

## **EL DOLOR COMO VARIABLE DE CALIDAD: IMPORTANCIA DE LA ESTANDARIZACIÓN BASADA EN CONSENSOS**

Con fecha 29 de octubre, se celebró en Santiago de Compostela una jornada de trabajo en la que participó un grupo de anesthesiólogos gallegos, impulsada por la Asociación Gallega de Anestesiología, Reanimación y Dolor (AGARYD) y la Sociedade Galega de Dor e Coidados Paliativos (SGADOR). Entre los participantes se encontraban: Servando López (Presidente AGARYD, Área Sanitaria A Coruña e Cee), Gustavo Illodo (Presidente SGADOR, Área Sanitaria de Vigo), Marina Varela (Área Sanitaria Pontevedra e Salnés), Cristina Valiño (Área Sanitaria Santiago e Barbanza), Raquel Ruido (Área Sanitaria Ourense, O Barco e Verín), Álvaro Gasalla (Área Sanitaria Lugo, Monforte, A Mariña), Pablo Casas (Área Sanitaria A Coruña e Cee), Paula Diéguez (Área Sanitaria de Vigo) y Ana Vázquez (Hospital POVISA, Ribera Salud).

### **CONTEXTO ACTUAL**

El dolor agudo postoperatorio es un problema ampliamente reconocido en el ámbito sanitario, sobre el que diversos profesionales han trabajado durante años con el objetivo de reducir su incidencia y mejorar su manejo. Sin embargo, pese a los avances en la comprensión de los mecanismos nociceptivos y en las estrategias terapéuticas, la prevalencia del dolor postoperatorio no ha experimentado una reducción significativa en los últimos años.

Los anesthesiólogos aspiramos a liderar la gestión del dolor y, en este sentido, hemos promovido iniciativas relacionadas con la organización estructural de su manejo, la implementación de herramientas de evaluación adecuadas, la importancia del seguimiento postoperatorio, la formación de los profesionales implicados y el desarrollo de equipos multidisciplinares y estrategias multimodales. No obstante, consideramos que se ha prestado escasa atención a la participación activa del paciente en la gestión de esta compleja y subjetiva problemática.

### **OBJETIVO Y METODOLOGÍA**

Partiendo de este contexto, la reunión tuvo como **objetivo** establecer un plan de trabajo conjunto entre AGARYD y SGADOR para la revisión de los aspectos clave en la gestión eficiente del dolor agudo postoperatorio. Posteriormente, se realizó una puesta en común y se consensuaron propuestas orientadas a protocolizar un plan analgésico eficaz y aplicable en todos los hospitales de Galicia.

La **metodología** de trabajo consistió en una revisión exhaustiva de la literatura sobre el dolor postoperatorio, incluyendo instrumentos de medición, modelos de seguimiento y estrategias analgésicas. Durante un periodo de dos meses, se intercambiaron ideas y se elaboró un documento preliminar, que posteriormente fue discutido y consensuado en la reunión del 29 de octubre en Santiago de Compostela.

