
 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 1 de 24	

## PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR

### 1. OBJETIVO:

Describir los criterios básicos a ejecutar en las cirugías ambulatorias que se realizan en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona, con el fin de proporcionar información, educación, accesibilidad en los procedimientos de cirugía y brindar calidad de atención.

### 2. ALCANCE:

Se inicia con la solicitud del médico especialista desde consulta externa programada o por un hallazgo casual al realizar el examen físico.

### 3. RESPONSABLE

Médico especialista y personal de enfermería.



### 4. DEFINICIONES

**Cirugía Menor de despacho o Consultorio.** Bajo esta denominación englobaremos todos aquellos procedimientos que, aun siendo quirúrgicos, son mínimamente invasivos, que pueden realizarse en un despacho o consulta médica, que sólo requieren anestesia local y, por lo tanto, no es necesaria la presencia de anestesiólogo.

**Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)** Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media que pueden llevarse a cabo bajo anestesia general, local, regional, local con o sin sedación, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de observación y control, y que estarían incluidos dentro del tipo II de la clasificación de Davis (ver Anexo II). Los pacientes de CMA no ocupan cama, administrativamente hablando, Los términos cirugía sin ingreso y cirugía ambulatoria son sinónimos de cirugía mayor ambulatoria, el cual no tiene nada que ver con la cirugía de corta estancia ni con la cirugía mínimamente invasiva.

**Cirugía Ambulatoria (CA):** Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, después de un período de observación y control. La cirugía ambulatoria puede clasificarse en tres grupos o modalidades:

- Cirugía mayor ambulatoria o sin ingreso (CMA)

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
	Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 2 de 24

- Cirugía menor ambulatoria (Cma)
- Cirugía menor de despacho o consultorio.

**Cirugía Menor Ambulatoria (Cma)** Es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad que se practican con anestesia local o troncular, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, con un mínimo período de observación postoperatoria y quedarían incluidos dentro del tipo I de la clasificación de Davis (ver Anexo II). Son procedimientos que tradicionalmente se han realizado en las consultas externas del hospital o en las áreas de urgencias.

### 3. GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La inclusión de un paciente en el programa de cirugía menor siempre dependerá del nivel de conocimientos dermatológicos y quirúrgicos del médico que va a asumir la intervención, así como de la disponibilidad de material e instrumental suficiente e Intervenciones que no requieran una preparación preoperatoria compleja. El riesgo asociado al tipo de cirugía también debe ser considerado al momento de seleccionar a un paciente para CA. La American Heart Association (AHA) y American College of Cardiology (ACC), identifican tres tipos de cirugía según su riesgo de complicaciones cardiovasculares perioperatorias (Tabla 2)<sup>11</sup>: riesgo bajo (< 1%), intermedio (1-5%) y alto (> 5%). En este último grupo se recomienda hospitalizar al paciente rutinariamente debido a las razones anteriormente explicadas. Por lo mismo, toda cirugía de urgencia o emergencia no se puede realizar en forma ambulatoria. Otros requisitos para la selección de cirugías son que éstas tengan un mínimo de alteraciones fisiológicas postoperatorias, baja probabilidad de complicaciones, para llevar a cabo un exitoso procedimiento debe tener en cuenta los siguientes criterios generales:

- Procesos sin gran pérdida de volumen anatómico o hemático (<500 ml)
- Con cuidados postoperatorias sencillos y poco riesgo de complicaciones
- Los procedimientos tienen que tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando aquellos en los cuales, independientemente de una esmerada hemostasia, no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de hemoderivados.
- La duración de los procedimientos no podrá superar, como norma general, los 90 minutos en los casos de anestesia general. Este plazo podría ser ampliable en tratamientos realizados con anestesia local o regional.
- No se incluirán procesos intervencionistas en que la inflamación postquirúrgica pueda comprometer la vía aérea.
- El dolor postoperatorio tendrá que poder controlarse fácilmente después del alta, con analgésicos vía oral, sin recurrir a la vía parenteral.

- En el momento del alta, no tienen que ser necesarios los tratamientos con antibióticos por vía intravenosa.

