
 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 1 de 26
		Vigencia: Enero 2026

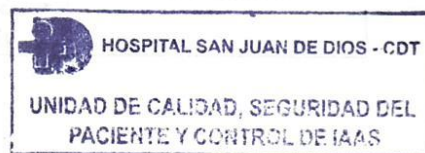
Aprobado	Revisado	Elaborado
Enero 2021	Noviembre 2020	Septiembre 2010
 <p>Dra. Midori Sawada T. Directora Hospital San Juan de Dios - CDT.</p>	<p>Dr. Juan Gaete C. Jefe Unidad de Anestesia</p> <p>PP Dra Belén Ochoa C. Anestesióloga</p> <p>PP Dra. Daniela Fuentealba M. Anestesióloga</p> <p>EU. Herminia Salinas. Enfermera Unidad de Dolor Agudo (UDA).</p> <p>EU. Miriam González B. Unidad de Calidad, Seguridad del Paciente y Control de IAAS.</p>	<p>Dra. Isabel Basten E. Anestesióloga.</p> <p>EU. Solange Hernández M. Subdirectora de Enfermería.</p> <p>EU. María Dolores Candia A. Jefa CR. Cuidado Pabellón.</p>
Rs. Exenta N° 00017 del 04 de Enero del 2021		


1. Objetivos:

- Estandarizar la evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes postoperados durante su hospitalización en la institución.
- Reducir la frecuencia de pacientes hospitalizados con dolor agudo no tratado o subtratado.
- Dar a conocer la existencia y funcionamiento de la Unidad de Dolor Agudo postoperatorio (UDA) dependiente de la Unidad de Anestesia

2. Alcance:

Dirigido a todos los médicos tratantes, médicos anestesiólogos, enfermeras de CR, CC y enfermeras/os y matronas/es clínicas en donde permanecen pacientes quirúrgicos dentro de nuestra institución, ya sea en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.




 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 2 de 26
		Vigencia: Enero 2026

Esto incluye las Salas de pacientes hospitalizados de Cirugía, Especialidades Quirúrgicas, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Unidades de paciente crítico y Pabellones. Su aplicación comienza antes del inicio de la cirugía, continua durante el intraoperatorio, posteriormente en la unidad de recuperación y finalmente en los Servicios señalados.

3. Responsabilidades:

Responsables	Actividades
Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y tratamiento del dolor agudo en pre, y postoperatorio Evaluación y manejo de efectos secundarios derivados del tratamiento analgésico Respecto a pacientes en control por UDA, mantener comunicación y coordinación con equipo de dolor
Anestesiólogos (as) tratantes, residentes y becados de Anestesia HSJD	<ul style="list-style-type: none"> Planificar e iniciar la analgesia perioperatoria. Evaluación del dolor en pacientes preoperatorios y postoperatorios que se mantienen en U. de Recuperación. Indicar el alta de U. de Recuperación con puntuación de dolor < a 4. En horario inhábil, hacerse cargo de la visita diaria y resolución de los requerimientos de los pacientes ingresados a UDA.
Médico Unidad de Anestesia a cargo de la visita diaria de UDA	<ul style="list-style-type: none"> En horario hábil, realizar la visita diaria en conjunto con la Enfermera de UDA. Evaluación de los pacientes respecto a la analgesia y sus eventuales complicaciones. Mantener comunicación y coordinación con médico tratante y/o enfermera/o matró/a del servicio.
Enfermera/o UDA	<ul style="list-style-type: none"> Visita diaria de pacientes ingresados a la UDA Reprogramación de bomba según indicación del anestesiólogo/a (BIC o PCA) Preparación de soluciones analgésicas Retiro de catéteres e infusiones según indicación médica Educación continua al paciente y personal de salud Mantener estadística mensual de los pacientes atendidos en la UDA. Ocuparse de la mantención de los equipos de PCA.
Enfermera/o Matrona/on Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar intensidad de dolor en forma periódica durante el post operatorio, cada 15 min durante la primera hora como 5° signo vital. Registrar Evaluación del dolor en Hoja de Enfermería, Ítem Recuperación. Administrar la analgesia de rescate indicada por el Anestesiólogo tratante en forma inmediata cuando corresponda (EVN > o =a 4). Solicitar la evaluación de un Anestesiólogo (a) si no existe adecuado control de dolor en los próximos 20 min. (Obj.: EVN reposo < a 4, EVN dinámico < 6).

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 3 de 26
		Vigencia: Enero 2026

Enfermeras y Matronas CR, CC ó Delegados de Calidad de servicios Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar cumplimiento del protocolo del personal a su cargo • Realizar pautas de supervisión a los pacientes intervenidos quirúrgicamente para dar cumplimiento con indicador y realizar mejoras continuas.
Enfermera/o ó Matrona/on de los diferentes Servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y ejecutar correctamente el protocolo. • Realizar evaluación del dolor y registrar como 5° signo vital. • Realizar visita matinal diaria a todos los pacientes de sala que permanecen en control del dolor e informar la condición clínica de cada paciente al momento de la visita del equipo UDA. • Avisar al Médico tratante y/o a UDA si existe algún requerimiento especial, sospecha de reacción adversa o complicación relacionada con la analgesia. • Cumplir con las indicaciones realizadas por el Médico tratante y el Anestesiólogo/a con respecto a la analgesia. • Contribuir al cuidado y seguimiento de las bombas PCA.
Técnicos Paramédicos	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a Enfermera/o ó Matrona/ón si el paciente presenta EVN en reposo > o = a 4 o alteraciones de cualquiera de sus signos vitales, en particular, frecuencia respiratoria < a 10 x min, Spo2 menor o igual a 93 % o sedación excesiva.


4. Definiciones:

4.1 Dolor: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. International Association for Study of Pain (IASP), 2020. Es siempre subjetivo, debe ser medido a través de escalas, en nuestro medio la más usada es la Escala Verbal Numérica (EVN) (validada como equivalente a EVA) en los adultos.

4.2 Dolor Agudo: Es aquel que dura menos de 3 meses.

4.3 Analgesia Multimodal: Combinación de diferentes analgésicos y técnicas que actúan por diferentes mecanismos en el SNC o periférico produciendo una acción sinérgica, con menores dosis totales de analgésicos y efectos colaterales.

4.4 Unidad de Dolor Agudo: Unidad clínica dependiente de la Unidad de Anestesia, conformada por los anestesiólogos funcionarios del hospital y por los médicos en formación de la especialidad de Anestesiología, cuenta con un cargo de enfermera jornada completa con dedicación exclusiva a ésta función. Su objetivo es controlar la adecuada analgesia postoperatoria de los pacientes ingresados a la Unidad.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 4 de 26
		Vigencia: Enero 2026

5. Desarrollo:

Desde el punto de vista fisiopatológico, el dolor agudo es una respuesta normal, generalmente auto limitada a estímulos nocivos. Tiene una función de protección biológica y es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos (Estimulo químico, mecánico o térmico), por una noxa.

El dolor persistente mal controlado puede activar permanentemente el sistema nociceptivo generando efectos indeseables a nivel físico (respiratorio, cardiovascular infeccioso, metabólico, gastrointestinal y psiquiátrico), debido a la activación de los sistemas endocrino, simpático e inmunológico, produciendo trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, etc. y también efectos a nivel psicológico.

