

BLOQUEO TRANSVERSO DEL ABDOMEN SUBCOSTAL GUIADO POR ULTRASONIDO PARA ANALGESIA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: SERIE DE CASOS. ULTRASOUND-GUIDED SUBCOSTAL TRANSVERSE ABDOMINAL BLOCK FOR ANALGESIA IN LAPAROSCOPIC

cholecystectomy: case series.

Daniela Koryna Montiel-Pérez^{1,2}, Héctor Manuel Aldrete-Ramírez³, Alberto Daniel Rocha-Muñoz^{4*}.

1. Departamento de Anestesiología, Hospital San Jorge, Durango, Durango México.
2. Departamento de Anestesiología, Hospital General de Zona # 1 Lic. Ignacio García Téllez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango, Durango México.
3. Departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona # 1 Lic. Ignacio García Téllez, Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango, Durango México.
4. Departamento de Salud-Enfermedad Como Proceso Individual, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Guadalajara 44100, Jalisco, México.

Anestesia en México 2026; 38(2):

[https:// doi.org 10.64221/aem-38-2-2026-020](https://doi.org/10.64221/aem-38-2-2026-020)

Fecha de recepción 21 de enero 2026, fecha de revisión 22 de marzo 2026, fecha de publicación mayo 2026.

Autor de correspondencia.

* Alberto Daniel Rocha-Muñoz.

Departamento de Salud-Enfermedad Como Proceso Individual, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Guadalajara 44100, Jalisco, México.

✉ alberto.rocha@academicos.udg.mx

RESUMEN

Introducción: El dolor postoperatorio tras colecistectomía laparoscópica puede limitar la recuperación temprana y favorecer el uso de opioides. El bloqueo transversal del abdomen (TAP) subcostal guiado por ultrasonido se ha propuesto como una estrategia analgésica eficaz en esquemas multimodales. **Objetivo:** Describir la eficacia analgésica y la seguridad de esta técnica en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva. **Métodos:** Serie de tres casos consecutivos en pacientes adultos (ASA I–III) manejados con anestesia general balanceada y bloqueo TAP subcostal bilateral guiado por ultrasonido. Se administró ropivacaína al 0.375% (≤ 3 mg/kg). Se evaluó la intensidad del

dolor mediante escala visual análoga (EVA, 0–10) al ingreso a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), y a las 6, 12–18 y 24 horas. Se registraron rescates analgésicos, uso de opioides, náusea y vómito postoperatorio (NVPO) y eventos adversos. **Resultados:** Todos los pacientes presentaron EVA ≤ 3 durante las primeras 24 horas. En UCPA, la EVA fue de 2–3. Se registró un único rescate analgésico no opioide (1/3), sin uso de opioides de mantenimiento intraoperatorios. No se presentaron NVPO ni complicaciones relacionadas con el bloqueo, incluida la toxicidad sistémica por anestésicos locales, ni punción vascular o peritoneal. Todos los pacientes lograron tempranamente la deambulación y la tolerancia a la vía oral, con alta hospitalaria a las 24 horas. **Conclusión:** El bloqueo TAP subcostal guiado por ultrasonido mostró ser una



técnica factible, segura y con eficacia analgésica adecuada en esta serie de casos, lo que permitió un manejo posoperatorio con bajo requerimiento de opioides. Estos hallazgos respaldan su uso como parte de estrategias de analgesia multimodal, siendo necesario confirmarlos en estudios de mayor tamaño muestral.