En relación a la duración del procedimiento quirúrgico, se ha demostrado que las cirugías ambulatorias de más de dos horas de extensión se relacionan a un riesgo aumentado de admisión hospitalaria no programada. Sin embargo, una duración estimada mayor a 2 h en una cirugía electiva no es una contraindicación de realizarla ambulatoriamente.

**Tabla 2. Tipos de cirugía agrupados según riesgo cardiovascular<sup>11</sup>**



Riesgo bajo (menor a 1%)	Riesgo intermedio (1-5%)	Riesgo alto (sobre 5%)
Procedimientos endoscópicos	Endarterectomía carotídea	Cirugías de emergencia mayores, sobre todo en adultos mayores
Procedimientos en órganos superficiales (por ejemplo hemiorrafia)	Cirugía de cabeza y cuello	Cirugías vasculares: aórticas y otras
Cirugía mamaria	Cirugía intraperitoneal e intratorácica	Cirugía vascular periférica
Cirugía de cataratas	Cirugía ortopédica	Cirugías largas (> 3 h) con gran recambio de fluidos y/o pérdidas sanguíneas
	Cirugía prostática	

#### 4.1. CRITERIOS ANESTÉSICOS

La elección de la técnica anestésica se hará en función del paciente y del tipo de intervención y tiene que tener como objetivo proporcionar al paciente: seguridad, confort, analgesia efectiva, tiempo de recuperación corto y efectos secundarios mínimos. Se utilizarán fármacos de vida media corta, de eliminación rápida y con efectos secundarios mínimos

sea cual sea la técnica utilizada, tiene que permitir dar de alta el paciente, en pocas horas, con las condiciones siguientes:

- Recuperación total de la consciencia o de la situación previa del paciente
- Capacidad de deambulación independiente o con ayuda mínima
- Buena analgesia
- Tolerancia a los líquidos opativa, según edad y tipo de anestesia
- Diuresis espontánea
- Hemodinamia estable
- Buena coloración de piel y mucosas
- No hemorragia en la zona operada: apósitos y drenajes correctos.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 4 de 24	

- Es aconsejable la utilización de tests de alta, como, por ejemplo: el de Aldrete o la escala de Chung (ver Anexo III). La monitorización y los controles peroperatorios en los pacientes ambulatorios exigen la misma calidad que en los pacientes hospitalizados o sea que, la dotación de aparatos, fármacos y personal sanitario de un quirófano de CMA tiene que ser igual a la de uno de cirugía con ingreso (CAI), con La diferencia que la CMA tiene que hacerse con los profesionales sanitarios de más experiencia en las mismas técnicas en CAI.
- Pacientes catalogados como ASA I, II y III estable. Podrían considerarse los ASA IV para
  - intervenciones con anestesia local.
  - Duración en la intervención inferior a 90 minutos con anestesia general.

#### 4.2. REQUISITOS DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES:



El éxito en el tratamiento de los procesos escogidos por CMA exige el establecimiento de criterios de selección del grupo de pacientes candidatos, conforme a unos criterios en relación al paciente y su entorno. Cada UCMA tiene que contar con unos requisitos y normas para la selección de pacientes, en el cual hace falta prever, al menos, los aspectos generales que se relacionan a continuación, adaptados a la actividad particular de cada unidad.

##### a) Características del propio paciente

- Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente, o responsables para la intervención por cirugía ambulatoria.
- Paciente cooperador y capaz de entender órdenes verbales como escritas.
- ASA I y II. Se valorará ASA III y IV sin descompensación en los últimos 3 meses
- Capacidad para volver a su domicilio de forma autónoma, inmediatamente después del acto quirúrgico
- Disponibilidad de contacto telefónico con la jefe de cirugía o referencia, de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Es aconsejable contar con el apoyo de una persona responsable
- Documento firmado por el paciente conforme ha comprendido y ha cumplido todas las instrucciones recibidas. Dependientes del tipo de intervención
- Riesgo intrínseco del procedimiento y riesgo de hemorragia bajos
- Sin apertura de cavidades orgánicas

##### b) Aspectos fisiológicos

- Los pacientes subsidiarios de CMA tienen que encontrarse en los grados I y II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ver Anexo I). En determinados casos muy concretos, algunos pacientes de grado III podrían programarse para CMA, evaluando de forma individualizada los beneficios y los riesgos de la asistencia ambulatoria (por ejemplo, ASA III sin descompensación en los últimos 6 meses)