Un adecuado manejo del dolor favorece la rehabilitación precoz del paciente, dado que: permite una movilización precoz, se disminuyen días de hospitalización y aumenta la satisfacción del paciente, ya que ésta va ligada a sus experiencias de dolor durante el ingreso hospitalario.

A nivel internacional se describe una incidencia mayor al 50% de dolor moderado o severo en los pacientes durante el período postoperatorio.


5.1 Factores que influyen en la intensidad del dolor postoperatorio:

- *Sitio de la cirugía:* Torácica, abdominal, cirugía extensa de columna, de articulaciones mayores, de huesos largos, etc.
- *Tiempo Quirúrgico:* A mayor tiempo operatorio mayor trauma y respuesta dolorosa e inflamatoria.
- *Tipo de incisión:* La proximidad al diafragma y músculos que participan en la mecánica respiratoria se asocia a mayor severidad del dolor postoperatorio.
- *Psicológicos y culturales:* Determinan el comportamiento diferente frente al mismo estímulo doloroso.
- *Historia de dolor crónico* (fibromialgia, osteoartritis, SDRC, dolor crónico post operatorio, etc.) o dolor agudo postoperatorio severo en cirugías anteriores.

5.2 Evaluación del Dolor Agudo:

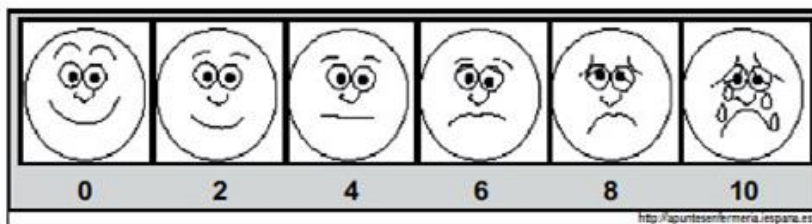
La evaluación de la intensidad del dolor se realiza mediante escalas validadas, se elegirá el instrumento a utilizar según las características de cada paciente.

Debe evaluarse también las características del dolor, como su carácter, ubicación, irradiación, asociación con otros síntomas, etc.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 5 de 26
		Vigencia: Enero 2026


Escalas de Dolor Unidimensional: Instrumento utilizado para apreciar la intensidad del dolor que tiene en un momento determinado el paciente. Las más usadas son la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Verbal Numérica (EVN).

- *Escala Visual Análoga (EVA):* 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.
- *Escala Verbal Numérica (EVN):* Consiste en solicitar al paciente evaluar su dolor en una escala del 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10 es el peor dolor imaginable, esta escala es la más utilizada en la práctica clínica en nuestro medio, tan validada como el EVA, se describe ventajas respecto a ésta en población geriátrica con agudeza visual disminuida.
- *Escala de categoría verbal:* Se utilizará cuando el paciente no sea capaz de comprender las escalas numéricas, se solicita al paciente evaluar su dolor en leve, moderado o severo.
- *Escala de autoevaluación de Caras de Wong-Baker:* Se utilizará en niños entre los 3 y los 7 años (incluso hasta los 12 años) (No validada en niños < 3 años)



En los niños mayores de 7 años se podrá utilizar la misma escala de autoevaluación que se usa en adultos

- *Escala de FLACC:* Se utilizara en los niños de 1 mes a 3 años o mayores que no puedan autoevaluarse. Se valora el dolor mediante la observación en la clínica de las reacciones del lenguaje corporal.
Esta escala es útil en la etapa pre verbal (< 3 años) y también en pacientes de otros grupos etarios que no sean capaces de evaluar y reportar su dolor. Valoran el dolor de forma subjetiva (según interpretación del observador).

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 6 de 26
		Vigencia: Enero 2026

CATEGORIAS	PUNTAJE		
	0	1	2
EXPRESION FACIAL (Face)	Expresión neutra o sonrisa, contacto visual e interés en el medio.	Ceño o boca fruncidos ocasionalmente, compungido, ojos parcialmente cerrados.	Ceño fruncido permanente, mandíbula apretada, mentón tembloroso, arrugas frontales profundas, ojos cerrados, boca abierta, líneas profundas alrededor de nariz/labios.
PIERNAS (Legs)	Posición normal, relajadas.	Inquietas, rígidas, flexión/extensión intermitentes.	Patadas, flexión/extensión exageradas o temblor de extremidades.
ACTIVIDAD (Activity)	Posición normal, tranquilo, se mueve fácil y libremente.	Gira de un lado a otro o reacio a moverse, se presiona la parte del cuerpo que le duele.	Rígido, arqueado, movimientos espasmódicos. Inmóvil, movimientos a lado y lado de la cabeza.
LLANTO (Cry)	Sin llanto o quejido (despierto o dormido).	Quejidos suaves, llanto ocasional, suspiros.	Llanto mantenido, quejido intenso, gritos, llanto "convulsivo".
SUSCEPTIBILIDAD DE CONSOLAR (Consolability)	Tranquilo, relajado. No requiere consuelo.	Consolable con caricias ocasionales o con palabras. Es posible distraerlo.	Difícil de consolar o distraer.

La escala FLACC de evaluación del dolor puede ser usada en niños de 0 a 3 años, en pacientes con alteraciones cognitivas, y en aquellos pacientes incapaces de usar otras escalas. Se suman los puntajes de cada ítem, dando un puntaje final entre 0 y 10 puntos.


- **Escala BPS (Behavioral Pain Scale):** se utilizará en los pacientes conectados a VM

Item	Descripción	Score
Expresión facial	Relajada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Musca de dolor	4
Movimiento de miembros superiores	Relajado	1
	Parcialmente flexionado	2
	Totalmente flexionado	3
	Totalmente contraído	4
Ventilación mecánica	Tolerando movimientos	1
	Tosiendo, pero tolerando la mayor parte del tiempo	2
	Luchando con el ventilador	3
	Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Presencia de dolor > 0 = a 6

Dolor inaceptable > a 7

Objetivo < a 6

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 7 de 26
		Vigencia: Enero 2026

5.3 Procedimiento de evaluación del dolor agudo:

5.3.1 Consideraciones generales:

- Se debe realizar screening a todas las personas en riesgo de dolor y todos los pacientes hospitalizados, independiente del estado de conciencia que presenten.
- La evaluación de la intensidad del dolor, se debe realizar periódica y sistemáticamente utilizando la escala que corresponda según la edad y condición del paciente, según lo descrito previamente.
- Cuando el equipo de Enfermería y/o Matronería detecte dolor en un paciente, aplicará el algoritmo de tratamiento del dolor que corresponda según el escenario clínico. (Ver anexos).

5.3.2 Pauta de Evaluación:

Se considerará su intensidad según la siguiente pauta (excepto en el caso de la escala BPS)

- Sin dolor (0)
- Dolor leve (1 - 3)
- Dolor moderado (4 - 6)
- Dolor severo (7 - 10)

5.3.3 Registro

Las evaluaciones, tratamiento del dolor y complicaciones atribuibles a la analgesia en pacientes hospitalizados quedarán registradas en la ficha clínica, en hoja de indicaciones médicas (Sección Plan de Enfermería) y/o hoja de puerperio en Unidad de Ginecología y Obstetricia, y hojas de Anestesia, Recuperación y UDA según corresponda.


