

COLICISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

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 para dolor posoperatorio, basados en pruebas publicadas y opiniones de especialistas. Los médicos deben valorar en función de las circunstancias clínicas y la normativa local. Debe consultarse, en todo momento, la información sobre prescripción local para los medicamentos referidos.

Grados de recomendación (GoR) y niveles de pruebas (NdP)

Los GoR se asignan de acuerdo con los NdP generales en los que se basan las recomendaciones, que se determinan por la calidad y la fuente de las pruebas: [Relación entre calidad y fuente de las pruebas, niveles de pruebas y grados de recomendación.](#)

Resumen de recomendaciones

Recomendado: Intervenciones pre/intraoperatorias

- A menos que se indique otra cosa, con «preoperatorias», se hace referencia a las intervenciones realizadas con anterioridad a la incisión quirúrgica y, con «intraoperatorias», a las intervenciones realizadas después de la incisión y antes del cierre de la herida
- Los analgésicos deben administrarse en el momento adecuado (en la fase pre o intraoperatoria) para proporcionar suficiente analgesia en el periodo inicial de recuperación

Paracetamol

- Se recomienda paracetamol oral preoperatorio para uso rutinario (Grado A), basado en la eficacia analgésica demostrada por diferentes estudios, en este y en el anterior análisis (NdP 1 y 2)
- En caso de que no se administre en el preoperatorio, se recomienda paracetamol intraoperatorio IV para uso rutinario (Grado A, NdP1)

<p>AINES/inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 preoperatorios por vía oral para uso rutinario (Grado A), basado en diferentes estudios que muestran la eficacia analgésica en este y en el anterior análisis (NdP 1 y 2) • En caso de que no se administren en el preoperatorio, se recomiendan AINES/inhibidores de la COX-2 intraoperatorios IV para uso rutinario (Grado B, NdP1)
<p>Dexametasona</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda dexametasona preoperatoria para uso rutinario (Grado A,) basado en la eficacia analgésica y en los efectos antieméticos (NdP 1 y 2)
<p>Lesión (sitio puerto) anestesia local</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda anestesia local, preferiblemente administrada antes de la incisión, usando una anestesia local de larga duración para prolongar su efecto (Grado A), basado en pruebas de beneficios analgésicos (NdP1 y 2)
<p>Neumoperitoneo a baja presión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda neumoperitoneo a baja presión (10-12 mm Hg) si es posible quirúrgicamente (Grado A), basado en pruebas de beneficios analgésicos en la mayoría de los estudios (NdP 1 y 2)
<p>Lavado de solución salina y aspiración</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan lavados locales con solución salina y aspiración tras la extracción de la vesícula biliar (Grado A), basado en pruebas de reducción de niveles de dolor o consumo de analgésicos (NdP 1). El lavado se realizará con la aspiración adecuada del neumoperitoneo restante (Grado A)
<p>Aspiración del gas neumoperitoneo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda aspiración del gas neumoperitoneo (Grado A), basado en las pruebas de reducción de niveles de dolor (NdP1 y 2)
<p>Técnicas de minipuertos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda una técnica laparoscópica de minipuertos, puesto que redujo el dolor en un estudio (NdP 1), pero habrá que tener en cuenta el coste y la disponibilidad del equipo (Grado B)

Recomendado cuando no sea posible la analgesia «básica»: Intervenciones pre/intraoperatorias

(Analgesia «básica»: Paracetamol, AINES/inhibidores selectivos de la COX-2, dexametasona, infiltración de anestesia local en el sitio puerto)

Gabapentinoides: se tendrán en cuenta en caso de que no sea posible el uso de analgesia «básica»

- Los gabapentinoides preoperatorios no están recomendados para un uso rutinario, pero se podrán tener en cuenta en caso de que no sea posible el uso de analgesia «básica» (Grado D)
- A pesar de que diversos estudios han informado de que, con gabapentinoides preoperatorios, se reducen las prescripciones de opioides postoperatorios (NdP 1 y 2), no se añadirán a la eficacia de la técnica de analgesia «básica» del paracetamol, AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 e infiltraciones quirúrgicas en el sitio
- Además, se desconoce la dosis óptima y existe la necesidad de equilibrar los beneficios analgésicos con los posibles efectos adversos, tales como un aumento potencial de la sedación

Bloqueos TAP u OSTAP

- No se recomiendan los bloqueos TAP u OSTAP para uso rutinario (Grado D), a pesar de que diversos estudios informan sobre la reducción de prescripciones de opioides posoperatorios y de niveles de dolor (NdP1 y 2), ya que no añadirán beneficios más allá del protocolo analgésico «básico». Sin embargo, se tendrán en cuenta en caso de que no sea posible el uso de analgesia «básica»

Recomendado: Intervenciones posoperatorias

- A menos que se indique otra cosa, con «posoperatorias», se hace referencia a las intervenciones aplicadas durante o después del cierre de la herida
- Los analgésicos deben administrarse en el momento adecuado (en la fase pre o intraoperatoria), para proporcionar suficiente analgesia en el periodo inicial de recuperación

Paracetamol

- Se recomienda paracetamol para uso rutinario, de forma continuada posoperatoria (Grado A), basado en pruebas de beneficios analgésicos (NdP 2)