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 5 de 24	

- En términos absolutos la edad no se considera un criterio de carácter excluyente. Se recomienda no incluir en programas de CMA a niños nacidos a término, menores de 6 meses y a niños nacidos prematuros menores de un año, por el riesgo de presentar apnea postoperatoria.
- La edad avanzada no se considera un criterio de exclusión, hay que evaluar la edad biológica y no la cronológica.
- La obesidad severa se considera como una contraindicación que tiene que ser valorada de forma individualizada.
- Se aconseja excluir a pacientes con un sobrepeso superior al 30% del peso ideal teórico y que requieran anestesia general.
- Se aconseja excluir a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes que, por su patología de base, no puedan someterse a tratamiento profiláctico; quienes tengan antecedentes personales o familiares de: coagulopatías, complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores, hipertermia maligna y muerte súbita.
- Los pacientes con antecedentes personales de miopatías, neuropatías o las personas con problemas de drogodependencia activa, se tendrá que evaluar muy esmeradamente su inclusión en un programa de CMA



#### **b) Aspectos psicológicos**

Están excluidos como candidatos para programas de CMA: Los pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción que asuma la responsabilidad el adulto acompañante. Los pacientes con manifestaciones patológicas psiquiátricas que no les permita colaborar.

#### **c) Requisitos relacionados con condiciones o aspectos psicosociales**

- El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante la entrevista de preadmisión, al ingreso, y egreso de la ESE Hospital San Juan De Dios De Pamplona.
- El adulto responsable debe tener las siguientes características:
  - ✓ Ser mayor de edad
  - ✓ Saber leer y escribir.
  - ✓ Ser capaz de comprender y seguir órdenes simples.
  - ✓ Ser cooperador.
- Acompañar al paciente en la entrevista de preadmisión para ser acreditado por un profesional.
- El paciente debe tener teléfono para realizarle el seguimiento postoperatorio.
- El paciente y/o adulto responsable deben tener capacidad de comprensión para poder ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados postoperatorios en el domicilio



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 6 de 24	

## 5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN CMA

### Criterios absolutos



- Paciente ASA III inestable o ASA IV con anestesia general o regional.
- Obesidad con IMC>35 y complicaciones respiratorias o cardiovasculares
- Cardiopatía isquémica grado IV.
- Antecedente de infarto agudo de miocardio en los seis meses anteriores.
- Insuficiencia cardiaca congestiva grados III y IV.
- Apnea de sueño con anestesia general y opiáceos postoperatorios.

### Criterios relativos

- Diabetes mellitus con mal control metabólico.
- EPOC severo para procesos con anestesia general.
- Procesos psiquiátricos, drogadicción o alcoholismo severos
- Antecedentes de complicación anestésica
- Utilización de oxígeno domiciliario.
- Tratamiento con anticoagulantes, IMAO, corticoides o inmunosupresores.
- Embaraza
- Antecedente de hipertemia magna.
- Epilepsia.
- Edad superior a 85 años.
- Algunos de ellos son absolutos y otros relatos

## 6. OTROS CRITERIOS EN CMA

- Criterios de alta domiciliará
- Constantes hemodinámicas estables durante la última hora.
- Ausencia de signos de depresión respiratoria.
- Orientación temporoespacial.
- Capacidad para vestirse y deambular con ayuda relativa, sin signos de ortos tactismo
- Ausencia de dolor, o dolor moderado controlable con analgésicos.
- Ausencia o mínimo sangrado de la herida quirúrgica.
- Ausencia de náuseas y vómitos, Buena tolerancia oral Micción espontánea.
- Presencia de acompañante responsable y medio de transporte adecuado.
- Normas del alta y control domiciliario
- El cumplimiento de los criterios de alta será valorado por el personal de enfermería.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 7 de 24	

- Al paciente se le entregará la siguiente historia clínica, con recomendaciones, formula y cita de próximo control.