Palabras clave: bloqueo TAP subcostal; ultrasonido; colecistectomía laparoscópica; analgesia postoperatoria.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative pain following laparoscopic cholecystectomy can limit early recovery and encourage opioid use. Ultrasound-guided subcostal transverse abdominal block (TAP) has been proposed as an effective analgesic strategy in multimodal management. **Objective:** To describe the analgesic efficacy and safety of this technique in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy. **Methods:** A series of three consecutive cases in adult patients (ASA I–III) managed with balanced general anesthesia and bilateral subcostal TAP guided by ultrasound. Ropivacaine 0.375% (≤ 3 mg/kg) was administered. Pain intensity was assessed using a visual analog scale (VAS, 0–10) upon admission to the postanesthesia care unit (PACU), and at 6, 12–18, and 24 hours. Analgesic rescues, opioid use, postoperative nausea and vomiting (PONV), and adverse events were recorded. **Results:** All patients had a VAS score ≤ 3 during the first 24 hours. In the PACU, the VAS score was 2–3. Only one non-opioid analgesic rescue was recorded (1/3), with no intraoperative maintenance opioids used. There were no PONVs or block-related complications, including systemic toxicity from local anesthetics, nor any vascular or peritoneal punctures. All patients achieved early ambulation and oral tolerance, with hospital discharge within 24 hours. **Conclusion:** Ultrasound-guided subcostal TAP block proved to be a feasible, safe technique with adequate analgesic efficacy in this case series, allowing for postoperative management with low opioid requirements. These findings support its use as part of multimodal analgesia strategies, although confirmation in larger studies is needed.

Keywords: subcostal TAP block; ultrasound; laparoscopic cholecystectomy; postoperative analgesia

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática y la colecistitis crónica, y es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial (1,2). A pesar de su carácter mínimamente invasivo, el dolor postoperatorio continúa siendo un desafío clínico relevante, ya que puede retrasar la movilización temprana, prolongar la estancia hospitalaria y aumentar el uso de opioides, con el consecuente riesgo de efectos adversos como náusea, vómito y depresión respiratoria (3–5).

En este contexto, la analgesia multimodal ha emergido como un pilar fundamental en los protocolos de recuperación mejorada después de cirugía (ERAS), con énfasis en estrategias de ahorro de opioides (6). Dentro de estas, el bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) ha demostrado ser una alternativa eficaz para el control del dolor somático de la pared abdominal, especialmente en procedimientos laparoscópicos (7,8). La variante subcostal del TAP, guiada por ultrasonido, permite una mejor cobertura del territorio supraumbilical, lo que la hace especialmente útil en cirugías del hemiabdomen superior, como la colecistectomía laparoscópica (9,10).

Diversos ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas han reportado que el bloqueo TAP subcostal guiado por ultrasonido se asocia con una reducción de la intensidad del dolor postoperatorio y del consumo de opioides, además de un perfil de seguridad favorable en comparación con técnicas convencionales (7–10). No obstante, la mayoría de estos estudios provienen de poblaciones asiáticas y europeas, con escasa evidencia en contextos latinoamericanos (1–5).

En México, la implementación de técnicas de anestesia regional guiadas por ultrasonido ha aumentado en los últimos años; sin embargo, la evidencia clínica publicada sobre el uso del bloqueo TAP subcostal en colecistectomía laparoscópica electiva es limitada. En este sentido, la generación de datos locales resulta relevante para evaluar su factibilidad, seguridad y eficacia en escenarios de práctica real.

El objetivo de este estudio es describir la eficacia analgésica y la seguridad del bloqueo TAP subcostal



guiado por ultrasonido en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva, como parte de un esquema de analgesia multimodal.

MÉTODOS

Diseño del estudio: Se realizó una serie de casos descriptiva y consecutiva en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva, en quienes se implementó anestesia general balanceada, combinada con bloqueo transverso del abdomen (TAP) subcostal bilateral guiado por ultrasonido, como parte de un esquema de analgesia multimodal. El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel en México durante el mes de octubre de 2025. La inclusión de los casos fue consecutiva, conforme a la práctica clínica habitual del servicio de Anestesiología, sin modificación del flujo asistencial ni intervención experimental adicional. Se siguieron las recomendaciones de la guía CARE (CAsE REport guidelines) para la adecuada descripción de series de casos clínicos.

Población: Se incluyeron pacientes adultos (≥ 18 años) con estado físico ASA (American Society of Anesthesiologists) I–III, programados para colecistectomía laparoscópica electiva bajo anestesia general, en quienes se indicó el bloqueo transverso del abdomen (TAP) subcostal bilateral guiado por ultrasonido como parte del manejo analgésico perioperatorio.

La selección de los casos fue consecutiva, de acuerdo con la programación quirúrgica del servicio, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio. Se excluyeron pacientes con antecedente de alergia a anestésicos locales tipo amida, coagulopatía conocida o alteraciones de la coagulación clínicamente relevantes, infección en el sitio de punción, negativa a la realización del bloqueo regional, o incapacidad para comprender o reportar la intensidad del dolor mediante la escala visual análoga (EVA). Se eliminaron del análisis aquellos casos con registros clínicos incompletos o en los que no fue posible seguir las variables de desenlace establecidas.