5.3.4 Procedimiento de seguimiento de evaluación de pacientes con dolor agudo:

- En los casos en que el dolor no remita y sea permanentemente evaluado como dolor moderado o severo, pese a realizar manejo de acuerdo a protocolo, el médico tratante realizará IC a Anestesiología para manejo avanzado del dolor.
- En el caso de los pacientes con dolor crónico oncológico el flujo será vía IPD por médico tratante a Unidad de Cuidados Paliativos.
- Las jefaturas de CR y CC de las unidades realizarán la medición de la implantación de las medidas a través del indicador planteado en este protocolo.

5.4 Orientaciones para el Manejo de dolor agudo:

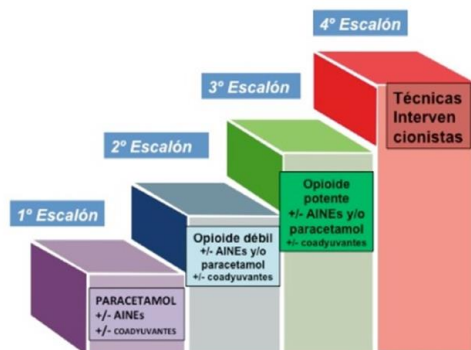
El Objetivo es lograr dolor en reposo (EVN) < a 4 y dolor dinámico (EVN) < a 6.

Se deberá tener siempre en cuenta los siguientes conceptos:


 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 8 de 26
		Vigencia: Enero 2026

- Privilegiar vía EV o VO. Se evitará utilizar vía IM.
- Para dolor moderado a severo se recomienda AINE + otro analgésico (ej. Metamizol o Paracetamol y/o Tramadol) en esquema: dosis de carga + dosis por horario o infusión continua.
- Siempre se deberá indicar un plan de rescate para ser utilizado en la U. de Recuperación y/o en Sala de Hospitalización si EVN > 0 = a 4. (ej. Paracetamol)
- No usar exclusivamente dosis de rescate.
- Se recomienda un enfoque de analgesia multimodal.
- Anestesia regional. Cuando la condición del paciente y el tipo de cirugía lo permita se utilizará técnicas de anestesia regional, ya sea como técnica de anestesia para la cirugía o exclusivamente como analgesia postoperatoria.

En la década del 80 la OMS propone escalar la indicación terapéutica según intensidad del dolor.



Primer peldaño	Indicado para tratamiento del dolor leve. El uso de analgésicos no opioides (AINEs, Paracetamol) eficaces en dolor leve a moderado. No combinar dos AINEs. No usar AINEs en pacientes con antecedentes de ulcera péptica o trastorno coagulación o enfermedad renal, se puede usar paracetamol y/o coadyuvantes.
Segundo peldaño	Indicado para el manejo del dolor leve a moderado. En este caso se recomiendan opioides débiles (Codeína, Tramadol) asociados a analgésicos no opioides de primera línea. Si fuera necesario se puede usar fármacos coadyuvantes.
Tercer peldaño	Indicado para tratamiento del dolor severo o en pacientes con dosis máxima de opioides débiles. Se debe usar opioides potentes (morfina o metadona) asociado a analgésico no opioide.
Cuarto peldaño	Técnicas intervencionistas o analgesia regional por anestesiólogo/a

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 9 de 26
		Vigencia: Enero 2026

En los últimos años se ha instalado el esquema de **ascensor analgésico**, el cual propone comenzar el tratamiento analgésico escogiendo los fármacos adecuados según la intensidad de dolor que el paciente presenta en ese momento para luego subir o bajar en la escalera analgésica según la evolución de la intensidad del dolor. El ascensor analgésico ha ganado terreno y se adecua especialmente al tratamiento del dolor agudo, por lo cual será el esquema a utilizar en nuestro hospital.

Se explicita el Flujo del manejo de dolor en anexo del presente documento. "Manejo del dolor en pacientes post-quirúrgicos y con dolor agudo".

5.5 Técnicas de tratamiento farmacológico para el Manejo del dolor agudo:

5.5.1 Analgesia endovenosa:

Contamos con tres grandes familias de fármacos analgésicos: no opioides, opioides y otros adyuvantes:

5.5.1.1 Tratamiento farmacológico en adultos:

- **Analgésicos no opioides/ antiinflamatorios no esteroideos**


Droga	Carga	Dosis Max / día
Metamizol	1-2 grs	100 mg/kg
Ketorolaco*	30-60 mg	120 mg
Ketoprofeno	100 mg	4mg/Kg
Clonixinato de lisina	100 mg	8.5 mg/kg
Paracetamol	1gr	4 grs

* De los AINEs disponibles en nuestro hospital Ketorolaco es el de mayor riesgo de gastrolesividad.

No se recomienda el uso de AINES no selectivos por más de 5 días.

- **Opioides**

Los opioides idealmente asociados a AINEs son la base del tratamiento del dolor agudo nociceptivo o mixto, moderado y severo. Ejercen su acción en receptores específicos del sistema nervioso central.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 10 de 26
		Vigencia: Enero 2026


Opioides débiles		
Droga	Dosis de carga	Dosis Máxima
Tramadol	1-2 mg/kg	3-6 mg/Kg/ día

Opioides Potentes		
Droga	Dosis de carga	Dosis Máxima
Morfina	0.05-0.1 mg/kg	2-4 mg EV cada 15 min, titulando.
Metadona	0.05 mg/kg	2-4 mg EV de rescate por 1 vez

Debido a su acción en el receptor NMDA, se recomienda el uso de Tramadol o Metadona en dolores con componente neuropático como amputaciones, toracotomía e isquemia crítica. Tramadol produce menos depresión respiratoria que los opioides potentes, para mantención se recomienda su uso en infusión por BIC. Asociar antiemético por horario y otro de rescate. Por su farmacocinética poco predecible no se recomiendan dosis repetidas de Metadona por vía parenteral.

- **Otros recursos farmacológicos de administración sistémica**

Ketamina
<p>Inhibe el receptor NMDA, se puede utilizar como coadyuvante en el tratamiento del dolor asociado a sensibilización central, como el dolor severo resistente a opioides o el dolor neuropático. Reduce la incidencia de dolor crónico, hiperalgesia y alodinia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolo: 0.15 -0.35 mg/Kg • Dosis de infusión adultos: 10 a 25 mg/hr hasta por 48 -72 hrs • Preparación: Ketamina 500mg en Solución Fisiológica 500 ml. Se recomienda su uso en bomba PCA para proteger el matraz (en infusión continua, sin bolos). <p>Se sugiere manejo por unidad de dolor agudo/anestesia</p>
Lidocaína
<p>Anestésico local con efecto analgésico/antihiperálgico, antiarrítmico, útil en dolor postoperatorio. De instalarse infusión el paciente debe permanecer con monitorización continua. Se sugiere el siguiente esquema en pacientes que no presenten contraindicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis carga: 1-1.5 mg/kg, bolo lento • Infusión: 0.5 – 3 mg/kg/hr, la primera hora, la 2ª hr 1.5 mg/kg/hr, desde la 3ª hr hasta las 24 hrs: 0.7 mg/kg/hr, desde las 24 a las 48 hrs: 0.6 mg/kg/hr. <p>Se sugiere ajustar las dosis (0.25 – 0.5 mg/kg/hr) según respuesta clínica terapéutica o de toxicidad.</p> <p>Se sugiere manejo por unidad de dolor agudo/anestesia</p>
Glucocorticoides
<p>La dexametasona tiene efecto analgésico y antiinflamatorio, reduce las náuseas y vómitos postoperatorios (PONV) y la fatiga. Se considera su uso según la envergadura de la cirugía y el riesgo PONV del paciente. En pacientes diabéticos, evaluar la relación riesgo /beneficio según su condición. Dosis 4-8 mg dosis EV.</p>