## 7. FACTORES QUE PREDISPONEN E INFLUYEN EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO

### a) Derivados de la cirugía:

Un meta-análisis reciente, que revisa los factores predictivos de dolor postoperatorio, muestra que el tipo de cirugía es uno de los de mayor relevancia. Dentro de las cirugías, la ortopédica mayor y la cirugía abierta abdominal se acompañan de dolor más intenso (15). Otro factor que también parece estar 02Cap2 Dolor agudo.

Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria involucrado en el grado de dolor es la duración de la cirugía (si excede de 90 minutos un 10% de los pacientes presenta dolor intenso y si se prolonga a 120 minutos, este porcentaje se sitúa en el 20%). El tipo de cirugía está asociado con diferentes patrones de dolor y consecuentemente modifica la efectividad de los analgésicos y sus efectos adversos. Por tanto, es de gran importancia prever su intensidad según el procedimiento para poder optimizar el manejo del mismo (Tabla 1).



### b) Derivados del paciente:

Los más relevantes son la ansiedad, el dolor preoperatorio y la edad. Otros factores involucrados son el estado físico del paciente (los pacientes ASA I sufren dolor más intenso) así como los requerimientos de opioides en el intraoperatorio.

### 7.1 Prevención del dolor crónico en procedimientos ambulatorios:

- Durante los últimos años, asistimos a una creciente preocupación no sólo en proporcionar el mayor grado de confort perioperatorio al paciente, sino en prevenir el desarrollo del dolor crónico postquirúrgico. Macrae revisó todos los síndromes de dolor crónico postcirugía y los mecanismos fisiopatológicos que conducen a la cronificación del dolor, y no encontró un mecanismo etiopatogénico claro, lo que impide la elección de las técnicas y fármacos adecuados para su prevención.

- Toda cirugía implica un daño directo o indirecto de las estructuras nerviosas, debido al propio proceso quirúrgico o a los fenómenos inflamatorios que posteriormente se suceden. Desde el punto de vista epidemiológico, el factor de riesgo mejor establecido es el tipo de cirugía con una alta incidencia de dolor crónico en aquellos procedimientos en los que se produce una importante lesión tisular y de estructuras nerviosas. En cirugía ambulatoria las que más frecuentemente presentan dolor crónico son la cirugía de la mama (del 17 al 57%),

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 8 de 24	

la hernia inguinal (del 4 al 37%) y la colecistectomía (del 6 al 56%) Se postula que la optimización de la técnica quirúrgica podría reducir su incidencia.

- El desarrollo de, hiperalgesia, sea por la estimulación nociceptiva o por la administración de opiáceos, tiene como mediador la activación de los receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA), de ahí el interés actual en la administración de antagonistas NMDA, como la ketamina para tratar el DAP intenso o su cronificación Aunque existe una evidencia muy limitada sobre la influencia de las técnicas de analgesia preventiva en la reducción de la incidencia del dolor crónico postcirugía, debemos intentar disminuir toda la cascada de acontecimientos que contribuyen a la cronificación del dolor.
- El plan terapéutico debe basarse en una estrategia multimodal específica según paciente y procedimiento, para intentar prevenir la sensibilización central causada por la lesión incisional e inflamatoria, logrando así un control satisfactorio del dolor postoperatorio.
- Las evidencias científicas apoyan la utilización de técnicas analgésicas multimodales o balanceadas para tratar el dolor postoperatorio de todo tipo de procedimientos (Nivel de evidencia Ia, Grado de recomendación A).
- Durante los últimos años, fármacos coadyuvantes como gabapentinoides, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antagonistas de los receptores NMDA han demostrado, en diferentes metaanálisis, una potenciación de la analgesia, un efecto ahorrador de opiáceos y una menor incidencia de efectos secundarios.
- Sin embargo, quedan todavía aspectos por aclarar, como qué coadyuvante debemos administrar y cuál es el mejor momento, monodosis preoperatoria o administración durante el periodo perioperatorio (pre y postcirugía), antes de poder establecer recomendaciones definitivas. Finalmente, un aspecto crucial es saber cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento analgésico postoperatorio para evitar el desarrollo de dolor crónico. Quizás estamos intensificando mucho el tratamiento inicial, pero lo mantenemos un tiempo insuficiente en relación con el tiempo en que se desarrolla la sensibilización central, que desafortunadamente desconocemos. Si los tratamientos deben mantenerse más tiempo, la seguridad y los efectos indeseables de los analgésicos revisten aún mayor relevancia.