### **CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO**

1. **Medición y evaluación del dolor postoperatorio:** Para mejorar la gestión del dolor, es imprescindible su medición sistemática. Por ello, se propone la incorporación en el sistema IANUS de una evaluación obligatoria del dolor postoperatorio basada en una escala numérica y funcional.
  - Las escalas unidimensionales del dolor presentan limitaciones, ya que no reflejan adecuadamente las necesidades analgésicas reales de los pacientes. Son altamente subjetivas y están influidas por factores culturales, temores y experiencias previas.
  - Se recomienda el uso de la **Escala de Dolor y Actividad Funcional (EDAF)**, que combina la evaluación del dolor en movimiento con la valoración de la limitación funcional.
2. **Evaluación de factores de riesgo preoperatorios:** Se considera fundamental incluir en los informes de las consultas preanestésicas la identificación de factores de riesgo de dolor postquirúrgico intenso y dolor postquirúrgico persistente mediante un cuestionario simple. Esto permitiría adaptar las técnicas anestésicas y analgésicas en el perioperatorio para minimizar su aparición.
  - Asimismo, se propone la incorporación de la evaluación en dichos informes preanestésicos del riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios mediante la **escala de Apfel**, lo que facilitaría la adaptación de las técnicas anestésicas y mejoraría la recuperación intensificada de estos pacientes.
3. **Estandarización de estrategias analgésicas:** Se aboga por la implementación de estrategias analgésicas personalizadas, dentro de un modelo de medicina centrado en el paciente y con su participación activa. No obstante, antes de proceder a la personalización del tratamiento, es necesario establecer un marco común mediante la estandarización de protocolos analgésicos por procedimiento, aplicables en todos los hospitales de Galicia. El objetivo es optimizar el control del dolor postoperatorio y prevenir su cronificación.
4. **Consensos analgésicos para procedimientos de alta prevalencia:** Este grupo de trabajo ha desarrollado consensos analgésicos para tres procedimientos quirúrgicos de alta prevalencia: prótesis total de rodilla, cirugía hemorroidal, cirugía de extremidad superior.

Dichas propuestas, recogidas en el anexo, pueden servir de base para una implementación progresiva en el conjunto del sistema sanitario gallego.

En este sentido, **SOLICITAMOS FORMALMENTE AL SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS) LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO ESPECÍFICO PARA LA ESTANDARIZACIÓN Y HOMOGENEIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN TODAS LAS ÁREAS SANITARIAS DE GALICIA.** Desde AGARYD y SGADOR, manifestamos nuestra total disponibilidad para colaborar en esta iniciativa, contribuyendo con nuestro conocimiento y experiencia en el campo del manejo del dolor.

Agradecemos su atención y quedamos a su disposición para cualquier aclaración o ampliación de la información presentada.