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 11 de 26
		Vigencia: Enero 2026

5.5.1.2 Tratamiento farmacológico en niños:


- **Paracetamol en niños**

<i>Posología paracetamol IV</i>				
Peso paciente	Dosis/administración	Volumen/administración	Volumen/administración según los límites superiores de peso del grupo (ml)*	Dosis máx. diaria
<= 10 kg	7,5 mg/kg	0,75 ml/kg	7,5 ml	30 mg/kg
> 10 kg y <= 33 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	49,5 ml	60 mg/kg sin exceder 2 g
> 33 kg y <= 50 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	75 ml	60 mg/kg sin exceder 3 g
> 50 kg con factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	3 g
> 50 kg y sin factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	4 g
*Los pacientes que pesen menos requieren volúmenes más pequeños.				

© Vidal Valdemecum Spain

- **AINEs en niños**

Fármaco	DOSIS	DOSIS MAXIMA
Ketorolaco	0,5 mg/Kg cada 6 hrs EV	2 mg/Kg/día Hasta 48 hrs en mayores de 1 año.
Ketoprofeno*	1.5 mg/kg cada 8 hrs EV	5 mg/kg/día
Clonixinato de Lisina	2-4 mg/kg cada 6-8 hrs EV	

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 12 de 26
		Vigencia: Enero 2026

- **Opioides en niños**

Los recién nacidos de término y sobre todo pretérmino y los lactantes menores de 3 meses, tienen una sensibilidad aumentada a los efectos depresores respiratorios de los opioides, por lo tanto su uso debe realizarse bajo estricta vigilancia por el anestesiólogo/a y su equipo de trabajo.

El manejo del dolor en RN debe ser siempre bajo monitorización. Se puede usar morfina por BIC solo en pacientes de UCI.

Recomendaciones de dosis de administración de morfina en niños:

Modo de administración	RN Pre término	RN Término	Lactantes y niños
Dosis bolo EV	10-25 ug/Kg cada 2-4 hrs	25-50 ug/Kg cada 2-5 horas	50-100 ug/Kg cada 3 hrs
Dosis infusión EV	2-5 ug/Kg/ Hr	5-10 ug/Kg/Hr	15-40 Ug/Kg/hr


* Recomendación para niños > 1 año. Información para niños menores muy limitada.

5.5.1.3 Técnicas analgésicas utilizadas por UDA:

- **Analgesia controlada por el paciente (PCA)**

Los pacientes pueden controlar el dolor postoperatorio con la autoadministración de fármacos mediante dispositivos diseñados a tal efecto (analgesia controlada por el paciente o PCA). **La bomba debe ser programada y manipulada exclusivamente por personal de Anestesia y Unidad de Dolor Agudo, para lo cual cuenta con una clave de alta seguridad.** Está demostrado que se logra mejor analgesia y satisfacción del paciente utilizando esta modalidad. Se puede utilizar para opioides EV o analgesia peridural y programar con infusión continua con o sin bolos, o en modalidad sólo bolos.

Tanto en adultos, como en niños y sus tutores, se indicará el uso del pulsador cuando el dolor sea ≥ 4 , se solicitará al paciente reevaluar el dolor y utilizar el pulsador periódicamente hasta lograr puntuación de dolor < 4 (o el equivalente en la escala de Wong Baker en niños). Se educará a pacientes y personal respecto a los mecanismos de seguridad de la bomba PCA y sobre el bajo riesgo de sobredosis.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 14 de 26
		Vigencia: Enero 2026

5.5.2 Analgesia Neuraxial


5.5.2.1 Analgesia Peridural:

Cuando está indicada la instalación de un catéter peridural, se deberá tener presente las siguientes consideraciones:

- Todo paciente con instalación de catéter peridural para manejo de dolor agudo postquirúrgico, llevará la indicación médica realizada por el anesthesiólogo en la hoja de registro UDA.
- La infusión se administrará por bomba PCA.
- Idealmente, deberá ser con el plan de mantener una analgesia durante las siguientes 48 a 72 hrs. a través del catéter. No se recomienda la mantención del catéter peridural por más de 5 días, en casos especiales se podrá mantener un catéter peridural no tunelizado por un máximo de 7 días.
- Si la condición del paciente lo permite se recomienda iniciar la infusión durante la cirugía y mantenerla en el postoperatorio.
- La solución para la infusión peridural se preparará en pabellón con técnica aséptica, y se entregará al paciente en la U. de Recuperación con la bajada conectada al catéter peridural.
- Se deberá rotular el matraz indicando las drogas y su concentración, persona que lo prepara, fecha y la bajada de suero con etiquetas con fecha llamativas especialmente diseñadas para este fin. (El amarillo es el color consensuado internacionalmente para la vía peridural).
- En adultos se sugieren las siguientes soluciones:

Anestésico local	Opioide	Solución Fisiológica	Vol. Total
Bupivacaína 0.5% 500 mg 100 ml	Fentanil 1000 mcg 20 ml	380 ml	500 ml
Bupivacaína 0.5% 400 mg 80 ml	Fentanil 1000 mcg 20 ml	400 ml	500 ml

- Se podrá preparar solución de Bupivacaína sin Fentanil ajustando los volúmenes de manera que siempre el volumen total final sea de 500 ml.
- Cualquier otra solución peridural será de criterio y responsabilidad del anesthesiólogo tratante.
- Cuando el nivel sensitivo logrado sea bajo o insuficiente en relación con la cirugía realizada se podrá utilizar una infusión de Morfina peridural, para lo cual deberán cumplirse las mismas condiciones de monitorización que establece el protocolo de Morfina intratecal. La bomba se programará a 5 ml/hr, bolo inicial 1-2 mg.
 - Preparación: Diluir 10 mg de Morfina a 10 ml con S.F., eliminar 5 ml y agregar los 5 ml restantes a matraz con 245 ml de Solución Fisiológica.
- Toda preparación y administración de drogas a través de catéter peridural y cambios en la programación de las bombas PCA es responsabilidad del anesthesiólogo/a tratante y del equipo UDA

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 15 de 26
		Vigencia: Enero 2026

- La manipulación y retiro del catéter peridural será responsabilidad del equipo UDA.
- El catéter deberá estar siempre conectado a una bomba PCA y la conexión con la bajada cubierta y rotulada.
- Los pacientes con analgesia epidural no tienen contraindicación de deambulación asistida, **uno de los principales objetivos de la técnica es lograr la movilización precoz**, a menos que el anestesiólogo indique lo contrario.
- Los pacientes con analgesia neuraxial (analgesia peridural continua o Morfina intratecal), **NO requieren instalación de sonda Foley de rutina**, de presentarse retención urinaria lo indicado es el cateterismo vesical intermitente.
- No se recomienda el uso rutinario de O2 suplementario en pacientes que saturan $> o = a 94\%$.
- Se considerará los horarios de la TROMBOPROFILAXIS, o anticoagulación (ver anexo N° 2) y la condición del paciente para indicar el retiro del catéter peridural, quedará a criterio del anestesiólogo la necesidad de solicitar pruebas de coagulación previamente.

