



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/406.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Control del dolor postquirúrgico inmediato: protocolo de analgesia basado en escalas de dolor versus protocolo de analgesia convencional**

Autores Inmaculada *Palacio Valverde*, Matilde *Zaldívar Pérez*, Verónica *Rodríguez Roldán*, Francisco José *Navarro Bernal*

Centro/institución Hospital de Jerez

Ciudad/país Jerez de la Frontera (Cádiz), España

Dirección e-mail inmapalacio@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El manejo del dolor postoperatorio se nos plantea como uno de los problemas asistenciales de máxima prioridad. Establecer un nuevo protocolo de analgesia basado en escala de dolor en el que se actuará según la participación activa del paciente y tras valoración de la intensidad del dolor, va a permitir un mejor manejo del mismo y por consiguiente un aumento de calidad asistencial.

Objetivo: Mejorar la calidad asistencial en el alivio del dolor agudo del paciente postquirúrgico adaptando el protocolo convencional de manejo del dolor a un nuevo protocolo basado en escalas de dolor.

Metodología: Estudio experimental, comparativo, aleatorizado y unicéntrico, realizados a un aproximado de 154 pacientes que serán sometidos a intervención quirúrgica con anestesia general en la clínica. De forma aleatoria alternativa según llegada a la unidad, se formarán dos grupos de estudio en el que al primero se le aplicará el protocolo de analgesia convencional y al segundo el protocolo de analgesia basado en escalas de dolor y así sucesivamente. La recogida de datos se hará con cuestionarios a su llegada sobre la intensidad del dolor y 24 h más tarde, con cuestionarios de satisfacción.

Palabras clave: Dolor postoperatorio inmediato/ Control/ Escala de dolor/ Analgesia.

ABSTRACT

Introduction: The postoperative pain management we face as one of the top priority health care problems. Establish a new protocol of analgesia based on pain scale which will act as the active participation of the patient and following evaluation of pain intensity, will allow better management of the same and therefore an increase in quality of care.

Objective: To improve the quality of care in acute pain relief patient adapting the standard protocol postsurgical pain management to a new protocol based on pain scales.

Methodology: Experimental, comparative, randomized, single-center study, made to 154 patients who will be undergoing surgery with general anesthesia in a Clinic. At random according to the unit arrival form two study groups in which at first will be applied conventional analgesia protocol and the second protocol of analgesia based on pain scales and so on. Data collection will be done with questionnaires on arrival on pain intensity and 24 hours later with satisfaction questionnaires.

Key-words: Postoperative Pain/ Control/ Scale Pain/ Analgesia.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Objetivos del Proyecto de Investigación

El objetivo principal de nuestro trabajo es mejorar la calidad asistencial en el alivio del dolor agudo del paciente postquirúrgico adaptando el protocolo convencional de manejo del dolor a un nuevo protocolo basado en escalas de dolor.

De ello derivan otros objetivos específicos importantes como son:

1. Unificar métodos de valoración y manejo del dolor.
2. Detección precoz del dolor para su control.
3. Reducir complicaciones derivadas de intervenciones medicamentosas.
4. Colaborar en la disminución de gastos farmacológicos.
5. Conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor postoperatorio.
6. Valorar el grado de satisfacción de los pacientes operados respecto al control del dolor postquirúrgico, con el personal médico y de enfermería.

Antecedentes y estado actual del tema

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". (1)

El dolor postquirúrgico aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Este dolor se presenta tras la intervención y finaliza con la curación de la patología quirúrgica que lo ha generado. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Es básicamente un dolor de tipo nociceptivo, asociado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Si no se trata adecuadamente, puede cronificarse. Es por ello que consideramos que debe ser una prioridad fundamental para el personal sanitario que trabaja en la reanimación postquirúrgica (2).

