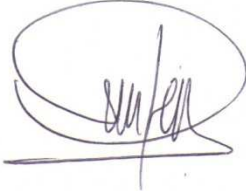








Proceso de Acreditación HRR
 Noviembre 2015



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR V3

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dra. Eugenia Cravero Belmonte Medico Anestesiologo 	 Dr. Carlos Ureta Vidal Sub Director Medico Dr. Raul Torres Gordillo Jefe Pabellones Quirurgicos EU. Carmen Gloria Diaz Jefe(s) Departamento Calidad e IAAS   	 Dra. Sonia Correa Fuentes Directora (TyP) Hospital Regional Rancagua 
Fecha : 01/09/2014	Fecha: 04/11/2014	Fecha: 17/11/2014
Firma	Firma	Firma



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 1 de 17

1. OBJETIVOS:

Evaluación y manejo el dolor agudo en pacientes adultos post-operados.

Estandarizar técnicas anestésicas y farmacológicas para el manejo oportuno y adecuado del dolor agudo post operatorio.

Lograr EVA menor a 4

2. ALCANCE:

Aplica a Pabellones Quirúrgicos (Central, Especialidades y Maternidad) y Unidades Quirúrgicas de pacientes adultos (para continuidad de manejo)

3. DEFINICIONES:

Dolor: experiencia sensoria y emocional desagradable asociada con un daño tisular real.

Dolor agudo post-operatorio: para efectos de este protocolo se considera un periodo máximo de 48 hrs.

Escala de evaluación del dolor: EVA, instrumento que permite cuantificar el dolor.

EVA: Escala visual análoga

Técnicas de analgesia de primera línea: analgesia base indicada en primera instancia para el control del dolor.

Técnicas de analgesia de segunda línea: analgesia de rescate que se indica de refuerzo a la anterior cuando esta es insuficiente.

Analgesia preventiva: indicada en pabellón, antes de la incisión o trauma quirúrgico y se extiende con igual efectividad durante todo el post operatorio.

Analgesia Multimodal: combinación de fármacos y técnicas analgésicas para optimizar eficiencia, disminuyendo dosis, efectos colaterales y reacciones adversas de cada uno.

HRR: Hospital Regional Rancagua.

AINES: Anti-inflamatorios no esteroideos

AL: Anestésicos locales

EV: endovenoso

VO: vía oral

	Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.	Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3
		Fecha: 17 Noviembre 2014
		Versión: 3
		Vigencia: 17 Noviembre 2019
		Página 2 de 17

IM: intramuscular

PCA: "Patient-controlled analgesia", analgesia controlada por el paciente

4. RESPONSABLES:

Medico Anestesiólogo: A cargo de la analgesia intra y post operatoria inmediata (sala de recuperación).

Indicar y realizar analgesia peridural, bloqueos regionales monodosis o continuos.

Realizar técnicas en el ámbito de la anestesia y analgesia, con indicación y administración de fármacos durante el acto quirúrgico, y las consecuencias derivadas de la misma, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser dado de alta de la Unidad de Recuperación a su Unidad de destino.

Indicaciones post-operatorias sobre manejo del dolor en los casos que según su criterio lo ameriten y lo permitan.

Cirujano tratante o Cirujano de turno: Responsable de la indicación de analgesia post operatoria mediata (en sala, posterior a la salida de recuperación). Cuando estime necesario, solicitará la participación del anestesiólogo.

Enfermera(o) o matró(a): Aplicación y/o supervisión de EVA, administración y control de medicamentos analgésicos indicados, comunicar al médico que corresponda (anestésista, cirujano tratante o cirujano de turno) EVA mayor o igual a 4 que no cede, con la analgesia indicada a fin de intervenir o modificar la terapia analgésica indicada en la ficha clínica.

Supervisar la aplicación del EVA y administración de medicamentos realizada por TENS si corresponde.

TENS: Aplicación de EVA y Administración de medicamentos delegado por Enfermera(o) o Matró(a)

Informar oportunamente a enfermera(o) o matró(a) los EVA > o = 4

5. DESARROLLO:

El dolor post operatorio se considera una complicación post quirúrgica. Se presenta en todos los pacientes, por lo que se debe incorporar su medición como un 5°



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 3 de 17

signo vital. El 40% a 80% lo refiere como moderado a severo y existe un 24% de pacientes en que no es posible manejarlo.

