

## Cartas al Editor

# Anestesia sin opioides en cirugía mayor: ¿es hora de redefinir estándares?

## *Opioid-free anesthesia in major surgery: Is it time to redefine standards?*

Johon Javier Fuentes Pacheco<sup>1a</sup>, Laura Cristina Vélez Flórez<sup>2a</sup>, Oriana Pérez Rubio<sup>3a</sup>, José Julián Mesa Torres<sup>4a</sup>, Michael Ortega-Sierra<sup>5a</sup>

1. Departamento de Medicina, Universidad Libre, Barranquilla, Colombia
2. Departamento de Medicina, Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia
3. Departamento de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia
4. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
5. Departamento de Medicina, Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado - Hospital Central Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela.

a. Médico

**Recibido:** 15/01/2026

**Aprobado:** 16/02/2026

### Correspondencia:

Michael Ortega Sierra

[mortegas2021@gmail.com](mailto:mortegas2021@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0002-3091-9945

### Citar como:

Pacheco JJF, Florez LCV, Rubio OP, Et Al. Anestesia sin opioides en cirugía mayor: ¿es hora de redefinir estándares?. Rev Hisp Cienc Salud. 2026; 12(1): 66-67. DOI: [10.56239/rhcs.2026.121.1055](https://doi.org/10.56239/rhcs.2026.121.1055)

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



**Señor Editor,** La anestesia perioperatoria atraviesa un giro relevante. Durante décadas, los opioides han sustentado la analgesia intraoperatoria<sup>1</sup>; sin embargo, su carga de eventos adversos, náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), íleo, depresión respiratoria, hiperalgesia inducida, delirium y recuperación más lenta, entra en conflicto con los objetivos de los programas de recuperación mejorada y con una medicina cada vez más orientada a desenlaces centrados en el paciente<sup>2</sup>. En este escenario, la anestesia libre de opioides (opioid-free anesthesia, OFA) ha pasado de alternativa farmacológica a estrategia clínica plausible<sup>3</sup>.

En este contexto, la revisión sistemática y metaanálisis de Qin et al.<sup>4</sup> aporta una síntesis amplia y metodológicamente sólida (68 ensayos clínicos aleatorizados; 5426 pacientes; múltiples tipos de cirugía), incorporando herramientas formales para evaluar riesgo de sesgo (RoB-2), análisis de sensibilidad y evaluación de sesgo de publicación<sup>4</sup>. Este estándar metodológico otorga especial valor a sus hallazgos, en un campo donde la heterogeneidad de protocolos ha dificultado conclusiones consistentes.

El mensaje principal es clínicamente relevante: la OFA se asoció con una

reducción significativa de NVPO frente a la anestesia basada en opioides (RR = 0,50; IC95%: 0,39–0,64), con efectos consistentes tanto en cirugía mínimamente invasiva como en procedimientos abiertos<sup>4</sup>. Asimismo, la OFA redujo la necesidad de analgesia de rescate (RR = 0,61; IC95%: 0,51–0,72) y mostró una disminución modesta pero significativa del dolor a las 24 horas (DME = -0,32)<sup>4</sup>. Aunque algunos desenlaces de dolor no fueron concluyentes, la mejoría reportada en la calidad de recuperación (QoR-40) en una proporción importante de ensayos sugiere beneficios en dominios que integran bienestar, función y autonomía: aquello que el paciente percibe como “recuperarse”<sup>4</sup>.

Adicionalmente, Qin et al. reportaron menos disfunción respiratoria postoperatoria (RR = 0,29) y menos íleo o disfunción intestinal (RR = 0,25), sin incremento significativo de bradicardia y sin diferencias relevantes en estancia hospitalaria o permanencia en unidad posanestésica<sup>4</sup>. Estos resultados son fisiopatológicamente coherentes: reducir la exposición a opioides disminuye efectos sobre centros respiratorios y motilidad gastrointestinal, mientras que la analgesia puede mantenerse mediante esquemas multimodales (p. ej., dexmedetomidina, lidocaína, ketamina, magnesio y técnicas regionales)<sup>5</sup>.