El concepto de dolor ha evolucionado mucho a lo largo de la historia hasta tal punto que a mitad del siglo XIX, según refleja la literatura, en los pacientes postquirúrgicos no se usaba analgesia, ni incluso en el acto operatorio. Más tarde, en el siglo XX, se empieza a tratar el dolor postoperatorio, una vez solucionado el intraoperatorio, y en el año 1990, tras una publicación en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación en 1987 a cargo del Dr. Luis Aliaga, se comenzó a tomar conciencia acerca de la problemática existente en relación al tema. Se crean las primeras unidades de tratamiento del dolor agudo, atendidas por anestesiólogos que valorarán y tratarán a los pacientes intervenidos en días anteriores.

Dichas unidades de dolor agudo empezaron a gestionarse, planificarse y ponerse en marcha a partir del año 2000 en un número muy limitado de hospitales en España y han sido recomendada su implantación desde algunas organizaciones reconocidas de profesionales, instancias gubernamentales o agencias privadas. En la guía de práctica clínica de la American Society Anesthesiology para el manejo del dolor agudo postoperatorio, recomienda la implantación de UDA. En determinados hospitales la

UDA se corresponde con la URPA, el responsable es el anestesiólogo a tiempo parcial; en su ausencia el médico intensivista de guardia y un enfermero; no se llega a implantar la UDA como tal por los importantes cambios de organización, cargas de trabajo, necesidad de personal que esto supone y por la utilización de diversas técnicas analgésicas que requieren un estrecho seguimiento (3) (4).

Esa ha sido la evolución del manejo del dolor en nuestra historia pero las nuevas técnicas y tratamientos nos conduce a la situación actual, que aunque quede demostrado que existen métodos, manuales, recomendaciones y guías clínicas para el tratamiento del dolor postquirúrgico, quizás estemos infravalorándolo sin darle el manejo correcto.

En la actualidad el dolor agudo postoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia. Contamos con una amplia gama de medicamentos, disponemos de más tecnología y aplicando técnicas de analgesia multimodal, se llega a disminuir los costos totales al utilizar menos medicamentos con las combinaciones adecuadas. Sin embargo los pacientes continúan sufriendo dolor postoperatorio, lo que conlleva diversos problemas, desde una escasa satisfacción hasta complicaciones asociadas al dolor sin tratamiento (5).

Hay que señalar que existe suficiente evidencia científica que demuestra que el dolor sigue siendo un problema no resuelto. Aproximadamente el 70% de los pacientes experimentan dolor severo y un 30% dolor moderado. El problema es mayor si consideramos que en estas 2 últimas décadas se han producido avances considerables referentes a la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración (6) (7).

El inadecuado tratamiento del dolor conduce a un fenómeno nociceptivo persistente e invalidante, que ocasiona sufrimiento e insatisfacción del paciente. Su alivio es una preocupación esencial para el paciente y su entorno, lo que representa un indicador de calidad en las encuestas de satisfacción.

Existen razones que justifican una baja calidad asistencial en el manejo del dolor como pueden ser actitudes erróneas del personal sanitario como las pautas “a demanda”, la reticencia de algunos profesionales al uso de opiáceos, infravaloración del dolor que sufren los pacientes por dificultad para medir cual puede ser el sufrimiento del mismo o la ausencia de programas y protocolos de analgesia.

En la literatura científica con un nivel alto de evidencia indican que los pacientes refieren que el dolor es la principal preocupación relacionada con el proceso quirúrgico, y estas expectativas suelen coincidir con la incidencia del dolor en el postoperatorio; la información que se les brinda a ellos y a sus familiares en el preoperatorio contribuye a un mejor control postoperatorio y a una disminución en el consumo de analgésicos.

Partiendo del modelo asistencial en el que nos encontramos, la enfermera es la profesional que acompaña y cuida al paciente en todas las fases del proceso quirúrgico. Nuestra labor de cuidador y observador es conseguir el mayor grado de confort y satisfacción en el paciente como referente de buena calidad asistencial. Es por ello que nos encontramos en la necesidad de abarcar el tema que se presenta recordando que padecer dolor en el posoperatorio no es un resultado obligado tras la cirugía.