La analgesia que el paciente recibe en el intraoperatorio y que deba continuar, deberá ser comunicada por el anestesiólogo al personal de la Unidad de Recuperación y/o cirujano, debiendo quedar registrada en la ficha clínica. Por ejemplo si se deja un suero con analgesia o algún medicamento específico, se debe informar para que se mantenga en la unidad de destino.

Si el **medico anestesiólogo** indica analgesia post operatoria con el uso de técnica peridural o bloqueo regional continuo, el control y retiro de esta terapia será responsabilidad de este profesional o a quien este delegue.

Todos los pacientes post operados deberán contar con una indicación de terapia analgésica de primera línea (dada por anestesiólogo) y una de rescate consignada en la hoja de indicaciones postoperatorias (dada por cirujano tratante o de turno)

5.1 Evaluación del dolor agudo:

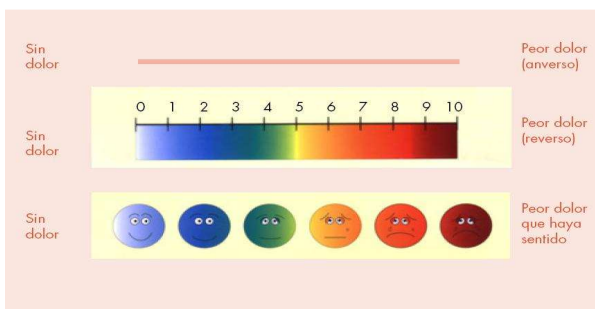
La cuantificación de la intensidad del dolor es fundamental. En el HRR se evalúa en base a la Escala Visual Análoga (EVA). La manera adecuada es mostrando una regla de números y/o caras o preguntando:

¿Cuánto dolor tiene Usted de 0 a 10?

Si 0 es nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable (supera al máximo conocido o tolerable).

Evaluación del dolor agudo post-operatorio

- Adultos: tabla numérica o de caras. EVA en reposo y dinámico, rango 0-10
- Si no existen complicaciones, el manejo del dolor agudo post-operatorio debe limitarse a un plazo máximo de 48 hrs.



Evaluación EVA:

- 10** Peor dolor posible
- 8-10** Dolor intenso, afecta el estado general del paciente, imposibilita llevar a cabo una actividad habitual
- 7-5** Dolor moderado se produce una limitación importante de la actividad habitual
- 4-3** Se tolera casi sin analgesia y no limita actividad habitual
- 2 a 0** No hay dolor

Puede ser que un paciente refiera un EVA elevado (igual o mayor a 4) que en la práctica no se relaciona con el estado general observado y objetivado a través del control de signos vitales. En este caso deberá reevaluarse intentando mejorar la objetividad de la evaluación por parte del paciente.

En pacientes sometidos a cirugías muy dolorosas, la evaluación del EVA que se hace en la unidad de destino, deberá realizarse:

- **Primer día: cada 3 horas**
- **Segundo día: cada 6 horas**



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 5 de 17

CIRUGIAS MÁS DOLOROSAS SEGÚN ESPECIALIDAD

1.- Urología:

- ✓ Nefrectomía
- ✓ Prostatectomía Radical
- ✓ Adenomectomía transvesical
- ✓ Resección de feocromocitoma
- ✓ Lumbotomías

2.- Gineco-Obstetricia:

- ✓ Histerectomía abdominal
- ✓ Histerectomía radical
- ✓ Cirugía de etapificación de cáncer ovárico
- ✓ Reparación intrauterina de mielomeningocele

3.- Neurocirugía:

- ✓ Fijación e implantes de columna
- ✓ Aneurisma cerebral
- ✓ Tumor cerebral y espinal

4.- Cirugía adultos:

- ✓ Gastrectomía abierta
- ✓ Colectomía abierta
- ✓ Pancreatoduodenectomía abierta
- ✓ Derivación biliodigestiva y anastomosis intestinales
- ✓ Cirugías del hígado (incluyendo resección de quistes hidatídicos)
- ✓ Cirugía bariátrica
- ✓ Esofagectomía
- ✓ Cirugías de tórax: Videotoracoscopia y toracotomías, drenaje pleural, reparación de pectus excavatum
- ✓ Patología orificial
- ✓ Amputaciones

5.- Traumatología:

- ✓ Reparación Manguito Rotador
- ✓ Prótesis cadera – rodilla
- ✓ Clavo endomedular y osteosíntesis
- ✓ Artroscopía de cadera

5.2 Estrategias de manejo en dolor agudo en unidad de recuperación post anestésica y posterior traslado a unidad clínica.

La base estratégica es utilizar una **Analgesia Multimodal y Preventiva**. El objetivo es lograr EVA menor o igual a 3 para “traslado” de recuperación a Unidad de destino (pudiendo ser sala o Unidad de Paciente Crítico).

Se combina el uso de: AINES, opioides y anestésicos locales.

“RECORDAR QUE DENTRO DEL MANEJO DEL DOLOR AGUDO SIEMPRE SE DEBE DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE ALGUNA COMPLICACION”

ANALGESIA ENDOVENOSA NO OPIACEA (Uso en EVA < o = 4*)

- **AINES** administración intermitente (EV, VO)

1. Ketorolaco: 30 mg c/6-8 horas ev ; 10 mg c/8 vo (máximo 2 mg/kg/día), precaución en pacientes con antecedentes de sangrado y alteración de la función renal, disminuir un 30% de dosis en paciente anciano.

2. Metamizol: 1-2 gr c/6-8 ev ; 300mg c/6-8, recordar hipotensión asociada a administración ev, no usar en riesgo de agranulocitosis (quimioterapia).

3. Paracetamol: 1 gr c/6-8 horas ev ; 500 mg – 1 gr c/6-8 vo

4. Diclofenaco: 75 mg c/12 im

5. Ketoprofeno: 100 mg ev c/8 hrs

6. Parecoxib: 40 mg ev c/12 hrs: no usar en alérgicos a las sulfas.



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 7 de 17

Uso intercalado: se refiere a usar un AINE por horario estipulado, pero al ser insuficiente para cubrir las necesidades del paciente se introduce otro AINE con distinto mecanismo de acción en el espacio interhorario del primero.

Por ejemplo: Ketorolaco 30 mg c/8 hrs ev 08/16/24 y se agrega Paracetamol 1 gr c/8 vo 12/20/04, quedando el esquema cubierto de la siguiente manera:

8/12/16/20/24/04

➤ **AINES INFUSION CONTINUA:**

1. Suero Fisiológico 0.9% 250 o 500 cc (se regula velocidad de goteo)
2. Ketorolaco 90 a 120 mg en 24 hrs.
3. Se puede asociar Metamizol 4-6 gr en 24 hrs.

***Cuando el paciente tiene EVA 4, el médico a cargo deberá tomar la decisión del tratamiento: analgesia no opiácea, analgesia con opioides o combinación sugerida en esquema de tratamiento para unidades quirúrgicas "sin monitorización" (página 12)**

COADYUVANTES

Metoclopramida: no es un AINE, tiene acción proquinética y antiemética, por lo que es recomendado en cirugía de abdomen, pelvis y laparoscopias, ya que en estas la distensión abdominal y la manipulación de contenido visceral produce dolor que puede ser disminuido con este fármaco mejorando la respuesta general del paciente, se consideraría un coadyuvante.

Gabapentina/Pregabalina: clásicamente usado en dolor crónico, tiene un rol como coadyuvante en dolor agudo, disminuyendo consumo de opioides y por ello efectos adversos como náuseas y vómitos.

ANALGESIA CON OPIOIDES (Uso en EVA > 0 = 4*)

Será administrada bajo supervisión estricta en la unidad donde se encuentre el paciente. En caso de infusión continua se administrará solamente en unidades que cuenten con monitorización (Unidad de Pabellones y Unidades de Paciente Crítico)



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 8 de 17

En primera instancia se usa un AINE como tratamiento del dolor postoperatorio. Si a pesar de esto se presenta **EVA de reposo mayor o igual a 4** se debe iniciar el uso de opiáceos.

