

 <p>Gobierno de Chile</p> <p>SERVICIO SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE</p>	<p>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO</p> <p>UNIDAD PABELLÓN Y ANESTESIA</p> <p>DEPENDIENTE: SUBDEPARTAMENTO QUIRÚRGICO</p>	Código:
		Edición: 01
		Fecha inicio vigencia: 01/12/2020
		Páginas: 1 - 13
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

ELABORACION	REVISION	APROBACIÓN
Patricia Alarcón	Juan Gálvez	Paulina Arriagada Sandra Gálvez
Anestesióloga	Jefe Pabellón y Anestesia	OCS
 firma	 firma	 firma y timbre
27/08/2020	30/11/2020	01/12/2020



1. INDICE:

TITULO	Nº de pág
Introducción	03
Objetivos	03
Responsables	03
Alcance	04
Excepciones	04
Terminología	04
Descripción de las actividades del proceso	05
Referencias bibliográficas	11
Evaluación	11
Indicador	12
Anexos	13



2. INTRODUCCIÓN:

El dolor agudo postoperatorio se considera una complicación post quirúrgica, por lo que se debe incorporar su medición como un 5º signo vital. El dolor cumple la función biológica de alertar al organismo de que algo no funciona bien y que el individuo debe buscar remedio para su enfermedad, como la tiene el dolor agudo no quirúrgico. Sin embargo, al ser persistente e intenso, puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan en el ámbito de diversos sistemas y con una respuesta neuroendocrina generalizada.

La necesidad de establecer herramientas y criterios adecuados para la evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio se hace imprescindible para los procesos quirúrgicos actuales, ya que el inadecuado manejo del dolor agudo complica su pronóstico, aumenta los costos de manejo y favorece el paso a la cronicidad. Además genera sufrimiento, insatisfacción y hostilidad del paciente hacia el sistema de salud que lo trata.

3. OBJETIVOS:

- Aplicar instrumentos estandarizados en la evaluación del dolor, facilitando el tratamiento del dolor agudo postoperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Estandarizar manejo farmacológico del dolor agudo post operatorio.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	FUNCION
Jefe de anestesiología	<ul style="list-style-type: none">• Difundir y aplicar protocolo.
Médico anesthesiólogo	<ul style="list-style-type: none">• Indicar analgesia preventiva y de rescate postoperatoria inmediata (etapa recuperación).
Médico tratante	<ul style="list-style-type: none">• Conocer y aplicar protocolo.• Indicar analgesia en el protocolo operatorio, por horario y de rescate según corresponda, que serán administradas en los servicios clínicos incluida la cirugía mayor ambulatoria.
Enfermeras y matronas supervisoras de servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none">• Conocer, difundir y aplicar protocolo.• Supervisar protocolo y evaluar el indicador.
Enfermera y matrona de servicios y unidades clínicas.	<ul style="list-style-type: none">• Conocer y aplicar protocolo• Aplicación de EVA y administración de analgesia según indicación médica.
Técnico Paramédico	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de EVA y administración de analgesia según indicación delegada por enfermera o matrona.

5. ALCANCE

- El proceso de evaluación y manejo aplica a todos los pacientes que presenten dolor agudo postoperatorio en los siguientes puntos de verificación:
 - Pabellón quirúrgico (recuperación).
 - Cirugía adulto.
 - Traumatología adulto – pediátrico
 - Obstetricia y ginecología

6. EXCEPCIONES: N/A

7. TERMINOLOGIA

Dolor: se puede definir como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o no a una lesión tisular presente o potencial.

Dolor agudo postoperatorio: aquel dolor del paciente intervenido quirúrgicamente atribuible al procedimiento quirúrgico directa o indirectamente (drenajes asociados, sondas o complicaciones quirúrgicas). Para efectos de la evaluación y supervisión de este protocolo, se considerará el dolor presente hasta las 48 horas de post operado.

Analgesia multimodal: administración de dos o más agentes analgésicos que actúan por diferentes mecanismos produciendo una mejor eficacia analgésica con efectos adversos equivalentes o menores.