**TABLA 1**

**ANALGESIA SEGÚN PROCEDIMIENTO E INTENSIDAD DEL DOLOR**

Tipo de cirugía		Leve	Moderado	Intenso
Cirugía general	Tiroides y paratiroides	+	++	
	Hemiorrafias	+	++	
	Colecistectomía laparoscópica		++	+++
	Hernia de hiato laparoscópica		++	+++
	Proctología		++	+++
	Tumoraciones cutáneas	+	++	
Cirugía ortopédica y traumatológica	Artroscopia de hombro		++	+++
	Cirugía de mano y codo	+	++	
	Biopsias de cadera	+		
	Artroscopia de rodilla		++	
	Cirugía de tobillo		++	
	Cirugía de pie		++	
	Hallux valgus		++	+++
		Infiltración o BNP* + Paracetamol o AINE	Infiltración o BNP* + Paracetamol o AINE + Opiáceo débil	Técnicas avanzadas** + Paracetamol + AINE + Opiáceo



**8. Valoración del dolor en cirugía ambulatoria**

**8.1. Principios de valoración del dolor postquirúrgico**

La evaluación del dolor constituye una variable más a registrar durante el periodo postoperatorio. Esta información va a venir dada por el paciente, siendo el único indicador fiable en la valoración de la existencia y de la intensidad del dolor.

**8.2. Las características más importantes que debe tener un método de valoración son:**

**la aplicabilidad** (facilidad de uso sin entrenamiento especial), fiabilidad (independientes del evaluador y del paciente), validez (permite obviar elementos semiológicos de confusión como estrés, ansiedad o depresión), versatilidad (pueda ser aplicada a cualquier persona),

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 10 de 24	

uniformidad (“hablar el mismo idioma”), idoneidad (apropiada a cada paciente según su desarrollo físico, psíquico, emocional o cognitivo) y sensibilidad (poder valorar las variaciones analgésicas).

De todas ellas la más deseable en el ámbito clínico es la sensibilidad, definida como la capacidad para detectar variaciones en la intensidad del dolor.

El tipo de procedimiento quirúrgico, la observación de los comportamientos del paciente (expresiones faciales, movimientos corporales), la información obtenida de los familiares, los datos fisiológicos (frecuencia cardíaca, tensión arterial) son indicadores de baja especificidad y sensibilidad.

La valoración del dolor durante el movimiento (dolor dinámico) es más importante que la valoración sólo en reposo, el alivio efectivo del dolor dinámico facilita la movilización, y por tanto es clave.



En determinados grupos de población como niños, ancianos, enfermos psiquiátricos, pacientes con bajo nivel cultural o barreras idiomáticas, puede existir mucha dificultad para obtener la información subjetiva del dolor, en estos casos se elegirá una escala de valoración específica, teniendo en cuenta que es de gran utilidad involucrar a la familia.

Hoy en día el dolor que presentan los pacientes tras la mayoría de las intervenciones quirúrgicas lo podemos dividir en tres tipos:

1. Dolor en reposo: es de intensidad moderada, que va disminuyendo con las horas y días y responde bien al tratamiento con dosis adecuadas de opiáceos y AINE.

2. Dolor en movimiento: aparece con el movimiento que afecta a la herida quirúrgica y es diferente para cada tipo de operación. Por ejemplo, tras la cirugía abdominal es provocado por la tos o la respiración profunda, tras la amigdalectomía por la deglución, o tras una operación de ortopedia por la kinesiterapia o la deambulación. Este dolor es de intensidad severa, cuando se desencadena tarda Tiempo en ceder, su existencia se mantiene en el postoperatorio y responde mal a los opiáceos.