Hacer una buena valoración del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del mismo. Se debe hacer de forma multidimensional para poder evaluar los atributos y emociones que acompañan a la experiencia dolorosa como: intensidad, duración, ubicación, emociones, etc.

El tipo y la localización de la intervención quirúrgica, tienen un profundo efecto en la magnitud del dolor postoperatorio. La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas

mínimamente invasivas, está modificando los protocolos de analgesia clásicos en la cirugía compleja. Pero en el tratamiento del dolor postquirúrgico utilizando protocolo de analgesia basado en escalas de dolor, no es necesario hacer modificaciones, se trata según el nivel de dolor percibido por el paciente y aplicando una pauta analgésica predeterminada para cada nivel, independientemente del tipo de abordaje quirúrgico o de la complejidad de la cirugía.

Las escalas de valoración del dolor, son métodos de medición de la intensidad del dolor y, con su empleo se puede llegar a cuantificar la percepción subjetiva de dolor por parte del paciente y, ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Actualmente existen multitud de escalas siendo generalmente las más utilizadas:

-Escala verbal: También llamada Descriptiva Simple, descrita por Keele en 1948, aunque admite variantes. Son escalas en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. Por ejemplo:

•NADA – POCO – BASTANTE – MUCHO

•LIGERO – MODERADO – INTENSO – ATROZ

•NO HAY DOLOR – LEVE – MODERADO – INTENSO – INSOPORTABLE

Habitualmente, se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4...) para cuantificarlo y registrarlo.

-Escala Numérica: Introducida por Downie en 1978, el paciente asigna un valor numérico a su dolor en función del grado de intensidad que considere. Siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor imaginable (8).

-Escala Visual Analógica (EVA): La EVA (o VAS por sus siglas en inglés) tiene su origen en la psicología, donde se utilizaban para valorar el estado de ánimo del paciente. Pronto se trasladó a la valoración del dolor. Fue introducida por Scott Huskinson en 1976. Se compone exclusivamente del dibujo de una línea vertical u horizontal, no contiene números ni palabras descriptivas. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. Muchos pacientes son reticentes a utilizar palabras para cuantificar su dolor y esta es una buena alternativa. Con todo, se considera que entre un 7 y un 11% de los pacientes son incapaces de marcar la EVA o la encuentran confusa (Huskisson y Kremer) (8).

Escalas menos frecuentes empleadas son la Escala de Grises de Luesher, la Analógica Luminosa de Nayman y así muchas más, pero nos centraremos en combinar la Escala Verbal con la Escala Numérica para nuestro estudio.

Además de las escalas en las que toma parte activa el paciente, existen recogidas de datos por parte de los profesionales que hacen referencia al tipo de conducta adoptada. Así se puede valorar el llanto, expresión facial, comportamiento, lenguaje, etc.

Como ya se ha mencionado, en la actualidad existen diferentes manuales, guías y protocolos relacionados con el manejo del dolor postquirúrgico.

La educación continuada del personal sanitario y la información entregada a los pacientes en el ámbito del dolor postoperatorio son fundamentales para el tratamiento efectivo y seguro de los pacientes operados.

Uno de los orígenes del problema del dolor postoperatorio no controlado reside en el limitado conocimiento que los profesionales de la salud tienen acerca del dolor y su control e implicación en la evolución postoperatoria. La falta de actualización perpetúa conceptos erróneos que perjudican la recuperación de los pacientes.

Desterrar el concepto de dolor como “mal necesario” y mostrar el beneficio que representa el control del mismo para la evolución postoperatoria son medidas que se deben poner a disposición del paciente **(9)**.