Estos constituyen las drogas más útiles en el manejo del dolor moderado a severo, además de su uso como coadyuvantes de la anestesia general.

Algunas de sus características son:

- Acción analgésica más potente y dosis dependiente
- Efectos adversos: sedación, depresión respiratoria, retención urinaria, constipación, prurito, náuseas y vómitos.

En infusión continua, su uso se realiza siempre bajo monitorización de:

1. Oximetría continua para pesquisar desaturación en forma precoz (si se usa infusión continua).
2. Evaluar frecuencia respiratoria y grado de sedación (en todos los casos). Se sugiere oxígeno por naricera 2 lts/min.

Una frecuencia respiratoria menor de 12 por minuto en adultos sugiere depresión respiratoria significativa, la que demanda al menos observación y aporte extra de oxígeno.

Frecuencias menores pueden demandar suspensión de opioides, reducción de dosis o reversión con antagonista (naloxona). Se debe realizar controles en forma seriada a lo largo del post-operado.

Los opioides se pueden administrar mediante bombas especiales programables de Analgesia Controlada por el Paciente (PCA). Si está disponible se puede plantear su instalación, administrando bolos a demanda de tramadol, morfina o fentanilo, con intervalos mínimos de administración y dosis máximas horarias programables por el anestesiólogo. Esta modalidad se podrá indicar a pacientes en sala y no requiere monitorización especial continua (solo frecuencia respiratoria por horario), siempre y cuando no se asocie a infusión continua.

Formas de administración (sugerencia de formas y dosis, dependerá de cada caso)

1. Morfina:

- a. 2-3 mg c/10-15 minutos
- b. En infusión continua: Por ejemplo, solución salina 0.9% 250-500 cc 10-20 mg para 24 horas
- c. Intratecal: 80-200 mcg. Se sugiere la menor dosis posible y tener precaución con retención urinaria y depresión respiratoria de presentación bimodal (máximo a las 2 y 12 horas).

2. Metadona: vida media larga, con riesgo de acumulación. Uso habitual ev o sc.

- a. 2-3 mg c/10-15 minutos
- b. 0,1 mg/kg subcutáneo c/12-24 horas
- c. Infusión continua

3. Fentanyl: uso ev

- a. bolos de rescate: 0.5 – 1 ug/kg
- b. infusión continua junto con AINES 1-2ug/kg/hr en ventilación espontánea y 1-10 ug/kg/hr en ventilación controlada.

4. Tramadol: opioide de baja potencia,

- a. Oral: máximo 400 mg en 24 hrs, 20-40 gotas c/8.
- b. Endovenoso: máximo 400 mg en 24 horas, infusión continua o a intervalos de 6-8 horas

ANALGESIA REGIONAL:

Será administrada bajo indicación exclusiva de un anestesiólogo. Existen distintos tipos: neuraxial (epidural, espinal o raquídea), bloqueos de nervio periférico.

ANALGESIA EPIDURAL:

- Uso en cirugías que producen dolor severo
- Técnica, manipulación, y control realizado solo por el anestesiólogo.
- Bloqueo segmentario (punción según nivel)
 - ✓ T5-T6 tórax

	Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.	Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3
		Fecha: 17 Noviembre 2014
		Versión: 3
		Vigencia: 17 Noviembre 2019
		Página 10 de 17

- ✓ T8-T9 abdomen superior
- ✓ T11-T12 abdomen inferior
- ✓ L2-L3 extremidades inferiores
- Se utilizan los siguiente fármacos en infusión y/o bolo
 - Anestésicos locales
 - ✓ Levobupivacaína 0.065-0.5%
 - ✓ Bupivacaína 0.065-0.5%
 - ✓ Lidocaína 1-2%
 - Opioides
 - ✓ Morfina (12-24 horas de duración)
 - ✓ Fentanilo (4-6 horas de duración)
 - Alfa adrenérgicos
 - ✓ Epinefrina (coadyuvante de anestésicos locales)

Es importante bloquear los posibles puntos de punción en las bajadas de suero, para evitar una inyección peridural accidental de otro fármaco. Se debe dejar registro claro de los fármacos usados, dilución y velocidad de infusión.

