Resolución Directoral Nº 260-2022-GR-LL/GGR/GRS/IREN NORTE-DG

Trujillo, 22 de Agosto de 2022

VISTO:

El Expediente Administrativo N°00004648-22-IREN Norte, que contiene el Informe N°744-2022-GRLL/GGR/GRS/IREN-NORTE-OPE a través del cual la Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico valida y solicita la emisión del acto resolutivo de aprobación del Documento Técnico denominado "Para la atención del dolor agudo Post-Operatorio" del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, y;

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Del Norte "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN NORTE, ante la clara necesidad pública de descentralizar los Servicios Médicos Oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlorar, técnica y administrativamente a nivel regional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, el numeral N° VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud señala; es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Reglamento de organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional N° 009-2018-GRLL/CR, establece en su artículo 25° precisando en otras como una de las funciones de la Dirección de Control del Cáncer *m) Asesorar en la formulación de normas, protocolos y guías técnicas, en coordinación con los Departamentos Clínicos y Quirúrgicos*;

Que, de la documentación que obra en el expediente administrativo del visto se tiene que, mediante Informe N° 128-2022-IREN NORTE-DG-DCE-D.A.C.Q el Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico solicita a través de la Dirección de Cirugía Especializada para que la Dirección de Control del Cáncer revise y valide el Documento Técnico denominado "Para la atención del dolor agudo Post-Operatorio" del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte;

Que, con Informe N° 193-2022-GRLL-GGR-GRSS-IREN NORTE-DCC. el Director de Control del Cáncer remite a la Oficina de Planeamiento Estratégico para continuar con el trámite administrativo y posterior aprobación; con Informe N° 744-2022-GRLL/GGR/GRS/IREN NORTE-OPE la Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable por consiguiente, corresponde la emisión del acto resolutivo de aprobación;

Que, en ejercicio de las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783 -Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27867-Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 26842, Ley General de Salud; Ordenanza Regional N° 009-2018-GRLL/CR, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis

Pinillos Ganoza" IREN Norte; Resolución Ejecutiva Regional Nº 2692-2019-GR-LL-PRE, y con las visaciones correspondientes;

ARTICULO PRIMERO: APROBAR, el Documento Técnico denominado "Para la atención del dolor agudo Post-operatorio" del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN Norte, la misma que como anexo forma parte integrante de la presente resolución

ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR, la publicación de la presente Resolución en el portal Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR la presente Resolución Directoral a quienes corresponda en el modo y forma de Ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y ARCHIVESE

REGIÓN LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Marco Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR GENERAL
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Dr. Luis Pinillos Ganoza" IREN-NORTE

Distribución:
Informática (01)
Archivo (01)

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

DOCUMENTO TÉCNICO PARA LA ATENCION DEL DOLOR AGUDO POST-OPERATORIO

REGIÓN LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

TRUJILLO-PERÚ

2022

Director General

Dr. Marco Gálvez Villanueva

Director Ejecutivo de la Dirección De Control del Cáncer

Dr. Mike Maldonado Meléndez

Director Ejecutivo de la Dirección de Cirugía Especializada

Dr. Rodrigo Núñez Vílchez

Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Dr. Rafael Poma Gil

Unidad de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos
Dr. Rafael Poma Gil

Elaborado por:

- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
  - Dr. Jorge Díaz Cabrera
  - Dra. Nelly Orozco Llontop

Revisado y validado por:

- Unidad Funcional de Normatividad
  - Dr. Omar Saavedra Arrascue
  - EEO Mg. Cinthia Yglesias Peláez
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Legal

REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

INDICE

I. INTRODUCCION: 4
II. FINALIDAD 4
III. OBJETIVOS 4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN 4
V. BASE LEGAL: 4
VI. CONTENIDO 5
6.1. FISIOPATOLOGÍA: 5
6.2. FACTORES PREDISPONENTES: 5
6.3. EVALUACION DEL DOLOR 6
6.4. CUADRO CLINICO 6
6.5. MANEJO: 7
6.5.1. ANALGESIA ENDOVENOSA NO OPIOIDE: 7
6.5.2. ANALGESIA ENDOVENOSA OPIOIDE: 8
6.5.3. PAUTA ANALGÉSICA 8
6.5.4. MANEJO FRECUENTES 8
6.5.5. MANTENIMIENTO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA: 9
6.5.6. MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES DURATE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA (10) 10
VII. RESPONSABILIDADES 10
VIII. ANEXOS 11
IX. BIBLIOGRAFIA 16

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD – Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Dr. Luis Pinillos Ganoza – IREN NORTE
V° B°
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

I. INTRODUCCION:

El dolor es definido por la Association for the Study of Pain (IASP), como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial (1)

Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente. (2)

II. FINALIDAD

Garantizar una atención integral en el alivio del dolor agudo post operatorio de los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica en la unidad de recuperación postoperatoria.

III. OBJETIVOS

Estandarizar manejo del dolor agudo en el post operatorio de pacientes quirúrgicos que han recibido anestesia general, regional y sedación utilizando escalas de evaluación y esquema de analgesia para lograr un manejo eficaz y seguro.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación del personal de salud y de médicos anestesiólogos de la Unidad de Recuperación Posanestésica del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - IREN Norte.

V. BASE LEGAL:

- Ley Nº 26842 , Ley General de Salud
- Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA; que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 486-2005 /MINSA, de fecha 24 de junio de 2005, que aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios; de Anestesiología".

- Resolución Ministerial N°1013-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°062-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios Tratamiento del Dolor"
- Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLLL, que crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE.
- Ordenanza Regional Nº 009-2018-GRLL/CR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte.

VI. CONTENIDO

6.1. FISIOPATOLOGIA:

El trauma y la inflamación que se producen tras el corte y la manipulación de los tejidos durante la cirugía, activan los nociceptores. El estímulo nociceptivo es convertido en impulsos eléctricos que se trasmiten hasta la medula espinal través de fibras primarias aferentes Aδ y C. Las neuronas aferentes primarias hacen sinapsis con la segunda neurona aferente en la asta dorsal de la medula espinal y trasmite el impulso hasta los centros superiores a través de la vía espinotalámica y de la espinoreticular contralateral, que son las dos principales vías ascendentes del dolor. Además, hay otras proyecciones que van al córtex y otros centros superiores. Los impulsos serán procesados a nivel cerebral y nos llevara a la experiencia del dolor. (3)(4) Anexo 1 y 2

6.2. FACTORES PREDISPONENTES:

Clásicamente se ha considerado que el tipo de intervención, la localización de la cirugía, la técnica y el grado de manipulación quirúrgica, han sido factores a los que siempre se les ha dado mayor importancia en la relación con la intensidad y duración del dolor postoperatorio. (4) tabla 1

La cirugía torácica y abdominal supraumbilical, la cirugía de ortopédicas de raquis y articulaciones además de las amputaciones son las más dolorosas. En cambio, las cirugías laparoscópicas minimizan la lesión tisular y se asocia con las intensidades del dolor menores que la cirugía abierta. Las cirugías oncológicas y aquellas que son de larga duración requieren mayor consumo de analgésicos en el postoperatorio. (5)

La relación entre el sexo y el dolor sigue aun siendo controvertida, porque hay estudios que no observan ninguna relación, y en cambio otros describen más dolor postoperatorio en las mujeres, si bien las diferencias respecto a los hombres han sido reducidas. (6)

Previa exposición a opioides. El manejo de paciente en tratamiento con opioides crónicos o tolerancia, se debe valorar el tratamiento previo, la dosis efectiva con la cual alcanza alivio sintomático, realizar titulación con frecuencia y tener cuidado con las equivalencias a otros medicamentos. Es imprescindible realizar tamizaje de factores de riesgo para abuso de opioides. (6)

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD V° B° SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA IREN NORTE

Trastornos psiquiátricos. Trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad son los más asociados a tener una peor experiencia de dolor agudo. Estos trastornos se asocian con catastrofización, hipervigilancia e inflexibilidad por parte del paciente a su enfermedad. (6)

Comorbilidades. Obesidad, apnea obstructiva de sueño, asma, diabetes, trastorno de estrés post - traumático son las más asociadas. (6)

6.3. EVALUACION DEL DOLOR

Los instrumentos utilizados habitualmente para la valoración clínica de la intensidad del dolor son diferentes escalas. Estas tienen que cumplir una serie de características para ser aceptadas, como son la aplicabilidad, la fiabilidad, validez, versatilidad, idoneidad.

Se recomienda evaluar en base a la Escala Visual Análoga (EVA). La manera adecuada es preguntando o mostrando una regla: ¿Cuánto dolor tiene Ud. de 0 a 10? Si 0 es nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable (supera al máximo conocido o tolerable). Se debe realizar esta evaluación en reposo (EVA de reposo), y en inspiración profunda, tos o cambios de posición (EVA dinámico) (7)(8) ANEXO 3

Escalas "objetivas": En esta forma de evaluación del dolor es el propio observador quien va a inferir un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente. Se basa fundamentalmente:

- Observación del comportamiento o actitudes que adopta este
- Expresión facial
- Grado de movilidad
- Tensión muscular
- Postura corporal
- Presión Arterial y frecuencia cardiaca

6.4. CUADRO CLINICO

Clínicamente se consideran tres clases de dolor somático visceral y neuropático, esta diferencia puede llevar a diagnosticar la causa del dolor realizar un abordaje oportuno y preferir algún manejo analgésico sobre otro.

- Dolor somático una de las fuentes más frecuentes de dolor y da cuenta de la afección del sistema musculoesquelético la piel el tejido conectivo y las serosas parietales el paciente casi siempre puedo ubicar con un solo dedo la localización del dolor y su intensidad
- Dolor visceral Este tipo de dolor incluye vías aferentes a la médula espinal da cuenta de que el dolor producido en las cavidades abdominal pélvica torácica clínicamente es un dolor que no pudo ubicarse fácilmente.
- Dolor neuropático se define a este tipo de dolor como el producido a consecuencia de una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico clínicamente es un dolor de intensidad variable que se presenta de manera intermitente o tiene un componente continuó con exacerbaciones intermitentes que el paciente describe como ardor quemazón o frío intenso. (4)

6.5. MANEJO:

La analgesia a demanda ha de ser abandonada por haberse demostrado ineficaz dando paso a la administración horaria de una combinación de fármacos que se complementan en su mecanismo de acción. La analgesia unimodal es insuficiente y las evidencias científicas apoyan la utilización de pautas multimodales. La analgesia multimodal consiste en emplear simultáneamente varios fármacos que actúan a diferentes niveles para conseguirla anti-nocicepción, bloqueando mediadores tisulares, mecanismos espinales de nocicepción, modificando la transición supra espinal y activando la inhibición descendente. (9)

La base estratégica es utilizar una terapia multimodal, consistente en combinar fármacos y técnicas analgésicas para optimizar la eficacia, disminuyendo así las dosis, los efectos colaterales y las potenciales reacciones adversas de cada uno de ellos. El objetivo es lograr una EVA menor o igual a 3 en reposo y menor o igual a 5 dinámico. Se sugiere combinar el uso de: AINEs (uno solo), opioides y anestésicos locales en todas sus opciones (bloqueo local, de nervio periférico, bloqueo neuro axial o infusión IV). La administración de paracetamol por vía intravenosa se ha demostrado eficaz como analgésico postoperatorio en la analgesia multimodal por su eficacia y por carecer de los efectos indeseables de los analgésicos antiinflamatorios no- esteroideos. (9)(10)(11)

Se iniciará la terapia analgésica lo antes posible, idealmente en el intraoperatorio. La analgesia preventiva es más efectiva si se usan anestésicos locales antes del trauma quirúrgico. Usar de preferencia la vía endovenosa u oral. No usar vías intramusculares ya que son dolorosas e impredecibles (7)(11)

6.5.1. ANALGESIA ENDOVENOSA NO OPIOIDE:

Es un grupo de fármacos que poseen una acción analgésica débil o moderada. Los AINEs tipo anti-Cox 1 y 2 son los más usados. De los AINEs selectivos anti-Cox2 de uso IV, en nuestro país sólo existe disponibilidad de parecoxib. Algunos AINEs tienen acción central (metamizol, paracetamol). (3)(9)(10)(12) Cuadro 1

a) Protocolo de administración intermitente:

<u>EVA MODERADO (EVA 5-7)</u>

1. Metamizol 2 g cada 8 horas IV + Paracetamol 1 g c/ 8 horas.
2. Asociar: Dexketoprofeno IV 50 mg c/8 horas.

<u>EVA SEVERO (EVA 8-10)</u>

1. Metamizol 2 g c/ 8 horas+ Paracetamol 1 g c/ 8 horas.
2. Rescate: Dexketoprofeno IV 50 mg c/8 horas.

b) Protocolo de administración continua:

1. Ketorolaco 90-120 mg para 24 h IV.

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

2. Ketoprofeno: hasta 300 mg para 24 h IV.

Se pueden asociar a: Metamizol 4-6 g para 24 h IV.

o Paracetamol 1 g cada 6-8 horas IV.

6.5.2. ANALGESIA ENDOVENOSA OPIOIDE:

c) Protocolo dosis intermitentes:

1. Tramadol: Dosis máxima 6 mg/kg en 24 horas
Usar en infusión continua o bolos.
Asociar a antieméticos.
Se puede asociar AINEs. No produce espasmo del esfínter de Oddi, y la depresión respiratoria es infrecuente en dosis terapéutica.

2. Morfina: Dosis 2-3 mg IV c/10 minutos hasta lograr EVA≤3.
Droga preferente para el rescate del dolor postoperatorio.
Usar bajo condiciones de vigilancia: monitorizar estado de sedación y frecuencia respiratoria, evaluar necesidad de suplemento de oxígeno.

6.5.3. PAUTA ANALGÉSICA: tabla 2

6.5.4. MANEJO FRECUENTES

a) Paciente con catéter epidural. Morfina

- Fentanilo 50 -100 ug en 10 ml de suero fisiológico.
- Bupivacaina/ Levobupivacaína 0.125% en 10 ml SF.
- Bupivacaina/ Levobupivacaína 0.0625-0.012%+ Fentanilo 50 ug en 10 ml de suero fisiológico.

b) Paciente con anestesia espinal.

- Metamizol 2 g cada 8 horas IV.
- Dexketoprofeno 100 mg cada 8 horas.
- Paracetamol 1 g IV lento cada 6-8 horas.
- Paracetamol 1 g+ Petidina 100 mg+ Metoclopramida 10 mg en 100 ml de suero fisiológico.
- Metamizol 2 g ó Dexketoprofeno 100 mg+ Petidina 50-100 mg+ Metoclopramida 10 mg en 100 ml de suero fisiológico.

c) Paciente con anestesia general: morfina IV

- Metamizol 2 g IV + Petidina 100 mg iv lento cada 8 horas.
- Dexketoprofeno 100 mg+ Petidina 100 mg cada 12 horas IV.

REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

- Paracetamol 1 g IV lento+ Petidina 100 mg IV cada 6-8 horas.
- Metamizol 2 g o Dexketoprofeno 100 mg + Petidina 50-100 mg + Metoclopramida 10 mg en 100 ml de SF.

6.5.5. MANTENIMIENTO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA:

6.5.5.1.1. Paciente con catéter epidural y bomba elastomérica:

Bupivacaina 0.0625%+ Morfina 0.05 mg/ml.

Preparación:

- Volumen total: 100 ml: 12.5 ml de Bupivacaina 0.5%+ 5 ml de Morfina (5 mg) + 82.2 ml de suero fisiológico.
- Infusión: 2 ml/h.

6.5.5.1.2. Paciente con anestesia espinal:

- Paracetamol 1 g VO cada 6 horas por 48 horas+ AINES indicado a horario:
  - Metamizol 2 g cada 8 horas.
  - Dexketoprofeno 100 mg cada 8 horas.
  - Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas.
- Bomba elastomérica EV:

  Preparación volumen total 100 ml:
  - Tramadol 4 mg/ml+ Metamizol 100-120 mg/ml
  - Morfina: 0.4-0.5 mg/ml, infusión de 2 ml/h IV.

6.5.5.1.3. Paciente con anestesia general:

- Paracetamol 1 g VO cada 6 horas por 48 horas+ AINES indicado a horario:
  - Metamizol 2 g cada 8 horas.
  - Dexketoprofeno 100 mg cada 8 horas.
  - Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas.
- Bomba elastomérica:

  Preparación volumen total 100 ml:
  - Tramadol 4 mg/ml+ Metamizol 100-120 mg/ml
  - Morfina: 0.4-0.5 mg/ml, infusión de 2 ml/h IV.

REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

6.5.6. MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES DURATE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA (10)

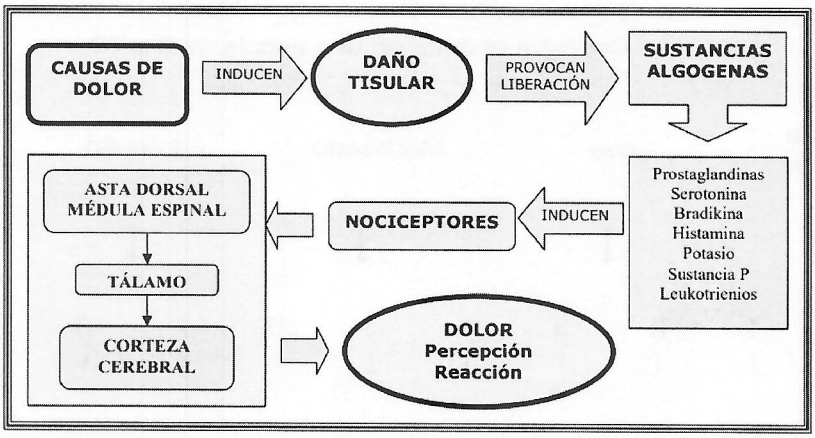
EVENTO ADVERSO	DOSIS
Depresión respiratoria	Naloxona 0.1 mg c/3 min
Náuseas y vómitos	Metoclopramida 10 mg cada 6 h. Ondansetron 4-8 mg. Dexametasona 4 -8 mg. Dimenhidrinato 50 mg
Prurito	Clorfenamina 10mg + Dexametasona 4 mg.

VII. RESPONSABILIDADES

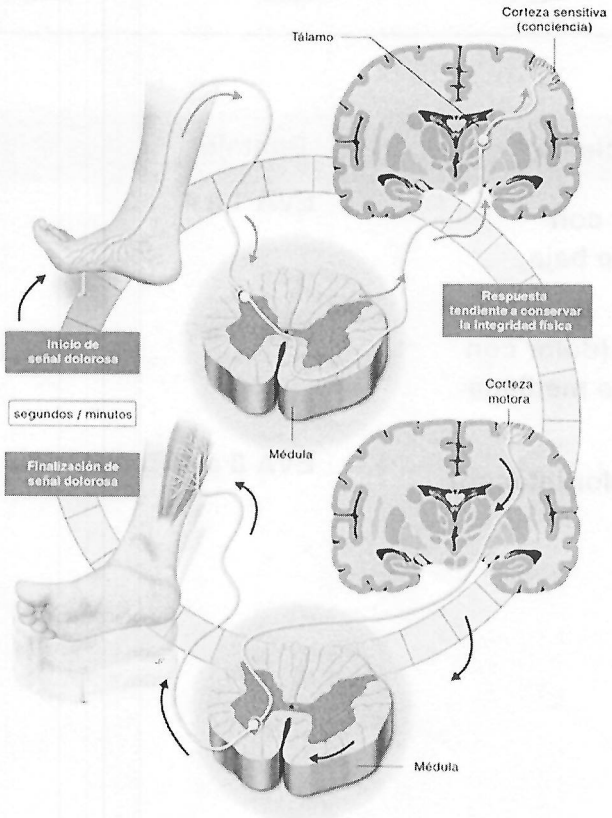
- **Dirección de Cirugía Especializada:** Velar para que el presente documento normativo sea implementado en el ámbito de su competencia.
- **Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico:** Responsable de la capacitación, aplicación y cumplimiento del presente documento normativo.
- **Unidad Funcional de Normatividad:** Será el encargado de realizar el seguimiento de la vigencia del documento normativo y solicitará a quien corresponda su actualización.

VIII. ANEXOS

Anexo N° 01: Fisiopatología del dolor.

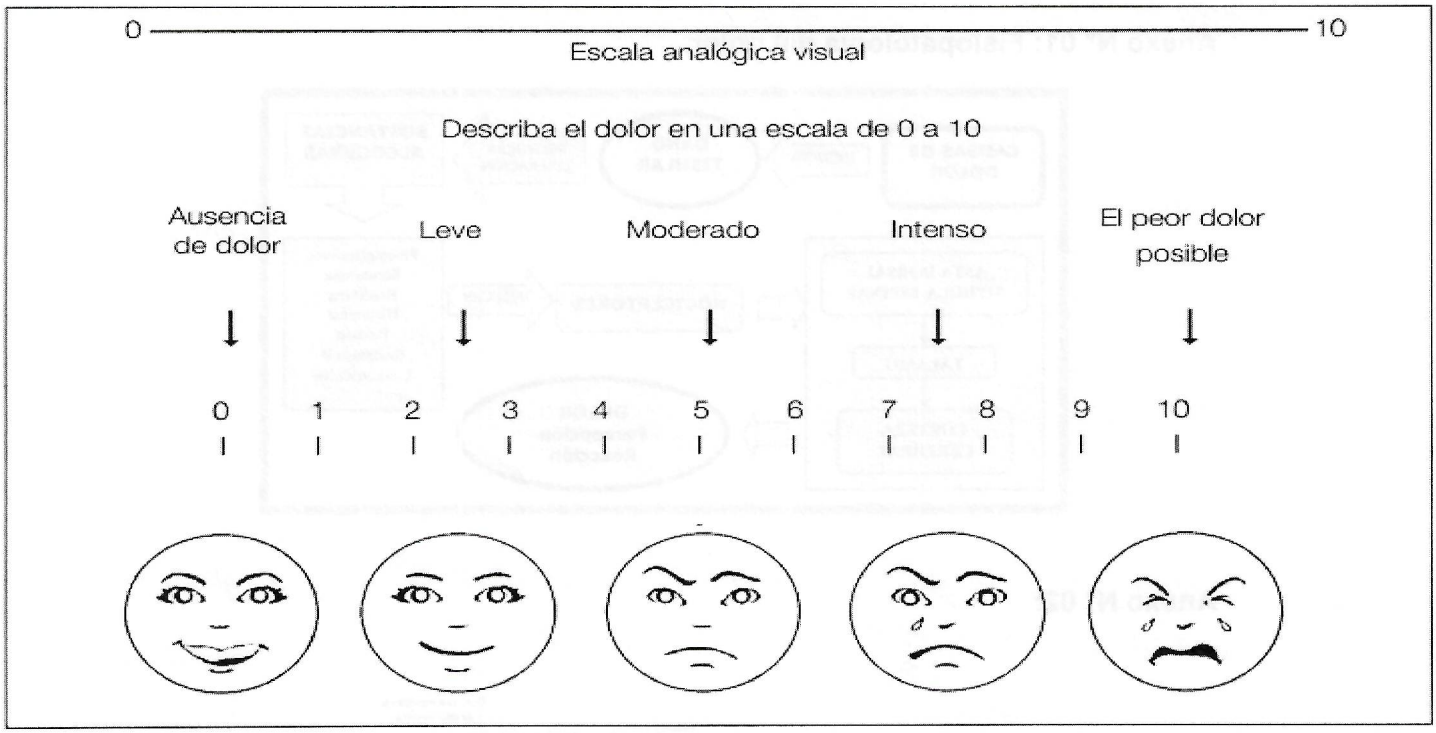


Anexo N° 02:



REGIÓN LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

Anexo N° 03: ESCALA VISUAL ANALOGA



Valoración del paciente	Puntaje	Riesgo del paciente
Dolor leve (dolor con características de baja intensidad)	EVA 1 a 4	Leve
Dolor moderado (dolor con características de mediana intensidad)	EVA 5 a 7	Moderado
Dolor severo (dolor intenso)	EVA 8 a 10	Severo

REGIÓN LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

TABLA 1: INTERVENCIONES QUIRURGICAS CLASIFICADAS SEGÚN EL DOLOR POSTOPERATORIO PREVISIBLE:

DOLOR MODERADO	DOLOR LEVE
Osteosíntesis de fracturas	Cirugía traumatológica menor
Cirugía traumatológica de los miembros	Artroscopia de rodilla
Artroplastia de cadera	Cirugía maxilofacial menor
Artroplastias de grandes articulaciones	Cirugía proctológica menor
Cirugía de la columna	Herniorrafia (dolor bajo)
Cirugía ortopédica menor	Laparotomía ginecológica
Cirugía laparoscópica	Cirugía general menor
Colecistectomía	Cirugía urológica menor
Histerectomía	Cirugía endoscópica urológica menor
Otras cirugías obstétrico-ginecologicas intraabdominales	Cirugía ORL menor
Cirugía de la mama	Varices
Cirugía abdominal no ginecológica	Cirugía oftalmológica menor
Cirugía maxilofacial	
Cirugía de partes blandas superficiales	
Cirugía nasal	
Cirugía ORL	
Cirugía del tiroides	
Herniorrafia	
Apendicectomía	
Cirugía proctológica	
Cirugía endoscópica urológica	
Cirugía artroscópica grandes articulaciones	
Cirugía intracraneal	

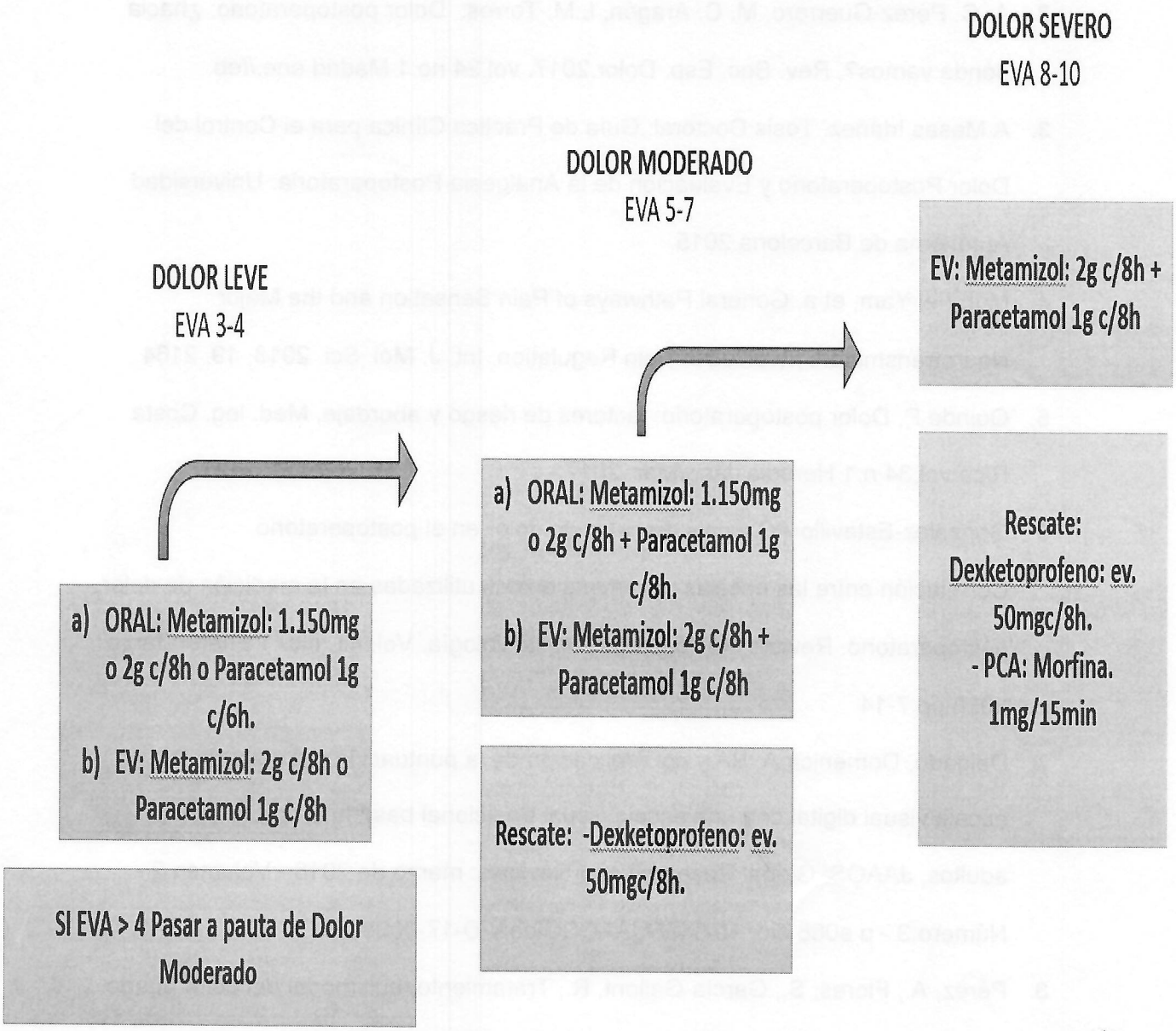
REGIÓN LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

TABLA 2: PAUTA ANALGESICAS

Objetivo: Paciente con EVA < 3		
Catéter epidural	**Anestesia espinal**	**Anestesia general**
Fentanilo 50-100 ug en 10 ml de suero fisiológico	Metamizol 2 g cada 8 horas IV	Metamizol 2 g IV + Petidina 100 mg IV lento cada 8 horas
Bupivacaina 0.125% en 10 ml de SF	Dexketoprofeno 100 mg cada 8-12 horas IV	Dexketoprofeno 100 mg+ Petidina 100 mg cada 12 horas IV.
Bupivacaina 0.0625%-0.125%+ Fentanilo 50 ug en 10 ml de SF	Paracetamol 1 g IV lento cada 6-8 horas	Paracetamol 1 g IV lento + Petidina 100 mg IV cada 12 horas
	Paracetamol 1 g+ Petidina 100 mg+ Metoclopramida 10 mg en 100 ml de SF	Metamizol 2 gramos ó Dexketoprofeno 100 mg+ Petidina 50-100 mg+ Metoclopramida 10 mg en 100 ml de suero fisiológico.
	Metamizol 2 g ó Dexketoprofeno 100 mg+ Petidina 50-100 mg+ Metoclopramida 10 mg en 100 ml de SF.	Paracetamol 1 g+ Petidina 50-100 mg + Metoclopramida 10 mg en 100 ml de suero fisiológico.
Dosis de rescate: Tramadol 100 mg SC o Petidina 50-100 mg IV lento		

REGIÓN LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

Cuadro 1



REGIÓN LA LIBERTAD Vº Bº DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

IX. BIBLIOGRAFIA

1. J Pérez Fuentes, Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás, Rev. Soc. Esp. Dolor vol.27 no.4 Madrid jul./ago. 2020 Epub 13-Oct-2020
2. A. C. Pérez-Guerrero, M. C. Aragón, L.M. Torres. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?, Rev. Soc. Esp. Dolor.2017. vol.24 no.1 Madrid ene./feb.
3. A Mesas Idañez. Tesis Doctoral: Guía de Práctica Clínica para el Control del Dolor Postoperatorio y Evaluación de la Analgesia Postoperatoria. Universidad Autónoma de Barcelona.2015.
4. Mun Fei Yam, et a. General Pathways of Pain Sensation and the Major Neurotransmitters Involved in Pain Regulation. Int. J. Mol. Sci. 2018, 19, 2164
5. Quinde P, Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje, Med. leg. Costa Rica vol.34 n.1 Heredia Jan. /Mar. 2017
6. González-Estavillo AC y cols. Escalas de dolor en el postoperatorio Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 41. No. 1 Enero-Marzo 2018 pp 7-14
7. Delgado, Domenica A. BA y col. Validación de la puntuación del dolor de la escala visual digital con una escala visual tradicional basada en papel en adultos, JAAOS: Global Research and Reviews: marzo de 2018 - Volumen 2 - Número 3 - p e088 dio: 10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088
8. Pérez, A., Flores, S., García-Gallont, R., Tratamiento multimodal del dolor agudo postoperatorio agregando Paracetamol IV a protocolo ya establecido. Rev. Fac. Med, 1(25): II Época, 2018, Jul-Dic. pp. 55-63

REGIÓN LA LIBERTAD V° B° DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE

9. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación, Guía de práctica clínica para el manejo del dolor agudo postoperatorio. 2019.
10. A. Alcántara Montero y A. González Curado. Carta al Director. Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor.2016; 23(3): 164-165
11. Chou R, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. The Journal of Pain, 2016.Feb;17 (2):131-57

LA LIBERTAD
Vº Bº
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - IREN NORTE