**3. Dolor a la estimulación alrededor de la herida:** aparece ante estímulos mecánicos o térmicos, habitualmente indoloros (el roce de las sábanas) que se conoce por alodinia o ante estímulos ligeramente molestos (ligera presión mecánica) que se denomina hiperalgesia. Actualmente se acepta que estos tres tipos de dolor representan la traducción clínica de cambios en el sistema nervioso central y periférico tras la lesión quirúrgica que tienen mecanismos diferentes. Ello justifica que la analgesia postoperatoria se plantee como una combinación de distintos fármacos dirigidos a los diferentes mecanismos que generan dolor, lo que se conoce como analgesia multimodal o balanceada. Pero aún existe un último tipo de dolor postoperatorio, que es el dolor persistente o crónico postoperatorio, definido como el dolor que persiste tras tres a seis meses de la intervención, que puede tener características

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b>	
	<b>Código: PR-CRG-33-03 V.00</b>	

distintas al dolor postoperatorio, con signos neuropáticos en la mayoría de los casos, pero también con componente músculo-esquelético en muchos pacientes.

## 9. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Existen tres abordajes básicos para medir el dolor clínico (Tabla 2):

### – Métodos observacionales.

Se basan en la valoración de la conducta del sujeto ante el dolor. Este va acompañado de cambios de la conducta que indican su padecimiento (llanto, muecas, suspiros, absentismo laboral), estas manifestaciones están influidas por el entorno cultural, los estados emocionales y la variabilidad psicológica. Las escalas de observación consisten en listas de criterios definidos con objetividad. El observador debe evaluar si han aparecido estas conductas, su duración, su frecuencia e intensidad. Dentro de los métodos conductuales, destaca la escala de Andersen (Tabla 2), que mide el dolor desde el punto de vista dinámico. Se describe la intensidad del dolor en relación con el reposo, el movimiento o con la tos. Tiene buena correlación con otras escalas y es útil en el DAP (dolor agudo postoperatorio).

### – Métodos fisiológicos

Se utilizan junto a otras medidas conductuales. Se estudian las respuestas psico-fisiológicas del sistema nervioso autónomo, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, niveles de endorfinas, catecolaminas o cortisol, termografía, dilatación pupilar y palidez. Pueden ser útiles en neonatos y orientan de la situación dolorosa en que se encuentran, sobre todo si se normalizan tras corregir el proceso doloroso. Ninguna medición fisiológica es por sí misma un indicador puro, pues se pueden modificar en situaciones no relacionadas con el dolor.



**Tabla 2 Abordajes básicos para medir el dolor clínico**

<p>Métodos observacionales</p> <p>1. Escala de Andersen:</p> <p>0. No dolor</p> <p>1. No dolor en reposo y ligero a la movilización o la tos</p> <p>2. Dolor ligero en reposo o moderado a la movilización o la tos</p> <p>3. Dolor moderado en reposo e intenso a la movilización o la tos</p> <p>4. Dolor intenso en reposo y extremo a la movilización o la tos</p> <p>5. Dolor muy intenso en reposo</p>
<p>Métodos fisiológicos</p>
<p>Métodos subjetivos</p> <p>Multidimensionales: cuestionario de McGill, cuestionario de Dartmouth, test de Latineen, test de Nottingham y el inventario breve del dolor</p> <p>Unidimensionales: escala de valoración verbal, escala verbal simple, escala numérica, escala visual analógica, escala de caras revisada</p>

– **Métodos subjetivos.** Consisten en conseguir información subjetiva por parte del paciente a través de manifestaciones verbales o escritas. Son los mejores indicadores de dolor.

Existen dos tipos de modelos subjetivos:

- **Modelos unidimensionales:** (escalas cuantitativas o de intensidad): consideran el dolor como una dimensión única, y valoran exclusivamente su intensidad. Son fáciles de aplicar y su fiabilidad es aceptable. Su uso se limita a la valoración del dolor agudo porque no contemplan la naturaleza multidimensional del dolor. Disponemos de escalas verbales, numéricas y analógico-visuales o de representación de expresiones faciales.
- **Modelos multidimensionales:** su principal indicación es el dolor crónico, en el que el componente emocional es un factor importante del mismo. Evalúan tres componentes: el sensorial, el afectivo y el evolutivo. Se trata de técnicas de medición compleja que evalúan la intensidad y la cualidad del dolor, así como los efectos que produce sobre otras variables psicológicas y sociales. Entre los más utilizados para evaluar el dolor crónico se encuentran el cuestionario de McGill, el cuestionario de Dartmouth, el test de Lattinen y el Inventario Breve del dolor. La versión en español del cuestionario de McGill ha sido utilizada como instrumento



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 13 de 24	

sensible para valorar el DAP a partir de las 24 horas de la intervención y tiene la ventaja sobre los métodos unidimensionales, de ser más sensible para detectar cambios en la intensidad de dolor en diversos tipos de intervenciones y de tratamientos.