Con el estudio se pretende demostrar, que el protocolo de analgesia convencional utilizado en una clínica de manera estandarizada sin tener en cuenta el grado de dolor del paciente, puede ser mejorado aplicando un nuevo protocolo de actuación basado en escalas de dolor donde no sólo se valora su existencia o no sino aspectos más importantes como la intensidad, duración, repercusión, etc. que facilita su mejor abordaje, y por consiguiente se proporciona una mayor calidad asistencial.

En la realización del estudio experimental, se va a hacer esencial para el tratamiento del dolor, la utilización de medidas fiables y validas, con sensibilidad y capacidad para detectar cambios en el tiempo y tras el tratamiento; teniendo en cuenta factores que puedan afectar dicha sensibilidad como, la complejidad de la tarea de calificación de la medida, el número de niveles de intensidad y dimensión del dolor evaluado y el nº de individuos valorados **(10)**.

Somos conscientes que el dolor es un síntoma clínico muy difícil de evaluar, pero la evidencia científica encontrada en la literatura bibliográfica, nos ha demostrado que la metodología de estos estudios, ha permitido la evaluación objetiva del dolor a través de las escalas de calificación y por ello, al igual queremos determinar que las escalas de evaluación del dolor podrían ser útiles en la medición del dolor postoperatorio en la práctica médica, demostrarlo en nuestro entorno clínico, y además poner en práctica dicha estrategia. **(11)(12)(13)(14)**.

Como componente de cualquier plan de manejo del dolor, la evaluación aunque es un elemento esencial y desafiante, la enfermería cuantificará y documentará el dolor del paciente postoperado mediante el uso de escalas de evaluación del dolor, que va a capturar todos los aspectos de la experiencia dolorosa., siendo muy significativo conocer la cantidad de reducción de dolor desde la perspectiva del paciente para la aplicación del protocolo que se propone en este estudio de investigación **(15)**.

Hipótesis planteada

Aplicar el protocolo basado en escalas de evaluación del dolor frente al protocolo de analgesia convencional, evita periodos de dolor mal controlado favoreciendo el grado de satisfacción del paciente operado.

Metodología utilizada para contrastar las hipótesis

Diseño del estudio:

Estudio observacional, comparativo, aleatorizado y unicéntrico.

Dicho estudio permite comparar el efecto impacto de las dos intervenciones, que serán aplicadas de forma aleatoria a los diferentes grupos de estudio y de manera controlada por el equipo investigador.

Con ello se intenta demostrar que el uso de un protocolo u otro, marcarán las posibles diferencias una vez observados los resultados de cada grupo.

Para demostrar o rechazar la eficacia de la intervención y poder aportar evidencias sobre una relación causal, partiremos de grupos de sujetos comparables de manera que la única diferencia entre ellos sea el tipo de protocolo aplicado.

El seguimiento se inicia con el paso del paciente por la unidad de reanimación postquirúrgica previo a la cirugía, momento en el que se informará de su participación voluntaria en dicho estudio y se les entregará consentimiento informado en el que se incluye toda la información relevantes sobre el estudio, que cumple con las autorizaciones debidas y garantiza la confidencialidad de los datos de acuerdo con la legalidad vigente (declaración Helsinki) para su lectura y firma. Al mismo tiempo se registrarán datos de tipos fisiológicos (TA, Fc, Fr y satO₂), conductuales y emocionales, datos que nos darán información para su inclusión o no en el estudio.

La construcción de los grupos a tratar una vez dado su consentimiento, se realizará utilizando técnicas de asignación aleatoria alternativa.

Se tratará de un estudio simple ciego, el paciente sabrá que participa en dicho estudio pero no sabrá que protocolo se estará empleando para paliar su dolor, parte conocida solo por los investigadores. El único criterio a seguir para el uso de un protocolo u otro será el alternar pacientes según el orden de llegada a reanimación. En el primero se usará el protocolo convencional y en el segundo el adaptado a la escala del dolor y así sucesivamente hasta completar la población a estudio.

Población de estudio:

El estudio es unicéntrico, donde se incluirán a todos aquellos pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia general en una clínica y cuyo Comité de Ética ha dado su aprobación. El periodo de reclutamiento o inclusión de los pacientes será de Enero a Abril de 2014.

Criterios de inclusión:

- Tener entre 18 y 75 años de edad.
- Ser sometidos a cirugía bajo anestesia general.
- Dar el consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Ser pacientes que pasen por la Unidad de Reanimación.

Criterios de exclusión:

- Ser menor de 18 años o mayor de 75.
- Sometidos a otro tipo de anestesia que no sea general.
- No haber firmado su consentimiento.
- Pacientes con los que resulte difícil comunicarse, bien sea por demencia, incapacidad para hablar o por desconocimiento del idioma español.
- Pacientes intubados o ingresados a UCI con sedación y aquellos a los que no se les hubiera podido dar seguimiento en la sala de hospitalización.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra será condicionado a la actividad quirúrgica del servicio a lo largo de 4 meses, esperando una media aproximada de 150 pacientes. (En

cualquier caso la muestra mínima será de 100 y máxima de 200 pacientes intervenidos el tiempo que fuera preciso).

Se calcula con un nivel de significación estadística alfa del 5% en hipótesis bilateral y una potencia estadística (1-beta) superior al 84%, precisaría un mínimo de 69 pacientes por grupo.

Con la corrección por pérdidas y abandonos del 10%, se precisa un tamaño muestral mínimo de 154 sujetos de estudio.

Variables de estudio:

- Edad: Mayores de 18 y menores de 75.
- Sexo: Hombre y mujer.
- Intervención: Proceso quirúrgico al que es sometido.
- Datos fisiológicos pre y postquirúrgicos: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- Datos emocionales: Conocimientos de su proceso, experiencias previas y estado anímico.
- Nivel de dolor: A través de la escala visual analógica y la escala verbal.
- Pauta analgésica: Se consideran los grupos analgésicos que aparecen en las indicaciones médicas.
- Necesidad de rescate: Dos categorías afirmativa o negativa.
- Tiempo medio con dolor: Periodo transcurrido hasta alcanzar un nivel óptimo de analgesia.
- Alivio del dolor tras analgesia: Afirmativo o negativo.
- Complicaciones: Posibles efectos secundarios derivados de la administración de analgésicos.
- Información recibida: Conocimientos de su enfermedad, proceso quirúrgico, posible padecimiento de dolor, recursos analgésicos y participación y objetivos de nuestro estudio.
- Satisfacción del paciente por el control del dolor: Sentimiento de bienestar cuando se ha cubierto la necesidad de paliar el dolor.

Recogida de los datos

El instrumento final para la recogida de datos constará de dos documentos elaborados por el equipo investigador. Un formulario básico en el cual se valora el proceso de atención postquirúrgica y un breve cuestionario para evaluar el nivel de satisfacción del paciente.

En el primer documento (Anexo 4), se recogen las constantes previas a la cirugía además de un importante dato emocional que permite orientarnos de la actitud del paciente frente a todo el proceso operatorio.

Una vez el paciente salga de quirófano y regrese a la unidad de reanimación, se le preguntará por la presencia de dolor y, en el caso de existir, se valora la intensidad del mismo por medio de la Escala verbal o la Escala numérica y se registra la pauta analgésica administrada.

También quedará reflejada la necesidad de administrar rescates, el tiempo en controlar el dolor y la necesidad de avisar al facultativo responsable.

El segundo documento (Anexo 5), es un breve cuestionario que se entregará al paciente el día siguiente a la intervención y que está relacionado con el manejo del dolor a la salida de quirófano. En dicho cuestionario se valorará el nivel de satisfacción personal lo cual nos permitirá evaluar la eficacia de nuestro tratamiento y el nivel de cumplimiento de nuestro objetivo principal.

Los resultados serán expresado en Media \pm Desviación Estándar, nivel de significación estadística (valor de “p” 0,05), estimación del Intervalo de confianza IC y relevancia clínica vs significación estadística.

Para determinar la relación entre variables se utilizará la prueba Chi Cuadrado para variables cualitativas y prueba T Student para variables cuantitativas.

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos utilizaremos el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows).

En cuanto a recursos materiales nuestro estudio no será demasiado costoso. Precisaremos material de papelería (folios y bolígrafos) y PC con programa SPSS para Windows. Los gastos en material sanitario y medicación no se verían afectados ya que lo único que hacemos es adaptar el protocolo usando los mismos productos.

Posibles sesgos y limitaciones

Las limitaciones que podemos encontrar en nuestro estudio pueden ser:

- Falta de colaboración por parte de algún paciente.
- La interpretación del dolor es subjetiva, cada paciente la interpretará de forma diferente según su nivel de conocimientos.

Aspectos éticos del estudio

El proyecto será sometido a aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación del Hospital de referencia.

En el desarrollo y ejecución de este proyecto, se seguirán todas las normas relativas a la protección de datos personales y de salud recogidas en la LOPD (RD 994/1999 y Ley 15/1999), así como la Ley básica de Autonomía del Paciente y derechos y obligaciones en el manejo de la información clínica (Ley 41/2002).

La recogida y el tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud se realizarán siempre por profesionales sanitarios sujetos al secreto profesional. Asimismo, en la recogida y tratamiento de datos de salud se observaran las medidas de seguridad, según dispone el artículo 9.3 de la Ley Orgánica 15/1999, y en el artículo 81.3ª del RD 1720/2007.

Plan de trabajo detallado

1er.Año MARZO – SEPTIEMBRE: Elaboración del proyecto del Estudio.

OCTUBRE - NOVIEMBRE: Exposición y aceptación del proyecto.

2do.Año ENERO – ABRIL: Se procederá a la recogida de datos.

MAYO – SEPTIEMBRE: Interpretación de datos, obtención de resultados y conclusiones del estudio.

Bibliografía

1. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 148-151
2. Holdcroft A, Power I. Management of pain. *BMJ* 2003; 326: 635-639
3. Ortega J. L., Neira F., Estado actual de las unidades de dolor agudo en Andalucía, *Rev. Soc. Esp. Dolor* 5: 338-345; 2007
4. Vidal M. A., Torres L. M., De Andrés J. A., Moreno-Azcoitia M. European Observational Study on mild to moderate postoperative pain. Spain results. Anaesthesiologist point of view. The PATHOS Estudy. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 8: 550-567; 2007
5. Sada Ovalle T, Delgado Hernández E, Castellanos Olivares A. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 2: 91-97.
6. Colvin LA, Power I. Pain management and quality in healthcare 2001; (15) 4: 633-653
7. Holdcroft A, Power I. Management of pain. *BMJ* 2003; 326: 635-639
8. Apfelbaum JL., Chen C., Mehta SS., et al.: "Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under manager". *Anesth Analg* 2003;97:534-540
9. Fernández-Galinski D. L., DEAA, Gordo F., López- Galera S., Pulido C., Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1: 3-8; 2007
10. Mark P Jensen, Connie Chen, Andrew M Brugger. Postsurgical pain outcome assessment. *Journal of the International Association for the Study of Pain. PAIN* Volume 99. Issue 1, Pages 101-109 Septiembre 2002. Received 24 Septiembre 2001; received in revised form 1 February 2002; accepted 27 February 2002.
11. Baños JE, Bosch F, Cañellas M. Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability visual analogue scales in the clinical setting: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. Department of Farmacología; Psiquiatría, Universitat Autònoma de Barcelona Spain. *Methods and Finding in Experimental and Clinical Pharmacology* (1998,11(2);123-127).
12. McCarthy M Jr, Chang CH, Pickard AS, Giobbie-Hurder A, Price DD, Jonasson O, Gibbs J, Fitzgibbons R, Neumayer L. Visual Analog Scales for assessing surgical pain. Department of Preventive Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, IL 60611, USA. *J Am Coll Surg.* 2005 Nov;201(5):826
13. L J DeLoach, M S Higgins, A B Caplan and J L Stiff. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg.* 1998 Jan;86(1):102-6.

14. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimation of the prevalence and severity of postoperative pain and relation with patient satisfaction. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 197-202.
15. Sloman R, Wruble AW, Rosen G, Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Manag Nurs*. 2006 Dec;7(4):153-8.
16. Marchán Espinosa S, Gómez-Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. *NURE Inv. Nurse Investigación* 2011 Sept-Oct; 8(54).
17. Velázquez González Katia, Cordero Escobar Idoris , Tania Yadira Ortiz Tania. Problemas actuales en el tratamiento del dolor posoperatorio. *Revista cubana de anestesiología y reanimación* 2012; 11 (3) 173-184.
18. Soler Company E., Faus Soler M.T., Montaner Abasolo M.C. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp* 2000; 24 (3); 123-135.
19. Valentín López B., García Caballero J., Muñoz Ramón J.M., Aparicio Grande P, Díez Sebastián J. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2006; 53; 408-418.
20. Muñoz-Ramon J.M., Mañas Rueda A. y P. Aparicio Grande P. La comisión Hospital sin dolor en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010; 17 (7); 343-348.

Anexo 1
PROTOCOLO DE ANALGESIA ACTUAL

TRATAMIENTO MÉDICO:

Tt° higiénico dietético, sueroterapia, antibiótico y cualquier otro según instrucciones de su cirujano responsable.

Tt° analgésico: RESPETAR EL TT° PRESCRITO POR SU CIRUJANO.

1° Rescate: Paracetamol 1gr IV (máximo 1gr/8hrs).

2° Rescate: Morfina 4mg iv (máximo una dosis /8hrs).

Si no tuviera pautada analgesia: Enantyum 50mg IV lento + Omeprazol 20mg IV y pautar Enantyum 100mg en 500ml de SF/24 hrs y mantenerlo en planta junto con los rescates 1° y 2° anteriormente descritos.

EN CASO DE ALERGIAS, NO ADMINISTRAR NINGUNA MEDICACION Y CONSULTAR

Anexo 2
NUEVO PROTOCOLO DE ANALGESIA BASADO EN ESCALA DE DOLOR

NIVEL DE DOLOR	PAUTA ANALGÉSICA
Leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪Dexketoprofeno 50mg/8hrs <li style="text-align: center;">ó ▪Metamizol 2gr/12hrs.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪Dexketoprofeno 150mg en 500cc SSF a 21ml/hr <li style="text-align: center;">+ ▪Metamizol 2gr/12hrs
Intenso	<ul style="list-style-type: none"> ▪Dexketoprofeno 150mg + Tramadol (100-300mg) en 500cc SSF a 21 ml/hr <li style="text-align: center;">+ ▪Metamizol 2gr/12hrs.
Severo	<ul style="list-style-type: none"> ▪Dexketoprofeno 150mg + Cl Mórfico (10-20mg) en 500cc SSF a 21 ml/hr <li style="text-align: center;">+ ▪Metamizol 2gr/12hrs.

--	--

Rescate:

- Leve: Paracetamol 1gr IV
- Moderado: Tramadol 100mg IV
- Intenso o Severo: Cl. Mórfico 3-5mg IV

Nauseas o vómitos:

- Metoclopramida 10mg IV
- Ondansetrón 4mg IV

Profilaxis gastropatía por AINE:

- Omeprazol 40mg/24 hrs.

EN CASO DE ALERGIA, NO ADMINISTRAR NINGUNA MEDICACION Y AVISAR.