1. Departamento de Medicina, Universidad Libre, Barranquilla, Colombia
2. Departamento de Medicina, Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia
3. Departamento de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia
4. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
5. Departamento de Medicina, Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado - Hospital Central Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela.

a. Médico

**Recibido:** 15/01/2026

**Aprobado:** 16/02/2026

**Correspondencia:**

Michael Ortega Sierra

[mortegas2021@gmail.com](mailto:mortegas2021@gmail.com)

**ORCID:** 0000-0002-3091-9945

**Citar como:**

Pacheco JJF, Florez LCV, Rubio OP, Et Al. Anestesia sin opioides en cirugía mayor: ¿es hora de redefinir estándares?. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2026; 12(1): 66-67. DOI: [10.56239/rhcs.2026.121.1055](https://doi.org/10.56239/rhcs.2026.121.1055)

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



La objeción habitual a la OFA, variabilidad de “cócteles” y ausencia de guías unificadas, es real; sin embargo, debería interpretarse como una agenda de estandarización, no como un argumento para desestimar la estrategia<sup>4</sup>. La medicina basada en evidencia exige evaluar balance beneficio–riesgo con la mejor información disponible, no unanimidad absoluta<sup>6</sup>. Con la evidencia actual, la OFA muestra un perfil favorable para desenlaces relevantes (NVPO, rescate analgésico, recuperación), sin penalizaciones clínicas mayores en los parámetros evaluados<sup>4</sup>.

El siguiente paso, por tanto, no es preguntar si la OFA “funciona”, sino para quién, en qué contexto y con qué componentes ofrece mayor valor<sup>7</sup>. El propio metaanálisis sugiere moduladores (tipo de cirugía, técnica anestésica, uso de bloqueos regionales) y abre la puerta a ensayos pragmáticos y análisis a nivel de paciente para definir fenotipos perioperatorios: alto riesgo de NVPO, apnea obstructiva del sueño, fragilidad o cirugía oncológica podrían beneficiarse de forma desproporcionada de estrategias con mínima exposición opioide.

Redefinir estándares no implica proscribir opioides; implica reposicionarlos como recurso selectivo dentro de un abordaje multimodal, más seguro y orientado a desenlaces. A la luz de la evidencia contemporánea, la OFA no parece una moda, sino una transición razonable hacia una anestesia más consistente con la recuperación mejorada y con las prioridades del paciente<sup>4</sup>.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés

## Financiamiento

Autofinanciado.

## Referencias Bibliográficas

1. Shanthanna H, Ladha KS, Kehlet H, Joshi GP. Perioperative opioid administration. *Anesthesiology.* 2021;134(4):645-59. doi:10.1097/ALN.0000000000003572
2. Ferry N, Hancock LE, Hendrix JM, et al. Opioid anesthesia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Updated 2025 Jul 6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532956/>
3. Diwan S, Olausson A, Andréll P, Wolf A, Jildenstål P. Opioid-free anesthesia in perioperative care: findings from a Swedish web-based survey. *Pain Res Manag.* 2025;2025:6677904. doi:10.1155/prm/6677904
4. Qin J, Zhang J, Bo J, Ma X, He X. Impact of the absence of opioid anesthesia on postoperative outcome indicators: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2025;12:1639968. doi:10.3389/fmed.2025.1639968
5. Montandon G. The pathophysiology of opioid-induced respiratory depression. *Handb Clin Neurol.* 2022;188:339-55. doi:10.1016/B978-0-323-91534-2.00003-5
6. Curtin F, Schulz P. Assessing the benefit:risk ratio of a drug—randomized and naturalistic evidence. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(2):183-90. doi:10.31887/DCNS.2011.13.2/curtin
7. Kharasch ED, Clark JD. Opioid-free anesthesia: time to regain our balance. *Anesthesiology.* 2021;134(4):509-14. doi:10.1097/ALN.0000000000003705