Sitios sugeridos de Instalación del catéter peridural según tipo de cirugía:

Tipo de Cirugía	Sitio de Punción Epidural
Cardíaca y Aorta torácica	C7 - T2
Torácica	T2 - T6
Hepática y Gastroesofágica	T4 - T8
Enterocolónica y Nefrourológica	T6 - T12
Pélvica y Ginecológica	T8 - T12

- **Analgesia neuraxial en paciente pediátrico:**

Bolo peridural:


Anestésico Local	Caudal	Lumbar/Torácica
Bupivacaína	No superar 2.5 mg/kg	No superar 1.7 mg/kg

Infusión peridural:

Edad	Bupivacaína
< de 3 meses	0.0625-0.125% 0.2 mg/kg/hr
< de 1 año	0.125% 0.3 mg/kg/hr
> de 1 año	0.125% 0.4 mg/kg/hr

- **Morfina intratecal (MIT)**

Los pacientes que reciban MIT deberán salir a alguna unidad de cuidados intermedios para cumplir el protocolo de monitorización establecido, la única excepción es la paciente obstétrica sin

	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Evaluación y Manejo del dolor agudo	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 16 de 26
		Vigencia: Enero 2026

factores de riesgo, cuyo protocolo de monitorización es distinto. Todos deben ser ingresados a UDA.


Para mayor información véase Protocolos de Morfina intratecal en población general y en población obstétrica.

5.5.3 Bloqueos Periféricos:

Se sugiere realizar bloqueos periféricos, tanto en adulto como en niños, como parte de la estrategia de analgesia multimodal.

A continuación se detallan las recomendaciones de bloqueo periférico según cirugía de adulto.

Región	Bloqueo	Áreas afectadas
Extremidad superior	Bloqueo plexo cervical sup.	Piel antero lateral de cuello/ área antero y retro auricular/ piel sobre la clavícula.
	Bloqueo Interescalenico	Hombro/ brazo / codo
	Bloqueo Supra Clavicular	Codo /Antebrazo / mano
	Bloqueo Infra Clavicular	Codo /Antebrazo / mano
	Bloqueo Axilar	Antebrazo/ mano
	Bloqueo de Muñeca	Mano
Extremidad inferior	Bloqueo Plexo Lumbar Bloqueo Femoral	Cadera/muslo anterior/rodilla Algunas fibras de la cadera/ Muslo antero medial /rodilla/ territorio safeno
	Bloqueo de Fascia Iliaca	Muslo antero medial /rodilla/ territorio safeno
	Bloqueo del canal aductor	Rodilla/ Cara medial de pierna y tobillo
	Bloqueo N. Safeno	Cara medial de pierna y tobillo
	Bloqueo Ciático transglúteo	Parte de la cadera/Muslo posterior /pierna (Excepto cara medial) / tobillo/ pie
	Bloqueo Ciático Poplíteo	2/3 distales de la pierna (excepto cara medial)/ pie
	Bloqueo de Tobillo	Pie


 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 17 de 26
		Vigencia: Enero 2026

Bloqueos de Tronco	Bloqueo paravertebral PEC 1	Hemitórax ipsilateral Pared anterior, Músculos pectorales
	PEC 2- Bloqueo del plano Serrato Bloqueo del erector espinal	Pared antero lateral y axila Pared antero lateral (excepto zona paraesternal)
	TAP Block Intercostal	Pared abdominal ipsilateral Parrilla costal
Misceláneos	Ilioinguinal/iliohipogástrico Peneano	Hernia inguinal / orquidopexia Circuncisión / hipospadias
	Supra orbitario/ supratroclear	Procedimiento frente/c. cabelludo
	Infraorbitario Aurícula mayor	Proc. labio / mejilla Otoplastia / timpanoplastia

Se recomienda utilizar Bupivacaína 0.25 - 0.5%, considerando para bloqueos analgésicos una concentración máxima de 0.25% en los volúmenes que correspondan, corrigiendo la masa de la droga según el peso del paciente, sin exceder dosis máximas recomendadas [ej. bupivacaína 2mg/kg peso magro]. En caso de bloqueos bilaterales se sugiere disminuir concentración [ej. bupivacaína 0.15-0.2%]

Para prolongar el efecto analgésico del bloqueo se recomienda el uso de catéteres, sin embargo, en caso de preferirse una estrategia de inyección única se podrá utilizar epinefrina, siempre en una dilución de 1:200.000 hecha acuciosamente (máx. 5 ug/ml). Se utiliza cuando la masa de droga utilizada en el bloqueo sea potencialmente tóxica. Debido al riesgo de necrosis, no se recomienda el uso de epinefrina en bloqueos distales ni en pacientes que presenten microangiopatía (diabéticos) ni en pacientes con daño neurológico previo. Como alternativa se sugiere la administración de dexametasona intravenosa que ha demostrado prolongar la analgesia significativamente. El uso endovenoso es seguro a dosis de 0.1-0.2mg/kg con dosis techo de 8 mg, salvo en casos contraindicados por la condición metabólica del paciente.

Para los bloqueos de plexo braquial sobre la axila, se deberá considerar como una complicación potencial el bloqueo de nervio frénico ipsilateral (interescalénico 100%, supraclavicular 60%, infra clavicular 3-9%) lo que podría repercutir en pacientes con alguna afección pulmonar. Para los bloqueos de plexo braquial supra e infra clavicular se deberá considerar como complicación inhabitual el neumotórax, no se recomienda un control con radiografía de tórax de rutina.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 18 de 26
		Vigencia: Enero 2026

5.6 Analgesia regional y Tromboprofilaxis:

Se seguirán las recomendaciones de las guías de la American Society of Regional Anesthesia 2018.

	Tiempo previo a punción/manipulación o retiro de catéter	Reinicio posterior a punción/manipulación o retiro de catéter	Test de laboratorio Previo a punción/retiro
HNF (profilaxis, < o = a 15.000 UI)	4-6 hrs	1 hr	Rcto. Plaquetas si tratamiento > a 4 días
HNF (tratamiento)	EV 4-6 hrs SC 8-12 hrs	1 hr	TTPK, ACT, Rcto. Plaquetas
HBPM (profilaxis)	12 hrs	4 hrs	Rcto. Plaquetas si tratamiento > a 4 días
HBPM (tratamiento)	24 hrs	4 hrs	Rcto. Plaquetas si tratamiento > a 4 días
Cumarínicos	INR < o = a 1.4 Suspender 4-5 días	Posterior a retiro de catéter	INR
Clopidogrel	7 días	Posterior a retiro de catéter	
Ticlopidina	10 días	Posterior a retiro de catéter	


*Todos los intervalos de tiempo son válidos para pacientes con función renal y hepática normal

**Para otros fármacos revisar Anexo N° 2

5.7 Efectos Adversos de la analgesia:

5.7.1 Evaluación y manejo de efectos adversos de la analgesia con opioides ev o neuraxiales

- **Depresión respiratoria:** Se definirá como FR < a 8 por min, SpO2 < a 90% y sedación excesiva (Ramsay > o = a 4, ver anexo N°3), se debe observar al paciente, administrar oxígeno suplementario, suspender administración de opioides u otros depresores del SNC y avisar inmediatamente a médico tratante o anestesiólogo/a según corresponda.
Se puede requerir el uso del antagonista opioide Naloxona, dosis inicial en adultos 0.04 mg cada 3-5 min (diluir 1 ampolla 0.4 mg a 10 ml, pasar bolos de 1 ml) hasta la recuperación de la

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 19 de 26
		Vigencia: Enero 2026

ventilación espontánea y el despertar del paciente. Se debe trasladar al paciente a una unidad de cuidados intermedios y evaluar la necesidad de instalar infusión de Naloxona.