## 10. Escalas de evaluación

- **Escala de valoración verbal:** Representa el abordaje más básico para medir el dolor y es útil por su fácil aplicación. Son cinco categorías puntuables de 0 a 5 según la intensidad. Los números ayudan a determinar niveles relativos de dolor. Es inespecífica y poco sensible.
- **Escala verbal simple Contempla:** 10 grados de intensidad y 5 de malestar. Los de intensidad corresponden a dolor ausente, muy débil, muy moderado, moderado, moderadamente intenso, intenso, muy intenso, extremadamente intenso y máximo. Los grados de malestar son: nulo, soportable, molesto, penoso e insoportable.
- **Escala descriptiva simple:** Presenta los valores de: no dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso y máximo dolor posible. También puede utilizarse para valorar el alivio del dolor: no alivio, alivio ligero, alivio moderado y alivio completo. Las escalas de alivio permiten valorar la eficacia de un tratamiento analgésico, pero carecen de sensibilidad para detectar pequeñas variaciones en la eficacia del mismo.
- **Escala numérica:** Es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos que son de 0 (no dolor) a 10 (dolor insoportable). Es fácilmente comprensible para la mayoría de los pacientes. Es útil para la medición y valoración de la respuesta a un tratamiento determinado. Tiene una gran sensibilidad y genera datos que pueden ser analizados estadísticamente. Es válida y la más utilizada para el seguimiento telefónico de los pacientes ambulatorios.
- **Escala visual analógica (EVA):** Se compone de un dibujo con una línea horizontal o vertical continua de 10 cm de longitud, con los extremos marcados por dos líneas donde figuran las expresiones de “no dolor” y “máximo dolor imaginable”. Su principal ventaja es que no tiene números ni palabras descriptivas. El paciente indica sobre la línea continua la intensidad de su dolor en relación a los extremos de la misma. Es un método simple, sólido, sensible, fiable y reproducible, resultado útil para reevaluar a un mismo paciente en diferentes ocasiones. Es muy utilizada, aportando información fiable acerca del componente sensitivo de la experiencia dolorosa.
- **Escala de caras revisada:** Esta escala muestra dibujos de expresiones faciales cada uno con un valor numérico; es una medida proporcionada por el paciente para valorar la intensidad del dolor, ha sido revisada de la original con 7 caras, a 6 caras, para hacerla compatible con el resto de escalas observacionales.



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 14 de 24	

- Se han demostrado valores más altos cuando la primera expresión facial es un rasgo feliz, que cuando es un rasgo facial neutro.
- Los resultados obtenidos por esta escala los podemos extrapolar a la EVA dividiendo su valor por dos. Puede ser útil en niños de más de 3 años y en personas en las que la comunicación sea compleja o esté imposibilitada.

## 11. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN SOBRE DOLOR

Existe una necesidad urgente de educación, tanto de la sociedad como del personal sanitario, en el mejor conocimiento del fenómeno doloroso. Su manejo debe orientarse hacia la satisfacción de los usuarios mediante el desarrollo de nuevos tratamientos, además de contemplar las necesidades de los pacientes y de su entorno familiar, así como del personal implicado en su estado de salud.

### INFORMACION

Al analizar las necesidades de los pacientes y su entorno sobre educación e información en dolor se han constatado varios hechos que conviene destacar:

- Los pacientes más ansiosos requieren más información del proceso que se les va a realizar. Los más jóvenes también reclaman información acerca del ambiente perioperatorio en el que se van a desenvolver.
- Solicitan instrucciones analgésicas escritas claras durante todo el postoperatorio domiciliario.
- Los cuidadores manifiestan temor frente a la cirugía ambulatoria, que debemos controlar antes de la misma, en la consulta del cirujano y del anesthesiólogo.
- A los cuidadores les preocupan los cuidados en el domicilio como son: la tolerancia oral, los vendajes, el sangrado, el cuidado de la herida, pero sobre todo el manejo del dolor. Reclaman más información previa a la operación para poder solventar dudas, así como instrucciones al alta claras y precisas
- .– La variabilidad en cuanto a normas, consejos e instrucciones dados a los familiares sobre el DAP hace que la comprensión informativa sea en muchas ocasiones precaria, mermando la eficacia del tratamiento doloroso y haciendo que los pacientes, ante la duda, prescindan de la medicación, agravándose el dolor.
- A pesar de tener dolor en el postoperatorio domiciliario, muchos pacientes no toman los analgésicos por miedo a sus posibles efectos adversos. Se tiende a tomar menos analgesia