Analgesia preventiva: cuando la acción analgésica se inicia antes de la cirugía. Es más efectiva si se usan anestésicos locales antes del trauma quirúrgico.

Analgesia neuroaxial: se refiere a la administración de analgésicos y/o anestésicos locales en dosis analgésicas, en el neuroeje, es decir, en el espacio peridural o subaracnoideo.

Bloqueos nerviosos periféricos: técnica que consiste en la administración de anestésicos locales a nivel de nervios periféricos determinados según la zona operatoria.

Analgesia por horario: analgesia base, indicada por horario de administración, para el manejo del dolor postoperatorio.

Analgesia de rescate: es la que se indica de refuerzo, cuando la indicación por horario es insuficiente.

AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

EVA: escala visual análoga. En el presente protocolo se llamará EVA además al puntaje de dolor evaluado luego de la aplicación de una escala de dolor.



8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

8.1. Consideraciones Generales:

- La estrategia del manejo dolor agudo es utilizar una analgesia preventiva y multimodal, que se inicia en el quirófano en el momento de la intervención quirúrgica y se extiende en el postoperatorio tanto en la sala de recuperación post anestésica como en los servicios clínicos.
- Al ingreso a la sala de recuperación, todos los pacientes deben tener registradas en la ficha clínica o protocolo quirúrgico, las indicaciones de analgesia por horario y de rescate que serán administradas en los servicios clínicos incluida la cirugía mayor ambulatoria, las que son responsabilidad del médico tratante.
- Las indicaciones de analgesia preventiva en el quirófano y de rescate en la sala de recuperación son responsabilidad del anesthesiólogo.
- La enfermera de recuperación o en quien ella delegue esta función, evaluará el dolor del paciente al ingreso a la sala recuperación según escala que corresponda.
- La evaluación del dolor se continuará post ingreso a recuperación cada **30 minutos** hasta el momento del alta. Según necesidades del paciente o por indicación del anesthesiólogo, la enfermera puede realizarla con una frecuencia mayor. El registro de esta evaluación se hará en el reverso del protocolo anestésico.
- La enfermera verificará el correcto cumplimiento de la analgesia neuroaxial indicada si corresponde. Dicha analgesia será instalada en pabellón o en la sala de recuperación, según indicación del anesthesiólogo. Además se encargará del cumplimiento del inicio de las indicaciones analgésicas indicadas por el médico tratante, cuando la estadía de recuperación se prolongue por distintas razones.
- Los bloqueos de nervio periférico son responsabilidad del anesthesiólogo ya sea se instalen en pabellón o en la sala de recuperación.
- En el caso de los pacientes con analgesia epidural continua, éstos serán manejados por el equipo de anesthesiólogos tanto en las indicaciones de infusión, eventual eventos adversos o secundarios, como en la indicación de su retiro, en todo el período que dure la indicación.
- Estando el paciente en la sala de recuperación, en caso de que el puntaje de evaluación del dolor sea ≥ 4 , la enfermera avisará al anesthesiólogo para indicación de **analgesia de rescate**, la que será registrada al reverso del protocolo anestésico.
- Al cumplir los criterios de alta de la sala de recuperación (EVA < 4) la enfermera incluirá en su entrega a la profesional del servicio o unidad de destino del paciente, la analgesia por horario y de rescate indicada, y cualquier otra técnica anestésica analgésica realizada en pabellón.



- Al ingreso del paciente a su servicio o unidad, la enfermera o matrona revisará las indicaciones de analgesia por horario y de rescate, las que son responsabilidad del médico tratante y que deben estar registradas en la ficha clínica, y deberá asegurar la continuidad de las indicaciones.
- Se debe continuar con la evaluación del dolor por la enfermera o matrona del servicio o técnico en quien ésta delegue esta función, al ingreso, luego cada **30 minutos por 2 veces y cada vez que se realice la evaluación de signos vitales del paciente, esto es al menos cada 6 horas** y su registro se realizará junto con ellos en la hoja de enfermería. Según situación clínica del paciente o por indicación médica, esta evaluación puede realizarse con una frecuencia mayor. En caso de puntaje de la evaluación del dolor ≥ 4 se administrará la analgesia de rescate, cuya indicación es responsabilidad del médico tratante.
- Para efectos de este protocolo, se realizará la evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio y su consiguiente supervisión, hasta las 48 horas de post operado el paciente. Sin perjuicio de lo anterior, si las necesidades del paciente así lo requieren, tanto la evaluación como las indicaciones de manejo del dolor postoperatorio se mantendrán más allá de este período, siendo responsable de ello el médico tratante.
- Ante cualquier evento adverso derivado de esta terapia, la enfermera o matrona del servicio o unidad avisará para su manejo, al médico anestesiólogo si el paciente se encuentra en la sala de recuperación, o al médico tratante si el paciente se encuentra en los servicios o unidades.