En el caso de los bolos por catéter ejemplos de dosis son:

- ✓ Morfina: 2-4 mg
- ✓ Fentanilo: 50-100 ug
- ✓ Anestésicos locales (Bupivacaina o Levobupivacaina 0,25%-0,5% o Lidocaina 1-2%) con o sin epinefrina 25-150 mcg.

En el caso de infusiones por catéter ejemplos de dosis son:

- ✓ Bupivacaina o Levobupivacaina 0,065-0,1% + morfina 0,05 mg/ml
- ✓ Bupivacaina o Levobupivacaina 0,065-0,1% + fentanilo 1-2 ug/ml
- ✓ Bupivacaina o Levobupivacaina 0,065-0,1% + fentanilo 1-2 ug/ml + epinefrina 4-5 mcg/mL
- ✓ Bupivacaina o Levobupivacaina 0,065-0,1% (esta solución puede ser usada también para bloqueos de nervio periféricos continuos o bloqueos paravertebrales continuos)



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 11 de 17

Todas las infusiones se preparan en solución fisiológica al 0.9%.

Las dosis (mL/hr) a utilizar dependerán de la cirugía y serán determinados caso a caso por el anestesiólogo responsable. No podrán ser modificados por personal de la unidad donde se destine el paciente a no ser que existan razones fundadas (hipotensión refractaria, shock, anafilaxia). Se deberá notificar al anestesiólogo cualquier evento relativo al catéter. Se podrá usar como PCA peridural si están disponibles los equipos.

Se insiste en que debe existir monitorización continua de la Sat.O2 y/o control horario de la frecuencia respiratoria (si esta es <12-15, según la edad del paciente, avisar al médico responsable o al médico anestesiólogo a cargo). Se debe tener presente que la depresión respiratoria provocada por los opiáceos no necesariamente se manifiesta por disminución progresiva de la frecuencia respiratoria, si no que puede producirse una apnea, la cual si se prolonga en tiempo puede llegar a causar la muerte del paciente. Debe existir disponibilidad de elementos de resucitación.

ANALGESIA POR MEDIO DE BLOQUEOS DE NERVIOS PERIFERICOS:

- Técnica cada vez más usada.
- Puede ser realizada con guía con neuroestimulador y/o ultrasonido
- Se considera una técnica ideal en pacientes ambulatorios
- Puede ser dosis única o bloqueo continuo (con catéter perineural, con o sin PCA).
- Realizada exclusivamente por anestesiólogos
- Requiere monitorización estándar del paciente para el procedimiento
- Dosis máxima de anestésico local: Lidocaina 5mg/kg, Bupivacaina 2 mg/kg, Levobupivacaina 2 mg/kg. En caso de intoxicación deben estar disponibles Lipidos endovenosos al 20% (bolo inicial de 1.5 mL/kg luego infusión de 0.25 mL/kg/min)

	Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.	Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3
		Fecha: 17 Noviembre 2014
		Versión: 3
		Vigencia: 17 Noviembre 2019
		Página 12 de 17

Recomendaciones de dosis para bloqueo único:

- **Bupivacaína:** 0,25-0,33%, con/sin lidocaína 1%, con/sin adrenalina 1:200.000. Duración acción 6-12 horas.
- **Levobupivacaína** 0,25%-0,33%, con/sin lidocaína 1%, con/sin adrenalina 1:200.000. Duración acción 6-12 horas.

Tipos de bloqueo de acuerdo a la cirugía:

- ✓ Bloqueo plexo braquial y subtipos: cirugía extremidad superior
- ✓ Bloqueo nervios extremidad superior: cirugía extremidad superior
- ✓ Bloqueo intercostal: cirugía tórax, fracturas costales
- ✓ Bloqueo iliohipogástrico, ilioinguinal: cirugía hernia inguinal, cirugía escrotal
- ✓ Bloqueo nervio dorsal del pene: cirugía peneana
- ✓ Bloqueo nervio femoral y 3 en 1: cirugía cadera, rodilla, muslo, trauma, extremidades
- ✓ Bloqueo nervio ciático: cirugía bajo rodilla y pie, trauma extremidades
- ✓ Bloqueo regional del pie: cirugía del pie.

Estos tipos de bloqueo nervioso, solo deben ser realizados por anestesiólogos.

TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS POR LA ADMINISTRACION DE OPIOIDES

Náuseas y vómitos:

- ✓ Ondansetron 4-8 mg ev.
- ✓ Droperidol 0,625-1,25 mg ev.
- ✓ Metoclopramida 10 mg ev.,
- ✓ Dexametasona 4-8 mg ev.
- ✓ Propofol en dosis bajas. 10-20 mg. ev.: exclusivamente administrado por anestesiólogo.

Prurito:

- ✓ Clorfenamina 4 mg ev.
- ✓ Naloxona 2 – 5 ug/kg ev.

Depresión respiratoria:

- ✓ Naloxona 40-80 ug ev. (entre 2-5 ug/kg c/5 min)
- ✓ Oxígeno
- ✓ Apoyar la ventilación

Retención urinaria: medidas físicas, sondeo vesical.

MANEJO ANALGESICO PRÁCTICO

1.- CIRUGIAS DOLOR SEVERO:

- ✓ Técnica peridural: AL o AL + opioide
- ✓ Administración de AINES directos en inducción de anestesia
- ✓ Infusión de analgesia: idealmente se inicia en el intraoperatorio (duración para 24 horas)
- ✓ Infiltración local con AL en sitio de incisión
- ✓ En Unidad de Recuperación rescate de morfina, metadona o fentanilo
- ✓ En Unidad de Hospitalización control de catéter peridural día 1 y/o 2 del postoperatorio, por anestesiólogo
- ✓ AINE administración intermitente, con refuerzos intercalados ev o vo de otro AINE o Tramal en gotas o endovenoso
- ✓ Evaluación y manejo de eventos adversos

2.- CIRUGIAS DOLOR MODERADO

- ✓ Infusión de analgesia: idealmente se inicia en el intraoperatorio (duración para 24 horas)
- ✓ Opioides intraoperatorios EV o SC
- ✓ Infiltración local con AL en sitio de incisión
- ✓ Administración de AINES directos en inducción anestésica
- ✓ En Unidad de Recuperación rescate con morfina, fentanilo o metadona



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 14 de 17

- ✓ En Unidad de Hospitalización AINES administración intermitente, con refuerzos intercalados de otro AINE o Tramal en gotas

3.- CIRUGIAS DOLOR LEVE

- ✓ Administración de AINES directos en la inducción anestésica
- ✓ En Unidad de Recuperación rescate con morfina, fentanilo o metadona
- ✓ En Unidad de Hospitalización AINES administración intermitente

ESTRATEGIAS DE MANEJO DE DOLOR AGUDO EN UNIDADES QUIRURGICAS SIN MONITORIZACION

Se recomienda el siguiente esquema:

Evaluación EVA	Tratamiento
5 a 10	AINE asociado a opioides (indicación por tratante o cirujano de turno) Fentanilo 50 ug ev. (máximo por día 3 bolos de 50 ug. ev directo) Morfina 2-3 mg ev o 0,1 mg/kg sc. (con un máximo de 20 mg. por día) Importante asociar la evaluación del EVA a la observación clínica del paciente (sudoración, taquicardia, hipertensión todo asociado a dolor) Si no mejora o aumenta el dolor avisar a tratante o cirujano de turno y eventual evaluación por anestesista de turno. Si está disponible se puede plantear instalación de PCA u otro método avanzado (analgesia neuraxial o regional). Evaluar traslado a unidad de mayor complejidad para manejo de dolor agudo con monitorización.
3 a 4	AINE dosis mayor (ev)
0 a 2	AINE dosis baja SOS (vo, im o ev)



