



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SALUD PARA EL  
DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Cuidados  
Postanestésicos del Hospital General de Latacunga. Año 2014.**

**TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.**

**AUTOR:** Guzman Guaraca, Mónica Alexandra

**DIRECTOR:** Piedra, María Del Carmen, Dra.

**CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA**

2014

# **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

Doctora.

Piedra María Del Carmen

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: "Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Cuidados Postanestésicos del Hospital General de Latacunga. Año 2014." ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre 2014

f). . . . .

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Guzman Guaraca Monica Alexandra, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría: “Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Cuidados Postanestésicos del Hospital General de Latacunga. Año 2014.”, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Dra. Maria Del Carmen Piedra, directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Mónica Alexandra Guzman Guaraca

Cédula 0604118000

## **DEDICATORIA**

El presente va dedicado con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños mis padres Luis y Elvia , por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja, que me dio la oportunidad de cumplir una meta planteada.

Al personal del Hospital General De Latacunga por el apoyo y la predisposición para la elaboración y ejecución de este proyecto.

Gracias infinitas a mi Directora de Tesis, Dra. Maria Del Carmen Piedra mi mas amplio agradecimiento por su paciencia, su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino y llegar a la culminación del mismo, por esto mi eterna correspondencia y consideración.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACION.....	7
OBJETIVOS.....	9

### CAPITULO I

1. Marco teórico.....	10
1.1 Marco institucional.....	11
1.1.1 Misión de la institución.....	12
1.1.2 Vision de la institución.....	12
1.1.3 Organizacion Funcional.....	13
1.1.4 Cartera de Servicios.....	14
1.1.5 Política Institucional.....	15
1.1.6 Organigrama Estructural.....	16
1.2 Marco conceptual.....	17

### CAPITULO II

#### 2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de involucrados.....	32
2.2. Árbol de problemas.....	35
2.3. Árbol de objetivos.....	36

2.4. Matriz del marco lógico.....	37
CAPITULO III	
Resultados .....	43
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	92
Recomendaciones.....	93
Bibliografía.....	94
Apendice.....	96



## **RESUMEN**

Se realizó un proyecto de acción cuyo propósito fue mejorar la calidad de atención del servicio de cuidados postanestésicos del Hospital General De Latacunga, mediante la aplicación de protocolos médicos de manejo y valoración del dolor además de conformar un comité de Dolor con su respectivo plan de trabajo y su gestión en pro de mantener y mejorar las condiciones de nuestros pacientes y nuestro servicio.

Se capacitó y actualizó al personal sobre el manejo y valoración de dolor, reconocer de manera objetiva y subjetiva (escalas) se estableció el manejo analgésico creando un estándar de atención y manejo de recursos.

Conclusiones, con uso de protocolos, gestión del comité, se logró mejorar la calidad de atención en cuanto a complicaciones y reingresos al servicio, por tanto logrando una mejor calidad de atención y disminución de costos que incidio de manera significativa en la forma de calificar a nuestro servicio en una forma más eficiente. Alentar a nuestro personal a seguir actualizándose de manera más efectiva y creando vínculos de cooperación y docencia.

**Palabra Clave:** calidad de atención, protocolos de manejo, comité dolor

## **ABSTRACT**

An action project whose purpose was to improve the quality of care service Post Anesthesia Care Hospital General De Latacunga, by applying medical management protocols and assessment of pain in addition to pain form a committee with its plan of work was done and management for maintaining and improving the conditions about our patients and our service.

Was trained and updated staff on the management and assessment of pain, recognizing objective and subjective manner (scales) the analgesic management was established creating a standard of care and resource management.

Conclusions with use of protocols, management committee, managed to improve the quality of care in terms of complications and readmissions to the service, thus achieving a better quality of care and decrease costs significantly introduced us in the form of qualifying our service in a more efficient way. Encourage our staff to continue to be updated to more effectively and creating bonds of cooperation and teaching.

**Keywords:** quality of care, management protocols, pain committee

## INTRODUCCIÓN

En el Servicio de cuidados postanestésicos del Hospital Provincial General de Latacunga , al ser un hospital de nivel II , recibe diariamente una gran afluencia de pacientes , entre ellos quirúrgicos o que tengan la necesidad de alguna intervención entre ellas electivas y /o de emergencia. La unidad de cuidados Postanestésicos se encuentra ubicada en el área de quirófanos, cuenta con 6 camillas. Diariamente se programan en promedio 12 a 15 cirugías siendo este espacio insuficiente, y llega al colapso por lo que en ocasiones se envían a los pacientes a las salas generales sin el debido manejo de dolor postquirúrgico sobreestimando el mismo, produciéndose un malestar en el paciente, el personal de las salas generales ya que también desconoce el manejo respectivo del dolor, familiares de paciente que lo visitan y lo encuentran álgido, por lo que existe muchos enfrentamientos entre familiares y personal produciendo un ambiente de inconformidad.

El mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio cuidados postanestésicos en el Hospital General de Latacunga nace de la necesidad de optimizar el servicio, mediante un cambio de perspectiva en cuanto a su evaluación, ya que el inadecuado manejo inicial del dolor complica su pronóstico, aumenta los costos del manejo, mayor estadía en el servicio, además genera sufrimiento, insatisfacción, y hostilidad del paciente hacia e sistema de salud que lo trata.

La estructuración de programas de manejo del dolor permite optimizar el manejo. Esto no necesariamente implica aumentar costos debido a que también produce ahorros al permitir racionalizar el uso de recursos evita complicaciones y reduce las estadías intrahospitalarias. Los programas de manejo de dolor agudo postoperatorio se maneja en la unidad de cuidados postanestésicos aquí se realiza la prestación analgésica, se monitoriza su efectividad y complicaciones mientras se prolongue la misma.

La ausencia de protocolos establecidos de atención del dolor postoperatorio en el Hospital Provincial de Latacunga incrementan la estadía de los pacientes en dicha unidad , falta de personal , reingresos hospitalario de los mismos , a esto sumamos la falta de actualización en manejo y valoración del dolor por parte del personal encargado de la monitorización de dichos pacientes , permitiendo un inadecuado manejo, sobrestimando en ocasiones la sintomatología, provocando malestar , angustia en los pacientes que permanecen en dicha unidad.

Es por esto la importancia de llevar a efecto este proyecto con el propósito de que los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados postanestésicos sean atendidos de manera

óptima, eficiente y de calidad mediante el uso correcto de protocolos de valoración y manejo del dolor postoperatorio

El presente trabajo tomo como base el marco teórico en donde se fundamenta las bases científicas del presente proyecto a desarrollarse.

El diseño metodológico, comprende la matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz del marco lógico. Constan también los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

Esperamos que el presente trabajo sea un aporte significativo para la institución donde laboramos, por sobre todo, sean los pacientes los que más se beneficien.

## PROBLEMATIZACIÓN

El dolor postoperatorio es en la actualidad uno de los problemas asistenciales más comunes en los hospitales, a pesar de los medios terapéuticos de que se dispone para su tratamiento. “Al componente de sufrimiento que comporta se le añade una morbilidad propia, consecuencia de las repercusiones y complicaciones que produce en los distintos sistemas del organismo” (Castro Fernando, 2000,p 38).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso un esquema de evaluación de las instituciones de salud en que uno de sus componentes esenciales es la “Capacidad de respuesta sensible frente a las demandas de la población” (Castro Fernando, 2000, p56).

Una de las principales demandas de la población es el inadecuado tratamiento del dolor postoperatorio, que deviene en un problema de salud dada su elevada incidencia. A partir de la evaluación de la calidad asistencial según la valoración y necesidades de los pacientes, el adecuado tratamiento, incrementó la satisfacción de estos y por tanto los niveles de calidad.

“El dolor no solo ocasiona sufrimiento innecesario, sino que incrementa las complicaciones postoperatorias hasta 76 % tras los procedimientos quirúrgicos de abdomen superior y tórax”. (David Eduardo, 2008,27)

Un tratamiento deficiente del dolor postoperatorio puede desencadenar en complicaciones cardiovasculares, pulmonares y alteraciones del sistema inmunitario.

“En los últimos años se ha demostrado que un mal control del dolor postquirúrgico puede ocasionar un dolor crónico de tremendas consecuencias psicológicas, físicas y económicas” (Guyton F, 2011, p1234).

Controlar el dolor postoperatorio influye en la recuperación funcional evitando complicaciones. En Ecuador no existen esquemas analgésicos, utilizándose según preferencias médicas, recursos y organización institucional.

El establecimiento de protocolos de actuación que incluyan alternativas terapéuticas adecuadas para cada situación, en los que deberá participar el personal sanitario encargado de atender a los pacientes en la unidad de cuidados postanestésicos ; como son los médicos anestesiólogos , residentes de anestesiología,cirujanos enfermeras, auxiliares, de hospital, junto con el empleo de una escala de evaluación del dolor y la participación activa del paciente en su tratamiento, permitirán controlar el dolor, constituyendo su alivio un criterio de calidad asistencial.

Tener guías, garantiza un alivio adecuado del dolor, reduce insatisfacción y malos recuerdos terapéuticos y asistenciales.

## JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio cuidados postanestésicos en el Hospital general de Latacunga nace de la necesidad de optimizar el servicio, mediante un cambio de perspectiva en cuanto a su evaluación, ya que el inadecuado manejo inicial del dolor complica su pronóstico, aumenta los costos del manejo, mayor estadía en el servicio, además genera sufrimiento, insatisfacción, y hostilidad del paciente hacia el sistema de salud que lo trata.

En el Servicio de cuidados postanestésicos del Hospital Provincial General de Latacunga, al ser un hospital de nivel II, recibe diariamente una gran afluencia de pacientes, entre ellos quirúrgicos o que tengan la necesidad de alguna intervención entre ellas electivas y /o de emergencia.

La unidad de cuidados Postanestésicos se encuentra ubicada en el área de quirófanos, cuenta con 6 camillas. Diariamente se programan en promedio 12 a 15 cirugías siendo este espacio insuficiente, y llega al colapso por lo que en ocasiones se envían a los pacientes a las salas generales sin el debido manejo de dolor postquirúrgico sobreestimando el mismo, produciéndose un malestar en el paciente, el personal de las salas generales ya que también desconoce el manejo respectivo del dolor, familiares de paciente que lo visitan y lo encuentran álgido, por lo que existe muchos enfrentamientos entre familiares y personal produciendo un ambiente de inconformidad.

La estructuración de programas de manejo del dolor permite optimizar el manejo. Esto no necesariamente implica aumentar costos debido a que también produce ahorros al permitir racionalizar el uso de recursos evita complicaciones y reduce las estadías intrahospitalarias. Los programas de manejo de dolor agudo postoperatorio se maneja en la unidad de cuidados postanestésicos aquí se realiza la prestación analgésica, se monitoriza su efectividad y complicaciones mientras se prolongue la misma.

La ausencia de protocolos establecidos de atención del dolor postoperatorio en el Hospital Provincial de Latacunga incrementan la estadía de los pacientes en dicha unidad, falta de personal, reingresos hospitalario de los mismos, a esto sumamos la falta de actualización en manejo y valoración del dolor por parte del personal encargado de la monitorización de dichos pacientes, permitiendo un inadecuado manejo, sobrestimando en ocasiones la sintomatología, provocando malestar, angustia en los pacientes que permanecen en dicha unidad.

Es por esto la importancia de llevar a efecto este proyecto con el propósito de que los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados postanestésicos sean atendidos de manera óptima, eficiente y de calidad mediante el uso correcto de protocolos de valoración y manejo del dolor postoperatorio

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de atención en el servicio de Cuidados postanestésicos, del Hospital General de Latacunga, mediante la realización y aplicación de protocolos de manejo y valoración del dolor postquirúrgico, así como conformar un comité de manejo del dolor para reducir la tasa de complicaciones postquirúrgicas relacionadas al incorrecto manejo del mismo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Elaborar protocolos de evaluación y manejo del dolor agudo postquirúrgico.
2. Implementación de protocolos de evaluación y manejo del dolor postquirúrgico en la unidad de cuidados postanestésicos del Hospital General de Latacunga.
3. Capacitar al personal encargado de los pacientes sobre la atención postanestésica de calidad.
4. Conformar un comité multidisciplinario encargado del seguimiento de la aplicación de la estrategia.

**CAPITULO I**  
**MARCO TEORICO.**

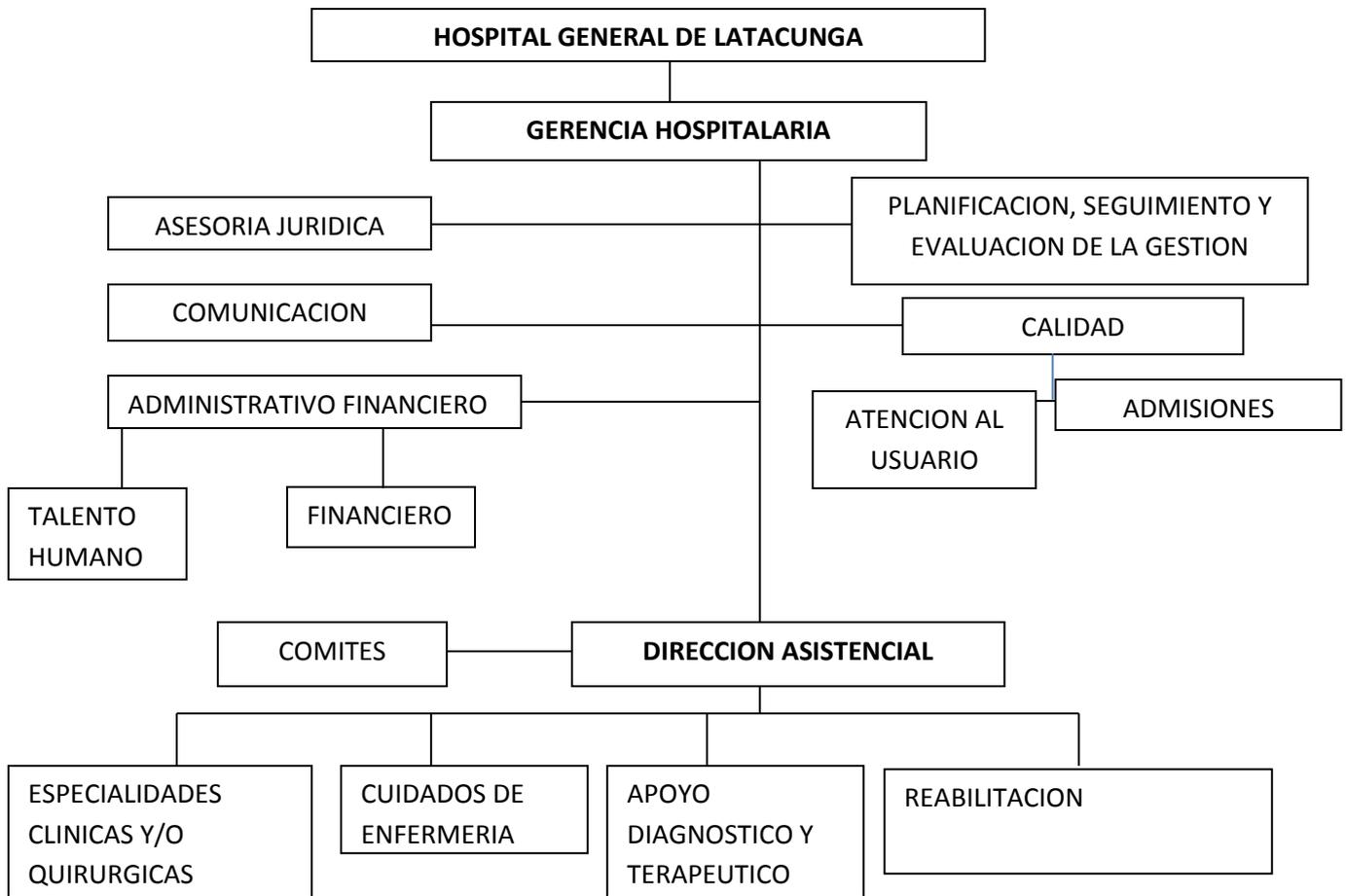
En este capítulo se presenta el análisis y explicación de los diferentes enfoques teóricos y los antecedentes considerados válidos para el tratamiento del problema. En este sentido el presente marco teórico constituye el refuerzo conceptual para consolidar las acciones que se efectuaron en el diseño y ejecución del proyecto.

## **1.1 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA**

La estructura organizacional de los Hospitales del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con la misión del Ministerio de Salud Pública, el modelo de atención, al modelo de gestión hospitalaria, leyes y otras normas vigentes.

“Como entidades dependientes del Ministerio de Salud Pública, los hospitales establecen un modelo de gestión en red que permite satisfacer todas las necesidades de salud de forma integral, de calidad y gratuidad” (Ecuador, msp, 2012).

La estructura se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinado claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios. Con esta formulación se busca disponer de herramientas que permitan tomar decisiones objetivas para actuar de forma oportuna en cumplimiento de los intereses de la población ecuatoriana



**Fuente:** Gerencia del Hospital Provincial de Latacunga  
**Elaborado por:** Md.Monica Alexandra Guzman

## 1.1 Misión

“Proveer atención integral de salud a la población del área de influencia, en forma ambulatoria y de hospitalización con acciones de fomento, promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación, capacitación e Investigación” (Ecuador, MSP,2012).

### 1.1.2 Visión

“El Hospital Provincial General de Latacunga proporcionará atención integral de salud las 24 horas los 365 días del año de manera oportuna y confortable en diversas especialidades, respetando las costumbres, creencias y condiciones del ser

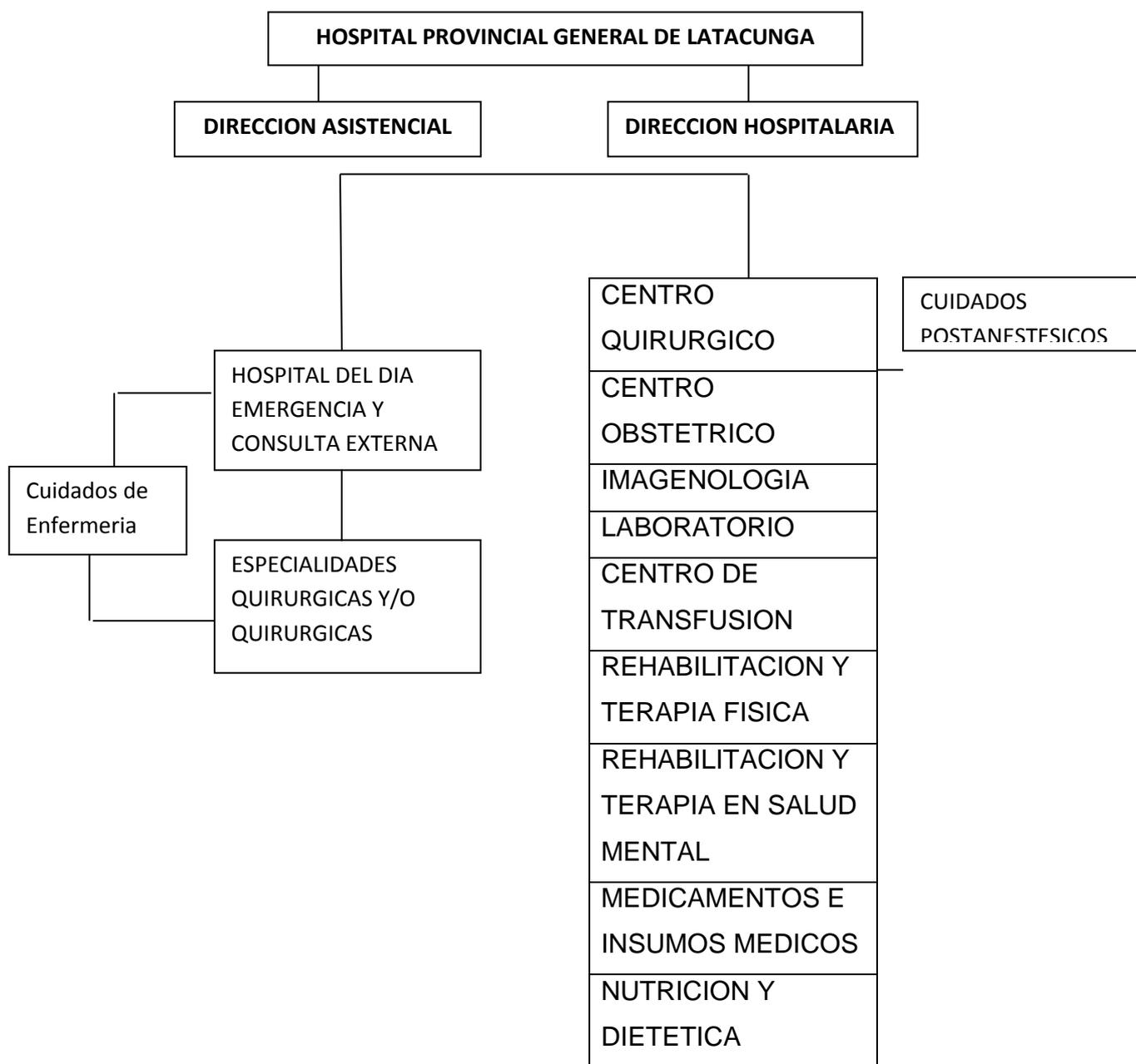
humano fundamentadas en una capacitación continua, tecnología actualizada, en el contexto de los valores institucionales” (Ecuador, MSP,2012).

### **1.1.3 Organización funcional**

Los procesos de los hospitales del Ministerio de salud pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de su misión. Estos son:

- Los procesos gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de las propuestas de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Los procesos agregadores de valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- Los procesos habilitantes de asesoría de apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para si mismos, apoyando y viabilizando la gestión institucional.

### 1.1.4. Cartera de servicios



**Fuente:** Gerencia del Hospital Provincial de Latacunga  
**Elaborado por:** Md. Monica Alexandra Guzman

### **1.1.5. Políticas de la Institución**

- Velar por la calidad de atención por parte de la institución.
- Proteger los derechos y deberes de los usuarios e incrementar el grado de satisfacción que presenta con los servicios de salud, contribuyendo a la mejora continua de la atención.
- Dirigir y coordinar actividades médico sanitarias de todas las especialidades a fin de que estas otorguen al paciente los servicios médicos y hospitalarios con oportunidad, alta calidad, eficiencia y efectividad.
- Garantizar el funcionamiento de los departamentos productores de salud dentro de los parámetros estandarizados de eficiencia y calidad.
- Dirigir y coordinar la gestión de las especialidades clínicas o quirúrgicas de atención que de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible.
- Dirigir y coordinar la gestión de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los servicios hospitalarios, proporcionándoles una buena práctica profesional y de forma integral, resolución rápida y efectiva de los problemas de salud de los pacientes.
- Cuidado y atención directa al paciente.
- Dirigir y coordinar la provisión de técnicas y procedimientos diagnósticos, terapéuticos, para que estos se realicen con prontitud, seguridad, calidad técnica y fiabilidad.
- Fomentar y coordinar la integración sanitaria de las actividades de formación de los profesionales de la salud e investigación como herramientas de transmisión del conocimiento, mejora de la práctica clínico-quirúrgica y de la motivación e implicación de los profesionales de la salud.
- Articular los recursos, procedimientos y planes de salud en función de las estrategias y objetivos institucionales.
- Implementar sistemas de seguimiento y control que contribuyan a la evaluación del cumplimiento de objetivos y metas y a la reducción de la brecha de oferta y demanda institucionales.

### 1.1.6. Organigrama estructural



Fuente: Gerencia Provincial de Latacunga  
 Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman

## 1.2. Marco conceptual

### Dolor postoperatorio

“El dolor posoperatorio es el máximo representante del dolor agudo y se define como un dolor de inicio reciente, duración en ocasiones limitada y aparece como consecuencia de estímulos nociceptivos resultantes de la intervención quirúrgica sobre los distintos órganos y tejidos” (Guyton A, 2001,p1524)

Lo más característico de este tipo de dolor es que su intensidad máxima es en las primeras 24 horas y disminuye progresivamente por lo que en ocasiones este puede ser infratratado o sobreestimado.

“El correcto tratamiento del dolor tiene como objetivos:

- Minimizar el malestar del paciente
- Facilitar la recuperación postoperatoria
- Evitar las complicaciones relacionadas con el dolor
- Permitir una movilización activa y pasiva precoz
- Conseguir una plena recuperación funcional
- Eliminar, minimizar y controlar los efectos secundarios asociados al incorrecto tratamiento del dolor” (Alamos F,2002,p345).

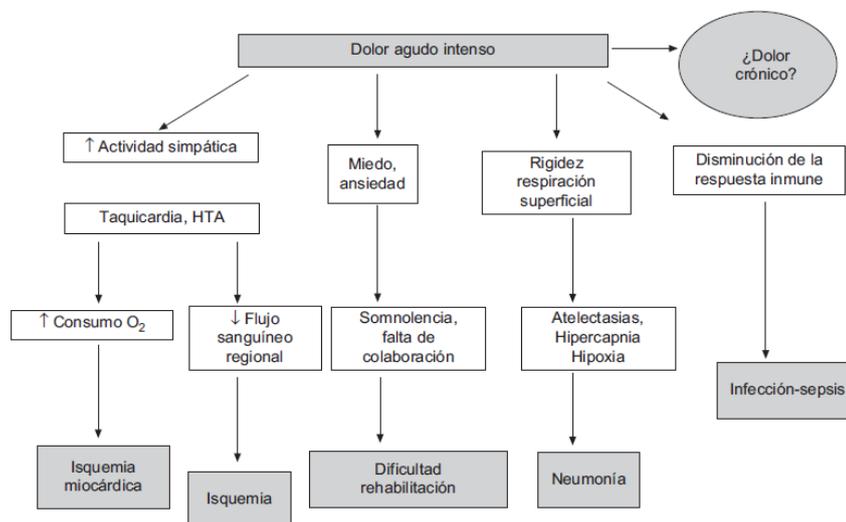


Fig.1 Complicaciones relacionadas con el dolor postoperatorio. (Patiño A, 2008, p21).

**Tabla 1 – Complicaciones relacionadas con el dolor postoperatorio**

Complicaciones respiratorias	Fundamentalmente tras cirugía torácica y abdominal alta.  Incidencia del 10% en la cirugía abdominal electiva. Fisiopatología multifactorial: – Interrupción de la actividad normal de la musculatura respiratoria – Inhibición refleja de la función diafragmática – Inhibición voluntaria de la dinámica respiratoria por el dolor  Todo esto conduce a una disminución de los volúmenes pulmonares y al desarrollo de atelectasias y neumonías.
Complicaciones cardiovasculares	Incidencia del 5% en los pacientes quirúrgicos.  Hiperactividad simpática que conduce a un aumento de frecuencia cardíaca, presión arterial media, índice cardíaco y consumo miocárdico de oxígeno. Hipercoagulabilidad e hipofibrinólisis que favorecen los procesos trombóticos.
Complicaciones digestivas	Distensión abdominal, náuseas, vómitos e inhibición de la motilidad gastrointestinal.  Alta incidencia del íleo paralítico (> 90%) tras una cirugía abdominal. Fisiopatología multifactorial (mecanismos neurogénicos, inflamatorios y farmacológicos).
Complicaciones metabólicas	El dolor postoperatorio incrementa la respuesta neuroendocrina frente a la intensidad quirúrgica al inducir un estado de hiperactividad simpática e hipotalámica, que da como resultado: hiperglucemia, glucosuria, retención hidrosalina, estimulación del sistema renina-angiotensina, oliguria, lipólisis e hipercatabolismo proteico.
Complicaciones psicológicas	Angustia, miedo o aprensión.

**Fig 2 complicaciones relacionadas con el Dolor Postquirurgico (Patiño A,2008,p24).**

### Causas

“Existen cuatro causas principales que explican la elevada incidencia de dolor postoperatorio” (Miranda A,2001,p251).

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario.
- La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados.
- La ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, y sobre las posibilidades de analgesia en el periodo postoperatorio.
- La ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor a lo largo de todo el periodo perioperatorio, en las que participen todos los estamentos implicados en la asistencia al paciente, y que se adapten a las características del centro sanitario donde se apliquen.

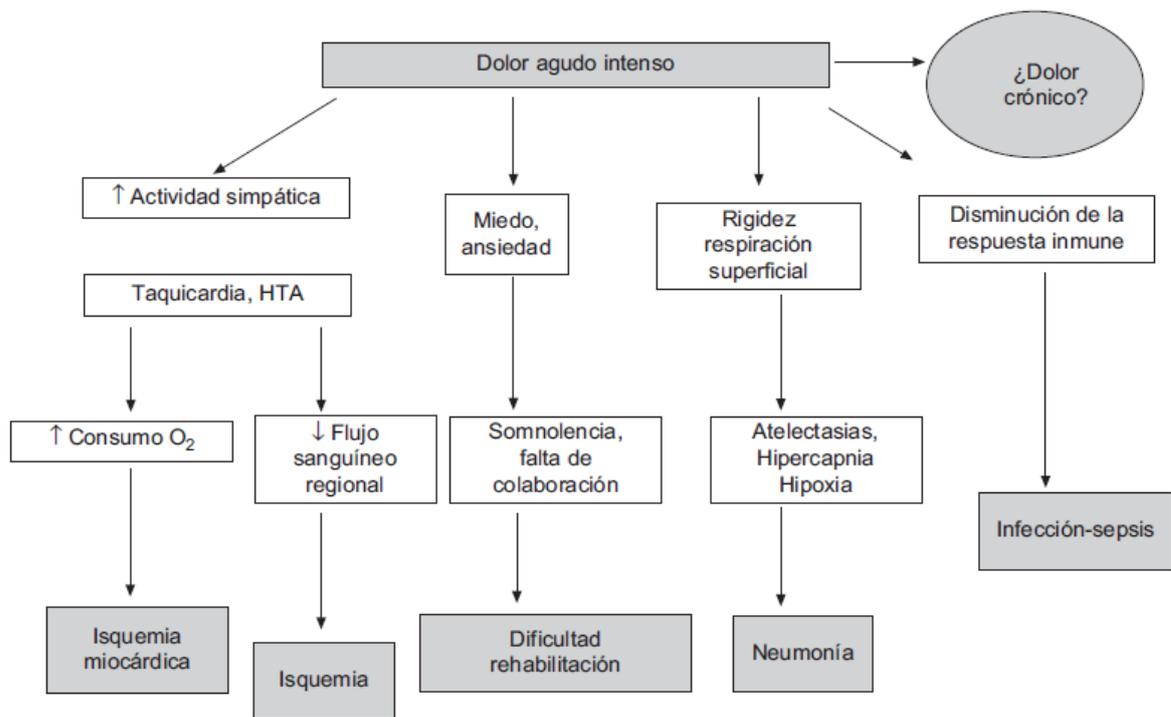


Fig. 3 Consecuencias del infratratamiento del dolor (Herrera R,2002,p238).

### Morbilidad secundaria al dolor postquirúrgico

“Los mecanismos que inician estas reacciones se originan a partir del estímulo neural aferente procedente del área quirúrgica que induce alteraciones locales así como respuestas humorales generalizadas, que afectan a la mayor parte de sistemas del organismo”(Brennan F,2007,p35).

“El dolor agudo postoperatorio se considera como la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo desencadenado por la lesión tisular quirúrgica.

Tras el estímulo quirúrgico se produce de forma inmediata la liberación de neurotransmisores y la activación de canales iónicos y de enzimas intracelulares; en una fase posterior (minutos-horas) “ (De la Torre R, 2011,p68).

“Finalmente, si no se suprimen de forma adecuada las respuestas desencadenadas por el estímulo inicial, se ha demostrado un incremento en cuadros de dolor crónico, considerándose factores predictivos del mismo el dolor preoperatorio durante más de un mes, la reintervención quirúrgica, lesión nerviosa durante la intervención, el dolor intenso en el postoperatorio y trastornos de la personalidad” (Morgan E,2009,p42).

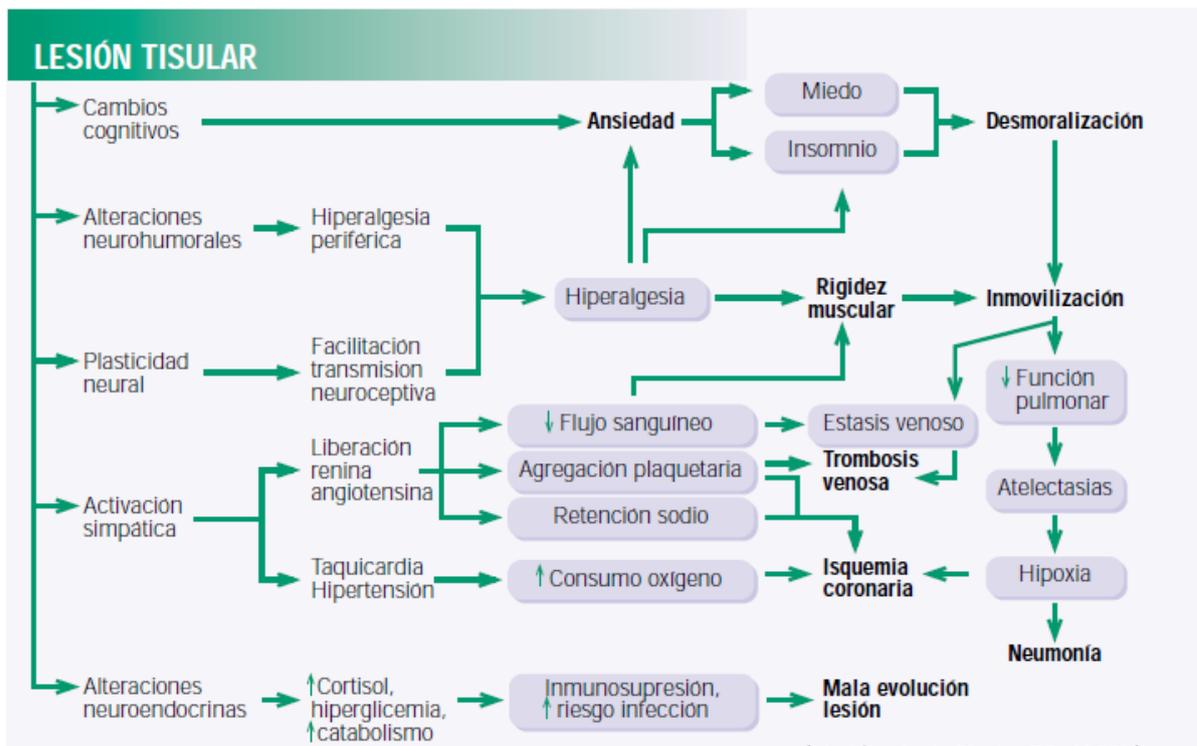


Fig 4 complicaciones producidas por el dolor (Castro F,2008,p24).

A continuación se describe la morbilidad postquirúrgica sobre los distintos órganos y sistemas

### Cardiovascular

Se producen complicaciones cardíacas durante el periodo postoperatorio en el 1-3% de los pacientes sometidos a cirugía mayor, siendo esta incidencia más elevada en los “sujetos que tienen factores de riesgo cardíacos antes de la cirugía (2-15%).

Su etiología está en relación con un aumento del tono simpático que induce taquicardia, hipertensión, aumento del trabajo cardíaco y una reducción en el aporte de oxígeno al tejido cardíaco relacionada además con la hipoxemia postoperatoria” (Morgan E, 2009,p1521). (Véase la Figura 1).

Mientras que la presencia de dolor puede incrementar la morbilidad cardíaca, su tratamiento, especialmente cuando se utilizan técnicas epidurales, puede reducir la descarga simpática.

### Tromboembólica

“La etiología del tromboembolismo postoperatorio se explica basándose en la tríada de Virchow: disminución en el flujo de las extremidades inferiores, hipercoagulabilidad y disminución de la fibrinólisis. Se ha demostrado que estos factores mejoran cuando se utiliza analgesia epidural, ya que ésta reduce el tono simpático e incrementa el flujo sanguíneo” (Morgan E, 2009, p1522).

El resultado es una reducción en las complicaciones tromboembólicas. “Sin embargo, la aplicación conjunta de un adecuado tratamiento del dolor y otras medidas, como la administración de heparina y la deambulación precoz, contribuye a lograr una mayor reducción en la incidencia de complicaciones tromboembólicas”(Patiño W,2008,p28).

### **Pulmonar**

“Se ha postulado que las complicaciones pulmonares postoperatorias (atelectasias, neumonía) están en relación con diversos factores, como la activación de diversos sistemas humorales (ácido araquidónico, citoquinas, factores de adhesión endotelial), la posición supina que dificulta la mecánica pulmonar, la oxigenación, finalmente los reflejos neurales estimulados por el dolor que inhiben la función diafragmática” (David E,2008, p321).

“Un tratamiento adecuado del dolor, puede mejorar, pero no eliminar, la morbilidad pulmonar postoperatoria; sin embargo cuando el control del dolor permite una fisioterapia adecuada y una deambulación precoz, las complicaciones pulmonares disminuyen (Neira F, 2012,p542)”.

### **Gastrointestinal**

“La disfunción gastrointestinal se traduce en alteraciones de la motilidad que producen íleo,náuseas y vómitos, y una reducción de la función de protección de la pared intestinal frente a endotoxinas y bacterias. Los factores más importantes para su aparición son la localización de la cirugía, la técnica anestésica y el uso de opioides. La reducción de la motilidad, durante 24 horas a nivel gástrico y del intestino delgado y durante 48-72 horas a nivel del colon, se debe en parte a la activación de vías eferentes simpáticas e inhibitorias” (Guyton A, 2001,p545).

### **Inmunitaria e infecciosa**

“La función inmunitaria se altera tras la cirugía, habiéndose implicado varios factores: respuesta neuroendocrina, la hipotermia y la transfusión sanguínea.

Las consecuencias clínicas de estos cambios inmunológicos son un incremento en la susceptibilidad a las complicaciones” (Castro F,2012,p352)

En la clínica humana no se ha podido demostrar un efecto beneficioso de la analgesia sobre la reacción inmunitaria,aun que diversos estudios han analizado su influencia sobre las complicaciones infecciosas.

## **Neuroendocrina y metabólica**

“La liberación hormonal inducida por la agresión quirúrgica se produce como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso autónomo central y periférico, que induce la liberación de hormonas catabólicas (cortisol, glucagón) y catecolaminas, y la inhibición de hormonas anabolizantes (insulina, testosterona). Por otra parte, los tejidos lesionados contribuyen a esta respuesta humoral liberando múltiples mediadores, tales como citoquinas, leucotrienos, prostaglandinas, óxido nítrico, endotoxinas, etc” (Guyton A, 2011,p1529).

“El efecto clínico que aparece es un hipermetabolismo con proteólisis e hiperglicemia, hipernatremia,hipofosfatemia e hipomagnesemia,que pueden aumentar por la liberación de hormonaantidiurética (ADH) “(Neira F, 2012,p542).

En resumen, podemos afirmar que, aunque la morbilidad postoperatoria se ha reducido en las últimas décadas, la cirugía mayor continúa asociándose a alteraciones cardiológicas, respiratorias, tromboembólicas, intestinales, infecciosas.

En la actualidad se ha demostrado que la forma más adecuada de prevenir la morbilidad quirúrgica en el periodo postoperatorio es un abordaje multimodal que incluye:

- Informar y educar a los pacientes antes de la cirugía
- Disminuir la agresión de la técnica quirúrgica,
- Mejorar la analgesia postoperatoria,
- Intensificar la fisioterapia respiratoria y
- Acelerar la deambulación y la nutrición enteral precoz

Aunque son escasos los estudios que han analizado este abordaje multimodal, los resultados iniciales muestran una disminución de la morbilidad y de la estancia hospitalaria. De esta forma, en este momento, se acepta que para conseguir una disminución real en la morbimortalidad postoperatoria es preciso que exista una colaboración multidisciplinaria entre paciente, cirujano, anestesiólogo, fisioterapeuta y personal de enfermería.

Durante la década de los noventa, se han publicado guías, estándares o recomendaciones en Estados Unidos y a nivel Europeo.

Aunque con diferencias entre ellas, motivadas sobre todo por el modelo sanitario propio de cada país, en todas se recogen una serie de puntos estratégicos.

Información/educación tanto del paciente como del personal sanitario.

- Evaluación periódica del dolor como una constante vital.

- Implementación de protocolos de tratamiento en los que se contemple la aplicación de técnicas multimodales y de analgesia seleccionando el tratamiento en función de la fase del postoperatorio y según la respuesta del paciente.
- Seguimiento y registro de la terapia del paciente a lo largo de todo el postoperatorio, valorando tanto la eficacia como los efectos indeseables. La hoja de datos del postoperatorio debe guardarse en la historia clínica general del paciente.
- Evaluación y análisis periódico de todos estos puntos, planteando las modificaciones pertinentes para alcanzar y mantener unos estándares de calidad.
- Existencia de una estructura organizativa que se encargue de poner en marcha los puntos anteriores.

plan de gestión del dolor postoperatorio
Información/educación del paciente y el personal sanitario.
Evaluación sistemática del dolor como una constante vital, 5ª constante vital.
Aplicación de protocolos que contemplen la analgesia balanceada/multimodal.
Seguimiento del paciente y documentación de los resultados.
Análisis periódico de los resultados.
Creación de una estructura organizativa para alcanzar los puntos anteriores.

Fig 5. Plan de gestión del dolor postoperatorio.(David L,2012,p498)

En el año 1990 surge el concepto de analgesia balanceada o multimodal, entendida como la consecución del alivio del dolor mediante diferentes regímenes analgésicos, en ocasiones administrados a diferentes niveles anatómicos, que actúen por distintos mecanismos de acción. Esto permite la administración de menores dosis de fármacos, lo que conlleva una reducción de los efectos secundarios de los mismos.

Actualmente, se considera el objetivo final del tratamiento del dolor postoperatorio obtener un perfecto control del mismo.

## Organización

El plan debe adaptarse al contexto y características de cada centro hospitalario, pero lo que debe quedar claro es que el dolor postoperatorio es responsabilidad de todos: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, rehabilitadores y otros profesionales sanitarios.

Nunca ha de quedar su tratamiento circunscrito a un solo estamento o a un solo grupo de personas.

### dolor postoperatorio adecuado

- ▶ Desarrollar un grupo de trabajo interdisciplinario que promueva los cambios en la práctica clínica y la colaboración entre los estamentos. En este grupo deben existir representantes de medicina, enfermería y farmacia, junto con otros profesionales (terapia ocupacional, terapia física, etc.) en los casos que sea adecuado y posible
- ▶ Analizar los conocimientos sobre el tratamiento del dolor con el objeto de conseguir una mejora continua. Se ha de obtener información sobre la situación en el tratamiento del dolor y sobre las causas del tratamiento inadecuado.
- ▶ Se han de definir unos estándares sobre:
  - *Cómo, cuándo y quién ha de evaluar el dolor*
  - *Dónde se deben documentar los resultados*
  - *Métodos para comunicar los resultados a los profesionales implicados*
- ▶ Establecer políticas para guiar el uso de técnicas especializadas para administrar analgésicos.
- ▶ Garantizar a los pacientes una respuesta rápida frente a su expresión de dolor. Para ello los pacientes deben ser informados sobre los siguientes aspectos:
  - *La evaluación del dolor es esencial*
  - *La relevancia del control adecuado del dolor*
  - *El personal sanitario debe responder rápidamente a la solicitud del paciente*
- ▶ Por ello los pacientes y sus familias deben recibir material educativo sobre la importancia del control del dolor, las escalas de evaluación del dolor y como establecer objetivos realistas para el alivio del mismo.
- ▶ Realizar educación sobre el dolor a los estamentos implicados en el tratamiento del mismo.
- ▶ Evaluar de forma continua y mejorar la calidad del tratamiento del dolor.

Fig 6.-Unidad de dolor postquirgico (David L,2012,p498).

## **Quirofanos**

Actualmente el Hospital cuenta con 3 quirofanos cada uno de ellos unos equipado para desarrollar cirugías programadas de las diferentes especialidades así tenemos:

Quirofano 1: Cirugía General

Quirofano 2: especialidades como oftalmología, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología.

Quirofano 3: Traumatología

Quirofano 4: Destinado para emergencias, y cirugías contaminadas

## **Sala de Recuperacion**

Sala de cuidados postanestésicos esta ubicada junto a los quirófanos, es el lugar a donde llega el paciente posterior e inmediatamente luego de terminada la cirugía esta equipada con 6 camillas cada una cuenta con monitores, equipos necesarios para una reanimación adecuada como son succión, tomas de oxígeno, medicamentos necesarios para un manejo inmediato de cualquier evento.

Dentro de recursos personales esta sala cuenta con personal de enfermería y auxiliar de enfermería en donde una enfermera se hace cargo de los pacientes que llegan a la sala de recuperación, supervisado por el médico anestesiólogo responsable de cada uno de sus pacientes, el médico cirujano que intervino al paciente.

El manejo de esta sala es manejo de líquidos, cuidados postanestésicos, manejo del dolor, recuperación efectiva de la anestesia posteriormente son enviados a las salas generales respectivas.

## **Importancia de la medición del dolor**

El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan.

mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor.

En contra de lo que generalmente se piensa, ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la Frecuencia Cardíaca, Tensión Arterial, Frecuencia Respiratoria o cambios en la expresión facial que acompañan al fenómeno doloroso mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente.

Tampoco el tipo de cirugía y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor.

### **Interrogatorio y exploración**

Lo correcto es realizar una determinación del tipo e intensidad del dolor en sus diferentes aspectos:

- Localización: ¿dónde le duele? (“indique con el dedo”); constante o variable en localización y tiempo; circunstancias.
- Modo de aparición: fecha de inicio (semanas, meses, años), inicio súbito o progresivo, factores desencadenantes.
- Aspecto temporal del dolor: permanente; paroxístico, períodos de remisión, diurno o nocturno.

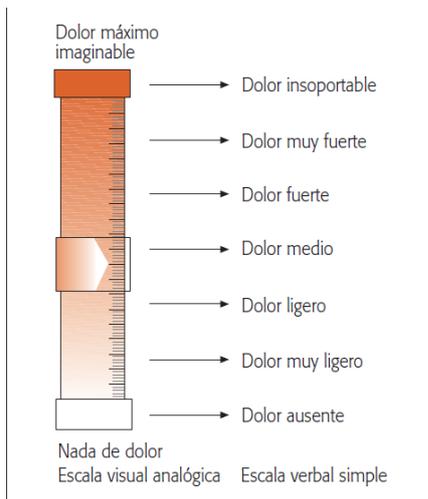
### **Escalas subjetivas**

En estas es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor. Hay varios tipos:

#### **Escalas unidimensionales**

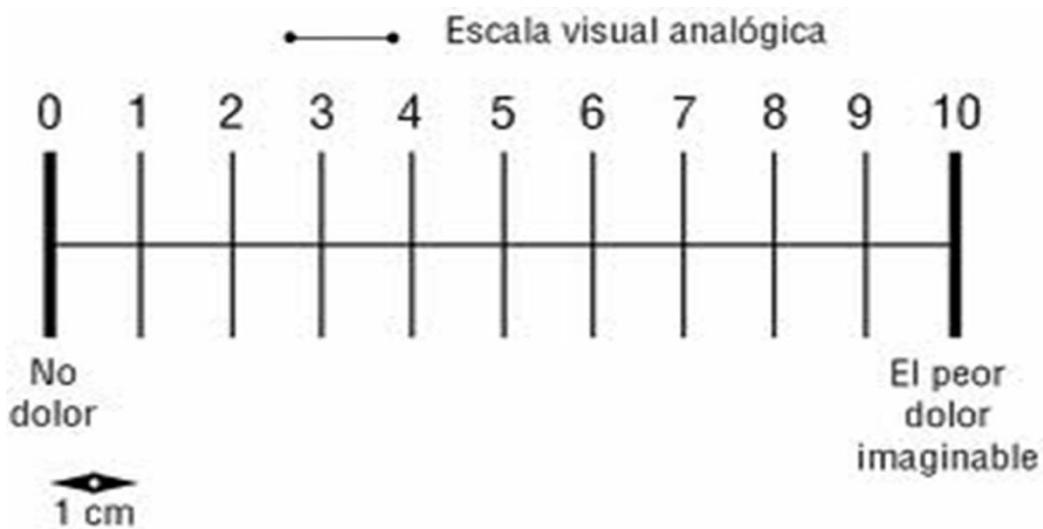
- a) Escala verbal simple: dolor ausente, moderado, intenso, intolerable.
- b) Escalas numéricas: de 0 a 10.
- c) Escala analógica visual.
- d) Escala de expresión facial.

La escala numérica verbal consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione.

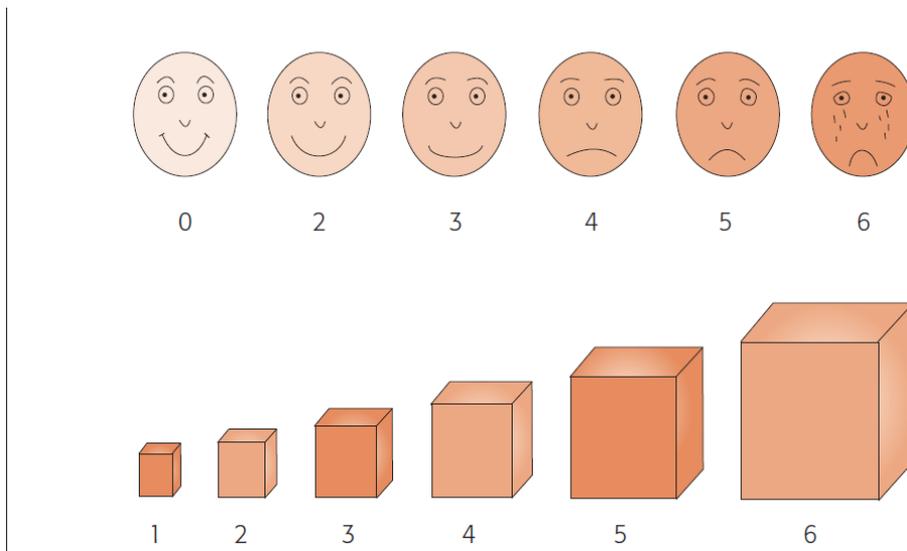


**Fig 7. Escala numérica de dolor (David L, 2012, p498.)**

La escala analógica visual (VAS) consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.



**Fig 8. Escala numérica del dolor (David L,2012,p498)**



**Fig 9. Escala subjetiva del dolor (David L,2012,p498)**

### **Escalas multidimensionales**

La más conocida, el cuestionario de McGill, consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa. Cada una de estas dimensiones tienen asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la experiencia dolorosa.

### **Escalas “objetivas”**

Se basa fundamentalmente en la observación del comportamiento o actitudes que adopta éste, como puede ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, TA, FC.

No es una escala muy fiable ya que, como se ha comentado, el dolor es subjetivo y nadie mejor que el propio paciente para valorarlo.

### **Dolor agudo postoperatorio escala terapeutica**

La base del tratamiento analgésico postoperatorio es de tipo farmacológico, aunque algunas medidas complementarias pueden tener un efecto adyuvante.

Los fármacos analgésicos comúnmente utilizados son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los opiáceos, mayores y menores. Junto a los analgésicos propiamente dichos, hay una

serie de fármacos que, sin estar clasificados como analgésicos, pueden producir un eficaz alivio del dolor en las dosis adecuadas y en los enfermos apropiados, son los co-analgésicos o analgésicos adyuvantes.

I. Primer escalón	II. Segundo escalón	III. Tercer escalón
Analgésicos no opiáceos: Dolor leve-moderado	Analgésicos opiáceos menores Dolor moderado-intenso	Analgésicos opiáceos mayores Dolor intenso
AINE Paracetamol	Codeína Tramadol + AINE y/o paracetamol	Mórficos + AINE y/o paracetamol

**Fig.9 escala terapéutica del dolor OMS (Pauta Paola, 2012, p 35)**

## **CAPITULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

En este capítulo se presenta el enfoque del proyecto mismo que se fundamenta en la metodología del marco lógico; esta es una herramienta gerencial para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyecto, satisfaciendo tres requerimientos fundamentales de calidad: coherencia, viabilidad y valoración. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y comunicación entre las partes interesadas.

Constan a continuación:

- Matriz de involucrados
- Árbol de problemas
- Árbol de objetivos
- Matriz de marco lógico

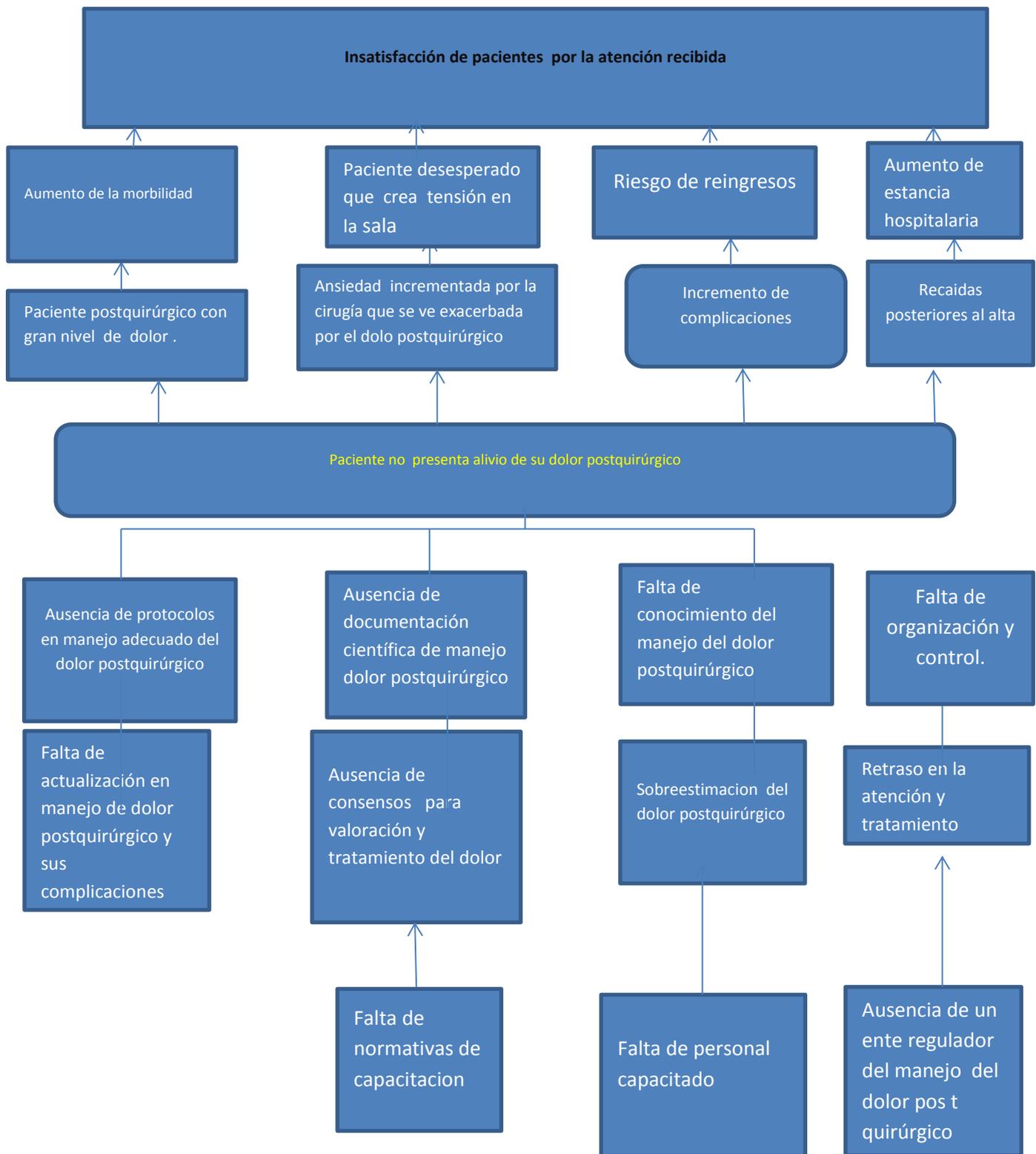
## 2.1. Matriz de involucrados

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Servicio de Recuperación Maestrante Líder de anestesiología	Mejorar la atención al paciente postquirúrgico con calidad, dentro de protocolos de manejo , Actualización en el manejo de los mismos	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS. MANDATOS. Constitución de la Republica Art. 363.- El Estado será responsable de Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura	Falta de organización y coordinación entre el personal encaragdo de brindar atencion al paciente postquiririgico . Desconocimiento de manejo integral del dolor. Sobrecarga de pacientes en la unidad.
Director medico cirujano Líder de anestesiología Jefa de enfermería	Cumplimiento de los procesos, normas, estándares, para la óptima calidad de atención en el área de cuidados postanestesicos	Recursos Humanos y Materiales Mandatos Salud Art 361 Asegurar la calidad de atención, planificar la gestión, operacionalizar los procesos de gestión de calidad. Establecer estrategias	Falta de actualización sobre manejo del dolor postquirúrgico . Sobrecarga laboral

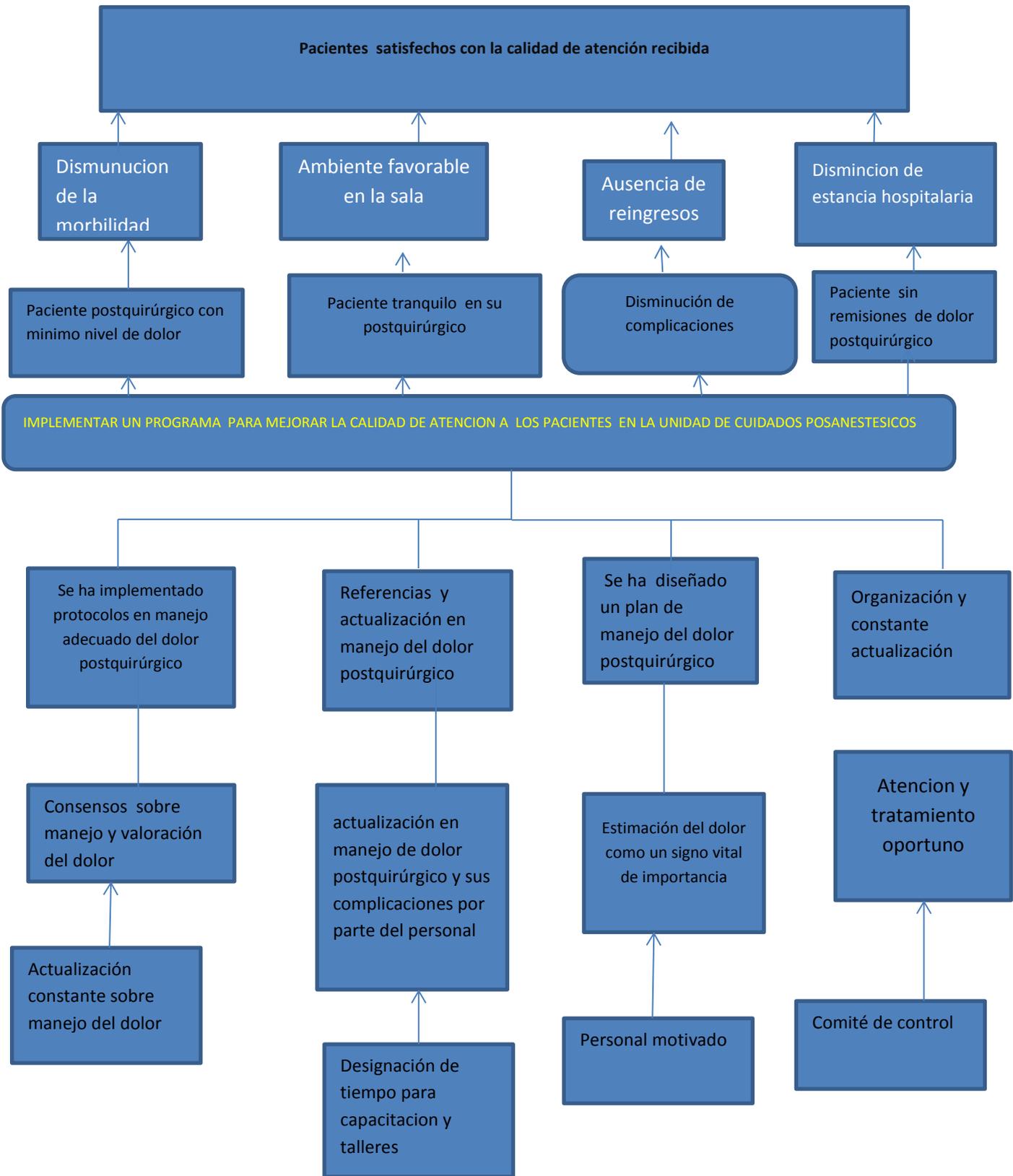
<p>Pacientes que ingresan a la unidad de cuidados postanestésicos del Hospital Provincial de Latacunga</p>	<p>Recibir atención integral por parte del personal para el bienestar de su salud y sobre guardar su rehabilitación y recuperación</p>	<p><b>Recursos</b> : Humanos Materiales <b>Mandatos</b> Art. 32.- El Estado garantizará la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.</p>	<p>Excesivo número de pacientes. Impaciencia por la atención.</p>
<p>Personal médico y de enfermería encargado del cuidado, valoración en el área de cuidados postanestésicos del Hospital Provincial de Latacunga</p>	<p>Trabajar en Equipo para mejorar la calidad de atención.</p>	<p><b>Recursos</b> humanos materiales tecnológicos <b>Mandato</b> Art 205 Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en la institución</p>	<p>Escaso conocimiento del manejo del dolor posoperatorio.</p>
<p>Maestrante de la UTP</p>	<p>Mejorar la calidad de atención a usuarios del área de cuidados postanestésicos del Hospital Provincial de Latacunga</p>	<p>Recursos humanos Conocimientos <b>Mandatos</b> : ART. 37; 5: Ley de Educación Superior: Para obtener el</p>	<p>Falta de protocolos para la atención en evaluación y manejo del dolor postquirúrgico.</p>

	Latacunga	grado de magíster, los postulantes deben realizar y sustentar una tesis de investigación Científica que presente novedad y originalidad en el problema, los materiales de investigación, los métodos aplicados.	
--	-----------	--	--

## 2.2. ARBOL DE PROBLEMAS



### 2.3. ARBOL DE OBJETIVOS



## 2.4. Matriz del marco logico

JERARQUIA DE OBJETIVOS FIN	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>FIN</b> Contribuir a elevar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el área de cuidados postanestésicos de Hospital Provincial de Latacunga	100 % de los pacientes no presentan complicaciones relacionadas al dolor postquirúrgico hasta febrero 2014	Fichas medicas y registro de atención Entrevista directa con el paciente. Observación y datos clínicos	Pacientes mantienen la confianza con el servicio y son dados de alta en condiciones optimas .
<b>PROPOSITO</b> Mejorar la calidad de atención en el servicio de cuidados postanestésicos del Hopital general de Latacunga	Hasta febrero del 2014, el 100% de los pacientes que acudan al servicio de cuidados postanestésicos del Hospital General de Latacunga recibirán una atención de calidad	Observaciones en el desempeño laboral Registro de reingresos Registro de complicaciones postquirurgicas inmediatas (primeras 24 hrs ) Actas de reuniones del servicio	Equipo de salud bien capacitado y coordinado para la atención de pacientes postquirurgicos
<b>RESULTADO 1</b> Manual de protocolos elaborado y aprobado por los representantes del personal.	Hasta marzo 2014 100% de los protocolos elaborados y validados por los representantes del personal .	Plan de capacitación Asistencia y evaluaciones	Representantes del personal motivado y proactivos de liderar cambios positivos en el servicio
<b>RESULTADO 2</b> Capacitación a todo el personal de salud responsable del la salud del paciente en la sala de cuidados postanestésicos, sobre manejo de protocolos	Hasta Enero 2014 100% de protocolos de atención en el cuidado postquirurgico elaborados	Protocolos elaborados Actas de convenios establecidos	Participación del personal de forma activa

valoración y manejo del dolor postquirúrgico .			
<b>RESULTADO 3</b> Evaluación del personal sobre manejo de los protocolos y su aplicación en el paciente postquirúrgico.	el 100% del personal del servicio de cuidados postanestésicos evaluado hasta enero 2014	Plan de capacitación elaborado y aplicado Firmas de asistencia al plan de capacitación memorias fotográficas	Apoyo e interés del personal
<b>RESULTADO 4</b> Comité de dolor conformado y funcionando	100%del equipo conformado hasta marzo 2014	Acta de conformación del comité Convenios establecidos	Coordinación interinstitucional
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>R1</b> Elaboración y aprobación del manual de protocolos	Autora de proyecto Médicos tratantes de anestesiología Líder de enfermería	1 septiembre al 16 de octubre 2013	Bibliografía actualizada Computadora Impresora Hojas
A1 Revisión bibliográfica y estadísticas	Autora de proyecto Jefe de anestesiología	Del 1 al 15 de septiembre 2013	Libros Computadora Internet Impresora Anillado
A2 Elaboración de formatos de protocolos de valoración y manejo del dolor postquirúrgico	Jefe de servicio anestesiología Líder enfermería Autora del proyecto	17 al 26 de septiembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas
A3 Presentación y aprobación de formatos , escalas , protocolos, para el manejo correcto del dolor postquirúrgico	Jefe de servicio Jefe de enfermeras de servicio Autora de proyecto	28 al 30 de septiembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas
A 4 Sociabilización de los protocolos de manejo del dolor	Jefe de servicio Jefe de enfermeras de servicio Autora de proyecto Director del	23 septiembre al 16 octubre 2013	Oficios, computador impresora, hojas, lápices, copias, encuadernación, acta entrega recepción al

	hospital Jefes de especialidades quirúrgicas .		servicio y a las diferentes áreas quirúrgicas.
<b>R.2 Capacitado todo el personal responsable de la salud del paciente en la sala de cuidados postanestésicos, sobre manejo de protocolos valoración y manejo del dolor postquirúrgico</b>	Autor del proyecto Líder de anestesiología Líder de enfermería Líder de residentes anestesiología Líder de auxiliares de enfermería	20 De octubre al 20 de noviembre 2013	
A1 Taller Propuesta y aceptación de los protocolos , compromisos del personal	Lider del área de anestesiología Dr Miguel Medina  Autor del Proyecto	22 de Noviembre 2013	Material de oficina Computador Papel Carteles Infocus
A2 Taller : Importancia del dolor como nuevo signo vital, su valoración signos subjetivos y objetivos	Autor del proyecto Dr Wilson Lalanguí anestesiólogo devengante de beca de tratamiento del dolor	4 de Noviembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas Pizarra esferos
A3 Generalidades de dolor, Signos vitales y su relación con el dolor	Personal de enfermería Internas rotativas de enfermería a cargo del área	7 de noviembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas
A4 valoración y manejo del dolor	Dra Silvana Parra medico residente de anestsesiologia Autora del Proyecto	15 de noviembre 2013	
A5 Capacitación sobre el uso y manejo del protocolo	Autora del proyecto	19 noviembre 2013	

<b>R3. Evaluación del personal sobre manejo de los protocolos y su aplicación en el paciente potquirurgico</b>		21 Noviembre al 22 diciembre 2013	
A1 Evaluacion del manejo de protocolos de dolor postquirúrgico	Autor del proyecto	22 Noviembre 2013	Computador, hojas, impresiones, invitaciones
A2 Taller practico en pacientes del servicio, valoración con escalas	Autor de proyecto Md residentes de anestesiología Jefe de anestesiología	24 de noviembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas, internet Infocus
A3 Entrega de resultados y análisis de problemas encontrados	Lic. Graciaela Quishpe líder de enfermería Internas rotativas de enfermería	28 noviembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas, internet Infocus
A4 Taller Identificacio y resolución de problemas encontrados	Autor del proyecto Dr. Wilson Lalangui medico anestesiólogo	30 de noviembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas, internet Infocus
A5 Difusión	Autor del proyecto Equipo colaborador	5 al 7 de diciembre 2013	Oficios, computador impresora, hojas
<b>R4. Comité de dolor conformado y funcionando</b>	Medico anestesiólogo subespecialidad en dolor Enfermeria Representante de residentes de anestesiología Representante de auxiliares a cargo del paciente	5 de enero al 22 de febrero 2014	Paple pizarra Actas Copias
A1reunion con el personal para conformación del comité	Elaboración de planes de trabajo	5 al 27 de febrero del 2014	Hojas , registros clínicos , lápices , maracdores

A3 priemra reunión plan de trabajo a ejecutar .	Comité del dolor	1 de marzo al 5 de marzo 2014	Hojas , lápices , maracdores, computadora, impresora
A4 Gestion del comité de dolor	Comité de dolor	8 al 15 17 marzo 2014	Hojas, lápices, computadora, impresora.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS ESPERADOS**

## **2. Resultados, conclusiones y recomendaciones**

En este capítulo se presentan los resultados de la aplicación de la propuesta que se muestran en función del cumplimiento de los resultados esperados o componentes del proyecto y de los indicadores establecidos en la jerarquía de objetivos de la matriz del marco lógico.

A continuación, los datos obtenidos del departamento de estadística dentro del marco organizacional cuantas cirugías se han realizado, de ellas dentro de que especialidades se encuentran distribuidas, distribución por grupos etareos, vulnerabilidad y número de reingresos postquirúrgicos, dentro de cada especialidad y grupo etareo la distribución de pacientes en la escala de dolor .

### **RESULTADO 1.**

Para determinar la magnitud de nuestro problema y las características de nuestros pacientes se realizó una revisión estadística del número de pacientes tipos de cirugías, tiempo de hospitalización características propias de nuestros pacientes.

Posterior a esto se determinó población vulnerable y participación activa con esta, formas de actuación.

Los datos recopilados pertenecen al año 2012

Para la elaboración de los diferentes protocolos se realizó una exhaustiva investigación bibliográfica, con reportes de medicina basada en evidencias, estudios prospectivos, retrospectivos, meta análisis, estudios de cohorte, entre otros con el fin de que sean protocolos serios y respaldados científicamente.

#### **3.1.1 Act.1**

Revisión bibliográfica y estadística

Para cumplir con los objetivos del trabajo de acción se necesitó recopilar los datos de las características de la cirugías y de los pacientes como tiempo quirúrgico, grupos de edades género y clasificar los pacientes vulnerables.

El objetivo primordial de la recopilación bibliográfica es que la presente actividad se fundamente en datos científicos y no en suposiciones o creencias.

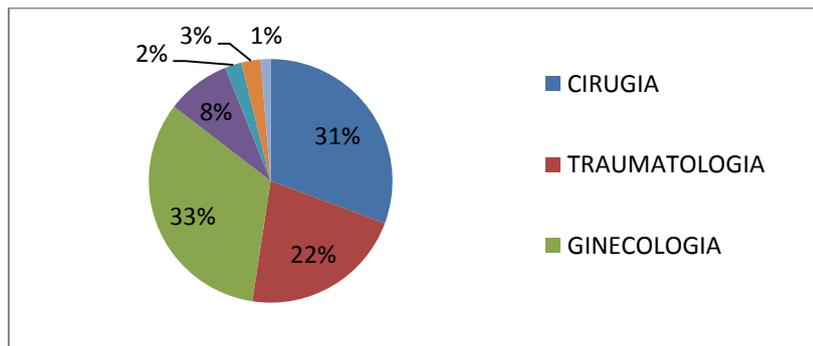
Herramientas básicas sobre las que se asienta la metodología del proyecto, la lectura crítica de la literatura biomédica y los métodos racionales para la toma de decisiones clínicas y/o terapéuticas.

Se presentan los presentes datos obtenidos del departamento de estadística detallándose, número de pacientes, especialidades y tipos de cirugías más frecuentes.

**TABLA 1.**

<b>HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA</b>
<b>DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS</b>
<b>CIRUGIAS REALIZADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENERO –JUNIO</b>
<b>2013</b>

ORDEN	DIAGNOSTICO	PORCENTAJE %	NUMERO
1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	33	802
2	CIRUGIA	31	745
3	TRAUMATOLOGIA	22	528
4	CIRUGIA PEDIATRICA	8	206
5	OFTALMOLOGIA	3	62
6	CIRUGIA PLASTICA	2	54
7	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	32
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>2429</b>

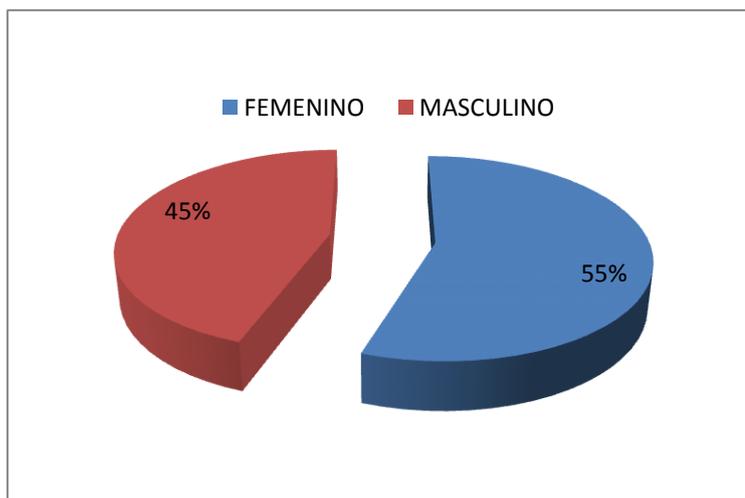


Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga  
Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman G

## TABLA 2

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA  
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS  
CIRUGIAS REALIZADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE  
ENERO –JUNIO 2013**

DESCRIPCION	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	1345	55.37
MASCULINO	1084	44.63
TOTAL	2429	



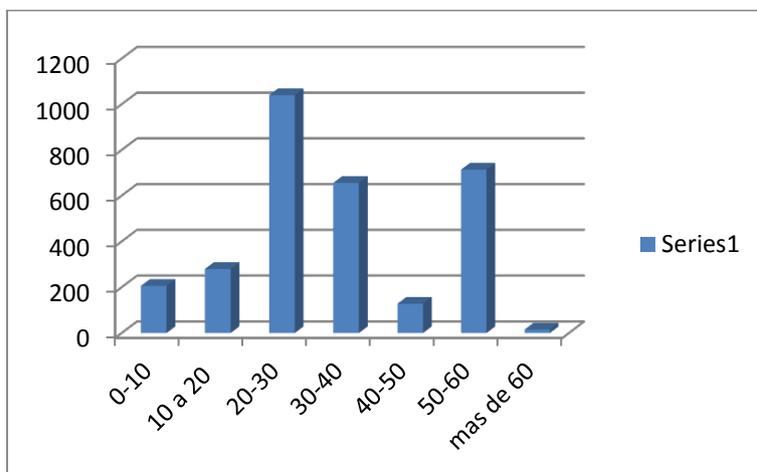
Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga

Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman G

**TABLA 3**

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA  
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS  
CIRUGIAS REALIZADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO –JUNIO 2013 SEGÚN  
GRUPOS ETAREOS**

GRUPOS DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
0 a 10	206	8.48
10 a 20	280	11.52
20 a 30	1040	42.81
30 a 40	656	27.00
40 a 50	128	5.26
50 a 60	714	29.39
Mas de 60	15	0.61



Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga  
Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman

## TABLA 4

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA  
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS  
CIRUGIAS REALIZADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO –JUNIO 2013 RELACION  
ESCALA DE DOLOR (ESCALA VISUAL ANALOGA) Y GENERO

GENERO	VALOR ESCALA EVA
FEMENINO	8 A 10
MASCULINO	6 A 8

Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga

Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman G

## TABLA 5

RELACION ENTRE LA VALORACION DE LA ESCALA Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION  
PERIODO PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO –JUNIO 2013

EVA	ESTANCIA EN EL SERVICIO
MENOR DE 4	2 h
ENTRE 5 A 7	3 h
8 EN ADELANTE	4 h o mas

Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga

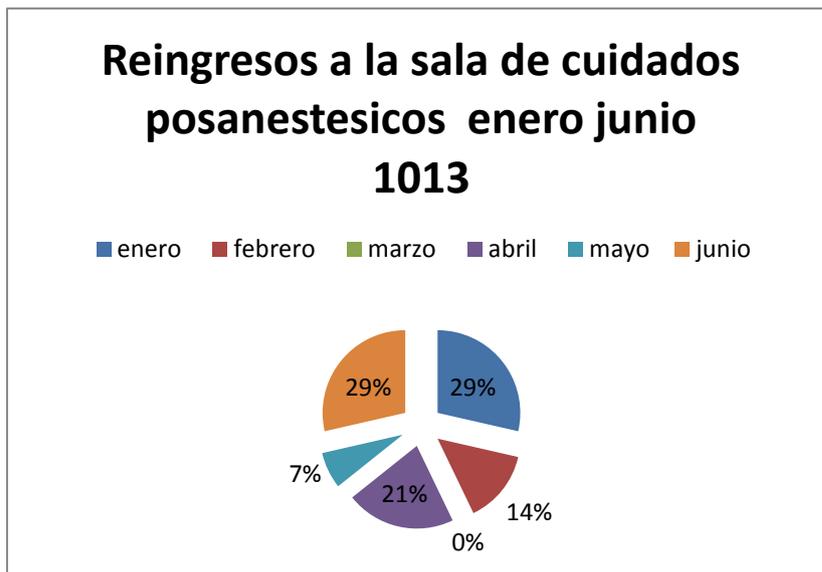
Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman G

Dependio del tipo de cirugía que se realizo se excluyeron cirugias ambulatorias en donde el medico anestesiólogo indico su alta inmediata, ya que a estos pacientes no fue posible darles un seguimiento y por la baja resolución del cuadro quirúrgico los pacientes se dirigieron directamente desde quirófano hacia su domicilio.

**TABLA 6**

**REINGRESOS HOSPITALARIOS REGISTRADOS ENTRE LOS MESES DE ENERO JUNIO 2013  
AL SERVICIO DE CUIDADOS POSTANESTESICOS**

meses	reingresos	porcentaje
enero	4	29%
febrero	2	14%
marzo	0	0%
abril	3	21%
mayo	1	7%
junio	4	29%
total	14	100%



Fuente: Departamento de estadística, Hospital General de Latacunga

Elaborado por: Md. Monica Alexandra Guzman G

Se registran reingresos a la sala de cuidados postanestesicos en numero de 14 se entiene a estos por diferentes complicaciones realcionadas al manejo del dolor se excluyeron reingresos relacionados con la cirugía por ejemplo hemorragias, paros cardiorespiratorios y demás, solo se tomaron en cuenta en la historia clinica el Diagnostico de de dolor postquirugico entendiéndose este dentro de las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica .

### **3.1.2. Actividad 2**

Una vez revisado los datos estadísticos se procede a evaluar la bibliografía correspondiente, valorar su aporte al presente trabajo y en especial su validez en nuestro contexto

La presente guía preseta datos obtenidos de revisiones bibliográficas que se realizo y se valido la información de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve nuestro proyecto es decir se elaboro la guía basándose en la realidad de la situación y el medio en el que se desenvueven nuestras actividades.

Elaboración de protocolos para la valoración y manejo del dolor tomado en cuenta la aceptación del personal tanto jefes de servicio como personal involucrado anestesilogos cirujanos y personal de enfermeríay auxiliar de enfermería.



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Cuidados Postanestésicos del Hospital General de Latacunga. Año 2014.

**PROTOCOLO DE MANEJO DE  
DOLOR POSQUIRURGICO  
HOSPITAL GENERAL DE  
LATACUNGA 2014**

## PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

### PROTOCOLO DE VALORACION DEL DOLOR

. PROTOCOLO DE MANEJO DE DOLOR POSTQUIRURGICO  
HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA

Sección	Paginas
Introducción	47
Objetivos	48
Alcance	49
Responsabilidades	49
Definiciones	50
Descripción del proceso	50
Consideraciones	60
Tratamiento de efectos indeseados	61
Indicación y registro	62
Evaluación	64

## **Introducción**

El dolor es el motivo más frecuente de consulta en la práctica clínica, en este contexto el personal de cuidados postanestésicos se ve enfrentado diariamente a pacientes pos operados.

El inadecuado manejo inicial del dolor agudo , complica su pronóstico aumenta los costos de manejo y favorece el paso a la cronicidad , además genera , angustia , insatisfacción y hostilidad del paciente hacia el sistema de salud que lo trata .

Las recomendaciones del manejo del dolor agudo tiene como objetivo primario asistir en la toma de decisiones, para mantener los indicadores de satisfacción y calidad de vida de estos pacientes en un nivel lo más cercano al óptimo .

La estructuración de programas de manejo del dolor permite optimizar los recursos tanto físico humano y económico .esto no necesariamente indica mayores costos ya que incluye ahorros , al permitir racionalizar el uso de recursos , evitar complicaciones y disminuir el tiempo de estadia intrahospitalaria .

Los programas de manejo del dolor suelen impleentarse en el seno de unidades especializadas en dolor , estas son agrupaciones multidisciplinarias de especialistas del dolor los que realizan la prestación anlgésica y evalúan su efectividad y complicaciones , mientras se prolongue la misma.

## **Objetivos**

### **OBJETIVO GENERAL**

Estandarizar la evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio asegurando la seguridad y calidad de la prestación durante el postoperatorio (24 horas posterior a la cirugía) y procurando el bienestar del paciente.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Normalizar el manejo del dolor posquirúrgico para aplicar el esquema analgésico correspondiente.
- Reducir la incidencia y severidad del dolor agudo postoperatorio
- Mejorar el bienestar integral del paciente
- Evitar los eventos adversos postoperatorios relacionados con el dolor agudo.

### **Alcance**

El presente documento será aplicado en pacientes operados en el Hospital General de Latacunga por el personal clínico que trabaja en las áreas de cuidados postanestésicos, incluyendo al personal Quirúrgico si fuese necesario .

El dolor postquirúrgico comprende hasta las 24 horas posterior a la cirugía se sociabilizará al personal de las salas de internación en donde completará el tiempo de internación del paciente, se mantendrá comunicación entre el personal de las respectivas salas y nuestro personal.

Así también como los jefes de cada servicio se harán responsables de que una copia de nuestro manual se encuentre en cada sala de internación para el respectivo seguimiento y manejo hasta completar el periodo postoperatorio del paciente.

El servicio de anestesiología se encuentra abierto a cada consulta y cada inquietud acerca del manejo del dolor postquirúrgico y posibles complicaciones que surjan en el mismo , ya que cada paciente al ser un organismo diferente no responden de igual manera frente a la injuria , el stress, y la medicación que aquí se detalla. Quedando a libre decisión si se desearía aplicar algún otro procedimiento.

## **Responsabilidades**

<b>CARGO</b>	<b>RESPONSABILIDAD</b>
<b>Jefe de anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colaborar con la difusión del presente protocolo</li><li>• Supervisar el cumplimiento del protocolo.</li><li>• Colaborar con el análisis de resultados de evaluación.</li><li>• Colaborar con el comité para implementar y evaluar los planes de mejora.</li><li>• Participar en reuniones de trabajo</li><li>• Supervisar la mantención de medicamentos a utilizarse en el protocolo.</li></ul>
<b>Anestesiólogos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicar el protocolo</li><li>• Participar activamente en la elaboración, implementación del presente protocolo.</li><li>• Evaluación de la efectividad analgésica.</li></ul>
<b>Personal de enfermería y auxiliar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ceñirse a la aplicación del protocolo</li><li>• Aplicar y consignar donde corresponda la escala EVA según indicaciones.</li><li>• Mantener indicaciones y avisar a anestesólogo o tratante según corresponda.</li><li>• Registrar escalas y medicación del dolor según corresponda en la ficha clínica.</li></ul>
<b>Dirección</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asegurar recursos para la aplicación de este protocolo</li></ul>

## **Definiciones**

**Dolor:** experiencia sensitiva y emocional desagradable relacionada con daño tisular real, potencial, por lo que el dolor es siempre subjetivo.

**Dolor Agudo:** se trata de un dolor de inicio repentino y de posible limitación, normalmente tiene una relación identificable temporal y causal con una herida o una enfermedad.

**Técnicas de Analgesia Base o de primera línea:** Es la analgesia que se indica de primera línea o de soporte para el control del dolor.

**Técnicas de analgesia de segunda línea o de rescate:** es la analgesia que se indica como refuerzo a la de primera línea para ser administrada cuando esta es insuficiente para el control adecuado del dolor.

## **Descripción del proceso**

Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente y requiera de manejo del dolor idealmente debe ser visitado en el preoperatorio e informar de la técnica que se va a utilizar para así disminuir el stress que naturalmente causa esta situación.

La intensidad del dolor depende de varios factores los casos más severos ameritan manejo especial en el perioperatorio.

### **Factores que determina la intensidad del dolor**

**Sitio de la cirugía:** torácica, abdominal, cirugía extensa, de columna, articulaciones mayores de huesos largos, etc.

**Tiempo de la cirugía:** a mayor tiempo quirúrgico mayor trauma y mayor respuesta dolorosa, y más difícil control sobre la misma.

**Tipo de Incisión:** la proximidad al diafragma y a los músculos respiratorios se asocia a mayor severidad del dolor.

**Factores Psicológicos y culturales:** determinan el comportamiento diferente frente al mismo estímulo doloroso.

Los pacientes que deben ser manejados más cuidadosamente son pacientes que presenten comorbilidades asociadas, como pacientes con EPOC, obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedades coronarias, compromiso de la función respiratoria.

### **Consideraciones previas**

#### **Paciente ingresa a la sala de cuidados postanestésicos.**

- Revisar qué tipo de cirugía se realizó, tiempo quirúrgico, analgesia utilizada en el transquirúrgico.
- Toma de signos vitales. recordar que el dolor altera la Tensión Arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria.
- Revisar sitio quirúrgico y accesos venosos
- Brindar una evaluación y tratamiento agresivos en pacientes con dolor agudo
- Preguntar a los pacientes por la presencia de dolor

- Referir a los pacientes con dolor agudo refractario al tratamiento hacia el especialista, el anestesiólogo a cargo del paciente recordar que el dolor puede ser un síntoma con un trastorno de fondo, o al cirujano responsable recordad que este es un trabajo multidisciplinario.
- Identificar el tipo de dolor para instaurar el tratamiento adecuado en caso de dudas acercarse al anestesiólogo responsable en la cirugía, si este no se encuentra está el personal del comité de dolor.
- Aceptar la expresión del dolor del paciente y no sobrevalorarlo calificar la expresión y evaluarla.
- Preservar la intimidad del paciente
- Valoración de la percepción del dolor mediante la escala EVA (Escala visual análoga).

**Valoración de datos subjetivos:**

- Cambios de la presión arterial**
- Dilatación de pupilas**
- Sudoración**
- Nauseas, vómitos**
- Cambios de temperatura**
- Expresión facial de dolor**
- Palidez**
- Contracción facial de músculos**
- Llanto quejido**
- Gritos, nerviosismo**

**Evaluación del dolor**

**Evaluación del dolor en la sala de recuperación**

Se realizara luego del ingreso a la sala de cuidados postanestésicos luego cada 15 min por cuatro veces, luego cada 30 min y hasta su traslado hasta la sala de recuperación.

**Evaluación del dolor agudo en Adultos**

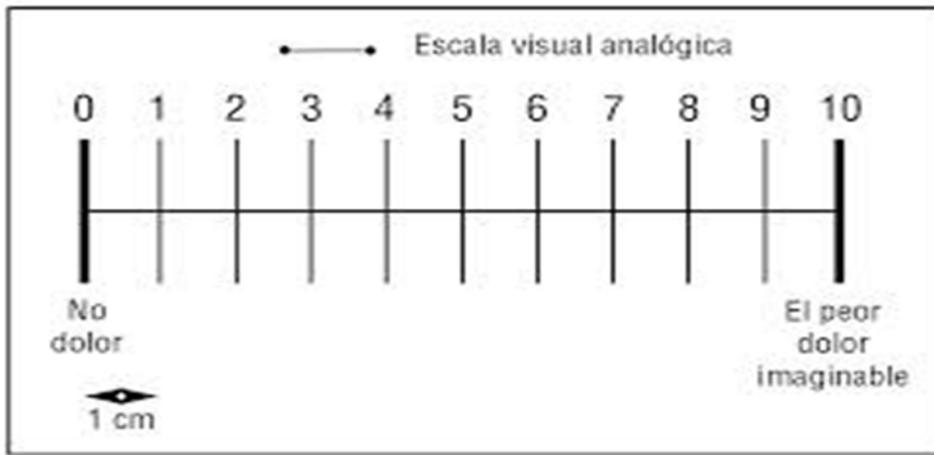
Incorporar a este elemento como el quinto signo vital, no olvidando que el dolor es por definición una experiencia emocional y sensorial, se recomienda evaluar en base a la escala visual análoga (EVA)

La manera adecuada es preguntando o mostrando la regla ¿Cuánto dolor tiene usted del 0 al 10

0 es nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable.

Se debe realizar en reposo, en inspiración profunda (EVA REPOSO)

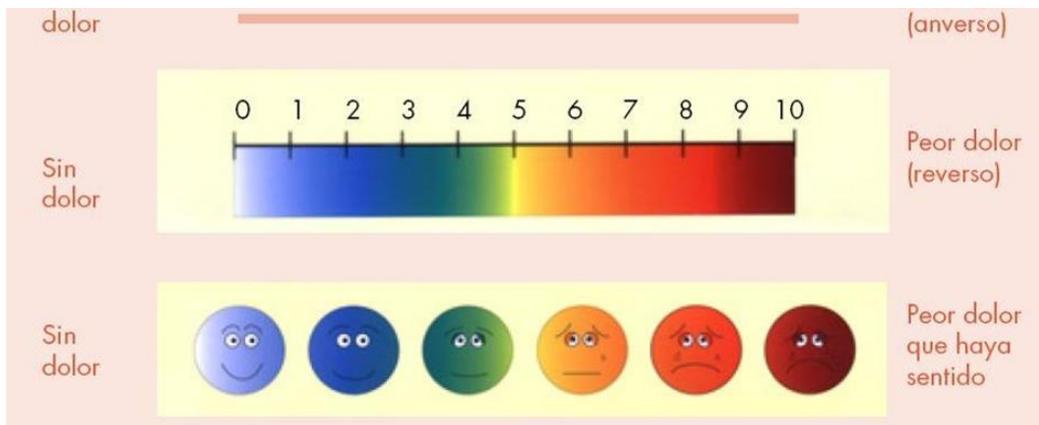
En inspiración profunda, tos o cambios de postura (EVA DINAMICO)



### Evaluación del dolor agudo en Niños

Se recomienda utilizar escalas validadas para el dolor agudo que distingan los grupos etarios y el contexto al ser evaluadas.

Dolor postquirúrgico en etapa verbal caras y numérica el personal de salud a cargo debe saber y reconocer las distintas escalas de evaluación del dolor las que deben estar claramente visibles en las salas de recuperación registrarse debe registrarse en la historia clínica el valor antes y después de la aplicación del protocolo .



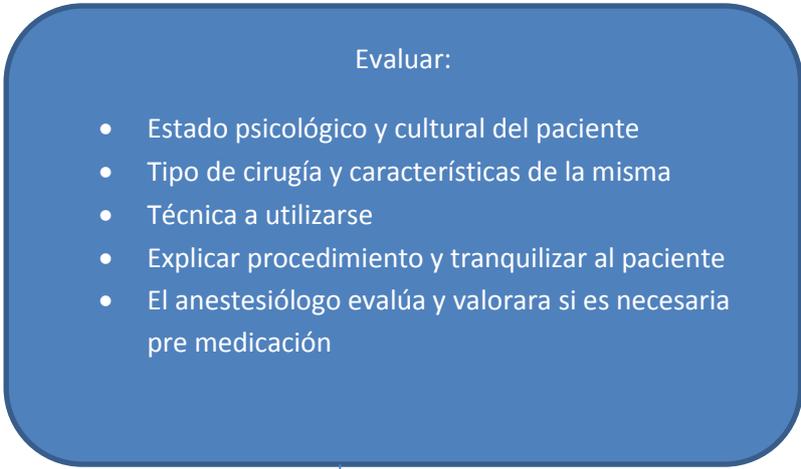
## **Manejo del dolor**

1. La indicación de analgesia intraoperatoria y postoperatoria inmediata en la sala de cuidados postanestésicos se encuentra bajo responsabilidad del anestesiólogo en consenso con el cirujano encargados del o la paciente.
2. Posterior al alta del paciente del servicio las indicaciones analgésicas serán a cargo del cirujano encargado del o la paciente , por lo que se les informara del proyecto a llevarse a cabo quedando y siendo dolor postquirúrgico dentro de las 24 horas subsiguientes a la cirugía , en el piso de hospitalización también se sociabilizara el alcance del proyecto.
3. Explicar al paciente la importancia de evaluar secuencialmente su dolor con el fin de reducirlo o eliminarlo
4. En primera instancia aplicar la escala EVA cuando corresponda aplicar la escala numérica.
5. Se mantendrá el esquema según la valoración de la escala EVA.
6. Según resultados de la valoración y administrados los analgésicos de la primera línea indicados para su utilización , el paciente permanece con dolor dentro de una escala igual o mayor de 4 se avisara al cirujano de turno inmediatamente

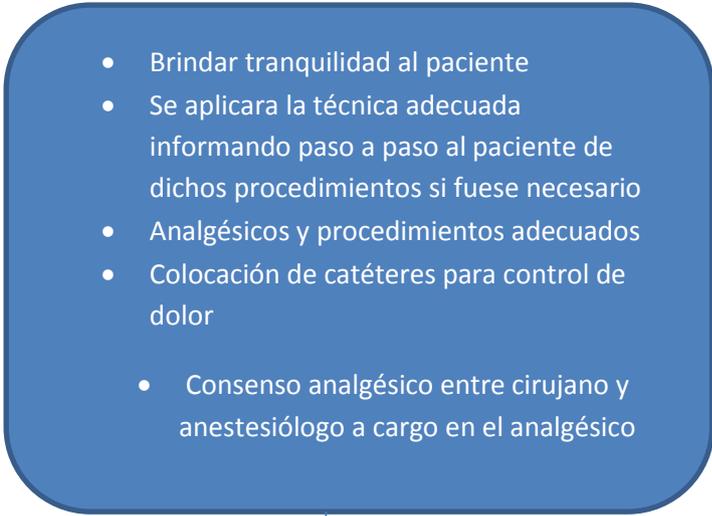
## **Aplicando eva**

1. Mostrará la escala visual análoga (REGLA)
2. Explicar al paciente que se trata de una escala ascendente representada por una línea recta horizontal de 10 cm de largo y que sus extremos están claramente delimitados una marca que expresa "SIN DOLOR " y otra marca que expresa "MUCHO DOLOR".
3. Pedir al paciente que indique con un dedo el punto donde el considera que percibe el dolor.
4. El resultado de la evaluación la enfermera lo registra en la hoja de recuperación
5. Si el resultado es igual o mayor a cuatro dicha profesional deberá evaluar la infusión del analgésico permeabilidad de vía venosa fugas tipo y cantidad correctas de analgésico prescrito.
6. Dar aviso a medico anestesiólogo de turno.
7. Para potenciar o modificar la escala analgésica.

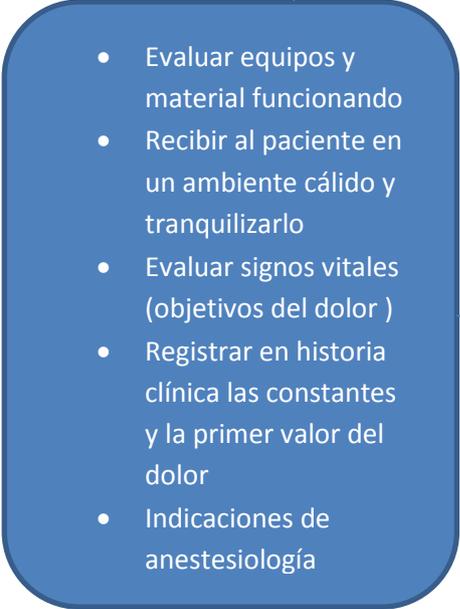
p  
e  
r  
i  
o  
p  
e  
r  
a  
t  
o  
r  
i  
o



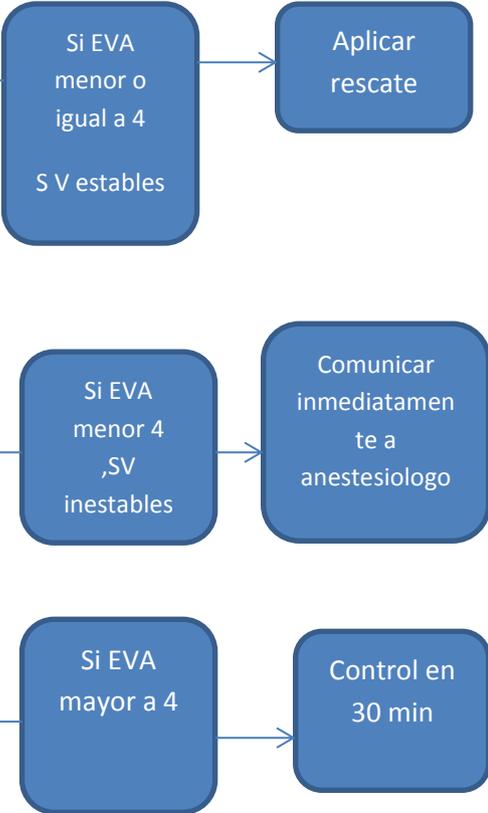
C  
i  
r  
u  
g  
í  
a



p  
o  
s  
t  
q  
u  
i  
r  
u  
r  
g  
i  
c  
o



Primero  
s 15  
min  
Aplicar  
primera  
línea



## Manejo Primera línea

Todos los pacientes que presenten dolor deberán contar con una indicación terapéutica de primera línea y de rescate consignadas por el médico tratante confirmadas en las indicaciones.

En caso de EVA menor de 4 se deberá administrar analgesia de rescate debiendo reevaluar EVA a los 30 min de administrada.

Mantener accesos intravenosos y corroborar su permeabilidad

Interrumpir analgesia solo previa indicación de medico anestesiólogo.

Tratamiento de complicaciones en el uso de opioides (naloxona )

Se debe evaluar frecuencia respiratoria , escala de sedación (Anexo 1 ) cada hora durante las primeras cuatro horas en caso de utilización de opioides

Comunicar a medico anestesiólogo en caso de :

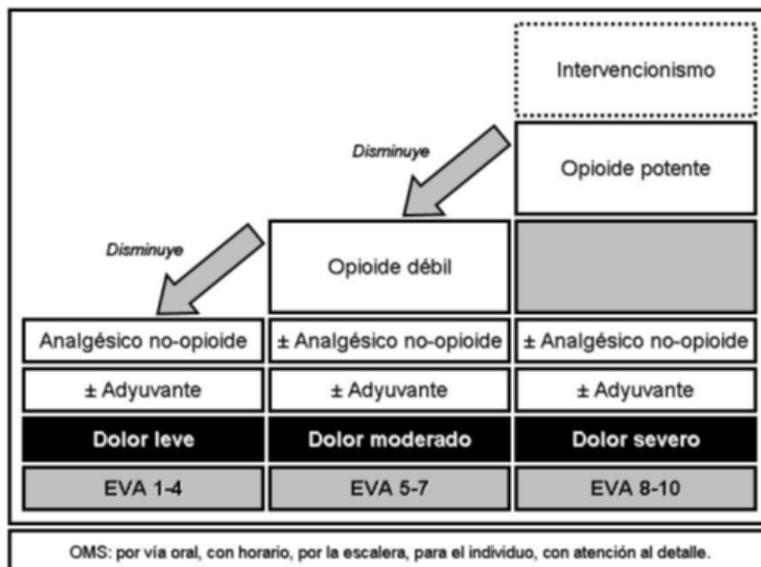
Frecuencia respiratoria menor a 8

Escala de sedación igual o menor de 3

Analgesia insuficiente

Caída de la TA menor de 15mmhg y/o aumento de la frecuencia cardiaca en 20 lpm

En los protocolos de manejo de dolor postquirúrgico los protocolos pueden ser de primera línea o de rescate según corresponda.



## **Primera línea**

Utilizar AINES, metamizol, anestésicos locales para el dolor somático agudo de acuerdo a la necesidad.

Mantener accesos intravenosos.

interrumpir analgesia previa autorización y valoración del anestesiólogo.

### **Evaluar:**

- frecuencia respiratoria
- escala de sedación
- bloqueo motor
- durante las primeras dos horas que permanece en la sala de recuperación o cuidados postanestésicos.

### **Indicaciones terapéuticas**

- Primera línea
- Rescate EVA mayor a 4

### **Se aplicara protocolo 1**

- Hernia inguinal
- Apendicectomía
- Varices
- Laparoscopia
- Cirugía urológica
- Reducción ortopédica
- Fimosis
- Varicocele
- Orquidopexia
- Legrado instrumental

### **Se aplicara protocolo 2**

- Dolor moderado
- Histerectomía
- Prótesis de cadera
- Cirugía maxilofacial
- Cirugía de mano
- Cesárea
- Colpoplastia

- Resección transuretral
- Pleurostomía

### **Se aplicara protocolo 3**

- Dolor severo
- Cirugía de abdomen alto
- Colectomía abierta
- Quiste hidatídico
- Prótesis de rodilla
- Cirugía de tórax
- Laparotomía
- Cirugía de tórax

### **Protocolo 1**

Protocolos Analgesia Endovenosa:

Protocolo de administración intermitente

- Ketorolaco 30 mg cada 6-8 horas i.v.
- Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas i.v.

Se pueden asociar a

- Metamizol 1-2 g cada 6-8 horas i.v.
- Paracetamol 1g cada 6-8 horas v.o. ó s.l.
- Parecoxib 40 mg cada 12 horas i.v. 1º día seguido de 40 mg/día

### **Protocolo de administración continua**

- Ketorolaco 90 a-120 mg para 24 h i.v.
- Ketoprofeno: hasta 300 mg para 24 h i.v.

Se pueden asociar a:

- Metamizol 4-6 g para 24 h i.v.
- Paracetamol 1 g cada 6-8 horas v.o. ó s.l.

Ajustar dosis en pacientes ancianos (bajar 30% la dosis).

Se recomienda precaución en pacientes con riesgo de hemorragia y alteración de la función renal: en estos casos limitar o eliminar uso de AINEs.

**Rescate** : Morfina 2 a 3 mg ev cada 10 a 15 min hasta E<sub>va</sub> menor a tres manteniendo precaución y vigilancia , escala de sedación.

Fentanilo 25 a 100 mcg / dosis si es necesario cada 30 min

## **Protocolo 2**

### **Analgesia con opioides**

Es un grupo de fármacos que tienen una acción analgésica más potente y dosis dependiente.

#### **Protocolo dosis intermitentes**

Tramadol: Dosis máxima 6 mg/kg en 24 horas

Usar en infusión continua o bolos

Asociar a antieméticos

Se puede asociar AINEs

Metadona: Dosis s.c.: 0,1 mg/kg c/12 o 24 h.

Vida media larga (riesgo acumulación con dosis repetidas)

Dosis i.v.: 2-3 mg cada 10 o 15 minutos, titulando hasta conseguir efecto analgésico.

**Rescate** : Morfina 2 a 3 mg ev cada 10 a 15 min hasta Eva menor a tres manteniendo precaucion y vigilancia , escala de sedación.

Fentanilo 25 a 100 mcg / dosis si es necesario cada 30 min

## **Protocolo 3**

### **Protocolo con opioides potentes**

**Meperidina:** Dosis 10-30 mg i.v. c/ 4 a 6 horas.

No produce espasmo del esfínter Oddi

Especialmente indicado en patología biliopancreática

Muy eficaz para controlar calofríos en post-operados.

**Rescate:** Morfina 2 a 3 mg ev cada 10 a 15 min hasta Eva menor a tres manteniendo precaucion y vigilancia , escala de sedación.

Fentanilo 25 a 100 mcg / dosis si es necesario cada 30 min

**Morfina:** Dosis 2-3 mg i.v. c/10 minutos hasta lograr  $EVA \leq 3$

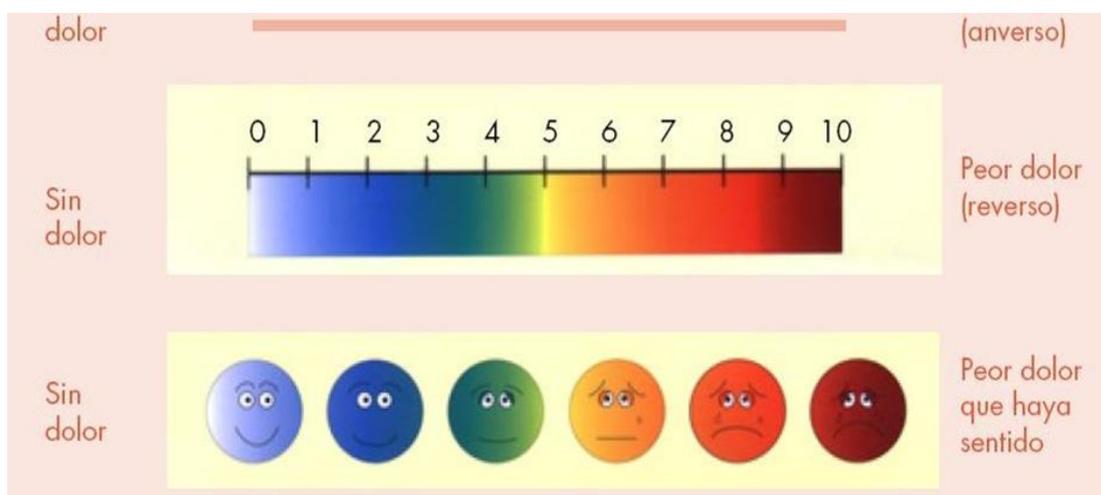
Droga preferente para el rescate del dolor postoperatorio.

Usar bajo condiciones de vigilancia: monitorizar estado de sedación y frecuencia la respiratoria, evaluar necesidad de suplemento de oxígeno.

## Protocolos de manejo del dolor agudo en niños

### 1. Evaluación:

- Dolor postquirúrgico en niños en etapa preverbal: escala del comportamiento CHEOPS, escala de caras.
- Dolor postquirúrgico en niños en etapa verbal: escala de caras , Escala visual análoga EVA)



### 2. Arsenal Terapéutico

Entre los medicamentos a utilizar para el manejo del dolor agudo en niños, de acuerdo al conocimiento y la práctica actual, se debieran incluir los siguientes:

- Antiinflamatorios no esteroidales (AINEs)
- Opioides
- Anestésicos locales
- Coadyuvantes

### 3. Modalidad de Uso

Se recomienda administrar analgesia balanceada, multimodal, ajustada a la edad, intensidad de dolor esperable y al estado fisiológico del paciente

Uso endovenoso de AINEs y opioides

#### **AINEs Uso endovenoso Dolor moderado EVA de 3 o menor**

**Ketorolaco:** 0,5-1 mg/kg/dosis cada 6-8 horas. No sobrepasar 2 mg/kg en 24 horas. Es aceptable su uso por periodos cortos en pacientes lactantes y recién nacidos sin factores de riesgo de daño renal o de hemorragia.

**Ketoprofeno:** 1,5 mg/kg/dosis cada 8 horas

## Opioides dolor severo escala EVA mayor a cuatro

Constituyen las drogas más útiles en el manejo del dolor moderado a severo, se usan frecuentemente como coadyuvantes de la anestesia general.

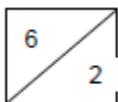
Si la intensidad del dolor amerita el uso de opioides, la vía endovenosa es de elección. Pueden asociarse con un AINEs, pero NO se recomienda utilizar dos opioides juntos (con excepción del tramadol, en el contexto de una rotación de opioides).

**Morfina:** 0,05-0.1 mg/kg c/4-6 horas. Máximo 0,5 mg/kg/día. El pick plasmático y comienzo acción clínica se aprecian a los 10-20 min, el efecto máximo se alcanza a los 40 minutos.

**Fentanyl:** 0,5-1 ug/kg/dosis. El pick plasmático y comienzo de la acción clínica es precoz. Se recomienda su uso en dosis intermitente por períodos cortos de tiempo para controlar el dolor durante la emergencia de la anestesia

### Consideraciones

- Si la intensidad del dolor es superior a 3 (EVA/EVN > 3) o nivel 2 de la escala categórica se anotará en la tabla y se administrará la medicación de rescate pautada en el protocolo. A los 45 minutos se volverá a evaluar el dolor debiendo anotarse en la tabla. Ejemplo:



- En el caso de que el paciente llame por dolor (EVA/EVN > 3, nivel categórico  $\geq 2$ ) entre los intervalos de evaluación, se anotará la intensidad del dolor en las casillas intermedias, así como el valor de EVA a los 45 minutos de la administración del rescate.
- Si el paciente está dormido, no se le interrogará y se anotará la letra D; pero se le administrará la analgesia pautada.
- Cuando se obtengan 2 evaluaciones consecutivas iguales o inferiores a 3 sin medicación analgésica alguna (salvo en los pacientes en por diferentes razones se deban mantener los analgésicos de forma continuada), se dará por finalizada la evaluación sistemática del dolor, anotándose la letra F.
- En caso de hacerse una valoración categórica ha de quedar reflejado en la trayectoria clínica .

Con la bibliografía antes mencionada se procedio a la valoración y elaboración de los protocolos de manejo del dolor para la evaluación y manejo de los pacientes postquirúrgicos

conjuntamente con los representantes del personal se validó la información se adaptó a nuestro medio y se llegó a un consenso de manejos y correcciones basados siempre en la bibliografía actual y el método científico de esta manera se elaboraron en un 100% los protocolos de manejo del dolor aprobados y validados antes de ser comunicados y difundidos.

### **Tratamiento de efectos indeseados**

#### **Nauseas y vomitos**

Usos progresivos comenzando por A hasta E

- A. Droperidol 1,25 mg iv
- B. Metoclopramida 10 mg iv
- C. Dexametazona 4 a 8 mg iv
- D. Naloxona 40 ug iv (2ug/kg)

#### **Depresión respiratoria**

Naloxona 80 ug iv (entre 2 a 5 ucg /kg cada 5 min, O<sub>2</sub> , asistir ventilación )

#### **Retención urinaria**

- A. Medidas físicas
- B. Sondeo vesical

### **Indicacion y registro**

Se registrará la indicación de la analgesia según área en registro de indicaciones médicas y de enfermería con letra legible además según estado del paciente y diagnóstico se indicará la frecuencia de los controles de EVA

El anestesiólogo puede administrar medicación analgésica necesaria en casos que crea necesario .

Se deberá comunicar en el postoperatorio inmediato al anestesiólogo responsable o al cirujano en casos de que el dolor no ceda o aumente a pesar de la medicación administrada .

Se adjuntarán todos esos datos en la historia clínica del paciente junto con el formato del control EVA.

### **Evaluacion**

El monitoreo del cumplimiento en la aplicación de este protocolo se realizará a través de estudios de prevalencia trimestral aplicando el instrumento de recolección de datos supervisión aplicación de protocolo manejo del dolor agudo (Anexo 2).

Revisando los registros clínicos de todos los pacientes quirúrgicos hospitalizados con cirugía realizada desde la fecha con evaluación EVA en cada medición de signos vitales y mantención de esta en no mayor a 3 con la aplicación de medicamentos según EVA.

### **Actualizaciones del protocolo**

Se realizara encuentros mensuales para evaluar la aplicación del protocolo , sus posibles deficiencias o problemas que surjan en la aplicación del mismo estas reuniones serán precedidas por el líder de anestesiología y del comité de dolor , en estos encuentros también serán los médicos residentes quienes aporten con estudios nuevos o artículos científicos avalados y clínicamente aprobados , se discutirá su empleo , se expondrá posibles cambios si amerita o si encuentra mejor evidencia .

El comité de dolor es el encargado de aprobar o no cambios en dichos protocolos con la aprobación llegando a un consenso por todo el comité y posterior difusión de dichos cambios a todo el personal.

Al estar en constantes cambios de personal e internos rotativos de enfermería que se encargan directamente de nuestro servicio de ha dispuesto que se actualicen de dicho manejo del protocolo con una semana de inducción acompañados de personal de mas experiencia y del medico residente de anestesiología de turno.

El comité del dolor será el encargado directamente de mantener actualizado dichos protocolos y su posterior difusión al personal de dichos cambios .

### **Plan de socialización**

Se realizara reuniones con el equipo de salud quirófano, cirujanos y personal de hospitalización para darles a conocer el manejo de los protocolos .

Se ha dispuesto la difusión a través de correos electrónicos a los diferentes líderes de servicio para que puedan leerlo sin ninguna interrupción.

A mas de la difusión se entregara un ejemplar en físico para cada servicio de hospitalización.

En cada protocolo al final del mismo se adjunta el teléfono de cada uno de los miembros del comité por si surge alguna duda que no pueda ser resuelta por el medico anestesiólogo de turno.

## Anexos

### 1.- Escala ramsay de sedacion

**Tabla 1** 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 al<sup>15</sup>.

### 3. TABLA DE INDICACIONES SEGÚN ESCALA EVA

Valoración del paciente	Escala	Tratamiento	Riesgo del paciente
Dolor leve , el dolor tiene características de baja intensidad	EVA 1 a 3	Puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos	leve
Dolor moderado. dolor con características medianas	EVA 4 a 7	Requiere ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo en bolo o infusion continua generalmente en combiancion con analgésicos	Moderado

		antiinflamatorios no esteroideos	
Dolor severo , intenso	EVA De 8 a 10	Requiere ser manejado con opioides potentes ( morfina , Fentanilo ) en infusiones continuas	Severo

**Anexo 3.-**

**Instrumento de recolección de datos**

N de H. CL. Paciente	Aplicación EVA según indicación o con control de signos vitales		Se mantiene dolor menor o igual a 3		Se indica tratamiento según protocolo	
	Si	No	si	No	Si	No

**4.- Registro de modificaciones**

Modificaciones	Fecha	Responsable

### **Actividad 3**

Se realizó la presentación y aprobación de formatos, escalas, protocolos, para el manejo correcto del dolor postquirúrgico, a los líderes del servicio para aprobación y posterior difusión, se envió a los respectivos correos electrónicos para su análisis y su posterior discusión y en caso de reformas realizarlas llegando a un consenso entre los líderes, la bibliografía y la experiencia de cada uno.



#### **3.1.4. Actividad 4**

##### **Sociabilización de los protocolos elaborados**

Se realizó una sesión para los médicos de la especialidad quirúrgica, donde se explicaron los protocolos y la forma de aplicarlos.

Se realizaron sesiones formativas a las enfermeras de la planta de cada especialidad quirúrgica, explicándoles los protocolos y la forma de aplicarlos. Además, se incluyó en la gráfica de enfermería un espacio para la valoración del dolor (dolor como 5ª constante). En estas sesiones se explicó a la enfermería la necesidad de evaluar el dolor.

## **Indicador**

Mientras se realizaba el presente proyecto de acción se iban implementando los protocolos el 100% de protocolos y personal capacitado en valoración y manejo del dolor postquirúrgico.

## **Cumplimiento**

Se elaboró el Manual de protocolos de valoración y manejo del dolor postquirúrgico, quedando el mismo en el servicio de cuidados postanestésicos para su implementación, cumpliendo así el 100% de lo propuesto.

## **Resultado 2**

### **Actividad 1**

Se informó al personal la validación y el contenido científico que implica la aplicación de dichos protocolos y la forma de estandarizarlos, y el correcto uso de los mismos de forma disciplinada y tomando en cuenta también casos específicos que requieren ser evaluados por el personal de anestesiología caso aislados o que salgan del protocolo, deberán informar al personal especializado.

Se realizó la reunión en donde se planteó el problema y la justificación para realizar dicho proyecto, la importancia de este servicio que se presta a los pacientes postquirúrgicos.

El rol y las responsabilidades de cada uno de los actores del servicio, se expusieron competencias y actividades de cada uno en el proyecto.

## **Actividad 2**

### **Taller: Importancia del dolor como nuevo signo vital, su valoración signos subjetivos y objetivos**

#### **Objetivo**

- Capacitar al personal sobre la importancia del dolor postquirúrgico definiciones y formas de valorarlo.

#### **Agenda**

El presente taller se desarrollara los días 24, 25 de Octubre 2013

Lugar: Aula de docencia del servicio

#### **Desarrollo:**

10:00 Bienvenida al taller por parte de la Dra Monica Guzman autora del proyecto.

Responsable: Dr Wilson Lalangui medico anestesilogo especiliasta en Dolor

- Dolor Conceptos básicos , fisiopatología
- Signos y síntomas
- importancia de su evaluación

#### **Compromisos**

El personal se compromete:

1. Asimilar y revisar los conocimientos impartidos en este taller .
2. Reproducir el contenido del taller en la sala de cuidados postanestesicos con el paciente
3. Reevaluar periódicamente conocimientos adquiridos
4. Reconocer los signos objetivos y subjetivos destacando su importancia en el ámbito de la evaluacion de dolor
5. Asistir a los demás talleres que se impartirán posteriormente.
6. Aplicar los formularios de evaluación correctamente .

Se realizo el taller con el personal de enfermería, auxiliares de enfermería médicos residentes, médicos tratantes de anestesiología, médicos devenganates de beca de anestesiología y medico especialista en tratamiento y cuidado del dolor, se expuso la implicación desde el punto de vista humano y clínico el cuidado y alivio del dolor de nuestros pacientes.

### **Actividad 3**

**Taller : Generalidades de dolor, Signos vitales y su relación con el dolor**

**Responsable : Lic Marlene Pillalaza líder de enfermería**

**IRE Magaly Fonseca Interna rotativa de enfermería**

**IRE Fernando Ayala interno rotativo de enfermería**

**Objetivo :**

**Reconocer la alteración de los signos vitales y su relación con el dolor**

#### **Contenido:**

Dolor y su relación con los demás signos vitales

Interpretación clínica de las diferentes alteraciones de los signos vitales

Tiempo quirúrgico y dolor

Relación del tipo de cirugía y el dolor

Dolor refractario

Signos de alarma

#### **Actividades**

- Charla interactiva
- Presentación en imágenes
- Recepción del paciente en la sala
- Presentación de casos clínicos y monitorización de signos vitales directamente con el paciente y su relación con el grado de dolor

#### **Compromisos**

1. Aplicar los conocimientos adquiridos en los pacientes que ingresan en nuestro servicio
2. Asimilar y revisar los conocimientos impartidos en el taller
3. Interpretar correctamente los diferentes signos subjetivos y objetivos en el paciente.
4. Asistir a los diferentes talleres posteriores
5. Analizar los cambios de los signos vitales y signos de alarma, aplicarlos en la sala y con cada uno de nuestros pacientes.
6. Comunicar dificultades u obstáculos que se presenten .



#### **Actividad 4**

**Taller: Valoración y manejo del dolor**

**Responsables: Dra Shirley Rosero Medico residente de anestesiología**

**Dra Gabriela Herrera Medico anesthesiologo**

#### **Objetivo**

Valorar correctamente el dolor y aplicar diferentes esquemas propuestos y ya aprendidos en el paciente.

**Contenido :** 100% practico

- Poner en práctica conocimientos adquiridos anteriormente y se capacita la personal frente al paciente su forma de evaluar
- Evaluar la forma de acercamiento a la paciente forma de preguntar por el dolor
- Concientizar el trato sensible y humano al paciente postquirúrgico

#### **Actividades**

Se distribuyo al personal en las salas de recuperacion tanto en quirófanos adultos, pediátricos como en centro obtetrico asignándose un paciente para cada integrante del personal, se evaluo la forma de acercamiento y la forma de realizar las preguntas evauacion de signos vitales y se volvió a recalacar la importancia de estos frente al contexto subjetivo relatado por el paciente.

#### **Compromisos**

1. Repasar la toma correcta de signos vitales.
2. Analizar las falencias encontradas
3. Aclara dudas en caso de existirlas

4. Crear un vínculo de comunicación entre los cirujanos y el anestesiólogo responsable por el paciente



#### **Actividad 5**

##### **Capacitación sobre el uso y manejo del protocolo**

Se realizó una reunión con todo el personal del servicio, ya una vez capacitados sobre generalidades y manejo del dolor, reconocimiento de este objetivo y subjetivamente se precede a poner en práctica estos conocimientos de acuerdo al protocolo, el personal debe sentirse en plena seguridad de los conocimientos adquiridos hasta hoy, se realizó la entrega de los materiales al servicio, el manual y las reglas de guía para la evaluación, se colocaron carteles en lugares visibles, en la sala de cuidados post anestésicos con la escala EVA (escala Visual Analógica del dolor) en lugares estratégicos que sirvan de referencia al personal y a los pacientes.

Se entregaron reglas para su uso para valoración en pacientes a cada enfermera que es responsable del cuidado postoperatorio de entrega dentro de la sala.



Protocolo de valoración y manejo integral del dolor implementado y funcionando  
Capacitado personal con las guías del protocolo y este implementado se evalúa al personal su actuación frente al manejo y la evaluación del mismo, el personal responde asimilando los conocimientos impartidos y la puesta en práctica de los mismos, se impartió desde la forma de llegar al paciente, hasta el reconocimiento de los signos subjetivos y objetivos de dolor.

El personal reconoce adecuadamente y maneja de manera óptima los protocolos estandarizados, manejo de guías, manejo de escalas de valoración y la forma de actuar frente a estas

## **Indicador**

El 100% de los protocolos se encuentran establecidos y adaptados al personal el mismo que corrobora su utilización y su manejo, es decir el personal se adaptó a la nueva evaluación y el manejo, siempre supervisados por los líderes y estableciendo lineamientos de acuerdo con lo establecido. Se estableció desde la forma del primer acercamiento al paciente, la evaluación del dolor y la aplicabilidad de los protocolos.

El personal se siente conforme y detallan su interés personal en el aprendizaje.

## **Cumplimiento**

Personal capacitado 100% y respondiendo a lo establecido en protocolos.

## **Resultado 3**

**Evaluación del personal sobre manejo de los protocolos y su aplicación en el paciente postquirúrgico**

### **Actividad 1**

#### **Evaluación del manejo de protocolos de dolor postquirúrgico**

Se evaluó al personal observando la forma del trato al paciente su forma de aplicación de los protocolos

La forma de llenado de los formularios, los pacientes con EVA menor de 3, tiempo de estancia de los pacientes desde la aplicación de dicho protocolos.

En la tercera semana de aplicados los protocolos se desarrolló una prueba de conocimientos impartidos y sobre el manejo de protocolos.

Una vez por mes se estableció una reunión con el comité de dolor para hacer un informe en la evaluación y dar a conocer avances o cambios del protocolo de acuerdo a las últimas evidencias.

Se estableció que en cada encuentro se evaluarán conocimientos actuales y destrezas desarrolladas.

## **Actividad 2**

### **Taller practico en pacientes del servicio, valoración con escalas 2da parte**

Se llevo a cabo la segunda parte del taller practico

#### **Responsables**

Dra Monica Guzman Autora del proyecto Medico residente de anestesiología

Dra Maria Falcon Medica Anestesiologa

#### **Objetivo**

Observar la aplicación de los protocolos y el desenvolvimiento del personal en su diario convivir con el paciente , desde la forma de llegada del apciente y los pasos dentro de la sala hasta el egeroso de nuestro paciente de la sala .

#### **Contenidos**

- Observar el diario desenvolvimiento del personal con los pacientes en la sala
- Corregir falencias observadas
- Reconocer en el personal el interés en el proyecto

#### **Compromisos**

1. Aplicar con el mayor interés el protocolo
2. Dar buen uso del protocolo y las escalas correspondientes
3. Preservar el matrial entregado y colaborar con su buen uso



## **Actividad 2**

### **Entrega de resultados y análisis de problemas encontrados**

Se identifica las mayores falencias encontradas y las principales dificultades que el personal refiere que se han presentado durante la aplicación del protocolo , se evalúa conjuntamente con el comité del dolor dentro de estas tenemos :

- Insuficientes monitores para el control adecuado de signos vitales se cuentan con 6 monitores de los cuales al momento se encuentran funcionando 4 en perfecto estado, el otro monitor se encuentra funcionando en un 50% , y otro que en definitiva no se enciende.
- Falta de medicación prescrita en los protocolos , al momento de desarrollar los protocolos se consultó el arsenal de medicación en farmacia y de acuerdo con el arsenal terapéutico que contábamos se realizó dichas normas , pero personal refiere que desde hace una semana no se cuenta con dichas medicinas por lo que dificulta seguir con lo establecido en el protocolo
- Sobresaturación de pacientes , en especial en la mañana en donde se realizan cirugías programadas y de emergencia , el personal refiere que hay una sobredemanda de pacientes y poco personal como para dar una atención correcta y personalizada a cada paciente que se detalla en los protocolos.
- La rotación del personal en periodos de tiempo cortos, el personal refiere que a cada instante tienen que capacitar al personal nuevo ya que refieren que “cuando falta personal en las otras salas lo sacan de la Recuperación”.
- Trato del paciente despersonalizado
- Valoración inadecuada en pacientes pediátricos



#### **Actividad 4**

**Taller: Problemas encontrado**

**Responsables: Lic. Marlene Pillalaza enfermera**

**Sra. Laura Chacon auxliar de enfermería**

**Dra Shirley Rosero medico residente de anestesiología**

#### **Objetivo**

**Reconocer y exponer las dificultades encontradas durante la aplicación de los protocolos y el desarrollo del proyecto.**

#### **Actividades:**

Exponer las dificultades encontradas y propuesta de actividades para su resolución

Se dicto un nuevo taller sobre valoración de pacientes peditricos con la escla ya propuesta en donde se confirmo y se establecio nuevos conocimientos sobre valoración en la población pediátrica se conto con la presencia de la Dra Maria

Jose Falcon Anestesiologa medico anestesiólogo especialista en anestesiologia pediátrica.

### **Taller: Valoracion Pediatrica del Dolor**

**Responsable:** Dra Maria Jose Falcon Anestesióloga

**Dra Monica Guzman MD** residente anestesiología

#### **Objetivo**

Establecer los lineamientos para el manejo adecuado del dolor en niños en su valoración subjetiva, objetiva e interpretación clínica.

#### **Contenidos**

- Características del dolor postquirúrgico en la población pediátrica
- Evaluación y su implicación clínica
- Aplicación de la escala Eva pediátrica
- Complicaciones del manejo inadecuado

#### **COMPROMISOS**

1. Revisar los datos normales de signos vitales en niños y su relación con la edad
2. Correcto manejo de escalas y protocolos
3. Comunicar en caso de dificultad a comité de manejo del dolor

### **Actividad 5**

#### **Difusion**

Una vez realizada y evaluada la capacitación en el área de cuidados postanestésicos en nuestro personal se realizó la difusión de las normas y protocolos, a nivel de las salas de hospitalización. ya que ellos serán los encargados del paciente en las próximas horas una vez que este sale del servicio de cuidados postanestésicos.

Con la colaboración de los estudiantes de enfermería internos rotativos se realizó cartelones para que sea colocados en los diferentes servicios quirúrgicos del hospital, así en la sala de traumatología, cirugía, pediatría, ginecoobstetricia.



### **RESULTADO 3**

Un plan adecuado del dolor postquirúrgico planificado, ejecutado y evaluado

### **INDICADOR**

Al finalizar el proyecto se ha elaborado el 100% del material sobre manejo de protocolos en donde se detalla, signos objetivos y las características de actuación frente a estos, una vez que fueron elaborados y capacitados el siguiente paso fue su implementación.

### **CUMPLIMIENTO**

Se elaboraron protocolos, mismos que quedan en el servicio para su implementación posterior o modificación según el nuevo personal que se integre.

### **PLAN**

Los protocolos elaborados se encuentran disponibles para el personal que esta capacitado para su uso u su evaluación, los mismos que se encuentran validados y aprobados por el comité del dolor conformado quien será responsable de su posterior actualización y mejoras

## **RESULTADO 4.**

### **Comité de dolor conformado y funcionando**

#### **ACTIVIDAD 1**

Reunion con el personal para conformación del comité

Se realizo la reunión con el personal del servicio para la conformación del comité de dolor llegándose a un acuerdo por votación

**Preside:** Dr Miguel Medina líder del servicio de anestesiología

**Vice:** Dra Silvana Parra medico anestesiloga especialista en tratamiento de dolor

**Vocal 1 :** Dra Shirley Rosero Medico anesthesiologa

**Vocal 2:** Lic Marlene Pillalaza enfermera encargada de coordinar el área

**Secretaria:** dra Monica Guzman Medico residente de anestesiología (autora del proyecto )

Se procede a convocar a la priemra reunión para fortalecer planes y objetivos del comité

#### **ACTIVIDAD 2**

#### **ELABORACION DEL PLAN DE TRABAJO**

Se realizo la primera reunio del comité como tal en donde se planteo varios objetivos y planes para fortalecer el proyecto asi tenemos:

#### **Objetivos**

- Mantener el proyecto de Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio cuidados Post-anestésicos, del Hospital General de Latacunga. Año 2013 -2014.
- Preservar actualizar al personal en el manejo del dolor.
- Velar por el cumplimiento de cada trataminto en el protocolo descrito.
- Acudir ya sea físicamente o telefónicamente a las inquietudes del personal sobre el manejo del protocolo o inquietudes sobre el dolor posquirúrgico
- Inducir al nuevo personal que llega a este servicio.

#### **Actividades**

El comité desigando en sus funciones se compromete:

- Programar reuniones mesuales para exponer problemas surgidos en el servicio respecto a la aplicación de los protocolos
- Gestionar recursos para el correcto avance del proyecto tanto a nivel personal como institucional

- Coordinar jornadas mensuales de actualización en forma científico clínica y medicina basada en la evidencia para el avance del proyecto
- Regular consensos o cambios en los protocolos conforme la evidencia científica lo avale.
- Difundir de manera constante el trabajo multidisciplinario del comité del dolor y los avances del mismo.
- Promover capacitaciones según se amerite por el servicio .
- Precautelar un ambiente de trabajo eficaz para el desenvolvimiento del proyecto.

### **PLANES DE TRABAJO**

- Impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor.
- Reuniones programadas cada mes para evaluar el proyecto y recoger inquietudes y resolver problemas que se presenten.
- Promover el seguimiento de la estrategia del dolor postquirúrgico
- Definir y desarrollar un plan de comunicación e información sobre el dolor.
- Integrar sistemas de gestión para la mantener y mejorar el proyecto.
- Mantener un sistema de docencia para actualizaciones, manejos adecuados y/o intervenciones.
- Fomentar una línea de comunicación adecuada entre el personal y los diferentes miembros del servicio





### **ACTIVIDAD 3**

#### **Comité de dolor conformado y funcionando**

Se realizó la segunda reunión de trabajo en donde se expusieron los primeros problemas y déficit que surgió en el contexto de la aplicación de protocolos dentro de estos se encuentran:

- Insuficientes monitores para el control adecuado de signos vitales se cuentan con 6 monitores de los cuales al momento se encuentran funcionando 4 en perfecto estado, el otro monitor se encuentra funcionando en un 50% , y otro que en definitiva no se enciende.
- Falta de medicación prescrita en los protocolos , al momento de desarrollar los protocolos se consultó el arsenal de medicación en farmacia y de acuerdo con el arsenal terapéutico que contábamos se realizó dichas normas , pero personal refiere que desde hace una semana no se cuenta con dichas medicinas por lo que dificulta seguir con lo establecido en el protocolo
- Sobresaturación de pacientes , en especial en la mañana en donde se realizan cirugías programadas y de emergencia , el personal refiere que hay una sobredemanda de pacientes y poco personal como para dar una atención correcta y personalizada a cada paciente que se detalla en los protocolos.
- La rotación del personal en periodos de tiempo cortos, el personal refiere que a cada instante tienen que capacitar al personal nuevo ya que refieren que “cuando falta personal en las otras salas lo sacan de la Recuperación”.

#### **Para lo que se resolvió gestionar desde el comité hacia el área administrativa del Hospital:**

- Se realice la evaluación de los monitores que se encuentran fallando y caso contrario se adquieran nuevos equipos ya que con los monitores antes señalados es difícil trabajar.
- Se evalúe la medicación existente en el hospital y se gestione con farmacia al igual que con la Dirección la Adquisición de arsenal terapéutico que se utiliza en los protocolos , ya que dicha medicación consta en el cuadro de medicamentos básicos del MSP , antes de arrancar con el proyecto se constató en farmacia la existencia de este arsenal por lo que el comité gestionó que se detalle estos medicamentos en la nueva compra .
- Se gestione con oficio a la Lic. Ximena Landaruzi líder del servicio de enfermería del hospital , ya que es la encargada de las rotaciones tanto de enfermería como de los Sres Internos Rotativos de Enfermería se agregue la rotación por cuidados Potanestésicos dentro de la malla curricular del internado rotativo de enfermería siendo así los Sres internos Rotativos cursarán su rotación por un lapso de 10 semanas por este servicio .

- Se pidió tres enfermeras con experiencia en Quirofano y cuidados para que formen parte del personal ya establecido.

Todos estos pedidos se establecieron en función de las necesidades del servicio con oficios respectivos hacia las autoridades correspondientes.

En relación a las actividades propuestas por el comité se está gestionando tanto la adquisición de materiales y herramientas de trabajo óptimas como el recurso humano para el correcto cumplimiento y el funcionamiento de manera eficaz del Proyecto.



## **RESULTADO 4**

### **INDICADOR**

Comité de dolor conformado y funcionando , el comité del dolor está presidido por el

Presidente: Dr Miguel Medina líder del servicio de anestesiología

Vice: Dra Silvana Parra médico anestesiólogo especialista en tratamiento de dolor

Vocal 1 : Dra Shirley Rosero Médico anestesióloga

Vocal 2: Lic Marlene Pillalaza enfermera encargada de coordinar el área

Secretaria: Dra Monica Guzman Médico residente de anestesiología (autora del proyecto )

## **CUMPLIMIENTO**

Comité conformado y funcionando con reuniones de trabajo una vez por mes y actualizando al personal, actualización de conocimientos y evaluación del proyecto ampliando mejoras. Se destacaron de las reuniones los problemas que fueron apareciendo a medida que avanzó el proyecto y se gestionó de manera administrativa la resolución de los mismos.

## **EVALUACIÓN:**

### **PROPOSITO**

Disminuir la insatisfacción del usuario al mejorar la calidad de atención en el Servicio de cuidados postanestésicos del Hospital General de Latacunga

### **INDICADOR**

Hasta febrero del 2014, el 100% de los pacientes que acuden al servicio de cuidados postanestésicos del Hospital General de Latacunga recibirán una atención de calidad

## **CUMPLIMIENTO**

Se revisó los registros clínicos y se observó que 100% de nuestros pacientes recibieron un adecuado manejo del dolor ya que estos salieron con un EVA menor de 3 en nuestro servicio, así mismo se revisaron reingresos a la sala no se constataron reingresos.

Se evaluaron complicaciones postquirúrgicas inmediatas derivadas de un deficiente manejo analgésico y no se registraron

## **CUMPLIMIENTO DEL FIN**

### **FIN**

Contribuir a elevar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el área de cuidados postanestésicos de Hospital Provincial de Latacunga

### **INDICADOR**

A finales del mes de marzo del 2014, el 94 % de los pacientes no presentaron complicaciones atribuidas al incorrecto manejo del dolor disminuyó significativamente los reingresos hospitalarios.

## **CUMPLIMIENTO**

Se reviso las estadísticas de reingresos desde la puesta en marcha del proyecto y se pudo apreciar que la reducción de reingresos al servicio fue notable al igual que las complicaciones que esto se derivan.

Por ser un indicador a largo plazo y todavía por el tiempo que falta no medible se puede decir que al cumplir con los indicadores de los resultados y del propósito estamos contribuyendo al fin del proyecto de disminuir los reingresos y complicaciones.

**Tabla 7.- Reingreso en la unidad de cuidados postanestésicos periodo Noviembre-Marzo 2014.**

meses	reingresos
Octubre	1
Noviembre	1
Diciembre	1
Enero	0
Febrero	0
Marzo	0
total	3

**Autor: Md Monica Guzman**

**Fuente: Departamento de estadística Hospital General Latacunga**

Se observa que disminuyo notablemete los reingresos en la unidad se incluyo un edema agudo de pulmón del mes de Noviembre, que se diagnostico en la sala general y teniendo como Diagnostico dolor escala 8 y Sd de distres respiratorio, ya que por el dolor notorio fue un dato importante para alertar al personal de enfermería y reportarlo llegándose a un Dg definitivo de Edema Agudo de Pulmon y derivándolo nuevamente para su monitorización en nuestra sala.

**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES**  
**RECOMENDACIONES**

#### **4.1. Conclusiones**

Se presentan las conclusiones efectuadas en relación al cumplimiento de los objetivos, resultados y el propósito del proyecto.

1. Disminución notable de complicaciones en el postquirúrgico relacionadas con el dolor, lo que llevo a elevar el grado de satisfacción de los usuarios de nuestro servicio.
2. Pacientes con calidad de atención adecuada ya que se mejoro la evolución de su dolor sin dejar de lado el carácter humano.
3. El manual de protocolos fue realizado, evaluado y aplicado por el personal, asumiendo su compromiso con el proyecto.
4. Se capacito a todo el personal sobre el manejo y valoración del paciente postquirúrgico con un grado de aceptación favorable y el desenvolvimiento adecuado.
5. En la evaluación final de personal se encontraron algunas dificultades , las mismas que fueron solucionadas de manera rápida y eficaz.
6. Se conformo el comité del dolor con sus planes de trabajo y su gestión sobre los problemas encontrados dentro del proyecto.

## 4.2. Recomendaciones

Basada en los resultados del proyecto y las conclusiones a la que se ha llegado y con la finalidad de ampliar la cobertura del proyecto se recomienda:

1. Estandarizar el manejo tanto en valoración como en actuación frente al dolor postquirúrgico por parte del personal que se encuentre a cargo desde líderes de los servicios y personal que día a día se encuentra al cuidado de los pacientes.
2. Promover mediante estrategias con el personal del servicio de cuidados postanestésicos y de manera interprofesional el uso de protocolos de acción cuyo principal objetivo es mantener el bienestar del paciente postquirúrgico su adecuado manejo y su seguimiento.
3. Que se pueda mantener una estrecha colaboración entre los distintos niveles profesionales a favor del cuidado del paciente y el seguimiento a los pacientes que presenten algún tipo de complicación después que ha egresado de nuestra unidad.
4. Actualizar al personal regularmente ya que , se encuentran rotando y esto hace que se descontinúe el manejo de protocolos por desconocimiento .
5. Se realice juntamente con la inducción al servicio la inducción en los protocolos de manejo.
6. Incluir a los médicos especialistas cirujanos, traumatólogos, ginecólogos ya que al llegar el paciente a sala general por desconocimiento se genero dificultad al hacer el seguimiento del paciente hospitalizado.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALAMOS, F. (2002). Dolor Postquirurgico: tratamiento y prevención. Memoria para optar al Título de Medico, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. BRENNAN, F, . (2007). *Pain management: a fundamental human right. Anaesth & Analg* . Boston: Mc Guill.
3. CASTRO, F. (2000). *Anestesiología Clínica Bases de Cuidados Postanestésicos*. Bogotá: Celsus.
4. DAVID, L, Mark F, y Warrent M,. (2012). *Anestesiología perioperatoria*. Mexico: Mc Graw Hill.
5. DAVID, E . (2008). *Dolor: Mecanismos Nociceptivos y Neuropáticos*. México: Mc. Graw-Hill.
6. Ecuador. Ministerio de Salud Publica .(2012). Calidad de los servicios de salud . Recuperado de: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/folleto\\_hospitales.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/folleto_hospitales.pdf).
7. DE LA TORRE, R., (2011). *Guía Práctica Del Dolor Agudo Postoperatorio*. Madrid : Arán.
8. GENOVE, M, Santeularia T, Revuelta M,.(2010). *Dolor postoperatorio*. Barcelona: Catala`editor.
9. GUYTON, A. (2001). *Tratado de Fisiología Médica*. México: Mc. Graw-Hill.
10. HERRERA, R. (2002). Analgesia Postoperatoria. SVA. Recuperado de : <http://www.anestesiologiacarabobo.com/articulos/>
11. KARANICOLAS, M , Swarm R, y Chelens , M,. (2010). *Tendencias actuales en el tratamiento del dolor perioperatorio*. México: Mc. Graw-Hill.
12. MIRANDA, A. (2010). *Dolor postoperatorio: definición y problemática*. Barcelona: JIMS.
13. MOLINER, S, Martinez, W,. (2011). Actualización de Protocolos de tratamiento de Dolor Agudo postoperatorio. Bogota: CIB editorial.
14. MORGAN, E., Mikhail M. (2009). *Anestesiología Clínica Manual Moderno*. México: Universal.
15. MUÑOZ, J . F (2012). *Manual del dolor agudo postoperatorio*. Madrid: Elsevier ediciones .
16. NEIRA, F, Ortega , J,. (2012). Estado actual de las unidades de dolor agudo. Barcelona: Elsevier.
17. PATIÑO , W. (2008). *Anestesiología Clínica*. Medellín: CIB.
18. PAUTA , P. (2012). valoración del dolor postquirúrgico en niños/niñas de 2 –10 años en la sala de recuperación postoperatoria y hospitalización en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Tesis previa obtención titulo Medico, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

19. SHAUGER , R., (2012). Seguridad del paciente postquirúrgico dolor agudo. Recuperado de: [http://www.cochrane.ihcai.org/programa\\_seguridad\\_paciente\\_costa\\_rica/pdfs/34\\_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf](http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/34_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf)
20. SORKIN, L. (2010). *Farmacología y fisiología básicas del proceso del dolor agudo*. México : Mc. Graw-Hill.
21. VELEZ, C., (2010). Protocolos de dolor postquirúrgicos Hospital Donostia . Recuperado de : [http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorioC.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorioC.pdf)
22. VILLANOVA, F. (2011) . Calidad en la asistencia al dolor. Recuperado de : <http://www.sedolor.es>
23. WHITE, P. (2011). *Manual de Fármacos en Anestesia*. México: Mc. Graw-Hill.





**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA

Latacunga, 24 de septiembre del 2013

Personal del servicio de Quirofano

El siguiente comunicado es para convocar a la capacitación que se realizará el día 7 de octubre del 2013 sobre el tema:, Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio cuidados Post-anestésicos, del Hospital General de Latacunga. Año 2013 -2014, esto con la finalidad de conocer y prepararnos en el manejo de protocolos parala evaluación y manejo del dolor postquirúrgicos.

Atentamente:

Md . Monica Guzman