Atentamente,

**Servando López Álvarez.**

**Presidente de la Asociación Gallega de Anestesiología, Reanimación y Dolor (AGARYD)**

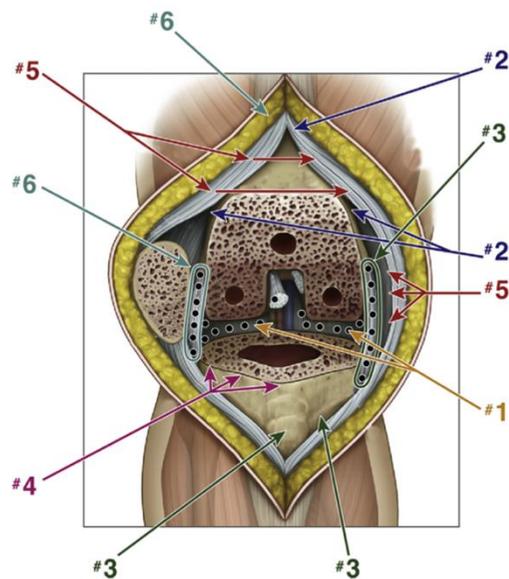
**Gustavo Illodo Miramontes.**

**Presidente da Sociedade Galega de Dor e Coidados Paliativos (SGADOR)**

	PREVIO A LA CIRUGIA <sup>1,2</sup>	DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		POSTOPERATORIO 24-96 HORAS <sup>8</sup>	DOMICILIO
		INTRAOPERATORIO <sup>3,4,5</sup>	UNIDAD RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA <sup>6,7</sup>		
CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar identidad</li> <li>• Confirmar lateralidad</li> <li>• Ayuno preoperatorio<sup>1</sup></li> <li>• Aseo quirúrgico y rasurado</li> <li>• Catéter venoso periférico</li> <li>• Micción antes de ir a quirófano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list quirúrgico y monitorización</li> <li>• Normotermia (21º temperatura ambiente)</li> <li>• Medias de compresión gradual en lado contralateral.</li> <li>• O<sub>2</sub> suplementario por cánulas nasales.</li> <li>• No aconsejable sondaje urinario.</li> <li>• Reducir/minimizar tiempos de isquemia.</li> <li>• Fluidoterapia por objetivos (3-5ml/kg/h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización básica</li> <li>• Tolerancia oral a las 4 horas</li> <li>• Sedestación en cama e iniciar ejercicios de movilización pasiva</li> <li>• Si hay drenaje pinzar a las 2 horas y retirar cuando proceda</li> <li>• Terapia con frío local (aplicar 10 minutos cada 4 horas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reiniciar dieta habitual.</li> <li>• Iniciar rehabilitación con movilización activa rodilla operada. Marcha con muletas carga parcial. Aplicar frío local tras los ejercicios.</li> <li>• Evaluación del dolor con una EDAF por turno.</li> <li>• Cuidados de enfermería: constantes, curas, si porta drenaje retirar y retirar vendaje al alta</li> <li>• Informar, educar y entregar informe de alta y recomendaciones postoperatorias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas físicas (frío local) tras ejercicios</li> <li>• Sedestación en sillas altas</li> <li>• Aseo según pautas (mejor silla dentro de la ducha que bañera, con alfombra antideslizante).</li> <li>• Calzado sin cordones ni tacón</li> <li>• Continuar ejercicios de fisioterapia</li> </ul>
MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pautar profilaxis antibiótica</li> <li>• Administrar fármacos prescritos</li> <li>• Administrar Paracetamol + AINE/COXIB minutos antes incisión quirúrgica<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar profilaxis antibiótica antes de la incisión quirúrgica.</li> <li>• Administrar un bolo de dexametasona 0,1-0,2 mg/kg (reducir a 0,05 mg/kg en diabéticos).</li> <li>• <b>TÉCNICA ANESTÉSICA DE PRIMERA ELECCIÓN: ANESTESIA INTRADURAL.</b> Como alternativa anestesia general</li> <li>• Acido tranexámico IV (10-15mg/kg máximo 1g antes de la isquemia). Repetir al cierre articular. <i>Si fallo renal grave vía alternativa la intraarticular. Tener en cuenta que existen contraindicaciones a su utilización</i></li> <li>• Realizar siempre profilaxis NVPO.</li> <li>• <b>TÉCNICA ANALGÉSICA DE ELECCIÓN<sup>3</sup>: BLOQUEO DEL CANAL ADUCTORES + LIA</b></li> <li>• Alternativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si no se realiza canal aductores: bloqueo femoral ecoguiado con dosis única<sup>4</sup></li> <li>○ Si no se realiza LIA: iPACK ecoguiado<sup>5</sup></li> <li>○ Si no se realiza ninguna técnica regional: Morfina intratecal máximo 100 mcg</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis de fenómenos tromboticos: HBPM</li> <li>• Profilaxis gástrica: IBP</li> <li>• Continuar profilaxis antibiótica.</li> <li>• Valorar 3º dosis de ácido tranexámico 10-15mg/kg, máx. 1g.</li> <li>• Tratamiento si aparecen NVPO.</li> <li>• <b>ANALGÉSICA MULTIMODAL</b> con fármacos endovenosos + técnica regional <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paracetamol + AINE<sup>6</sup> o COXIB.</li> <li>○ Rescate: Tramadol 50 – 100 mg si dolor con limitación funcional (EDAF)<sup>7</sup></li> <li>○ Considerar que si no se realizó ninguna técnica de analgesia regional, las necesidades analgésicas van a ser mayores</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis fenómenos tromboticos: HBPM</li> <li>• Profilaxis gástrica: IBP</li> <li>• Administrar 0,1-0,2 mg/kg de dexametasona el día siguiente de la cirugía. Reducir a 0,05 mg/kg en diabéticos.</li> <li>• Completar profilaxis antibiótica.</li> <li>• Pauta analgésica vía oral</li> <li>• <b>Pauta habitual de analgésica multimodal<sup>8</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paracetamol + AINE<sup>6</sup> o COXIB</li> <li>○ Si dolor en EVN&gt; 4 con limitación funcional administrar cada 8 horas dexketoprofeno 25 mg + tramadol 75 mg v.o. máximo 5 días<sup>9</sup>.</li> <li>○ Otra alternativa a considerar en caso de intolerancia: otros opioides</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis de fenómenos tromboticos: HBPM</li> <li>• Profilaxis gástrica: IBP</li> <li>• <b>Pauta habitual de analgésica multimodal<sup>8</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paracetamol + AINE<sup>6</sup> o Coxib</li> <li>○ Si analgesia insuficiente con EVN&gt; 4 con limitación funcional (EDAF B/C) asociar dexketoprofeno + tramadol cada 8 horas v.o. máximo 5 días<sup>9</sup>.</li> </ul> </li> <li>• Otra alternativa a considerar en caso de intolerancia: tapentadol de liberación inmediata.</li> </ul>
PRUEBAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el apto por anestesia.</li> <li>• Presencia de consentimiento</li> <li>• Realización de pruebas cruzadas</li> <li>• Reserva de sangre.</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analítica a pie de cama según criterio del anestesiólogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analítica ordinaria de control</li> <li>• Realizar radiología de rodilla</li> </ul>	-
FISIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INTERCONSULTA FISIOTERAPIA</li> </ul>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración e inicio de fisioterapia</li> <li>• Extensión pasiva y activa.</li> <li>• Isométricos cuádriceps de rodilla</li> <li>• Bombeo de tobillo</li> <li>• Flexión con apoyo de cama y sentado.</li> <li>• Deambulación con muletas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia activa</li> <li>• Extensión pasiva y activa.</li> <li>• Isométricos cuádriceps.</li> <li>• Bombeo de tobillo</li> <li>• Flexión con apoyo de cama y sentado</li> <li>• Deambulación con muletas</li> </ul>

