

# RECOMENDACIONES

## ANALGÉSICAS EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE **CIRUGÍA** **ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA**

Dra. Ana Vázquez Lima

Dr. Servando López Álvarez

Con el aval de:



**ESTEVE**



*Advancing health together*

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright. La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los capítulos que aparezcan en esta publicación.

Enero 2026 © ESTEVE 2026



**Tabla I.** Recomendaciones generales para procedimientos de cirugía ortopédica y traumatológica.

PREOPERATORIO	QUIRÓFANO	UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA. SALA DE ADAPTACIÓN AL MEDIO	DOMICILIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Valoración de anestesia: evaluar pacientes con factores de riesgo elevado de dolor crónico<sup>†</sup></li> <li>» Información y educación<sup>‡</sup></li> <li>» Prehabilitación indicada en cirugía de rodilla<sup>§</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Medidas generales habituales<sup>¶</sup></li> <li>» Técnicas de anestesia-analgésia (Tabla II)</li> <li>» Dexametasona: 0,1-0,2 mg/kg, 0,05 en pacientes diabéticos</li> <li>» Profilaxia universal de náuseas y vómitos postoperatorios</li> <li>» Paracetamol + AINE/COXIB*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Medidas generales habituales*</li> <li>» Crioterapia: 15-20 de frío local</li> <li>» Inmovilización acorde al tipo de procedimiento e indicación del traumatólogo</li> <li>» Pauta habitual de analgesia multimodal: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Paracetamol + AINE/COXIB*</li> <li>– Administrar rescate según EDAF<sup>○</sup>: tramadol/otros opioides</li> </ul> </li> <li>» Valorar eficacia de bloqueo<sup>□</sup>. Si dolor refractario, valorar catéteres coadyuvantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Protección gástrica</li> <li>» Profilaxis de trombosis venosa profunda, si indicado<sup>○</sup></li> <li>» Corticoides orales<sup>♦</sup></li> <li>» Pauta analgésica multimodal para dolor moderado-severo<sup>○</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>– AINE/COXIB/tramadol</li> <li>– Rescate paracetamol o metamizol</li> </ul> </li> <li>» Crioterapia, fisioterapia pasiva</li> <li>» TENS en caso de cirugía de hombro o rodilla</li> <li>» Seguimiento analgésico domiciliario</li> </ul>

\*En este tipo de procedimientos cabe destacar el elevado riesgo de presentar dolor intenso en el postoperatorio; ya sea por dolor preexistente (secundario a traumatismo/dolor agudo o pacientes con dolor crónico por la patología a intervenir) además de los factores habituales para otro tipo de cirugías. <sup>†</sup>Aportar información y educación, posicionar al paciente y familia como eje central en la relación establecida con el equipo de ambulatoria. Fundamental el papel de la enfermería. <sup>‡</sup>Ejercicios de fuerza y equilibrio sobre cuádriceps optimizan resultados postcirugía y pueden favorecer al control del dolor. <sup>○</sup>Monitorización habitual, normotermia, acceso venoso. Listado de verificación. <sup>§</sup>La elección AINE/COXIB se realizará en función de las características del paciente y comorbilidades. Recomendamos inicio antes del estímulo nociceptivo. <sup>¶</sup>Monitorización habitual según la unidad y siempre evaluación y registro de la intensidad del dolor, esencial para garantizar el confort, optimizar la recuperación y reducir las complicaciones con un tratamiento inadecuado. <sup>♦</sup>Mantener la pauta iniciada en el quirófano; cuando la técnica regional es exitosa suele ser suficiente para proporcionar analgesia satisfactoria. <sup>○</sup>EDAF: la analgesia de rescate se administra si dolor en EVA > 4 + limitación funcional. <sup>□</sup>Ante persistencia de dolor severo/refractario al tratamiento de rescate: valorar efectividad de bloqueo previo o existencia de posibles complicaciones. Según el tipo de cirugía realizada/características del paciente y ante persistencia de dolor refractario, puede ser necesario colocación de catéteres perineurales, perfusión de analgésicos y/o fármacos coadyuvantes, prolongación de corticoterapia y evaluar eventual ingreso hospitalario.