8.2. Evaluación del dolor agudo postoperatorio:

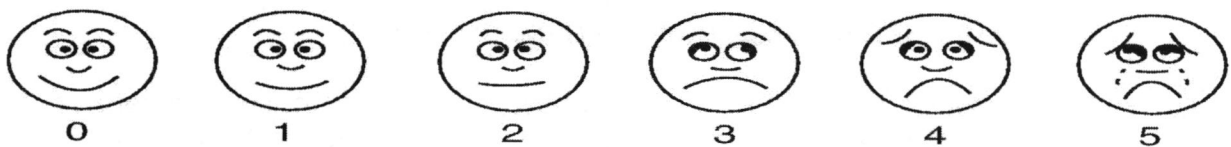
- Para la evaluación del dolor se utilizarán escalas subjetivas de dolor ajustadas a la edad del paciente.
- En cada una de ellas se utilizará el valor de la tabla o en el caso de la escala facial de dolor, el valor homologable al EVA, para determinar la pertinencia de rescate analgésico, que según el protocolo, será con valores mayores o iguales a 4.
- Para el registro de la evaluación del dolor, se utilizará el término EVA para el puntaje de dolor evaluado, independientemente de la tabla utilizada.
- En el caso de pacientes con alguna discapacidad que impida aplicar la tabla que por edad les corresponda, se aplicará la escala conductual de llanto.
- En el valor del EVA evaluado, siempre debe considerarse la evaluación y criterio clínico que el médico y el equipo de enfermería realice y aplique en cada paciente en particular, independientemente de la escala utilizada.

8.2.1. Niños que no verbalizan: Escala conductual de llanto.

Parámetro	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorespiración	Regular pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraído
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste

Puntaje se homologará a EVA, si puntaje es mayor o igual a 4 adoptar conducta terapéutica.

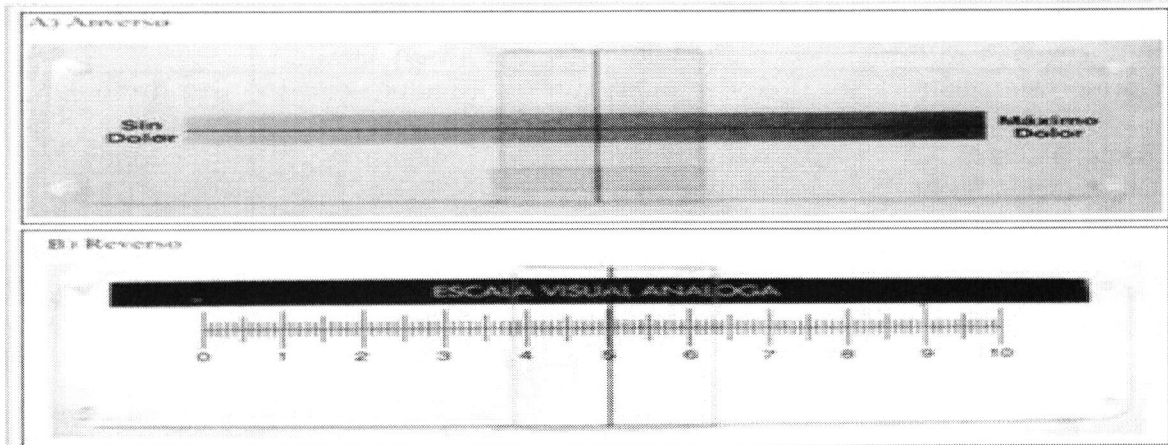
8.2.2. Niños que verbalizan: Escala facial de dolor de Wong Baker
(Homologada a EVA)