Dosis de Naloxona en niños: 10 mcg/Kg/dosis cada 3 min

- **Hipotensión:** Disminución de PA > a 20% de su basal. Se recomienda PAM > o = a 65 como mínimo. Incidencia 8% en peridural lumbar y 11% en peridural torácica.
Se recomienda:
 - Posición de Trendelenburg
 - Si la condición del paciente lo permite administrar bolo de cristaloides. Corregir hipovolemia si existe.
 - Efedrina 6-12mg EV, en caso necesario repetir cada 3-5 min por 3 veces hasta lograr normotensión.
 - Si persiste hipotensión avisar a UDA para evaluar continuidad o suspensión de infusión peridural.
- **Náuseas y vómitos:** Uso de Ondansetron de rescate 4 - 8 mg EV cada 8 hrs en adulto, en niños: 0.15 – 0.2 mg/kg.
- **Prurito:** Uso de clorfenamina 10 mg EV cada 8-12 hrs en adultos, en niños: 0.1 mg/kg.
- **Retención Urinaria:** Más frecuente con la administración de opioides por vía neuraxial, puede requerir cateterización vesical.
- **Disminución del peristaltismo intestinal:** Uso de Metoclopramida 0.1 mg/ Kg cada 8-12 hrs.

5.7.2 Evaluación y manejo de eventuales efectos adversos o complicaciones graves de la analgesia peridural:

- **Hematoma peridural:** De muy baja ocurrencia, la mayoría de los casos reportados se asocian a alteraciones de la coagulación o al retiro del catéter sin respetar los intervalos horarios requeridos con las dosis de Trombopprofilaxis. El diagnóstico y tratamiento quirúrgico descompresión debe realizarse en las primeras 6-8 hrs. para evitar secuelas neurológicas permanentes.
- **Intoxicación por anestésicos locales:** De baja ocurrencia, se puede producir por migración del catéter al espacio intravascular, sus síntomas son: Sabor metálico, mareo, sensación de abombamiento de la cabeza u oídos, tinnitus, visión borrosa, convulsiones tónico- clónicas, PCR. Su tratamiento es soporte vital avanzado y administración precoz de lípidos (disponible en pabellón).

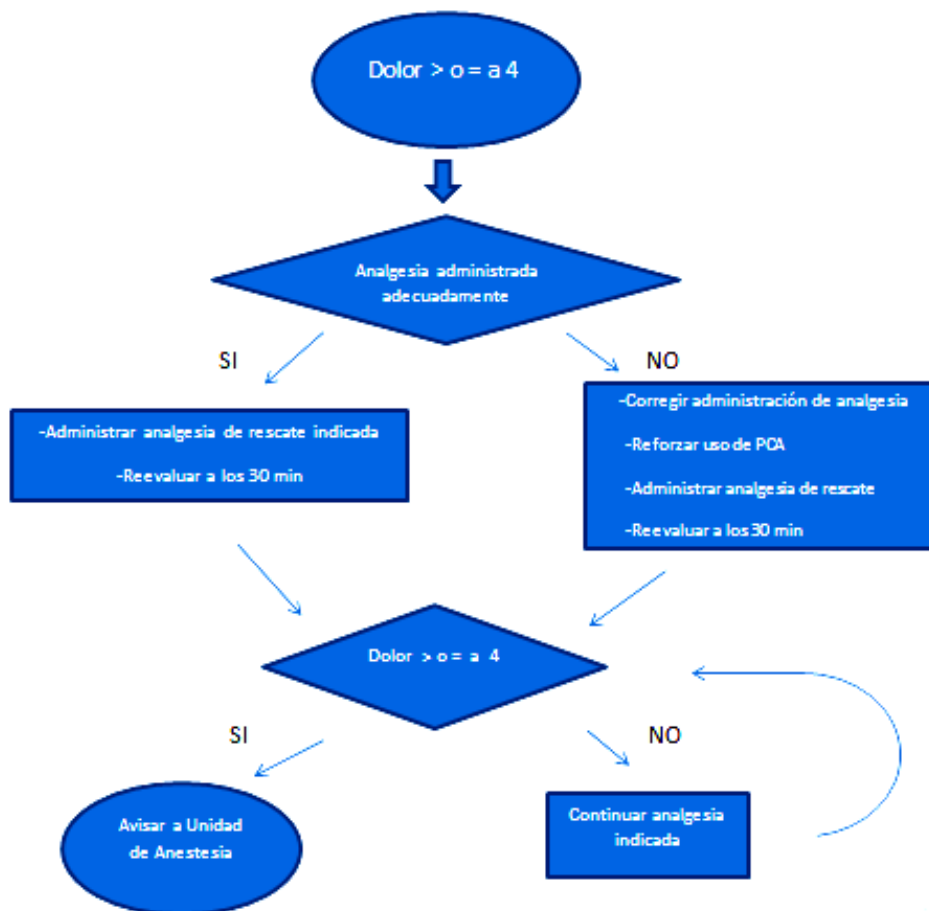
Evaluación y Manejo del dolor agudo

6. Flujogramas:

6.1 Tratamiento dolor Post operatorio moderado a severo en Sala:

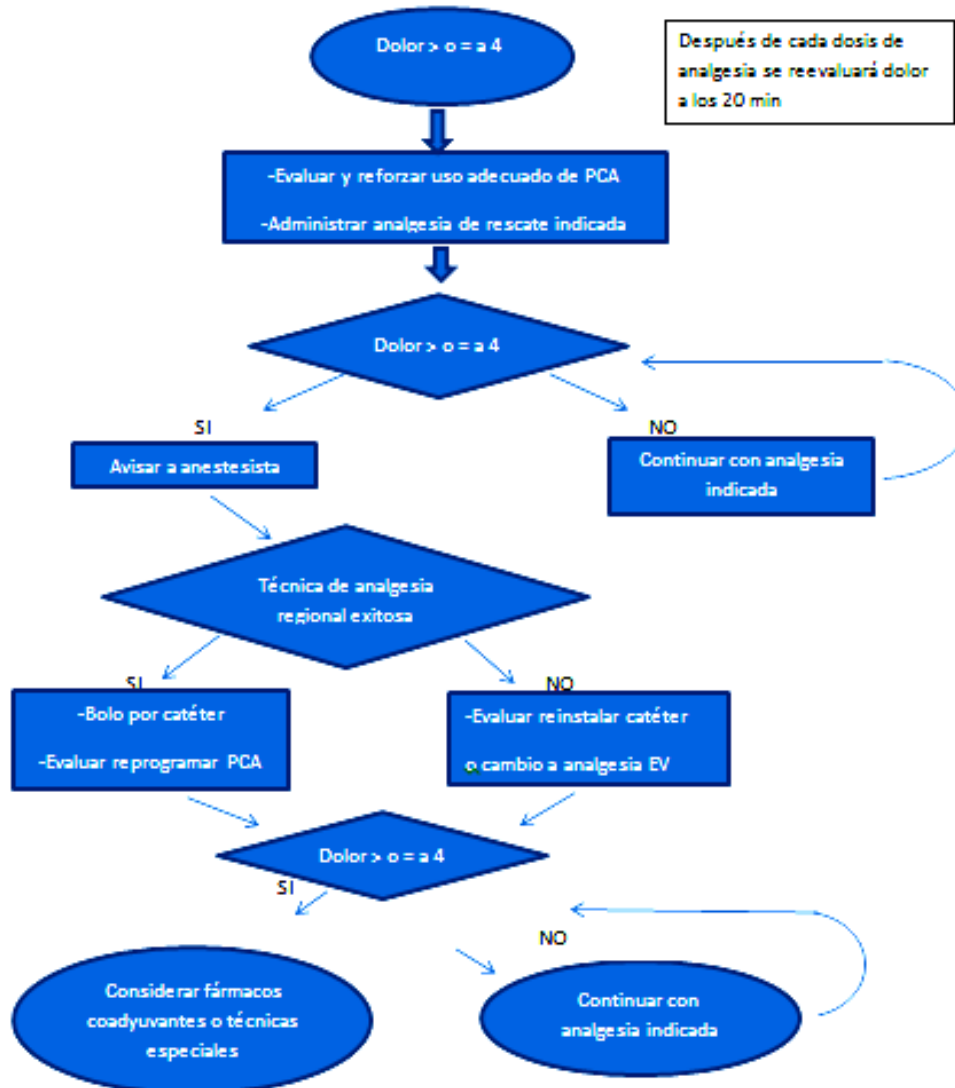
Tratamiento del dolor postoperatorio moderado a severo en sala

(Paciente con analgesia peridural o PCA morfina EV)



6.2 Tratamiento del dolor post operatorio moderado a severo en pacientes con analgesia regional continua en la U. de Recuperación:

Tratamiento dolor postoperatorio moderado a severo en paciente con analgesia regional continua en U. de Recuperación

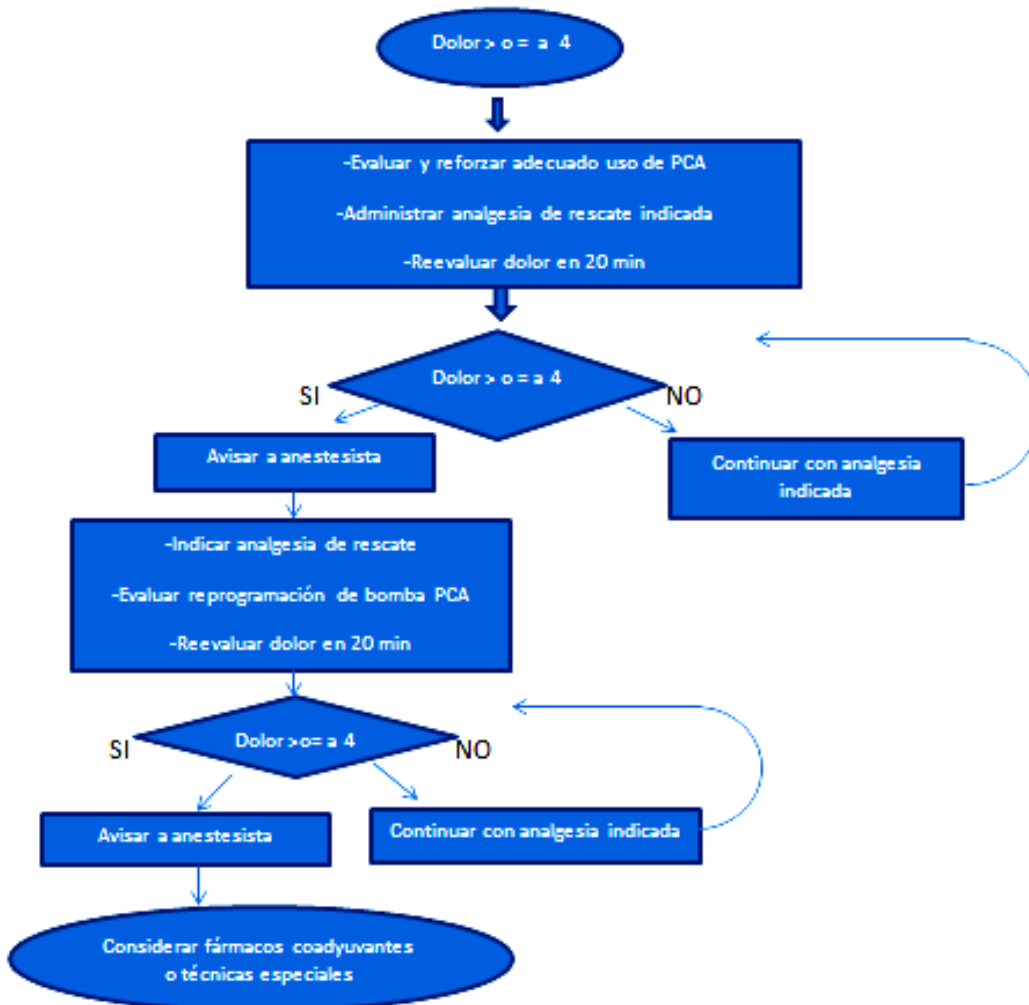



Evaluación y Manejo del dolor agudo

6.3 Tratamiento del dolor post operatorio moderado a severo en pacientes con PCA de Morfina EV en la Sala de Recuperación:

Tratamiento del dolor postoperatorio moderado a severo en pacientes

con PCA de Morfina EV en U. de Recuperación



 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 23 de 26
		Vigencia: Enero 2026

7. Indicador y método de evaluación:


Ver documento "Indicadores de Calidad Hospital San Juan de Dios – CDT".

8. Distribución del documento:

- 8.1 Subdirección Médica Atención Cerrada.
- 8.2 Subdirección de Enfermería
- 8.3 CR y CC de la institución.
- 8.4 CR. Cuidado Pabellón.
- 8.5 Farmacia.
- 8.6 Anestesia.
- 8.7 Administración de Cuidados de Matronería.
- 8.8 Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.

