



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

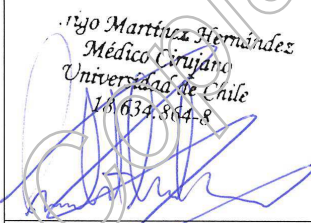
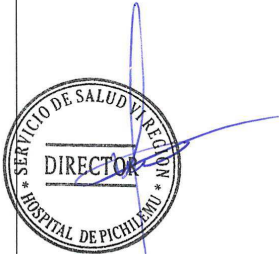
Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 1 de 9

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre: Rodrigo Martínez Hernández	Nombre: Francisca Jorquera Urzúa	Nombre: Francisco Roa Salas
Cargo: Médico	Cargo: Enfermera	Cargo: Director
Unidad o Sección: Servicio de Hospitalización indiferenciada	Unidad o Sección: Comité de Calidad y Seguridad del Paciente	Unidad o Sección: Dirección
Firma:  Rodrigo Martínez Hernández Médico Cirujano Universidad de Chile 18.634.864-8	Firma:  Francisca Jorquera Urzúa 16.542.738-6 Enfermera	Firma:  
Fecha: 26 noviembre 2019<	Fecha: 06 diciembre 20219	Fecha: 31 diciembre 2019



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 2 de 9

1.- INTRODUCCION:

El dolor se considera una complicación post-quirúrgica. Se presenta en todos los pacientes, por lo que se debe incorporar su medición como un 5° signo vital. El 40% a 80% lo refiere como moderado a severo y existe un 24% de pacientes en que no es posible manejarlo.

El Hospital de Pichilemu no cuenta con un servicio de Cirugía Mayor, sin embargo es centro de contra referencia de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas no complejas en otros Centros Asistenciales.

El dolor agudo post quirúrgico, para efectos de este protocolo, se considera como aquel derivado directamente de un procedimiento quirúrgico o anestésico, durante las 72 horas posteriores a la intervención.

2.- OBJETIVOS:

- Evaluación y manejo el dolor agudo en pacientes adultos post-operados. Enfoque principal en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en áreas Cirugía, Traumatología y Ginecología-Obstetricia.
- Estandarizar técnicas farmacológicas para el manejo oportuno y adecuado del dolor agudo post operatorio.
- Lograr EVA menor a 5.
- Evitar los efectos adversos del manejo del dolor agudo.

3.- ALCANCE:

Todo el equipo de salud que cumple funciones clínicas en el servicio de Hospitalización indiferenciada, que otorga cuidados a todos los pacientes que requieran Manejo del dolor agudo.

4.- RESPONSABLES:

APLICACIÓN: Médico tratante, Enfermeras(os), Matrones(as), TENS.

- **Médico Tratante:** A cargo de la analgesia post operatoria mediata (paciente referido a Hospital de Pichilemu en su período de convalecencia post quirúrgica) Realizar manejo de analgesia, con indicación, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser dado de alta a su domicilio o referido nuevamente a Hospital donde fue practicada la cirugía.
- **Enfermera(o) o matrón(a):** Aplicación y/o supervisión de EVA, administración y control de medicamentos analgésicos indicados, comunicar al médico que corresponda (médico tratante o médico 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.
- **Médico Residente:** en horario no hábil, el médico de turno será el encargado de realizar el manejo analgésico.



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 3 de 9

- **TENS:** Aplicación de EVA y Administración de medicamentos delegado por Enfermera(o) o Matró(n)a. Informar oportunamente a enfermera(o) o matró(n)a los EVA > 4

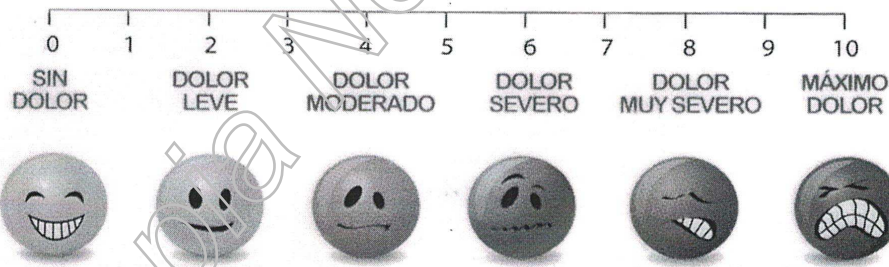
5.- DEFINICIONES:

- **EVA:** Escala Visual Análoga
- **AINES:** Antiinflamatorios No Esteroidales
- **VO:** Vía Oral
- **EV:** Endovenoso
- **IM:** Intramuscular
- **BIC:** Bomba de infusión continua

6.- EVALUACION DEL DOLOR:

Se recomienda utilizar la escala visual análoga (EVA), preguntando ¿Cuánto dolor siente usted en una escala del 1 al 10?