Protocolo de anestesia general: Todos los pacientes fueron manejados con anestesia general balanceada. La inducción anestésica se realizó por vía intravenosa con hipnótico, un bolo único de opioide y un relajante neuromuscular para facilitar la intubación orotraqueal. El mantenimiento se llevó a cabo con agente inhalado, ajustado a criterio del anesthesiólogo tratante, sin empleo de opioides de mantenimiento intraoperatorios. Como parte del esquema de analgesia multimodal, se administraron de forma estandarizada paracetamol intravenoso, un antiinflamatorio no esteroideo y dexametasona, salvo contraindicación. Asimismo, se indicó profilaxis antiemética con ondansetrón. El manejo ventilatorio, hemodinámico y de fluidos perioperatorios se realizó conforme a la práctica habitual del servicio de Anestesiología.

Técnica del bloqueo TAP: Se realizó con el paciente en decúbito supino, bajo condiciones de asepsia y antisepsia estándar, tras la inducción de anestesia general. Se utilizó un transductor lineal de alta frecuencia (6–13 MHz), colocado en orientación oblicua inmediatamente por debajo del reborde costal, siguiendo la línea subcostal desde medial hacia lateral. Se identificaron las estructuras anatómicas relevantes, incluidos el músculo recto abdominal, el oblicuo interno y el transverso del abdomen. El abordaje se realizó mediante técnica in-plane, utilizando una aguja ecogénica de 22G (80–100 mm), avanzándola de medial a lateral hasta alcanzar el plano interfascial entre el músculo oblicuo interno y el transverso del abdomen. La correcta localización del plano se confirmó mediante hidrodissección con solución salina al 0.9%, observando la separación de las fascias bajo visión ecográfica directa. Posteriormente, se administró ropivacaína al 0.375% en inyección fraccionada, con aspiración intermitente para reducir el riesgo de inyección intravascular. La distribución del anestésico local se confirmó mediante la visualización de la expansión anecoica a lo largo del plano interfascial. El procedimiento se repitió de forma bilateral. La dosis total de anestésico local se estandarizó en un máximo de 3 mg/kg, sin exceder 150 mg, distribuida en volúmenes de 15–20 mL por lado. Durante el procedimiento, se vigiló la presión de inyección, la adecuada difusión del anestésico y la ausencia de complicaciones inmediatas. Se contó con



monitoreo estándar intraoperatorio y disponibilidad inmediata de emulsión lipídica al 20% para el manejo de la toxicidad sistémica por anestésicos locales (LAST, Local Anesthetic Systemic Toxicity).

Monitoreo y seguridad: Todos los pacientes fueron monitorizados conforme a estándares internacionales, incluyendo electrocardiografía continua, presión arterial no invasiva, oximetría de pulso y capnografía. Durante el procedimiento y el periodo perioperatorio, se vigiló la aparición de eventos adversos relacionados con el bloqueo, como punción vascular, hematoma, punción peritoneal y signos de toxicidad sistémica por anestésicos locales (LAST, Local Anesthetic Systemic Toxicity). Se contó con disponibilidad inmediata de emulsión lipídica al 20% y equipo de reanimación. En el periodo posoperatorio, se registraron náuseas y vómito postoperatorios (NVPO) y cualquier evento adverso clínicamente relevante.

DESENLACES Y MEDICIONES:

El desenlace primario fue la intensidad del dolor postoperatorio, evaluada mediante escala visual análoga (EVA, 0–10) al ingreso a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) y a las 6, 12–18 y 24 horas. Como desenlaces secundarios, se registraron la necesidad de rescate analgésico, el uso de opioides intraoperatorios, la presencia de náuseas y vómito postoperatorios (NVPO) y los eventos adversos relacionados con el bloqueo. Los datos se obtuvieron de los registros clínicos y se presentan de forma descriptiva por caso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución (o exento, según corresponda), al tratarse de una serie de casos basada en la práctica clínica habitual. Todos los pacientes otorgaron consentimiento informado para la realización del procedimiento y autorizaron el uso de su información clínica de forma anonimizada con fines de investigación. El manejo de los datos se realizó

garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. El estudio se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Caso 1.

