

CIRUGÍA COLORRECTAL

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 posoperatorio, 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. Los grados de las recomendaciones (GdR) se asignan de acuerdo con el nivel general de evidencia (NdE) en el que se basan las recomendaciones, lo que viene determinado por la calidad y el origen de la evidencia.

Grados de recomendación (GdR) basados en el origen y el nivel de la evidencia (NdE): Tabla resumen

[En el enlace siguiente](#) se puede consultar una explicación de cómo se realizan las evaluaciones de calidad de los estudios para determinar el NdE y el GdR

El instrumento AGREE ([Brouwers 2010](#)) se utiliza internacionalmente para evaluar el rigor metodológico y la transparencia de las directrices de buenas prácticas. En la medida de lo posible, la metodología de evaluación de cirugía colorrectal de PROSPECT satisface los requisitos de «Dominio 3: Rigor en la elaboración» del instrumento AGREE II:

- Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
- Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
- Los puntos fuertes y las limitaciones del conjunto de la evidencia se han descrito claramente.
- Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
- Al formular las recomendaciones se han considerado los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos.
- Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
- La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. (Las evidencias y recomendaciones se someterán a una evaluación por homólogos después de su publicación en el sitio web de PROSPECT).
- Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. (Se aporta una metodología para que la evaluación sistemática se pueda actualizar según resulte necesario).

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

El Resumen de recomendaciones y las Recomendaciones generales se basan en la evidencia identificada en la evaluación de la literatura original (80 estudios publicados entre 1996 y marzo de 2009; véase la carpeta Archivo) y la evaluación de la literatura actualizada (18 estudios publicados entre marzo de 2009 y octubre de 2016).

RESUMEN DE RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS

Intervenciones preoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «preoperatorio» se refiere a las intervenciones realizadas antes de la incisión quirúrgica.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Analgesia sistémica	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores selectivos de la COX-2 (GdR B) (únicamente para los pacientes que no reciban analgesia epidural). • Administración continua de lidocaína IV preoperatoria / intraoperatoria si se continúa durante el periodo posoperatorio inmediato (GdR B), cuando la analgesia epidural no sea viable o esté contraindicada.
Analgesia epidural	<ul style="list-style-type: none"> • Para uso rutinario (GdR A), se recomiendan anestesia epidural torácica y analgesia continuas, a un nivel adecuado según la zona de incisión. • Se recomienda una combinación de anestesia local y opioide (GdR A), debido a la mayor eficacia analgésica de la combinación en comparación con cualquiera de los dos medicamentos de forma independiente.

Uso preoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica

Clonidina IV	Se asocia a un mayor riesgo de hipotensión y bradicardia (GdR D).
AINE convencionales	La administración preoperatoria de estos agentes puede aumentar el riesgo de hemorragia intraoperatoria y posoperatoria (GdR B).
Corticosteroides como analgesia	La evidencia específica del procedimiento no refleja ningún beneficio importante en la reducción de la valoración del dolor (pero se pueden utilizar para reducir el valor PONV (Náuseas y vómitos posoperatorios). (GdR A).
Gabapentina/pregabalina	GdR D debido a una falta de evidencia específica del procedimiento

Administración continua de lidocaína IV, limitada al periodo preoperatorio/intraoperatorio	GdR D debido a la evidencia incoherente e insuficiente específica del procedimiento.
Antagonistas del receptor NMDA	GdR D debido a la evidencia limitada específica del procedimiento.
Opioides	Son mucho menos eficaces que los opioides posoperatorios para reducir el dolor posoperatorio (GdR B).
Antagonistas de los canales de calcio	Evidencia limitada específica del procedimiento que refleja una falta de efecto analgésico posoperatorio. (GdR B).

Anestesia raquídea

Morfina raquídea	Debido al riesgo de efectos secundarios. (GdR D).
Clonidina raquídea	Basándose en evidencia específica del procedimiento que refleja un efecto analgésico limitado y riesgo de efectos secundarios. (GdR B).

Tratamiento no farmacológico

Uso preoperatorio de imágenes guiadas	Debido a la limitada evidencia específica del procedimiento (GdR D).
Laxantes como analgesia	La evidencia limitada específica del procedimiento no presenta ningún beneficio analgésico (pero se podrían utilizar por motivos distintos al alivio del dolor) (GdR B).
Pentoxifilina	Debido a la limitada evidencia específica del procedimiento de su efecto analgésico (GdR D).

AL como analgesia

Bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) bilateral	Debido a la limitada evidencia específica del procedimiento (GdR D).
---	--

RESUMEN DE RECOMENDACIONES INTRAOPERATORIAS

Intervenciones intraoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «intraoperatorio» se refiere a las intervenciones realizadas después de la incisión y antes de cerrar la herida.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Técnicas anestésicas y analgésicos coadministrados