EVALUACIÓN	DESCRIPCIÓN
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.
2-1	No hay dolor



En el caso de tener pacientes con EVA mayor a 4, se avisará al Médico Residente, el cual deberá tomar la decisión de escalar en la analgesia según las recomendaciones de la guía y el contexto clínico individualizado de cada paciente. Posteriormente se reevaluará a los 30 minutos de administrada la analgesia, utilizando la escala de EVA. En caso de tener un valor mayor a 4 se procederá a escalar nuevamente en analgesia con la posterior reevaluación. En caso de tener EVA igual o menor a 4 se procederá a reevaluar el dolor junto a los signos vitales según indicación médica, sin cambios en la analgesia (salvo que el médico tratante decida gradualmente titular los analgésicos a la baja)



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 4 de 9

6.- MANEJO DEL DOLOR:

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

ANALGESIA ENDOVENOSA Y ORAL NO OPIACEA

FÁRMACOS

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. **Ketoprofeno:** 100 mg c/8 ev; 100 MG C/12 vo.
3. **Metamizol:** 1-2 gr c/6-8 ev; 300mg a 600mg c/6-8 via oral, recordar hipotensión asociada a administración ev, no usar en riesgo de agranulocitosis (quimioterapia).
4. **Diclofenaco:** 75 mg c/12 im o 50 mg c/6-8 horas vo. (precaución antecedentes de sangrado y alteración de la función renal)
5. **Paracetamol:** 1 gr c/6-8 vo

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.

1. Por ejemplo: Ketorolaco 30 mg c/8 hrs ev en un horario de 8 am, 16 hrs y 24 hrs además de esto, se agrega Paracetamol 1 gr c/8 vo a un horario de 12pm, 20pm y 4 am.

Uso en infusión continua: se refiere al uso de AINEs endovenoso en suero fisiológico administrados de forma continua, ya sea por goteo o mediante BIC. Otorga una mayor analgesia que la misma dosis de AINEs administrada de forma intermitente.

ANALGESIA ENDOVENOSA Y ORAL CON OPIACEOS (Segunda línea, Uso en EVA >4)

Si a pesar de dosis óptima de AINES endovenosos o el paciente tiene contraindicación de AINES y refiere **EVA de reposo mayor a 4** se debe iniciar el uso de opiáceos. Estos constituyen las drogas más útiles en el manejo del dolor moderado a severo.

Algunas de sus características son:

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

Es debido al riesgo principalmente de depresión respiratoria es que su uso se recomienda bajo monitorización frecuente de signos vitales. Al ser este un hospital de baja complejidad,



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 5 de 9

con sala de hospitalización indiferenciada básica, se establecerá como condición para su uso paciente vigil, conciente, orientado temporo-espacialmente y sin signos de infección respiratoria baja ni Limitación Crónica del Flujo aéreo (LCFA) moderado o severa ni dependiente de oxígeno.

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, así como suspensión transitoria del tratamiento con opiáceo.

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

FÁRMACOS

1. **Tramadol:** uso vo como rescate, máximo 300 mg en 24 hrs, 20-40 gotas c/8.
2. **Morfina:**
 - a. 2-3 mg c/10-15 minutos
 - b. En infusión continua Suero Fisiológico 0.9% 250-500 cc 10-20 mg para 24 horas
 - c. Alternativa administración subcutánea por horario.
3. **Petidina:** 50 a 100 mg EV c/4-6 horas según respuesta del paciente

TRATAMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS A LA ADMINISTRACION DE OPIOIDES