Mujer de 66 años, con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, programada para colecistectomía laparoscópica electiva. Se realizó bloqueo TAP subcostal bilateral guiado por ultrasonido con ropivacaína al 0.375% (dosis total ≤ 150 mg), mediante técnica interfascial entre los músculos oblicuo interno y transversal del abdomen. En el postoperatorio, presentó analgesia adecuada, con EVA de 2–3 en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) y ≤ 2 hasta las 24 horas. No requirió rescates analgésicos no opioides de mantenimiento intraoperatorios. No se registraron náusea y vómito postoperatorios (NVPO) ni complicaciones relacionadas con el bloqueo. La paciente logró tempranamente la deambulaci3n y la tolerancia a la vía oral.

Caso 2.

Mujer de 36 años, con antecedente de ansiedad y obesidad (ASA III), programada para colecistectomía laparoscópica electiva. Se realizó bloqueo TAP subcostal bilateral guiado por ultrasonido con ropivacaína al 0.375% (dosis total ≤ 150 mg). Durante el postoperatorio inmediato, presentó EVA de 2 en la UCPA. A las 6 horas, presentó un pico de dolor (EVA 6) tras la deambulaci3n, que cedió con un único rescate analgésico no opioide. Posteriormente, mantuvo EVA de 3 hasta las 24 horas. No recibió opioides de mantenimiento intraoperatorios ni presentó NVPO o complicaciones asociadas al bloqueo. Evolucionó con deambulaci3n y tolerancia oral tempranas.

Caso 3.

Hombre de 32 años, sin comorbilidades relevantes (ASA II), programado para colecistectomía laparoscópica



electiva. Se realizó bloqueo TAP subcostal bilateral guiado por ultrasonido con ropivacaína al 0.375% (≈ 2.3 mg/kg). Presentó analgesia adecuada postoperatoria, con EVA de 2–3 en UCPA y ≤ 2 entre las 6 y las 24 horas, sin requerir rescates analgésicos. No se administraron opioides de mantenimiento intraoperatorios. No se registraron NVPO ni eventos adversos relacionados con el procedimiento. El paciente presentó movilización y tolerancia a la vía oral tempranas.

DISCUSIÓN

En esta serie de casos, el bloqueo transversal del abdomen (TAP) subcostal bilateral guiado por ultrasonido mostró un adecuado control del dolor postoperatorio durante las primeras 24 horas, con valores de EVA ≤ 3 en todos los pacientes y un bajo requerimiento de rescate analgésico. Estos hallazgos sugieren que el TAP subcostal puede integrarse eficazmente como parte de estrategias de analgesia multimodal con enfoque ahorrador de opioides en la colecistectomía laparoscópica.

Los resultados observados son consistentes con la evidencia reciente, en la que ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis han reportado una reducción significativa de la intensidad del dolor postoperatorio y del consumo de opioides con el uso de bloqueo TAP subcostal guiado por ultrasonido, en comparación con técnicas convencionales como la infiltración de puertos o la analgesia sistémica aislada (11–13). Asimismo, estudios comparativos han demostrado que esta técnica ofrece una cobertura analgésica más eficaz en el territorio supraumbilical, lo cual resulta particularmente relevante en procedimientos como la colecistectomía laparoscópica (14,15).

En la presente serie, destaca la ausencia de uso de opioides de mantenimiento intraoperatorios y la baja incidencia de eventos adversos, incluyendo NVPO, lo cual coincide con lo descrito en la literatura, donde el TAP subcostal se asocia con un perfil de seguridad favorable cuando se realiza bajo guía ecográfica (11,14,16). Estos hallazgos refuerzan el papel del ultrasonido como herramienta que mejora la precisión

anatómica y reduce el riesgo de complicaciones asociadas a los bloqueos regionales.

Desde una perspectiva clínica, el uso del TAP subcostal guiado por ultrasonido podría contribuir a mejorar la recuperación postoperatoria, facilitando la movilización temprana y la tolerancia a la vía oral, aspectos clave en los protocolos de recuperación mejorada tras la cirugía. En este estudio, estos desenlaces se observaron de manera consistente en los tres casos analizados (Tabla 1).