PROPOUESTA DE MANEJO DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

- 1: Permitida ingesta de sólidos hasta 6 horas preoperatorias y de líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía.
- 2: Aunque no concluyente posiblemente los tratamientos preventivos reducen las puntuaciones de dolor y el consumo de opioides.
- 3: Bloqueo canal aductores ecoguiado (10-15 ml anestésico local de larga duración 0,25-0,375%) + Infiltración articular local con levobupivacaína 0,125% + 0,5 mg adrenalina + dexketoprofeno 50 mg (total 100ml) según técnica adjunta\*.
- 4: Bloqueo femoral ecoguiado con 10 ml anestésico local de larga duración 0,25%
- 5: Bloqueo iPACK ecoguiado con 25-30 ml de anestésico local de larga duración 0,25%
- 6: La elección del AINE/COXIB se realizará dependiendo de las características del paciente y comorbilidades (riesgo gástrico, renal y cardiovascular). Pauta analgésica Intravenosa: Paracetamol 1 gr cada 8 horas combinado con dexketoprofeno 50 mg cada 8 horas o ibuprofeno 400 mg cada 8 horas.
- 7: Ver algoritmo de EDAF en hoja adjunta\*\*.
- 8: Pauta analgésica oral: Paracetamol 1 g cada 8 horas combinado con dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas o ibuprofeno 400 mg cada 8 horas La combinación en un solo comprimido de opioide + AINE facilita adherencia terapéutica al tratamiento.
- 9: Si tras 5 días persiste importante inflamación y dolor severo valorar la posibilidad de una complicación quirúrgica.



## LIA

Al menos 100ml de levobupivacaína 0,125% (bolsa estándar) + adrenalina 1:200.000 + antiinflamatorio.

- 2/3 preceMENTACIÓN.
- 1/3 postceMENTACIÓN.

PRECEM

Jeringa 1: Cápsula posterior

Jeringa 2: periostio de fémur y tendón C.

Jeringa 3: tibia y partes blandas

Jeringa 4: periostio circunferencial

POSTCEM

Jeringa 5: zona lateral

Jeringa 6: zona medial y subcutáneo

	PREVIO A LA CIRUGIA	DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			POSTOPERATORIO 24HORAS	DOMICILIO**
		INTRAOPERATORIO	UNIDAD RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	SALA ADAPTACIÓN AL MEDIO		
CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar identidad</li> <li>• Presencia de consentimiento</li> <li>• Pruebas preoperatorias</li> <li>• Canalizado acceso venoso</li> <li>• Dieta rica en fibra, laxantes hasta ayuno preoperatorio<sup>1</sup></li> <li>• Aseo prequirúrgico</li> <li>• Comprobar circuito asistencial: CMA/ingreso</li> <li>• Confirmar elección técnica quirúrgica<sup>2</sup></li> <li>• No preparación intestinal<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list quirúrgico</li> <li>• Monitorización</li> <li>• Normotermia</li> <li>• Catéter venoso periférico (si no se canalizó previamente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedestación en sofá</li> <li>• Tolerancia si desea 1-2 h tras cirugía</li> <li>• Micción espontánea</li> <li>• Información y educación. Informe de alta cirugía y enfermería (cuidados y contacto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reiniciar dieta rica en fibra.</li> <li>• Evaluación del dolor con una EDAF por turno.</li> <li>• Cuidados de enfermería: constantes, Informar, educar y entregar informe de alta y recomendaciones postoperatorias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta rica en fibra.</li> <li>• Baños de asiento c/8 h y tras defecación</li> </ul>
MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar fármacos prescritos por el equipo asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar un bolo de dexametasona: 0,1-0,2 mg/kg (reducir a 0,05 mg/kg en diabéticos)</li> <li>• Paracetamol + AINE/inh cox 2</li> <li>• Técnica anestésica-analgésica: infiltración pudendo bilateral/infiltración fosa isquiorrectal/infiltración perianal + sedación/AG o intradural</li> <li>• Alternativas: valorar morfina intratecal (máximo 100 mcg)<sup>4</sup></li> <li>• Realizar siempre profilaxis NVPO</li> <li>• No esfinterotomía de rutina</li> <li>• Tratamiento tópico<sup>5</sup></li> <li>• Metronidazol<sup>6</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir pauta Paracetamol + AINE/inh cox cada 8h</li> <li>• Recate: metamizol, tramadol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir pauta Paracetamol + AINE/inh cox cada 8h</li> <li>• Recate: metamizol, tramadol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis gástrica: IBP</li> <li>• Pauta analgésica vía oral tras iniciar tolerancia.</li> <li>• Pauta habitual de analgésica multimodal<sup>7</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paracetamol + AINE/coxib c/8 horas</li> <li>○ Si pauta insuficiente: añadir metamizol ó tramadol cada 8h</li> <li>○ Rescate: otros opioide</li> <li>○ Diosmina: 1-2 comp/8h</li> <li>○ Laxantes</li> <li>○ Tratamiento tópico</li> <li>○ Metronidazol<sup>6</sup></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diosmina/ 8h</li> <li>• Laxantes</li> <li>• Tratamiento tópico</li> <li>• Paracetamol + AINE/coxib + metamizol/tramadol c/8h</li> <li>• Metronidazol<sup>6</sup></li> </ul>

PROPUESTA E MANEJO DE LA CIRUGÍA HEMORROIDAL

	PREVIO A LA CIRUGIA	DÍA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			POSTOPERATORIO 24 HORAS	DOMICILIO**
		INTRAOPERATORIO	UNIDAD RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	SALA ADAPTACIÓN AL MEDIO *		
CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar identidad</li> <li>• Presencia consentimiento</li> <li>• Pruebas preoperatorias*</li> <li>• Ayuno preoperatorio<sup>1</sup></li> <li>• Aseo prequirúrgico</li> <li>• Circuito CMA: sí/no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Check-list quirúrgico</li> <li>• Monitorización básica</li> <li>• Normotermia</li> <li>• Catéter venoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización básica</li> <li>• Crioterapia: 15-20 min frío/turno</li> <li>• Elevación de miembro superior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedestación en sofá</li> <li>• Tolerancia 1-2 horas tras cirugía</li> <li>• Información y educación.</li> <li>• Informe de alta cirugía</li> <li>• Informe de alta enfermería (cuidados y contacto)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reiniciar dieta</li> <li>• Evaluación del dolor y limitación funcional por turno.</li> <li>• Crioterapia + elevación de MMSS</li> <li>• Movilización precoz</li> <li>• Cuidados de enfermería: constantes, Informar, educar y entregar informe de alta y recomendaciones postoperatorias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según informe de alta</li> </ul>
MEDICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar fármacos prescritos por el equipo asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolo dexametasona: 0,1-0,2 mg/kg (reducir a 0,05 diabéticos)</li> <li>• Paracetamol + AINE/COXIB<sup>2</sup></li> <li>• <b>Técnica anestésica-analgésica: bloqueo ecoguiado del plexo braquial +/- sedación<sup>3</sup></b></li> <li>• Realizar siempre profilaxis NVPO</li> </ul>	<p><b>DOLOR LEVE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol cada 8 horas</li> <li>• Rscate<sup>4</sup>: AINE/metamizol 8 h<sup>5</sup></li> <li>• Rescate<sup>4</sup>: Tramadol 50/8h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir pauta analgésica según dolor esperado<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxis gástrica: IBP</li> <li>• Pauta analgésica vía oral tras iniciar tolerancia.</li> <li>• <b>Pauta habitual de analgésica multimodal<sup>8</sup>:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paracetamol + AINE/COXIB cada 8 horas</li> <li>○ Si pauta insuficiente: añadir metamizol o tramadol cada 8 horas</li> <li>○ Rescate: otros opioide</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>DOLOR LEVE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol/AINE c/8h</li> </ul>
			<p><b>MODERADO-SEVERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol + AINE/coxib + Metamizol 2g c/8h<sup>6</sup></li> </ul>			<p><b>DOLOR MODERADO-SEVERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol + AINE/coxib Rescate: metamizol y/o tramadol<sup>9</sup></li> </ul>

- 1: Permitida ingesta de sólidos hasta 6 horas preoperatorias y de líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía.
- 2: Aunque no concluyente posiblemente los tratamientos preventivos reducen las puntuaciones de dolor y el consumo de opioides.
- 3: El bloqueo infraclavicular, axilar o bloqueos selectivos son los más recomendables. Valorar necesidad de adyuvantes (dexametasona 4 mg, dexmedetomidina 50 mcg) para prolongar efecto analgésico en función del tipo de cirugía/paciente
- 4: Se recomienda administración de rescate con EVN>4 + limitación funcional
- 5: La elección del AINE o Coxib se realizará dependiendo de las características del paciente y comorbilidades (riesgo gástrico, renal y cardiovascular). Si IRC severa o alergia AINE: metamizol.
- 6: Sin inflamación y dolor severo valorar posibilidad de catéter perineural( venoso con perfusión continua de analgésicos + pauta de corticoides + pauta de benzodiazepinas nocturnas
- 7: Mantener pauta iniciada
- 8: Pauta analgésica oral: Paracetamol 1g v.o. cada 8hr combinado con AINE/coxib. Añadir metamizol/tramadol según tipo de cirugía, paciente, evolución previa de URPA. La combinación de fármacos facilita adherencia terapéutica.
- 9: Si tras 5 días persiste importante inflamación y dolor severo valorar la posibilidad de una complicación.

#### Algoritmo EDAF