Puntaje	0	1	2	3	4	5
Homologación EVA	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Descripción	Muy feliz, sin dolor	Duele, molesta un poco	Duele, molesta un poco más	Duele, molesta aún más	Duele, molesta bastante	Duele, molesta tanto como pueda imaginar

8.2.3. Adultos: Escala visual análoga o escala numérica

- **Escala visual análoga EVA:** Al paciente se le presenta una regla donde uno de los extremos simboliza la "ausencia de dolor" y la otra el "máximo dolor imaginable" y se le pide que ubique un punto entre ambas que refleje la intensidad de su dolor. Al reverso se correlaciona este punto con un número de 0 a 10.



- **Escala numérica:** Se solicita al paciente ponga nota a su dolor, desde cero que representa ausencia de dolor a diez, que es el dolor máximo imaginable.

8.3. Manejo del dolor agudo postoperatorio:

- Se considerarán siempre los conceptos de analgesia preventiva y multimodal para la indicación de la analgesia tanto por horario como de rescate.
- El médico encargado de la indicación debe valorar las condiciones del paciente y de la cirugía para indicar uno u otro analgésico y/o técnica analgésica (neuroaxial o bloqueos periféricos) si corresponde.
- Se describen a continuación las alternativas farmacológicas más habituales disponibles de analgésicos, AINES y opiáceos, sus dosis horaria, de rescate y máximas diarias, además de las dosis habituales de las drogas indicadas en infusión continua.

8.3.1. Dosis de fármacos analgésicos, AINES y opiáceos por vía endovenosa adultos:

Fármaco	Dosis	Intervalo	Dosis máxima diaria
Metamizol	1 gr EV	Cada 6-8 horas	4 grs
Ketoprofeno	100 mgrs EV	Cada 8-12 hrs	300 mgrs
Paracetamol	1 gr EV	Cada 6 horas	4 grs
Ketorolaco	30 mgrs EV	Cada 6-8 horas	120 mgrs
Tramadol	100 mgrs	Cada 6-8 horas	400 mgrs

8.3.2. Dosis de fármacos de rescate parenteral o epidural en adultos:

Fármaco	Dosis
Metamizol	1 gr EV
Ketoprofeno	100 mgrs EV
Paracetamol	1 gr EV
Ketorolaco	30 mgrs EV
Morfina *	2-3 mgrs EV
Metadona **	3-10 mgrs IM/EV
Infusión epidural de bupivacaína 0,1% con o sin fentanyl	Bolo de 5-15 ml

*Considerar su uso en unidades monitorizadas o en condiciones de vigilancia clínica adecuadas.

** Intervalo de 8- 12 horas, no administrar por más de 24 horas en dolor agudo postoperatorio por riesgo de acumulación ni administrar junto a opiáceos neuroaxiales.



8.3.3. Dosis de fármacos en infusión continúa endovenosa o epidural en adultos:

Fármaco	Dilución	Dosis
Metamizol	4 grs/250 ml suero fisiológico	10-12 ml/hora, IV
Ketoprofeno	300 mgrs/250 ml suero fisiológico	10-12 ml/hora, IV
Bupivacaína 0,1%+fentanyl 2 ug/ml	Bupivacaína 0,5% 250 mgrs+500ug fentanyl+190 ml suero fisiológico	3-10 ml/hora peridural

8.3.4. Dosis de fármacos analgésicos, AINES y opiáceos orales en adultos:

Fármaco	Dosis	Intervalo	Dosis máxima diaria
Metamizol	300 mgrs-600 mgrs	Cada 6-8 horas	2400 mgrs
Ketoprofeno	50-100 mgrs	Cada 8-12 horas	300 mgrs
Paracetamol	500mgrs-1 gr	Cada 6-8 horas	4 grs
Diclofenaco	25-50 mgrs	Cada 6-8 horas	200 mgrs
Ketorolaco	10 mgrs	Cada 8 horas	30 mgrs
Celecoxib	200 mgrs	Cada 12 horas	400 mgrs
Tramadol	50-100 mgrs	Cada 6-8 horas	400 mgrs