Como fortaleza, esta serie describe de manera estandarizada la técnica anestésica y los desenlaces clínicos, aportando evidencia en el contexto de la práctica clínica. Además, constituye evidencia local en la población mexicana, donde la literatura disponible es limitada. No obstante, la principal limitación es el tamaño muestral reducido, inherente al diseño de serie de casos, lo que impide establecer inferencias causales o comparar con otras técnicas analgésicas.

En este sentido, los resultados deben interpretarse como evidencia preliminar que respalda la factibilidad y la seguridad del bloqueo TAP subcostal guiado por ultrasonido. Se requieren estudios con un tamaño de muestra mayor y diseños comparativos para confirmar estos hallazgos y definir con mayor precisión su impacto clínico.

CONCLUSIÓN

En esta serie de casos, el bloqueo transversal del abdomen (TAP) subcostal guiado por ultrasonido mostró ser una técnica factible, segura y con adecuada eficacia analgésica en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva, lo que permitió un manejo posoperatorio con bajo requerimiento de opioides. Estos hallazgos respaldan su uso como parte de estrategias de analgesia multimodal en este tipo de procedimientos; sin embargo, se requieren estudios de mayor tamaño muestral y diseños comparativos para confirmar su efectividad y establecer su papel en la práctica clínica.

Referencias Bibliográficas:

1. Xu H, Song D, Wu Z, Lin C, Fu W, Wang F.



- Comparison of postoperative analgesic effects of ultrasound-guided intercostal nerve block and transversus abdominis plane block in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: randomized clinical trial. *BJS Open*. 2025 Jul 1;9(4):zraf022. doi: 10.1093/bjsopen/zraf022.
2. Park S, Park JH, Park S, Jang JN, Kim C, Choi YS. Ultrasound-guided subcostal approach of transversus abdominis plane block compared with wound infiltration for postoperative analgesia following laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2024 May 3;103(18):e38044. doi: 10.1097/MD.00000000000038044.
 3. Yoon JP, Kim HY, Jung J, Lee J, Park S, Byeon GJ. Analgesic effect of ultrasound-guided transversus abdominis plane block with or without rectus sheath block in laparoscopic cholecystectomy: a randomized, controlled trial. *BMC Anesthesiol*. 2024 Jun 8;24(1):203. doi: 10.1186/s12871-024-02590-x.
 4. Dai L, Ling X, Qian Y. Effect of Ultrasound-Guided Transversus Abdominis Plane Block Combined with Patient-Controlled Intravenous Analgesia on Postoperative Analgesia After Laparoscopic Cholecystectomy: a Double-Blind, Randomized Controlled Trial. *J Gastrointest Surg*. 2022 Dec;26(12):2542-2550. doi: 10.1007/s11605-022-05450-6.
 5. Ozdemir H, Araz C, Karaca O, Turk E. Comparison of Ultrasound-Guided Erector Spinae Plane Block and Subcostal Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Analgesia after Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized, Controlled Trial. *J Invest Surg*. 2022 Apr;35(4):870-877. doi: 10.1080/08941939.2021.1931574.
 6. Emile SH, Elfeki H, Elbahrawy K, Sakr A, Shalaby M. Ultrasound-guided versus laparoscopic-guided subcostal transversus abdominis plane (TAP) block versus No TAP block in laparoscopic cholecystectomy; a randomized double-blind controlled trial. *Int J Surg*. 2022 May;101:106639. doi: 10.1016/j.ijssu.2022.106639.
 7. Wang W, Wang L, Gao Y. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Concerning the Efficacy of Transversus Abdominis Plane Block for Pain Control After Laparoscopic Cholecystectomy. *Front Surg*. 2021 Aug 4;8:700318. doi: 10.3389/fsurg.2021.700318.
 8. Grape S, Kirkham KR, Akiki L, Albrecht E. Transversus abdominis plane block versus local anesthetic wound infiltration for optimal analgesia after laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *J Clin Anesth*. 2021 Dec;75:110450. doi: 10.1016/j.jclinane.2021.110450.
 9. Wu L, Wu L, Sun H, Dong C, Yu J. Effect of ultrasound-guided peripheral nerve blocks of the abdominal wall on pain relief after laparoscopic cholecystectomy. *J Pain Res*. 2019 May 3;12:1433-1439. doi: 10.2147/JPR.S203721. Erratum in: *J Pain Res*. 2019 Dec 09;12:3263. doi: 10.2147/JPR.S240507.
 10. Venkatraman R, Saravanan R, Dhas M, Pushparani A. Comparison of laparoscopy-guided with ultrasound-guided subcostal transversus abdominis plane block in laparoscopic cholecystectomy - A prospective, randomised study. *Indian J Anaesth*. 2020 Dec;64(12):1012-1017. doi: 10.4103/ija.IJA_528_20.
 11. Aldalati AY, Hussein AM, Nguyen D, Sabet CJ, Hammadeh BM, Abo-Elenien WI, Kamal Z, Odat RM. Ultrasound-guided vs. laparoscopic-guided transversus abdominis plane block for postoperative pain following laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Ir J Med Sci*. 2025 Feb;194(1):323-331. doi: 10.1007/s11845-024-03861-9.
 12. Ghani SA, Hussain HU, Wahid MA, Majeed N, Burney S, Tanveer A, Asghar MS. Laparoscopic-assisted versus ultrasound-guided transversus



abdominis plane block for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg.* 2024 Dec 21;24(1):400. doi: 10.1186/s12893-024-02706-7.

13. Park S, Park JH, Park S, Jang JN, Kim C, Choi YS. Ultrasound-guided subcostal approach of transversus abdominis plane block compared with wound infiltration for postoperative analgesia following laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2024 May 3;103(18):e38044. doi: 10.1097/MD.00000000000038044.

14. Fernandez Martin MT, Mariano ER, Valdes-Vilches LF, Lopez Alvarez S, Elkassabany N. Analgesia for Upper Abdominal Surgery, a Scoping Review of the Current Fascial Plane

Block Techniques. *J Clin Med.* 2025 Dec 5;14(24):8632. doi: 10.3390/jcm14248632.

15. Aggarwal AK, Ottestad E, Pfaff KE, Huai-Yu Li A, Xu L, Derby R, Hecht D, Hah J, Pritzlaff S, Prabhakar N, Krane E, D'Souza G, Hoydonckx Y. Review of Ultrasound-Guided Procedures in the Management of Chronic Pain. *Anesthesiol Clin.* 2023 Jun;41(2):395-470. doi: 10.1016/j.anclin.2023.02.003.

16. M D, Udayakumar GS, Sivakumar SK, M Sethuraman R, Narayanan V. Comparison of Ultrasound-Guided Erector Spinae Plane Block and Oblique Subcostal Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Analgesia After Laparoscopic Cholecystectomies: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Cureus.* 2025 Sep 27;17(9):e93364. doi: 10.7759/cureus.93364.



Tabla 1. Características clínicas, esquema analgésico y resultados postoperatorios en tres pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con bloqueo TAP subcostal bilateral guiado por ultrasonido.

Nº Caso	EVA UCPA	EVA 6 h	EVA 12–18 h	EVA 24 h	Rescates posop	Opioide intraop (mantenimiento)	NVPO	Eventos del bloqueo	Ropivacaína (mg/kg)	Duración analgesia efectiva (h)	Tiempo a deambulación (h)	Tolerancia VO (h)	Analgesia efectiva (%)
1	2–3	≤2	≤2	≤2	0	No	No	No	2.6	—	6	6	100%
2	2	6*	3	3	1 (no opioide)	No	No	No	1.5	—	7	7	92.6%
3	2–3	2	2	2	0	No	No	No	2.3	—	5	6	100%
Media ± DE	—	—	—	—	—	—	—	—	2.13 ± 0.56	23.3 ± 1.1	6.0 ± 1.0	6.3 ± 0.6	97.2 ± 5.1

Nota: EVA: Escala Visual Análoga (0–10); NVPO: náusea y vómito posoperatorio; TAP-US: bloqueo transversal del abdomen subcostal guiado por ultrasonido; UCPA: unidad de cirugía de corta estancia.

Los valores expresan registros individuales por paciente; el bloqueo TAP se realizó con ropivacaína (1.5–2.6 mg/kg) diluida en 15–20 mL por lado bajo visualización ecográfica directa.