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 15 de 17

6. REGISTROS:

Identificación	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Retención	Disposición
Hoja de Anestesia	Ficha Clínica	Archivo	RUN, Nombre y apellidos, N° Ficha	15 años	Posterior a 15 años sin movimiento se elimina
Hoja de Enfermería	Ficha Clínica	Archivo	RUN, Nombre y apellidos, N° Ficha	15 años	Posterior a 15 años sin movimiento se elimina
Ficha Clínica	Archivo	Archivo	RUN, Nombre y apellidos, N° Ficha	15 años	Posterior a 15 años sin movimiento se elimina

7. INDICADOR:

INDICADOR	% de cumplimiento de aplicación de protocolo de manejo del dolor agudo post operatorio
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FORMULA	$(N^{\circ} \text{ pacientes post-operados con EVA } \geq 4 \text{ tratados según protocolo} / N^{\circ} \text{ total de pacientes post-operados con EVA } \geq 4) \times 100$
FUENTE DE INFORMACION	Estudio de prevalencia en base al total de pacientes adultos post-operados que se encuentren hospitalizados en el día del estudio. Se consideran solo las 48 hrs. post cirugía. Se utilizará Pauta de Observación del protocolo.
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	$\geq 80 \%$
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral
RESPONSABLE	Jefes de Servicio Pabellón y Servicios Quirúrgicos



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 16 de 17

8. REFERENCIAS:

- ✓ Protocolos de Analgesia Postoperatoria del Hospital Miguel Servet. Zaragoza, España. 1998.
- ✓ Guías prácticas para el manejo del dolor agudo. Sociedad Anestesiología de Chile, IASP. Capítulo Chileno. 2003.
- ✓ Practice guideline for acute pain management in the perioperative setting. Anesthesiology, 2004; 100: 1573-81.
- ✓ Recomendaciones Clínicas de la Sociedad de Anestesiología de Chile año 2007.
- ✓ Massachusetts general hospital tratamiento del dolor. D. Borsook, A. LeBel, B. McPeck, editorial Marban
- ✓ Dolor Agudo post quirúrgico en pediatría, evaluación y tratamiento, Departamento Anestesiología Clínica Las Condes, Unidad de Anestesiología Hospital Luis Clavo Mackena.

9. REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Tipo	Aprobación
23 Sept 2011	Se libera para su uso	Director HRR
20 Febrero 2012	Objetivo, incluye a Unidades quirúrgicas	Director HRR
18 Noviembre 2013	Se excluye a pacientes neonatales y pediátricos. Cambia responsabilidades Se cambia intervención del manejo del dolor a obtener un EVA menor a 4. Cambia cuerpo de la norma: medicamentos a utilizar y dosis - Unidades en las cuales se utiliza Cambia indicador y forma de evaluación.	Director HRR
28 Agosto 2014	Se agrega responsabilidad para el médico anesthesiólogo. Se agrega aclaración en evaluación del EVA. Se agrega aclaración de manejo para pacientes con EVA 4	Director HRR



Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR.

Código: SGC-PR-MDA/GCL 1.3

Fecha: 17 Noviembre 2014

Versión: 3

Vigencia: 17 Noviembre 2019

Página 17 de 17

	Se modifica indicador. Se modifica Pauta de cotejo.	
17 Noviembre 2014	Se modifica desarrollo: Seccion AINES, opioides y analgesia peridural. Se modifica Pauta de Observacion	Director HRR

10. ANEXOS:

ANEXO N° 1

Pauta de Observación Protocolo Evaluación y Manejo del Dolor Agudo post-operatorio en Adultos

N° Ficha Paciente	Criterio	SI	NO
	Evidencia en Ficha Clínica de Evaluación de EVA post-operado.		
	Si EVA mayor o igual a 4 se maneja según protocolo.		
N° Ficha Paciente	Criterio	SI	NO
	Evidencia en Ficha Clínica de Evaluación de EVA post-operado.		
	Si EVA mayor o igual a 4 se maneja según protocolo.		
N° Ficha Paciente	Criterio	SI	NO
	Evidencia en Ficha Clínica de Evaluación de EVA post-operado.		
	Si EVA mayor o igual a 4 se maneja según protocolo.		
N° Ficha Paciente	Criterio	SI	NO
	Evidencia en Ficha Clínica de Evaluación de EVA post-operado.		
	Si EVA mayor o igual a 4 se maneja según protocolo.		