- **Náuseas y vómitos:**
 - Ondansetron 4-8 mg ev.
 - Metoclopramida 10 mg ev.
 - Dexametasona 4-8 mg ev.
- **Prurito:**
 - Naloxona 2 – 5 ug/kg ev.
- **Depresión respiratoria:**
 - Naloxona 30 ug ev. (entre 2-5 ug/kg c/5 min)
 - Oxígeno
 - Apoyar la ventilación
- **Retención urinaria:** Medidas físicas, sondeo vesical.
- **Constipación aguda:** Lactulosa 5 a 10 cc inicialmente (titular según necesidad a dosis mayores) vo c/24-12-8 horas



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

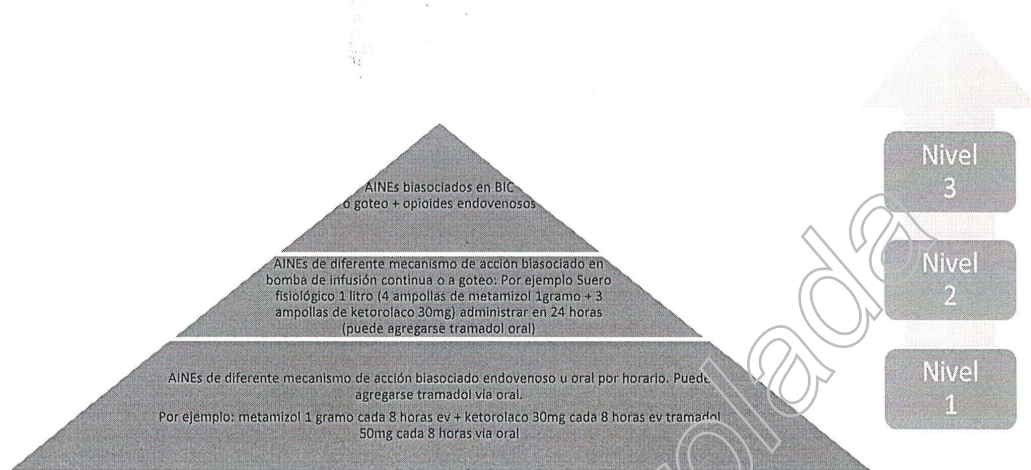
Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 6 de 9

FLUJOGRAMA SUGERIDO





PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 7 de 9

7.-INDICADOR

INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de aplicación de protocolo de manejo del dolor agudo post operatorio Cirugía Adulto, Traumatología y Obstetricia y Ginecología
TIPO DE INDICADOR	Proceso
FORMULA	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes post - operados con EVA} > 4 \text{ tratados según protocolo por servicio}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes post-operados con EVA} > 4} \right) \text{ por servicio} \times 100$
FUENTE DE INFORMACION	Fuente primaria: Observación directa del procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo Fuente secundaria: Pautas de cotejo.
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	>80 %
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Semestral
RESPONSABLE MEDICIÓN	Enfermera de Hospitalización indiferenciada Matrón (a) Hospitalización Indiferenciada
METODOLOGÍA	Se aplicarán las pautas según oportunidad debido a la baja cantidad de pacientes post operados que son derivados a nuestro establecimiento. Se evaluará la totalidad de los días que se encuentre el paciente en el servicio.

8.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- Protocolo manejo del dolor agudo postoperatorio Dr. Mauricio Heyermann Torres de Angol. 2012.
- Evaluación y Manejo del Dolor Agudo Post-operatorio en Adultos HRR. 2019
- Protocolo de evaluación y manejo del dolor agudo, Hospital de Pichilemu 2015
- Postoperative pain control, Surg Clin N Am 95 (2015) 301–318

9.- DISTRIBUCIÓN:

- Servicio de Hospitalización indiferenciada (Cirugía Adulto, Traumatología, Obstetricia y Ginecología)



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: HP-CSP-GCL 1.3

Versión: 2

Fecha Elaboración: 31 diciembre 2019

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 8 de 9

10.- REGISTROS DE CAMBIOS:

Revisión	Cambios	Realizado por
31/12/2019	Cambio de versión de 1 a 2 Se cambia frecuencia de evaluación de EVA. Se cambia flujograma de acciones al evaluar EVA Se actualizan recomendaciones sobre arsenal terapéutico. Se actualiza escalones en el manejo analgésico recomendado.	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente



Versión: 2

Fecha Vigencia: 31 diciembre 2024

Página 9 de 9

PAUTA DE EVALUACIÓN DEL MANEJO DE DOLOR HOSPITAL DE PICHILEMU

[illegible]