9. Referencias bibliográficas:

- 9.1 El Dolor, 3ª edición, Carlos Paeile J., Norberto Bilbeny L.
- 9.2 Postoperative Pain, International Association for the Study of Pain
- 9.3 J.M. Muñoz, Comisión Hospital sin Dolor Hospital Universitario La Paz Madrid. Manual de dolor agudo postoperatorio. Edición 2010.
- 9.4 Assessment of pain. H. Breivik, P. C. Borchgrevink, S. M. Allen Br J Anaesth 2008; 101: 17–24
- 9.5 Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003348. Hudcova J, McNicol ED, Quah CS, Lau J, Carr
- 9.6 Perioperative intravenous ketamine for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 12. Art. No.: CD012033. DOI: [10.1002/14651858.CD012033.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012033.pub4).
- 9.7 Regional Anesthesia in the Patient Receiving Antithrombotic or Thrombolytic Therapy, American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Fourth Edition) Terese T. Horlocker, MD, Erik Vandermeulen, MD, Sandra L. Kopp, MD Reg Anesth Pain Med 2018;43: 263–309
- 9.8 Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 2: consensus statement for anaesthesia practice. A. Feldheiser, O. Aziz, G. Baldini, Acta Anaesthesiologica Scandinavica 60 (2016) 289–334
- 9.9 Recomendaciones para el manejo del dolor agudo en niños. Octubre de 2007. Sociedad de Anestesiología de Chile
- 9.10 Dolor agudo post-quirúrgico en pediatría, evaluación y tratamiento. Dra. Silvana Cavallieri B., Dr. Piero Canepa L., Dr. Claudio Ricke S., Rev. Clin Condes 2007; Vol 18 (3):207-216

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 24 de 26
		Vigencia: Enero 2026

9.11 Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Recommendations for the Prevention and Detection of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Morphine Administration for Cesarean Delivery. Jeanette R. Bauchat, M.D., M.S., Carolyn F Weiniger, M.D., Pervez Sultan Ashraf Habib, M.D., 2018

9.12 Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, Anesthesiology 2015

9.13 Perioperative Use of Intravenous Lidocaine. Lauren K. Dunn, M.D., Ph.D., Marcel E. Durieux, M.D., Ph.D. Anesthesiology 2017; 126:729–37

9.14 Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Acute Pain Management From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists, Eric S. Schwenk, MD, Eugene R. Viscusi, MD, Asokumar Buvanendran, MD. Regional Anesthesia and Pain Medicine, Volume 43, Number 5, July 2018

9.15 Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Aissaoui Y., Zeggwagh A., Zekraoui A., Anesth Analg. 2005; 101: 1470-1476

9.16 Guidelines on the Management of Postoperative Pain, Roger Chou, Debra B. Gordon, y Oscar A. de Leon-Casasola, The Journal of Pain, Vol 17, No 2 (February), 2016: pp 131- 157

9.17 Esquemas de analgesia epidural para bombas de infusión. Hortensia Ayón Villanueva, Arizbe Rivera-Ordoñez, Jorge Guajardo-Rosas. Revista Mexicana de Anestesiología, Volumen 40, Suplemento 1, abril-junio 2017


9.18 Sabino RH, Bernich EM, Cattaneo AN, et al. Recomendaciones CLASA para el manejo del dolor perioperatorio por el anestesiólogo. 2009; 1-26.

10. Anexos:


10.1 Hoja de ingreso y control del manejo del dolor agudo.

10.2 Guías Anestesia Regional y Tromboprofilaxis/Anticoagulación*.

10.3 Escala de sedación de Ramsay

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 25 de 26
		Vigencia: Enero 2026

Anexo 1: Hoja de ingreso y control del manejo del dolor agudo.



Hoja de ingreso y control del manejo del dolor agudo

1) Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____

Rut: _____ Talla: _____

Diagnostico: _____ Hora inicio PCA: _____

Cirugia: _____ Destino: _____

Nº de Bomba: _____ Anestesiista: _____

2) Tecnica: ___ EV ___ Peridural ___ ACEE ___ Plexo ___ Nervio periferico
___ Paravertebral

Sitio de punción: _____ Nº Intentos: _____ Trocar / Cateter: _____/_____

Espacio Peridural: _____ cms Cateter Peridural a _____ cms Incidentes: _____

Metodo Bloqueo: _____ ECO _____ ENP _____ Anatomia _____

Sol Analgesia: _____ Volumen total: _____

Programacion: _____ - _____ - _____ (Infusion -bolo- lockout) Dosis max/ Hr: _____ ml

Bolo Inicial: _____


	Día 1 Fecha:		Día 2 Fecha:		Día 3 Fecha:		Día 4 Fecha:		Día 5 Fecha:	
EVA Reposo										
EVA Dinamico										
Sedacion (Ramsay) 1-4										
Frecuencia Respiratoria										
Nauseas	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Vomito	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Prurito	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Retencion Urinaria	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Bloqueo Motor	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Bloqueo Sensitivo	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Día 5	
Programación Pre-visita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Programación Post-visita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Obj. Vol (vol restante)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cateter in situ	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Suspensión hoy	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
HBPM/HNF	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Evaluador										

Hora de retiro cateter: _____ Hora ultima dosis HBPM/HNF: _____

Nombre de quien retira cateter: _____

Observaciones: _____

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Evaluación y Manejo del dolor agudo</p>	Código: DOC – UCSP 9 GCL 1.3
		Edición: 5
		Elaboración: Septiembre 2010
		Página 26 de 26
		Vigencia: Enero 2026

Anexo 2: Guías Anestesia Regional y Tromboprofilaxis/Anticoagulación*.

Regional Anesthesia and Pain Medicine • Volume 43, Number 3, April 2018

Regional Anesthesia and Anticoagulation

TABLE 7. European Society of Anaesthesiology's Recommended Time Intervals Before and After Neuraxial Puncture or Catheter Removal*

	Time Before Puncture/Catheter Manipulation or Removal	Time After Puncture/Catheter Manipulation or Removal	Laboratory Tests
UFHs (for prophylaxis, $\leq 15,000$ IU/d)	4–6 h	1 h	Platelets during treatment for >5 d
UFHs (for treatment)	IV 4–6 h SC 8–12 h	1 h 1 h	aPTT, ACT, platelets
LMWHs (for prophylaxis)	12 h	4 h	Platelets during treatment for >5 d
LMWHs (for treatment)	24 h	4 h	Platelets during treatment for >5 d
Fondaparinux (for prophylaxis, 2.5 mg/d)	36–42 h	6–12 h	(Anti-factor Xa, standardized for specific agent)
Rivaroxaban (for prophylaxis, 10 mg daily)	22–26 h	4–6 h	(Anti-factor Xa, standardized for specific agent)
Apixaban (for prophylaxis, 2.5 mg BID)	26–30 h	4–6 h	(Anti-factor Xa, standardized for specific agent)
Dabigatran (for prophylaxis, 150–220 mg)	Contraindicated according to the manufacturer	6 h	TT
Coumarins	INR ≤ 1.4	After catheter removal	INR
Hirudins (desirudin)	8–10 h	2–4 h	aPTT, ECT
Argatroban	4 h	2 h	aPTT, ECT, ACT
Acetylsalicylic acid	None	None	
Clopidogrel	7 d	After catheter removal	
Ticlopidine	10 d	After catheter removal	
Prasugrel	7–10 d	6 h after catheter removal	
Ticagrelor	5 d	6 h after catheter removal	
Cilostazol	42 h	5 h after catheter removal	
NSAIDs	None	None	

*All time intervals refer to patients with normal renal function. Prolonged time interval in patients with hepatic insufficiency. Adapted from Gogarten et al,⁸ with permission.

Anexo 3: Escala de sedación de Ramsay

Escala de sedación de Ramsay

1. Paciente ansioso y agitado
2. Paciente colaborador, orientado y tranquilo
3. Paciente dormido, que obedece a órdenes
4. Paciente dormido, con respuestas a estímulos auditivos intensos
5. Paciente dormido, con respuestas mínimas a estímulos
6. Paciente dormido, sin respuestas a estímulos

Adaptada de Ramsay M, et al¹⁵.