<p>AINES/inhibidores selectivos de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 oral para uso rutinario, de forma continuada posoperatoria (Grado A), basado en pruebas de beneficios analgésicos (NdP 1 y 2)
<p>Opioides de rescate</p>	<ul style="list-style-type: none"> La analgesia con opioides se reservará solo para analgesia de rescate (Grado B), con el fin de evitar posibles efectos secundarios, siempre que sea posible (NdP 1 y 2)

<p>Intervenciones NO recomendadas</p>	
<p>Agonistas alfa-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los agonistas alfa-2, como la dexmedetomidina y clonidina, no están recomendados, debido al número limitado de pruebas y a posibles efectos adversos (Grado D)
<p>Ketamina</p>	<ul style="list-style-type: none"> La ketamina ha mostrado resultados mixtos con relación a la reducción del dolor y la necesidad de prescripción de analgésicos y, generalmente, no está recomendada (Grado D, NdP 4). Además, los efectos adversos, como las alucinaciones, son algo que tener en cuenta
<p>Magnesio</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda la administración de magnesio (Grado D), a pesar de algunas pruebas de efecto analgésico (NdP 1). El magnesio durante la operación puede causar efectos adversos, como la potenciación de agentes bloqueadores neuromusculares y el aumento de incidencia de parálisis muscular residual
<p>Lidocaína IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomiendan perfusiones de lidocaína IV (Grado D), a pesar de las pruebas de beneficios analgésicos (NdP 1), debido a la necesidad de un estrecho seguimiento y la posibilidad de sobredosis
<p>Perfusión de esmolol</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomiendan perfusiones de esmolol (Grado D), a pesar de las pruebas de beneficios analgésicos (NdP 1 y 2), debido a la necesidad de un estrecho seguimiento y la posibilidad de sobredosis

<p>Bloqueos TAP u OSTAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomiendan los bloqueos TAP u OSTAP (Grado D), a pesar de que diversos estudios informan sobre la reducción de prescripciones de opioides posoperatorios y de niveles de dolor (NdP 1 y 2), ya que no añadirán beneficios más allá del protocolo analgésico «básico»
<p>Instilación intraperitoneal de anestesia local</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomienda instilación de anestesia local intraperitoneal (Grado D), a pesar de que la mayoría de los estudios informan sobre la reducción de prescripciones de opioides posoperatorios y de niveles de dolor (NdP 1), ya que no añadirán beneficios más allá del protocolo analgésico «básico» La incorporación de anestesia local intraperitoneal con infiltración local en el sitio puerto puede potenciar toxicidad de la anestesia local. En caso de que se haga uso de anestesia local intraperitoneal, se controlará la dosis máxima mientras se esté administrando anestesia local adecuada en el sitio puerto
<p>Técnicas de anestesia regional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las técnicas de anestesia regional, como la anestesia epidural, el bloqueo paravertebral, opioides intratecales y bloqueo de la vaina del músculo recto abdominal no están recomendadas, puesto que las pruebas de ensayos son limitadas y debido a posibles complicaciones o fallos de la técnica de anestesia (Grado D) La anestesia epidural es también contraproducente en entornos ambulatorios
<p>CO2 humidificado y caliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> El CO2 caliente y el CO2 humidificado no se recomiendan (Grado D), debido al número limitado de pruebas
<p>Técnicas de puerto único</p>	<ul style="list-style-type: none"> No se recomiendan técnicas de puerto único (Grado A), puesto que en la mayoría de estudios no se encontraron beneficios analgésicos significativos (NdP 1 y 2)

Recomendaciones generales de PROSPECT

Recomendaciones generales de PROSPECT para la gestión de dolor posoperatorio:

Colecistectomía laparoscópica

Temporización	Recomendado para un uso rutinario	Recomendado si no es posible analgesia «básica»
Preoperatorio	<p><i>Medicación por vía oral:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 convencionales <p>Dexametasona</p>	<p><i>Medicación por vía oral:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentina por vía oral
Intraoperatorio	<p><i>Si no se administran en el preoperatorio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 convencionales <p>Infiltraciones locales en el sitio puerto (preferiblemente, agentes de larga duración y antes de la incisión)</p> <p><i>Técnicas operativas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuflación de baja presión 10-12 mm Hg • Lavado de solución salina seguido de aspiración • Aspiración de neumoperitoneo • Minipuerto (tamaño puerto reducido) 	<p>Bloqueos TAP u OSTAP</p> <p>Anestesia local intraperitoneal (precaución de administrarla si el sitio puerto local está en uso para evitar posible toxicidad)</p>
Posoperatorio	<p><i>Analgesia normal posoperatoria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol por vía oral • AINES/inhibidores selectivos de la COX-2 por vía oral • Analgesia de rescate con opioides, si es posible, por vía oral 	

TAP: plano transversal del abdomen; OSTAP: TAP subcostal oblicuo

No recomendado:

- **Ketamina**
- **Magnesio**
- **Agonistas alfa-2**
- **Anestesia epidural**
- **Perfusión de lidocaína IV**
- **Perfusión de esmolol**
- **Técnicas de puerto único**
- **Insuflación con CO₂ caliente**
- **Insuflación con CO₂ humidificado**