8.3.5. Dosis de fármacos analgésicos en pediatría:

Fármaco	Dosis	Intervalo
Paracetamol	10-15 mgrs/kg/dosis EV, oral o rectal	Cada 6-4 horas
Metamizol	25 mgrs/kg/dosis EV o rectal	Cada 6-8 horas
Ketoprofeno	0,5-2 mgr/kg/dosis EV	Cada 8 horas
Ibuprofeno	5-10 mgrs/kg/dosis oral	Cada 6-8 hrs
Morfina*	0,025-0,1 mgr/kg/dosis EV	Bolo rescate
Fentanyl*	0,5-1 mgr/kg EV	Bolo rescate

* considerar su uso en unidades monitorizadas o en condiciones de vigilancia clínica adecuadas.



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Guías prácticas para el manejo del dolor agudo. Sociedad chilena de anestesiología de Chile. Año 2003.
- Recomendaciones para el manejo del dolor agudo postoperatorio en adultos. Revista chilena de anestesia. Año 2010.
- El dolor postoperatorio: pasado, presente y futuro. Revista chilena de anestesia. Año 2010.
- Protocolo de evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Año 2015.

10. EVALUACION:

RESPONSABLE:

- Enfermera supervisora de pabellón, enfermera / matrona de los servicios clínicos, serán responsables del cumplimiento de la evaluación, registro en las pautas de cotejo e ingreso del indicador al SISQ.

METODOLOGIA:

- Prevalencia, se aleatorizará un día hábil a evaluar en el mes.
- Se considerará para la evaluación los pacientes hasta 48 horas postoperados de los puntos verificación: pabellón (recuperación), hospitalizados en los servicios clínicos de: cirugía adulto, traumatología adulto, traumatología infantil, obstetricia y ginecología. Se evaluarán los registros clínicos y de enfermería en la unidad o servicio donde se encuentre el paciente.
- El registro de la evaluación se hará en la pauta de cotejo adjunta (anexo 1)
- Se considerará cumplimiento el registro de los siguientes datos: evaluación EVA según protocolo y registro indicación médica de analgesia.

Tipo de Indicador: Indicador basado en proporciones.

Tamaño muestra: Todos los pacientes post operados de las especialidades definidas en el protocolo y los que se encuentren en la sala de recuperación postanestésica el día aleatorizado del trimestre.

- **PERIODICIDAD:** mensual.



11. INDICADOR:

FORMULACION DEL INDICADOR	
Nombre del Indicador	% de cumplimiento de la evaluación del dolor agudo e indicación médica de analgesia en los pacientes post operados.
Justificación	Este indicador evalúa el cumplimiento del proceso de evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio de acuerdo a un protocolo estandarizado basado en criterios consensuados en el Hospital Regional de Coyhaique. Esto contribuye a otorgar procesos asistenciales más seguros y de mejor calidad en la atención de salud.
Dimensión	Calidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes post operados que cuentan con registro de evaluación EVA y registro de indicación médica de analgesia post operatorio}}{\text{Nº total de pacientes post operados en el día evaluado}} \times 100$
Población	Pacientes post operados: <ul style="list-style-type: none">○ Pabellón quirúrgico (recuperación).○ Cirugía adulto.○ Cirugías traumatología adulto – traumatologías pediátricas.○ Obstetricia y ginecología
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Ficha clínica. Hoja de enfermería. Protocolo anestésico
Umbral de cumplimiento	≥85%
Periodicidad	Mensual
Responsables	Jefe de anestesia Enfermera y/o matrona supervisora de unidades o servicios clínicos en los que se encuentren los pacientes que define el protocolo



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

12. ANEXOS:

PAUTA DE SUPERVISIÓN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Servicio: _____ Fecha: _____

Supervisor: _____ Período supervisado: _____

Nº	Ficha del paciente	Se constata registro de la evaluación del dolor mediante el EVA según protocolo		Se constata registro indicación médica de analgesia en ficha clínica		Cumple	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
TOTAL							

Observaciones:

% Cumplimiento: