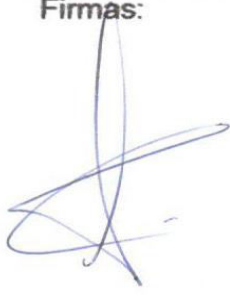







**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y  
MANEJO DEL DOLOR AGUDO**

Código: GCL 1.3  
Edición: Tercera  
Fecha elaboración:  
abril 2022  
Vigencia: abril 2027  
Página 1 de 20

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN  
Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO**

| Elaborado por:   | Revisado por:  | Aprobado por:  |
|--|--|--|
| <b>Dr. Carlos Delgado</b><br>Médico anestesista Servicio<br>Pabellón                           | <b>MT. Carolina Quinteros Torrent</b><br>Klga. Carolina Pizarro Diaz<br>Oficina de Calidad y Seguridad del<br>Paciente<br><b>Dr. Alvaro Gualda Munita</b><br>Director Médico | <b>Ricardo Alvear Leal</b><br>Director General   |
| Firmas:<br> | Firmas:<br>  | Firma:<br><br> |
| Fecha de aprobación  | 19/04/ 2022  |  |

Oficina de Calidad  
y Seguridad  
Hospital San Francisco Pucón



HOSPITAL CLÍNICO  
SAN FRANCISCO·PUCÓN

## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: GCL 1.3

Edición: Tercera


Fecha elaboración:  
abril 2022

Vigencia: abril 2027

Página 2 de 20

### INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3. ALCANCE .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>4. RESPONSABLES .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>4.1 DE LA EJECUCIÓN.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>4.2 DE LA SUPERVISION .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA .....</b>                                  | <b>6</b>  |
| <b>6. DEFINICIONES.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>7. DESARROLLO .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>7.1 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR .....</b>                                  | <b>7</b>  |
| <b>7.2 EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO .....</b>                | <b>8</b>  |
| <b>7.3 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR AGUDO .....</b> | <b>10</b> |
| <b>EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PABELLÓN - RECUPERACIÓN .....</b>     | <b>10</b> |
| <b>EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE EN SALA.....</b>            | <b>11</b> |
| <b>7.4 CONSIDERACIONES .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>7.5 MANEJO DE PACIENTE CON CATÉTER PERIDURAL PARA ANALGESIA .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>7.6 CONSIDERACIONES EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS .....</b>      | <b>13</b> |
| <b>7.7 MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS.....</b>               | <b>14</b> |
| <b>8. DISTRIBUCIÓN .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>9. REGISTROS.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>10. CONTROL DE CAMBIOS.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>11. ANEXOS.....</b>  | <b>16</b> |

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <p><b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b></p> | Código: GCL 1.3                  |
|   |  | Edición: Tercera                 |
|   |  | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |  | Vigencia: abril 2027             |
|   |  | Página 3 de 20                   |

## 1. INTRODUCCIÓN

El dolor agudo es un mecanismo de alarma fisiológica del organismo para limitar el daño, cumpliendo por tanto una función biológica. Existe una gama amplia de dolor: agudo, quirúrgico y no quirúrgico, a la cual nos debemos enfrentar y manejar. Se podría decir que el más frecuente e importante es el post quirúrgico, constituyéndose en nocivo para el organismo ya que, desencadena una serie de respuestas cardio-respiratorias, endocrino-metabólicas y psicológicas que van a provocar un incremento de la morbilidad postoperatoria.

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° signo vital.

Se debe tener en cuenta que la forma como cada individuo percibe y reacciona frente al dolor no depende netamente del proceso biológico, debido a que se le suman diversos factores psicológicos y del entorno, los cuales influyen el manejo que cada paciente requiere, convirtiéndolo en una experiencia individual. Si el dolor es controlado en el período postoperatorio temprano, los pacientes pueden estar en capacidad de participar activamente en la rehabilitación postoperatoria, lo cual puede mejorar la recuperación a corto y largo plazo.


## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL:

Estandarizar la evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica entregando acciones de salud oportunas y seguras.

### 2.2 ESPECÍFICOS:

- Definir una escala de evaluación de dolor a utilizar según tipo de pacientes
- Mejorar la evaluación sistémica del dolor en la unidad de recuperación y servicios de hospitalización.
- Reducir el tiempo de estadía de pacientes con dolor
- Disminuir efectos adversos atribuibles al uso de analgesia
- Definir responsabilidades y registros asociados en las diferentes etapas del proceso de evaluación y manejo del dolor en los pacientes.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 4 de 20                   |

### 3. ALCANCE

- **Ámbito de la aplicación:** A todos los médicos, enfermeras(os), matronas(es) y TENS que brindan a atención clínica a pacientes.
- **Alcance de la aplicación:** A todos los pacientes post-operados en el servicio de Recuperación, donde realiza el post- operatorio inmediato y a todas las unidades donde se realice post-operatorio mediato de pacientes intervenidos quirúrgicamente.

### 4. RESPONSABLES

#### 4.1 DE LA EJECUCIÓN

**Director y Sub Director Médico:** Son responsables de:

- ✓ Conocer, aprobar y proveer las mejores condiciones, tanto de Recursos humanos como de insumos e infraestructura para cumplir el presente protocolo.

**Anestesiólogos tratantes:** Son responsables de:

- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Planificar la analgesia peri operatoria.
- ✓ Iniciar el tratamiento analgésico indicado.
- ✓ Administración y manejo de la analgesia.
- ✓ Evaluar pacientes preoperatorios y postoperatorios que se mantienen en recuperación.
- ✓ Indicar el egreso desde la recuperación
- ✓ Evaluar la efectividad analgésica y manejo de complicaciones o efectos secundarios.

**Médico tratante:** Es responsable de:


- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Evaluar y definir el manejo del dolor de pacientes a su cargo
- ✓ Evaluación y manejo de efectos secundarios derivados del tratamiento analgésico.

**Médico jefe de Pabellón:** Es responsable de:

- ✓ Difundir el protocolo y capacitar al equipo de Pabellón

**Enfermera de recuperación:** Es responsable de:

- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Evaluar intensidad de dolor en forma periódica según procedimiento definido

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 5 de 20                   |

- ✓ Administrar la analgesia directa, en infusión o la de rescate en el postoperatorio inmediato según indicación médica y cuando corresponda.
- ✓ Notificar al médico anestesista la alteración de signos vitales u otros eventos desencadenados de la administración de analgésicos en el postoperatorio inmediato.
- ✓ Registrar en hoja de enfermería de recuperación la evaluación del dolor y signos vitales.

**TENS de recuperación:** Es responsable de:


- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Evaluar intensidad de dolor en forma periódica según procedimiento definido
- ✓ Administrar la analgesia directa o en infusión en el postoperatorio inmediato según indicación médica y de rescate indicada en función delegada.
- ✓ Notificar al anestesista y/o Enfermera la alteración de signos vitales u otros eventos desencadenados de la administración de analgésicos en el postoperatorio inmediato.
- ✓ Realizar registros de las acciones delegadas

**Enfermera/Matrona de servicios de hospitalización:** Son responsables de:

- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Evaluación periódica del dolor del paciente y registro de la administración de analgesia indicada.
- ✓ Informar al médico tratante o de turno la necesidad de analgesia de rescate o cualquier alteración en la evolución del paciente.
- ✓ Preparar, administrar registrar cualquier medida farmacológica adicional implementada
- ✓ Preparar, administrar y manejar infusiones anestésicas que utilizan BIC.

**TENS en servicios de hospitalización:** Son responsables de:

- ✓ Conocer y ejecutar correctamente el protocolo.
- ✓ Evaluación periódica del dolor del paciente y registro de la administración de analgesia indicada.
- ✓ Informar a Enfermera/Matrona la necesidad de analgesia de rescate o cualquier alteración en la evolución del paciente.
- ✓ Preparar, administrar y manejar infusiones anestésicas en función delegada sin BIC.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 6 de 20                   |

## 4.2 DE LA SUPERVISION

**Enfermera Jefe de Pabellón- Recuperación y servicios de hospitalización:** Son responsables de

- ✓ Supervisar que la evaluación periódica del dolor del paciente y de la administración de analgesia indicada de los pacientes intervenidos se realice según protocolo.

**Médico Jefe de Pabellón:** Es responsable de:

- ✓ Conocer y velar por el cumplimiento del presente protocolo.

## 5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Practice guidelines for acute pain management in perioperative setting. Anesthesiology 2004; 100: 1573-81.
- Guías prácticas para el manejo del dolor agudo. Sociedad Anestesiología de Chile, IASP. Capítulo Chileno. 2003.
- Dolor- Aspectos básicos y clínicos. Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile 2004.
- Cavallieri, S. Canepa P. Ricke C. Dolor Agudo Post-quirúrgico en Pediatría. Evaluación y Tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes- 2007; 18(3) 207 – 216.
- Pautas diagnósticas – terapéuticas para la práctica clínica. Dolor agudo postoperatorio (Publicadas por la asociación de sociedades Científicas medicas de Chile ASOCIMED). <http://www.asocimed.cl/>


## 6. DEFINICIONES

**Dolor:** es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionada con daño tisular real o potencial.

**Dolor Agudo:** experiencia desagradable y compleja con factores cognitivos y sensoriales que suceden como respuesta a un trauma tisular, se presenta en un periodo de tiempo y que su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer una vez que se produce la curación de la lesión que lo causó.

**Dolor agudo post-operatorio:** Según la **IASP** (International Association for the Study of Pain), el dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con una lesión tisular actual o potencial”. Es siempre subjetivo, cada individuo aprende de su propia experiencia, por lo mismo, es un síntoma que debe ser evaluado de manera adecuada. Debe ser medido a través de escalas.

**Analgésico antiinflamatorio no esterooidal (AINEs):** Grupo de fármacos con acción analgésica y antiinflamatorias usan para tratar dolor leve a moderado. Ej. Aspirina, Diclofenaco, Naproxeno, etc.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 7 de 20                   |

**Analgesia de rescate:** refuerzo analgésico, cuando la analgesia con que el paciente sale desde pabellón, es insuficiente.

**Anestesia peridural:** técnica donde se introduce el fármaco anestésico en el espacio peridural, ubicado previo a la duramadre, logrando bloqueo sensitivo y motor según la dosis de anestésico administrado.

**BIC:** Bomba de infusión continúa.

**Escalas de Dolor:** Instrumento utilizado para apreciar la intensidad del dolor que tiene en un momento determinado el paciente. Existen dos grandes grupos: Unidimensionales (La información es entregada por el paciente) y multidimensionales (Cuando el paciente no puede aportar datos se realiza evaluación clínica).

**EVA:** Corresponde a una escala validada que consiste en una línea recta, habitualmente de 10 cm de longitud, con las leyendas "sin dolor" y "dolor máximo" en cada extremo. El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros desde el punto cero (sin dolor), puede ser aplicada tanto a pacientes adultos como pediátricos que colaboren.

**AL:** Anestésicos locales

**EV:** endovenoso

**VR:** Vía rectal

**VO:** vía oral

**IM:** intramuscular

**SOS:** Según necesidad.

**TENS:** Técnico de Enfermería nivel superior

**IASP:** Asociación internacional para el estudio del dolor.


## 7. DESARROLLO

### 7.1 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

El dolor puede clasificarse según el tiempo de duración, la intensidad y el mecanismo fisiopatológico que lo desencadene. Según el tiempo de duración la IASP se clasifica el dolor en:

**-Agudo:** Duración menor a 12 semanas (3 meses), este maneja un sistema de alerta a diferencia del dolor crónico.

**-Crónico:** Durante 12 semanas (tres meses) o más.

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <p><b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b></p> | Código: GCL 1.3                  |
|   |  | Edición: Tercera                 |
|   |  | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |  | Vigencia: abril 2027             |
|   |  | Página 8 de 20                   |

## 7.2 EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

- La evaluación de la intensidad del dolor debe realizarse de forma periódica y sistemática.
- Se utilizará una escala validada dependiendo de la edad del paciente.
- Las escalas a utilizar serán:
  - EVA en adultos y niños de 8 o más años, colaboradores.
  - Escala de caras revisadas o Wong-Baker niños de 3 a 7 años colaboradores.
  - Escala de FLACC, evaluación del dolor en pacientes pediátricos de 0-4 años, niños no colaboradores, analfabetos, ó pacientes que no comprenden escalas numéricas.

**ESCALA EVA:** La Escala numerada de EVA se utilizará de la siguiente manera:



Se solicitará al paciente “poner nota a su dolor”, desde “cero” que representa la ausencia de dolor, a “diez” que es el dolor máximo insoportable.

**ESCALA DE FLACC:** (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) que valora la cara, el movimiento de las piernas, la actividad, cuándo llora y si se puede consolar.



**Escala de Flacc (niños de 0-4 años y niños no colaboradores)**

|                              | 0                                 | 1  | 2                          |
|------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------|
| <b>Cara</b>                  | Cara relajada<br>Expresión neutra | Arruga la nariz                                    | Mandíbula tensa            |
| <b>Piernas</b>               | Relajadas                         | Inquietas  | Golpea con los pies        |
| <b>Actividad</b>             | Acostado y quieto                 | Se dobla sobre el abdomen encogiéndose las piernas | Rígido                     |
| <b>Llanto</b>                | No llora                          | Se queja, gime                                     | Llanto fuerte              |
| <b>Capacidad de consuelo</b> | Satisfecho                        | Puede distraerse                                   | Dificultad para consolarlo |

0: no dolor,1-2: dolor leve,3-5: dolor moderado,6-8: dolor intenso


9-10: máximo dolor imaginable

**ESCALA DE CARAS REVISADA (WONG-BAKER):** Esta escala muestra dibujos de expresiones faciales cada uno con un valor numérico; es una medida proporcionada por el paciente para valorar la intensidad del dolor, ha sido revisada de la original con 7 caras, a 6 caras, para hacerla compatible con el resto de escalas observacionales.

**Escala de Wong-Baker (niños de 3 a 7 años colaboradores)**



0: no dolor; 2: dolor leve; 4-6: dolor moderado;  
8: dolor intenso; 10: máximo dolor imaginable


|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <p><b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b></p> | Código: GCL 1.3                  |
|   |  | Edición: Tercera                 |
|   |  | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |  | Vigencia: abril 2027             |
|   |  | Página 10 de 20                  |

### 7.3 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR AGUDO

- Una vez identificada la condición inicial del paciente, post cirugía, en la recuperación se debe realizar evaluación periódica del dolor para conocer su intensidad, efectividad del tratamiento y evolución del paciente, así como en el sector de hospitalización.
- En los casos en que se administre tratamiento farmacológico se deberá contemplar evaluación post-intervención y seguimiento del dolor, mediante la evaluación de una escala y su registro.
- En los casos en que el dolor no remita y sea permanentemente evaluado como dolor moderado o alto, pese a realizar manejo de acuerdo a protocolo, el equipo tratante del paciente informará al Anestesiista, al médico tratante o de turno para manejo avanzado del dolor, según corresponda al momento que el paciente lo presente.

### EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PABELLÓN – RECUPERACIÓN


- Al ingreso a recuperación la enfermera/TENS de recuperación revisará la indicación analgésica, estableciendo horarios de administración e instalando bombas de infusión analgésicas si éstas están indicadas.
- Se continuará en el post operatorio con indicación analgésica, aunque el paciente no presente dolor.
- Se realizarán al menos 4 controles de EVA en recuperación. Un primer control al ingresar a recuperación y los siguientes controles cada 15 minutos sucesivamente.
- En cirugías menores se realizarán al menos 2 controles de EVA (1° control: al ingresar a recuperación; 2°Control: a los 15 minutos).
- En CMA se realizarán al menos 6 controles de EVA previo alta domiciliaria. (Se realizarán los primeros 4 controles cada 15 minutos, los 2 restantes cada 30 minutos).
- En caso de dolor, determinar:
  - a) Si el dolor no es concordante con zona quirúrgica, se deberá avisar al médico tratante.
  - b) Si el dolor es concordante con sitio quirúrgico, manejar el dolor según la medición de EVA y analgesia indicada.
- En caso de EVA  $\geq 4$  en reposo, administrar fármacos o analgésicos de rescate si están indicados.
- Si los fármacos de rescate no están indicados, se debe dar aviso al anestesiista para la indicación, dejando el médico su registro en ficha clínica.

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <p><b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b></p> | Código: GCL 1.3                  |
|   |  | Edición: Tercera                 |
|   |  | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |  | Vigencia: abril 2027             |
|   |  | Página 11 de 20                  |

- Para trasladar al paciente a sala (egreso de recuperación) éste debe tener un EVA  $\leq 4$  en reposo.
- El traslado de los pacientes a sala lo realiza personal TENS del área de hospitalización.
- Al momento del traslado a sala, Enfermera o TENS delegado de recuperación debe entregar al paciente informando la cirugía realizada, evolución y último valor de medición de EVA, así como la analgesia indicada junto a la de rescate (SOS).
- Si por algún motivo es necesario trasladar al paciente a sala pese a que la medición de EVA indica un valor EVA igual o  $>$  a 4, esta acción deberá ser autorizada y registrada por el anestesista en la hoja de enfermería de pabellón o en la ficha clínica del paciente.
- En caso de CMA, las indicaciones de analgesia en domicilio las entrega el médico/enfermera al paciente y acompañante a través, de la entrega de una copia de la epicrisis correspondiente, además de realizar educación de signos de alarma.
- Las indicaciones de analgesia post operatoria para las próximas 24 horas estarán a cargo del Anestesiólogo responsable de la cirugía. Médicos tratantes también pueden indicar medidas analgésicas.
- 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 el mismo anestesista y/o médico cirujano tratante).

### **EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE EN SALA**

- La enfermera/matrona de hospitalización deberá corroborar la continuidad de las indicaciones analgésicas iniciadas en recuperación y realizar evaluación del dolor mediante escala EVA, pudiendo ser delegada esta última actividad al TENS del servicio.
- La frecuencia establecida de controles de evaluación de dolor en el paciente, **será al menos:**
  - Para cirugías mayores Generales (\*): 3 controles de EVA después del egreso de recuperación (1° Control: al llegar a sala; 2° Control a la hora; 3° Control a las 2 horas)
  - Para cirugías gineco- obstétricas: 3 controles de EVA después del egreso de recuperación (1° Control: al llegar a sala; 2° Control a la hora; 3° Control a las 2 horas)
  - Para cirugías traumatológicas: 3 controles de EVA después del egreso de recuperación (1° Control: al llegar a sala; 2° Control a la hora; 3° Control a las 2 horas)
  - Otros tipos de cirugías: 3 controles de EVA después del egreso de recuperación (1° Control: al llegar a sala; 2° Control a la hora; 3° Control a las 2 horas)

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 12 de 20                  |


- Luego de estos tres controle de EVA el siguiente se realizará en cada control de signo vital.

(\*) Cirugías Generales: colecistectomías, hernio plastias, safenectomias, aseos quirúrgicos, etc.

- Todos los controles de signos vitales y dolor están sujetos a la evolución del paciente y hallazgos en este periodo.
- En caso de EVA  $\geq 4$ , se administrará analgesia indicada o de rescate, constatando la disminución del dolor.
- En caso de infusiones analgésicas estas deben permanecer según indicación médica a la respuesta del paciente.
- Las infusiones analgésicas son responsabilidad de profesional enfermera /matrona, más aún tras la delegación e esta función.
- Son consideradas también como medidas de rescate analgésicas, el aumento de infusión por BIC o goteo.
- El responsable de la indicación de analgesia después del primer día de cirugía será el médico tratante.

#### 7.4 CONSIDERACIONES

- Privilegiar vía EV.
- Se evitará utilizar la vía IM.
- La vía SC se podrá utilizar para reemplazar infusiones de morfina, considerando las diferentes farmacodinamias.
- Dosis de Carga + infusión continua. Se deberá evitar el inicio de infusiones sin una carga previa de la droga.
- Se iniciará infusión analgésica preferentemente en Pabellón.
- En pacientes intervenidos de urgencia, la infusión podría ser preparada por el equipo de Recuperación.
- Complementar analgesia con dosis de rescate.
- Siempre se deberá indicar un plan de rescate para ser utilizado en la Recuperación de anestesia y/o en Sala de Hospitalización.
- No usar solo dosis de rescate.
- Todas las evaluaciones de dolor de los pacientes quedarán registradas en su Ficha clínica.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 13 de 20                  |

## 7.5 MANEJO DE PACIENTE CON CATÉTER PERIDURAL PARA ANALGESIA

- Estos serán manejados por el equipo de anestesiólogos, tanto en las indicaciones de infusión como en su retiro.
- Solo se utiliza anestesia peridural en algunas cirugías (histerectomías y plásticas) por criterio del anestesista en las fases intra operatoria y post en la recuperación. Al paciente se le retira el catéter en recuperación antes de volverá la sala después de la cirugía.
- El uso de analgesia vía peridural, siempre que sea necesario, deberá acompañarse de analgesia endovenosa con AINES o vía oral para optimizar el manejo del dolor.
- Debe registrarse en FC el uso de este tipo de analgesia.

## 7.6 CONSIDERACIONES EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS

**Pacientes mayores de 70 años:** presentan mayor susceptibilidad a efectos depresores opiáceos: disminuir dosis y monitorizar frecuencia respiratoria. Mayor susceptibilidad de hemorragia digestiva por uso de AINES, preferir uso de metamizol y paracetamol.

**Antecedentes de enfermedad ulcerosa gastrointestinal:** Evitar uso de AINES. Preferir manejo analgésico con Paracetamol, metamizol y opiáceos.


**Presencia de hepatopatía grave.** Evitar uso de paracetamol (dosis bajas son tóxicas en estos pacientes), evitar opiáceos como Morfina. Preferir uso de Fentanyl bajo monitorización, en caso de alteración de la coagulación evitar uso de AINES.

**Pacientes en tratamiento anticoagulante oral:** Evitar fármacos con efecto antiagregante plaquetario para no aumentar riesgo de sangrado (ejemplo AINES). Preferir metamizol, paracetamol y opioides que no aumentan el riesgo de sangrado.

**Pacientes con Insuficiencia Renal:** Evitar uso de AINES.

- Fármaco analgésico no opioide de elección: paracetamol
- Uso de opioides: Tramadol: no exceder los 200 mg/día, Fentanyl: uso de BIC en unidades monitorizadas.

**Pacientes embarazadas:** Evitar AINES en pacientes con embarazo > 32 semanas por la posibilidad de favorecer el cierre del ductus arterioso.

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 14 de 20                  |

**En puérperas:** recomendación de tratamiento analgésico según lo que indique el médico tratante y/o matronas.

**Pacientes intervenidos quirúrgicamente en otros Establecimientos:** Generalmente ocurre con cirugías de urgencias y de no urgencias que no tienen resolución en este establecimiento. En cada control de signos vitales se deberá realizar un control de EVA, quedando registro en la hoja de enfermería respectiva. Se seguirán las indicaciones en hojas de derivación o del médico que realiza el ingreso.

## 7.7 MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS

**-Náuseas y vómitos:** Determinar circunstancias en las que se desencadenan: ingesta de alimentos, dolor, administración medicamentos. Si se relaciona a administración de medicamentos (ej: cefalosporinas, metronidazol, opioides): administrar lentamente en 20 minutos. Avisar a médico tratante o anestesiólogo.

**-Depresión respiratoria:** Producto del uso de opiáceos. Frecuencia respiratoria < 9 por minuto


- Avisar a anestesiólogo o médico tratante.
- Administrar O2 y manejo de la vía aérea según la gravedad clínica del paciente.
- Estimular físicamente al paciente en busca de respuesta.
- Revertir efecto de opioide con uso de naloxona: Diluir ampolla 0,4 mg a 10 ml de suero fisiológico 0.9%. Administrar bolos de 1 mL. (0,04 mg) hasta revertir depresión respiratoria.

**-Retención urinaria:**

- Presencia de globo vesical.
- Avisar a médico tratante o anestesiólogo: conducta activa mediante sondeo vesical intermitente o instalación sonda Foley permanente.

## 8. DISTRIBUCIÓN

- Servicio de Pabellón y Recuperación
- Servicios de Hospitalización
- Oficina de Calidad y seguridad del Paciente


|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 15 de 20                  |

## 9. REGISTROS

- Hoja de Enfermería de Pabellón (Anexo 4) y de enfermería Hospitalizados
- Ficha Clínica

## 10. CONTROL DE CAMBIOS

| Corrección | Fecha | Descripción de la Modificación  | Edición que se deja sin efecto |
|------------|-------|---|--------------------------------|
| 1          | 06/20 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de logo institucional, Cambio de personal de la oficina de calidad y seguridad del paciente y Cambio de Director General</li> <li>- Se agregan definiciones de dolor, anestesia peridural, BIC, escala de dolor y siglas y eliminan otras.</li> <li>- Se modifica y ordena el punto 7 de desarrollo pasando de 7.6 puntos a 7.7.</li> <li>- Se explicitan los mínimos en la evaluación y manejo.</li> <li>- SE agrega paciente de alta desde recuperación con EVA <math>\geq 4</math> autorizado por anestesista.</li> <li>- Se modifica el flujograma de evaluación y manejo de dolor Agudo.</li> <li>- Se elimina anexo pauta de evaluación y manejo del dolor agudo y actualiza flujograma.</li> </ul> | Primera                        |
| 2          | 04/22 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambia figura de elaboradores, revisores del documento y figura de Sub Director Médico.</li> <li>- Cambia introducción, objetivo general y se agregan objetivos específicos.</li> <li>- Cambio en las definiciones del documento.</li> <li>- Se agrega CMA, CX Traumatológica, evaluación y manejo en pacientes pediátricos, se actualizan imágenes dentro del documento.</li> <li>- Cambia concepto de alta del paciente desde recuperación por "egreso de recuperación".</li> <li>- Se agregan anexos 1 y actualizan los anteriores.</li> <li>- Cambian páginas de 16 a 21</li> </ul>  | Segunda                        |

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 16 de 20                  |

## 11. ANEXOS

### 11.1 ANEXO 1

| <b>Analgesia utilizada en el paciente adulto:</b> |   |
|---|---|
| Analgesia vía oral                                | -medicamentos analgésicos.<br>-medicamentos anti inflamatorios.   |
| Analgesia vía endovenosa                          | -analgésicos en administración horaria e infusión.<br>-antiinflamatorios en administración horaria e infusión.<br>-opioides en dosis bolo e infusión. |
| Analgesia vía epidural                            | -anestésicos locales en bolo y /o infusión horaria.<br>-opioides solos en bolo.   |


| <b>Analgesia utilizada en el paciente pediátricos</b> |  |
|---|--|
| Analgesia vía oral                                    | Ketoprofeno >15 años: Oral: 50 mg cada 6- 8 horas<br>Paracetamol: 15mg/kg Cada 8h  |
| Analgesia vía endovenosa                              | Paracetamol: 15mg/kg Cada 8h<br>Ketoprofeno: Niños >2 años-14 años: oral 0,5 mg/kg/6-8 horas.<br>Dosis máxima 2 mg/kg/día.<br>Metamizol 10 - 15 mg/kg/dosis cada 8 h<br>Fentanil: 1 a 2 mcg/kg |

**11.2 ANEXO 2:** Tabla de fármacos disponibles en arsenal farmacológico según vía de administración y dosis máxima.

#### Fármacos Vía Oral

| FARMACO                          | DOSIS         | INTERVALO     | DOSIS MAXIMA /DIA |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------------------|
| Paracetamol                      | 500mg- 1gr    | cada 6-8 hrs  | 4 gr              |
| Clonixinato de lisina (Nefersil) | 124 - 250 mg  | cada 8 hrs    | 750 mg            |
| Metamizol (Dipirona)             | 500 mg - 1 gr | cada 6-8 hrs  | 4 gr              |
| Ketoprofeno                      | 50 - 100mg    | 8-12 hrs      | 200mg             |
| Diclofenaco                      | 25-50 mg      | cada 6-8 hrs  | 200 mg            |
| Ketorolaco                       | 30 mg         | cada 8 hrs    | 90 mg             |
| Celecoxib (Celebra)              | 200 mg        | cada 12 hrs   | 400mg             |
| Tramadol                         | 50 -100mg     | cada 4 -8 hrs | 300 mg            |



|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO<br/>SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | <b>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y<br/>MANEJO DEL DOLOR AGUDO</b> | Código: GCL 1.3                  |
|   |   | Edición: Tercera                 |
|   |   | Fecha elaboración:<br>abril 2022 |
|   |   | Vigencia: abril 2027             |
|   |   | Página 17 de 20                  |

**Fármacos Vía Endovenosa:**

| FARMACO                          | DOSIS  | INTERVALO     | DOSIS MAXIMA / DIA |
|----------------------------------|--------|---------------|--------------------|
| Metamizol (Dipirona)             | 1 gr   | cada 8 hrs    | 4 gr               |
| Ketoprofeno                      | 100mg  | cada 8-12 hrs | 300 gr             |
| Diclofenaco                      | 75 mg  | cada 12 hrs   | 200 mg             |
| Ketorolaco                       | 30 mg  | cada 6-8 hrs  | 120 mg             |
| Paracetamol                      | 1 gr   | cada 8 hrs    | 4 gr               |
| Tramadol                         | 100 mg | cada 6 -8 hrs | 400mg              |
| Clonixinato de lisina (Nefersil) | 100mg  | cada 6-8 hrs  | 500 mg             |

**Fármacos en infusión continua (únicos o combinados) de uso habitual:**

**Infusión ketoprofeno + tramadol:** Ketoprofeno 300 mg + tramadol 300 mg en 250 ml suero fisiológico 0,9% 10-12 ml/hora.

**Infusión ketorolaco + tramadol:** Ketorolaco 90 mg + tramadol 300 mg en 250 ml suero fisiológico 0,9% a 10-12 ml/hora.

**Infusión ketoprofeno + metamizol+metoclopramida (cesáreas):** Ketoprofeno 300 mg + metamizol 3 gr +metoclopramida 10 mg en 250 ml suero fisiológico a 30 ml/hora

| Evaluación EVA | Tratamiento   |
|----------------|---|
| 5 a 10         | <p><u>AINE asociado a opioides</u> (indicación por tratante o cirujano de turno)</p> <p><u>Fentanilo</u> 50 ug ev. (máximo por día 3 bolos de 50 ug. ev directo)</p> <p><u>Morfina</u> 2-3 mg ev o 0,1 mg/kg sc. (con un máximo de 15 mg. por día)</p> <p>Importante asociar la evaluación del EVA a la observación clínica del paciente (<b>sudoración, taquicardia, hipertensión todo asociado a dolor</b>)</p> <p>Si no mejora o aumenta el dolor avisar a tratante o cirujano de turno y eventual evaluación por anestesista de turno.</p> <p>Evaluar traslado a unidad de mayor complejidad para manejo de dolor agudo con monitorización.</p> |
| 3 a 4          | AINE dosis mayor (EV)   |



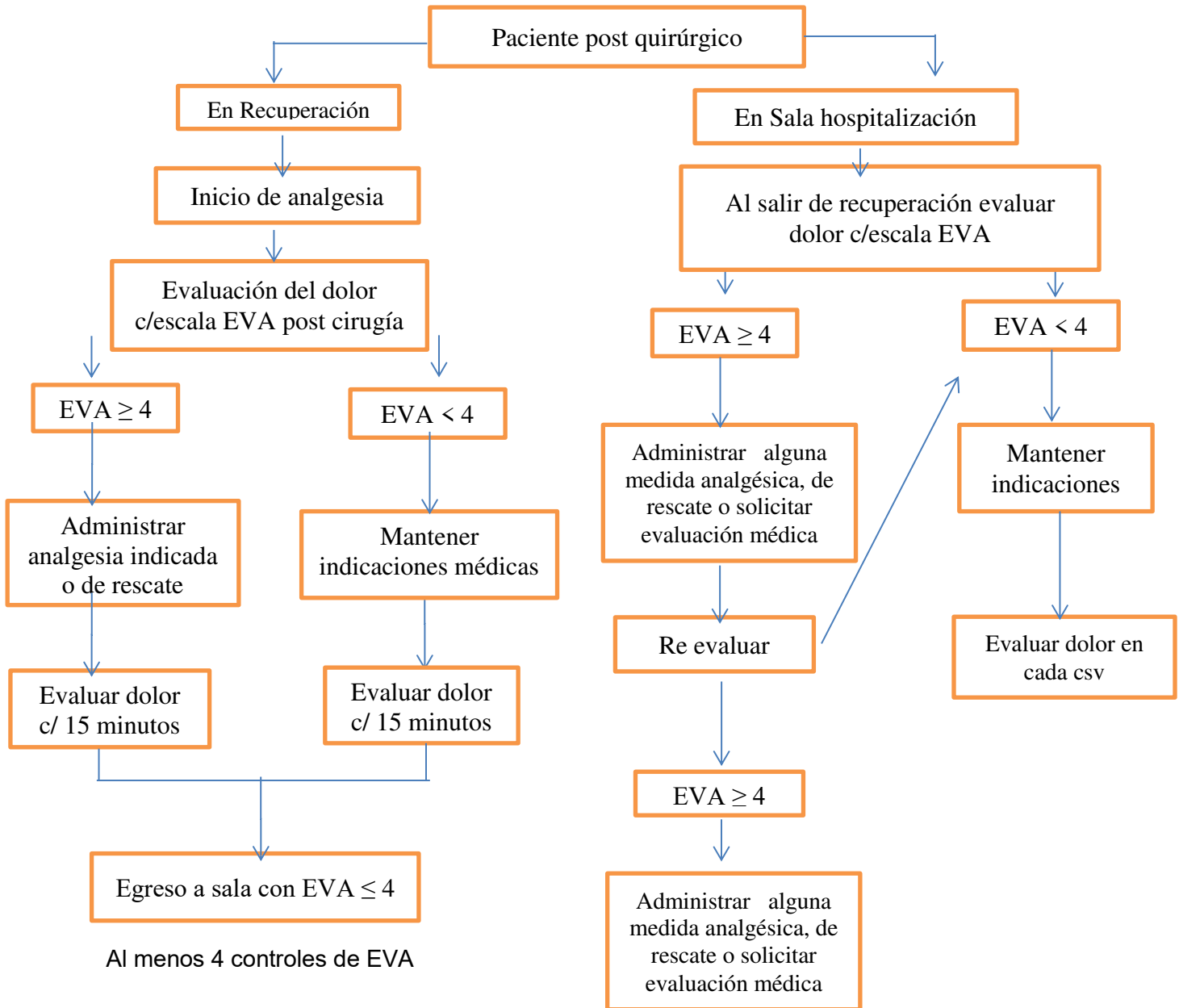
# PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: GCL 1.3  
Edición: Tercera  
Fecha elaboración: abril 2022  
Vigencia: abril 2027  
Página 18 de 20

0 a 2

AINE dosis baja SOS ( VO, IM O EV)

## 11.3ANEXO 3: Flujograma de valoración de EVA en paciente post quirúrgico





### PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO

Código: GCL 1.3

Edición: Tercera

Fecha elaboración:  
abril 2022

Vigencia: abril 2027

Página 19 de 20

#### 11.4 ANEXO 4: Hoja de enfermería de pabellón (hoja de recuperación) y en hoja de enfermería hospitalización

| HOJA DE ENFERMERIA DE PABELLON |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| TIEMPO                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PULSO                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRESION ART.                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E. V. A.                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FREC. RESPIRATORIA             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SP O <sub>2</sub>              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMP.                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| READY                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| INDICACIONES POST-OPERATORIAS |  | EGRESOS           | TOTAL | INGRESOS         | TOTAL |
|-------------------------------|--|-------------------|-------|------------------|-------|
| 1) REGIMEN                    |  | Diuresis          |       | Liquidos         |       |
| 2) REPOSO                     |  | S N G             |       | Sangre           |       |
|                               |  | Naúseas - Vómitos |       | Plasma           |       |
|                               |  | Drenaje           |       | S. Fisiológico   |       |
|                               |  | Aspirativo 1      |       | S. Glucosado 5%  |       |
|                               |  | Bloqueo Motor     |       | S. Glucosado 10% |       |
|                               |  |                   |       | S. Glucosado 20% |       |
|                               |  | Insensible        |       | S. Glucosalino   |       |
|                               |  | Deposiciones      |       | Alimentos        |       |
|                               |  | TOTAL             |       | TOTAL            |       |

|         |
|---------|
| BALANCE |
|---------|