<p>Analgesia sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores selectivos de la COX-2 (GdR B) (únicamente para los pacientes que no la hayan recibido antes de la operación y para los pacientes que no reciban analgesia epidural). • Opioides (únicamente para los pacientes que no reciban analgesia epidural). • Administración continua de lidocaína IV preoperatoria / intraoperatoria si se continúa durante el periodo posoperatorio inmediato, cuando la analgesia epidural no sea viable o esté contraindicada (GdR B).
<p>Analgesia epidural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para uso rutinario (GdR A), se recomiendan anestesia epidural torácica y analgesia continuas, a un nivel adecuado según la zona de incisión. • Se recomienda una combinación de anestesia local y opioide (GdR A), debido a la mayor eficacia analgésica de la combinación en comparación con cualquiera de los dos medicamentos de forma independiente.
<p>Técnicas operatorias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La decisión relativa al tipo de técnica operatoria o incisión que se debe usar en la cirugía colorrectal se debe basar sobre todo en factores distintos al control del dolor posoperatorio, p. ej., factores de riesgo de operación del paciente con una enfermedad benigna frente a una enfermedad maligna, riesgo de infección de la herida y disponibilidad de especialización quirúrgica (GdR D). • La cirugía colorrectal laparoscópica se recomienda en lugar de cirugía abierta del colon para reducir el dolor posoperatorio, si lo permiten las condiciones indicadas más arriba (GdR A). • Se recomienda una incisión horizontal / curva (transversal) en lugar de una incisión vertical para lograr beneficios analgésicos y otros beneficios, si las condiciones de la operación lo permiten (GdR B). Asimismo, se prefiere la incisión horizontal / curva por sus beneficios estéticos (GdR D). • Se recomienda diatermia en lugar de bisturí (GdR C). • Se recomienda el mantenimiento de la normotermia para mejorar los resultados clínicos, pero no resulta útil para reducir el dolor

	posoperatorio (GdR A).
--	------------------------

Uso intraoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica

Clonidina IV	Se asocia a un mayor riesgo de hipotensión, sedación y bradicardia (GdR D).
Antagonistas de los canales de calcio	Basándose en evidencia limitada específica del procedimiento que refleja una falta de efecto analgésico posoperatorio (GdR B).
Gabapentina/pregabalina	Debido a la falta de evidencia específica del procedimiento (GdR D).
Administración continua de lidocaína IV, limitada al periodo preoperatorio/intraoperatorio	Debido a la evidencia incoherente e insuficiente específica del procedimiento (GdR D).
Antagonistas del receptor NMDA	Debido a la limitada evidencia específica del procedimiento de su eficacia analgésica (GdR D).
Opioides	En pacientes que reciben analgesia epidural (GdR D).

Analgesia epidural

Se añade clonidina a la combinación de AL epidural + opioide.	Debido a los efectos secundarios (GdR D).
---	---

Analgesia raquídea

Analgesia raquídea en combinación con anestesia epidural	Basándose en una falta de beneficios para reducir el dolor posoperatorio en la cirugía colorrectal (GdR B).
--	---

RESUMEN DE RECOMENDACIONES POSOPERATORIAS

Intervenciones posoperatorias que se recomiendan

Nota: A menos que se indique lo contrario, el término «posoperatorio» se refiere a intervenciones realizadas durante el cierre de la herida o después de cerrarla.

Nota: Los analgésicos se deben administrar en el momento adecuado (preoperatorios o intraoperatorios) para aportar suficiente analgesia durante el periodo de recuperación temprana.

Técnicas anestésicas y analgésicos coadministrados

<p>Analgesia sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores selectivos de la COX-2 (GdR B) (únicamente para los pacientes que no reciban analgesia epidural o tras interrumpir la analgesia epidural). • AINE convencionales (GdR A) (únicamente para los pacientes que no reciban analgesia epidural o tras interrumpir la analgesia epidural). • Lidocaína IV (GdR B) (cuando la epidural no sea viable o esté contraindicada). • Opioides como tratamiento de rescate si la analgesia sin opioides es insuficiente o está contraindicada. (GdR B). • Paracetamol (GdR B) para el dolor moderado o de baja intensidad (únicamente para los pacientes que no reciban analgesia epidural o tras interrumpir la analgesia epidural).
<p>Analgesia epidural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia epidural torácica y analgesia continuas, a un nivel adecuado según la zona de incisión (GdR A). • Se recomienda una combinación de anestesia local y opioide (GdR A), debido a la mayor eficacia analgésica de la combinación en comparación con cualquiera de los dos medicamentos de forma independiente.
<p>Bloqueo del TAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La evidencia es insuficiente para recomendar el bloqueo del TAP, pero se pueden plantear los bloqueos del TAP para el alivio del dolor agudo después de la cirugía colorrectal cuando no se puede administrar anestesia epidural (GdR A).
<p>Infiltración o infusión de la herida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infusión preperitoneal continua de AL, como alternativa cuando la analgesia epidural no sea viable o esté contraindicada (GdR B).
<p>Protocolos de rehabilitación multimodal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atención sanitaria (que incluyen la rehabilitación controlada con deambulación temprana y dieta, o programas de optimización multimodal) (GdR A).

Uso posoperatorio NO recomendado

Analgesia sistémica

Gabapentina/pregabalina	Debido a la falta de evidencia específica del procedimiento (GdR D).
Antagonistas del receptor NMDA	Debido a la limitada evidencia específica del procedimiento de su eficacia analgésica (GdR D).
Opioides fuertes IM	GdR D.

Infiltración o infusión de la herida

Masaje mecánico con aspiración de la pared abdominal	Se necesitan más datos de apoyo (GdR D).
Sondas nasogástricas	Se asocian a malestar e incomodidad y no reducen la duración del íleo posoperatorio (GdR A).

RECOMENDACIONES GENERALES DE PROSPECT

Algoritmo para el control del dolor posoperatorio en la cirugía colorrectal

Recomendaciones generales para el control del dolor posoperatorio en la cirugía colorrectal abierta

