnicas quirúrgicas	Falta de evidencia sobre la analgesia; otros factores determinantes

Tabla de recomendaciones generales PROSPECT

Recomendaciones generales para el tratamiento del dolor específico del procedimiento en pacientes sometidos a toracotomía abierta	
Intervenciones preoperatorias	● Paracetamol y AINE/inhibidores selectivos de la COX-2.
Técnicas regionales	● Analgesia epidural torácica utilizando una combinación de anestésico local y opioide lipofílico O bloqueo paravertebral con un catéter como intervención de primera línea. ● Bloqueo del plano erector de la columna, bloqueo intercostal romboidal o bloqueo del nervio intercostal si no es posible realizar una analgesia epidural torácica y un bloqueo paravertebral.
Intervenciones posoperatorias	● Régimen analgésico básico que incluye paracetamol regular y AINE/inhibidor selectivo de la COX-2 según lo programado. ● Acupuntura o crioanalgesia cuando no sea posible la analgesia regional. ● Opioides sistémicos reservados para la analgesia de rescate.

COX, ciclooxygenasa; AINE, antiinflamatorio no esteroideo.

Publicación PROSPECT

Lemoine A, Alber A, Joshi GP, Van de Velde M, Dewinter G, Pogatzki-Zahn E, Bonnet M-P, en nombre del Grupo de Trabajo PROSPECT de la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Terapia del Dolor (ESRA).

Tratamiento del dolor tras toracotomía abierta 2025: recomendaciones para el tratamiento del dolor postoperatorio específico de cada procedimiento (PROSPECT).

[Anaesthesia, 12 de enero de 2026. doi: 10.1111/anae.70123. Publicado en línea antes de su impresión.](#)

Recomendaciones PROSPECT para la toracotomía abierta: [infografía](#).

Recomendaciones para la toracotomía abierta

Revisión sistemática actualizada con recomendaciones
para el tratamiento del dolor posoperatorio



Lemoine A, Alber A, Joshi GP, Van de Velde M, Dewinter G, Pogatzki-Zahn E, Bonnet M-P, on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA). Pain management after open thoracotomy 2025: procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Anaesthesia 2026 Jan 12. doi: 10.1111/anae.70123. Online ahead of print.

AINE, antiinflamatorio no esteroideo; COX, ciclooxigenasa; ECA, ensayo controlado aleatorio; MA, metaanálisis; PVB, bloqueo paravertebral; RS, revisión sistemática; TEA, analgesia epidural torácica.