<sup>†</sup>Solo en casos de capsulitis retráctil o adherida o agresión quirúrgica con mucha inflamación. <sup>○</sup>Pauta multimodal energética encaminada a controlar el dolor moderado-intenso en domicilio. Ajustes de la pauta en función de las características del paciente, tipo de cirugía realizada y evolución en el postoperatorio inmediato. Recomendamos asociaciones terapéuticas para buscar sinergismo e implementar adherencia terapéutica: COXIB/tramadol/paracetamol, paracetamol/tramadol + AINE, AINE/tramadol + paracetamol. Siempre debe haber un fármaco de rescate para analgesia insuficiente. Según el tipo de cirugía realizada/características del paciente y ante persistencia de dolor refractario, puede ser necesario la colocación de catéteres perineurales, la perfusión de analgésicos y/o coadyuvantes, la prolongación de corticoterapia y evaluar un eventual ingreso hospitalario.

**Tabla II.** Técnicas anestésicas-analgésicas recomendadas por procedimiento.

<b>HOMBRO</b>	Bloqueo ecoguiado del plexo braquial <sup>†</sup> ± sedación o anestesia general
<b>MANO / MUÑECA</b>	Bloqueo ecoguiado del plexo braquial <sup>†</sup> ± sedación Técnica WALLANT <sup>×</sup>
<b>RODILLA</b>	Anestesia general/Anestesia intradural con LIA y bloqueo en el canal de los aductores <sup>▲</sup>
<b>PIE / TOBILLO</b>	Bloqueo ciático poplíteo o bloqueos más distales <sup>*</sup> + sedación

<sup>†</sup>El bloqueo interescalénico es de elección salvo contraindicación. Alternativas: tronco superior a nivel supraclavicular, bloqueo infraclavicular costoclavicular, nervio supraescapular asociado con el nervio axilar y bloqueo pericapsular o de la cápsula anterior del hombro.

<sup>‡</sup>Elección del abordaje según la experiencia del anestesiólogo, el tipo de procedimiento, la presencia y la localización del manguito de isquemia. Como norma, cuanto más distal es el abordaje, mejor. Valorar administrar fármacos coadyuvantes para prolongar efecto del bloqueo (dexametasona 4 mg, dexmedetomidina 50 µg) en función del tipo de cirugía/paciente.

<sup>×</sup>La infiltración de anestésico local con vasoconstricción en la zona quirúrgica sin isquemia permite realizar cirugías cada vez más complejas en condiciones adecuadas por cirujanos expertos.

<sup>▲</sup>Consideraremos como primera opción la LIA y un bloqueo de canal de aductores valorando siempre el beneficio/riesgo de la técnica anestésica asociada. Recomendarnos tranexámico como adyuvante en la LIA, disminuye el riesgo de hemartros, mejorando el control del dolor postoperatorio. Actualmente no se recomienda el bloqueo femoral, al afectar al cuádriceps, limitación importante en CMA.

<sup>\*</sup>La elección del bloqueo está en función del tipo de procedimiento (duración/abordaje), paciente y presencia/localización de isquemia. Como norma, es de elección el bloqueo ciático poplíteo ecoguiado. Pueden ser alternativas a considerar, en función del procedimiento, realizar bloqueos más distales, tibial posterior + peroneo superficial + peroneo profundo/sefeno (si la cirugía se extiende hacia maléolo tibial). También considerar como alternativa la infiltración de la herida acompañados de sedación, anestesia general o anestesia intradural.



## PUNTOS CLAVE PARA UN CONTROL ÓPTIMO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA AMBULATORIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLÓGICA

1. Un porcentaje elevado de **procedimientos ortopédicos y traumatólogicos** produce dolor **moderado-intenso**. Ese dolor es de predominio nociceptivo somático, pudiendo en ocasiones asociarse un componente neuropático. Esta incidencia apenas se ha modificado los últimos años.
2. Un control inadecuado del dolor se asocia con un aumento de la morbilidad, repercute en la calidad percibida y aumenta el riesgo de desarrollar dolor crónico. Para ello debemos responder a las demandas analgésicas mediante una  **implicación activa** del paciente, realizando un **abordaje multidisciplinario y multimodal**.
3. La **evaluación funcional** o dinámica del dolor, su registro y la existencia de una comunicación bidireccional es imprescindible para ajustar la analgesia postoperatoria y minimizar los efectos secundarios.
4. La **analgesia óptima** es aquella que permite el máximo confort del paciente, acelera la recuperación funcional con mínimos efectos secundarios y no interfiere con la deambulación, ni con los programas de rehabilitación.
5. Debemos realizar siempre técnicas anestésicas-analgésicas **centradas en el paciente** y el procedimiento, propiciando condiciones quirúrgicas óptimas, con la mejor analgesia postoperatoria y favoreciendo una buena recuperación en los programas de cirugía ambulatoria. Ello implica combinar medidas farmacológicas, pero también no farmacológicas (**información/educación**, crioterapia, medidas posturales y fisioterapia pasiva).
6. Un componente importante de las estrategias **multimodales** en cirugía ortopédica y traumatólogica son los  **bloqueos** nerviosos, las **infiltraciones** articulares/ pericapsulares y la infiltración de anestésicos locales, con o sin coadyuvantes, para facilitar un buen control del dolor durante las primeras 24 horas.
7. Siempre debemos establecer una estrategia multimodal **individualizada** para el ámbito domiciliario en función de las necesidades analgésicas durante el postoperatorio inmediato y ajustarlas para facilitar la recuperación funcional. Debe existir siempre un fármaco de **rescate** para buscar una aproximación a lo que se considera una analgesia óptima.
8. **Asociar dos principios activos** con diferentes mecanismos de acción mejora la eficacia analgésica, disminuye los eventos adversos y facilita la adherencia a los tratamientos, algo muy importante en el ámbito domiciliario.
9. En ese contexto, la asociación farmacológica tramadol/celecoxib va a proporcionar una analgesia multimodal mejorada debido a la forma de absorción de los principios activos. Tramadol/celecoxib se liberan de forma inmediata y sincronizada para alcanzar una absorción más rápida del celecoxib y más lenta y gradual del tramadol, permitiendo mantener una elevada eficacia analgésica y disminuir los efectos adversos.
10. Un adecuado **seguimiento domiciliario** es imprescindible para el éxito de los programas de CMA. El papel de la enfermería resulta clave para informar, educar y para conseguir el mayor grado de confort para el paciente, minimizando el riesgo de complicaciones y favoreciendo un entorno asistencial seguro.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Zaballos M, Reyes A, Cordero JM, Sánchez Hernández M, Hidalgo LA, Docobo Durantez F, et al. Estrategia para el manejo del dolor agudo postoperatorio en centros de cirugía ambulatoria en España. DUCMA 2.0. proyecto. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2024;71(9):670-7. DOI: 10.1016/j.redar.2024.02.005.
2. Carlier J, Robin F, Pages N, Quinart A, Roy M, Pauchard JC, et al. Pain evaluation after day-surgery using a mobile phone application. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2021;40(3):100879. DOI: 10.1016/j.accpm.2021.100879.
3. Park R, Mohiuddin M, Arellano R, Pogatzki-Zahn E, Klar G, Gilron I. Prevalence of postoperative pain after hospital discharge: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep.* 2023;8(3):e1075. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001075.
4. Boko MF, Khanna AK, D'Aragon F, Spence J, Conen D, Patel A, et al. Incidence and Risk Factors of Chronic Postoperative Pain in Same-day Surgery: A Prospective Cohort Study. *Anesthesiology.* 2024;141(2):286-99. DOI: 10.1097/ALN.0000000000005030.
5. Baumbach P, Dreiling J, Arnold C, Weinmann C, Komann M, Bäcker K, et al. Pain After Outpatient Surgical Procedures. *Dtsch Arztebl Int.* 2024;121(3):71-8. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0235.
6. Edgley C, Hogg M, De Silva A, Braat S, Bucknill A, Leslie K. Severe acute pain and persistent post-surgical pain in orthopaedic trauma patients: a cohort study. *Br J Anaesth.* 2019;123(3):350-9. DOI: 10.1016/j.bja.2019.05.030.
7. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol.* 2015;32(10):725-34. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000319.
8. Lorente A, Mariscal G, Lorente R. Incidence and risk factors for complex regional pain syndrome in radius fractures: meta-analysis. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2023;143(9):5687-99. DOI: 10.1007/s00402-023-04909-8.
9. López S, López A, Vázquez A. Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. Madrid: Inspira Network Group; 2017. ISBN: 978-84-697-7459-5.
10. Ullau Pitarch JV, Arcelus Martínez JI, Castellet Feliu E, Fernández Borrell A, Fernández Montoli E, Jiménez Barnadó A, et al. Recomendaciones de tromboprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria. Documento multidisciplinar de consenso de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). *Cir May Amb.* 2016;21(1):25-36.
11. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology.* 2012;116(2):248-73. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31823c1030.
12. Esteve-Pérez N, Pérez-Herrero MA, Montes-Pérez A, López-Álvarez S; Grupo de Trabajo de Dolor Agudo SEDAR. Gestión del dolor agudo postoperatorio: condiciones para garantizar la seguridad y la efectividad de los tratamientos analgésicos. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2024;71(4):304-16. DOI: 10.1016/j.redar.2022.07.007.