de la que se les prescribe debido a una falta de información comprensible, por parte del personal de las unidades. Si bien las instrucciones domiciliarias suelen ser adecuadas, falla fundamentalmente su comprensión por los cuidadores.

Los pacientes deberían ser informados y las preguntas más comunes que suelen hacerse y a las que deberemos responder (Tabla 3)



el personal sanitario encargado de la unidad deberá explicar con un lenguaje claro y comprensible que el dolor es una sensación desagradable que afecta desfavorablemente al estado anímico, al desarrollo de una vida normal, aumenta la probabilidad de complicaciones y que retrasa la recuperación tras la cirugía. Mediante la información transmitiremos al paciente que el dolor puede ser aliviado con una adecuada terapia analgésica a una dosis y frecuencia ajustada a sus necesidades, valorando previamente el grado del mismo.

También se proporcionará información sobre la intervención quirúrgica, incluyendo el tipo de cirugía a la que se va a someter, la técnica anestésica recomendada y la intensidad dolorosa esperada para dicho procedimiento quirúrgico. Esto es importante, ya que implica que el protocolo analgésico empleado sea diferente, al igual que el momento de su administración. Después de informar al paciente sobre el dolor esperado, indicaremos cuáles son las posibilidades analgésicas, cómo y cuándo iniciarlas y sus efectos secundarios más frecuentes.

Los protocolos analgésicos utilizados deben ser seguros y con pocos efectos secundarios, para asegurar la alta domiciliaria sin complicaciones.

**TABLA 3**  
Estándares mínimos para el manejo del dolor postoperatorio

Información al paciente y al entorno	Preguntas del paciente y del entorno ante la cirugía
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos del tratamiento y beneficios</li> <li>- Posibles opciones de tratamiento</li> <li>- Técnicas analgésicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es el dolor?</li> <li>- ¿Por qué es importante su control?</li> <li>- ¿Puede aliviarse?</li> </ul>

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
	Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 16 de 24

## EDUCACIÓN:



La educación del paciente, acerca del DAP, consecuencias y tratamiento, debe iniciarse desde el primer contacto con la unidad de cirugía ambulatoria, continuarse durante su estancia y tras el alta a su domicilio. Es más efectiva la educación individualizada, según la necesidad de cada paciente, precisa y empleando un lenguaje sencillo y asequible. Para reforzar la información oral es importante que los pacientes reciban información escrita sobre la importancia del tratamiento del dolor, las diferentes formas y sus efectos adversos

Es indispensable realizar una valoración del paciente antes del proceso quirúrgico y el grado de estimulación dolorosa que conlleva, debido a que una de las principales preocupaciones que presenta este es el dolor y el disconfort que sigue a la cirugía. Ante este proceso las personas responden de modo diferente, dependiendo de las experiencias previas, su estado emocional y el nivel de ansiedad que presenten.

La adecuada formación es una de las formas más eficaces de tratar el dolor, en combinación con adecuados protocolos analgésicos. Esto genera un aumento de la confianza del paciente y en consecuencia una disminución de los niveles de ansiedad. Gran parte del dolor está ligado a la ansiedad y puede reducirse con una correcta preparación y educación preoperatoria

El impacto de la información y las expectativas de los pacientes quirúrgicos ante el manejo del dolor son temas bien estudiados. La información, oral y escrita, acerca del manejo postoperatorio realizado durante la valoración preanestésica ambulatoria, aumenta la calidad de la información retenida, facilita la discusión con el anestesiólogo y la aceptación del programa quirúrgico

La educación debe ser personalizada, teniendo en cuenta el tipo de cirugía y el estado de salud del enfermo. Es clave, en la recuperación del paciente, el apoyo de un entorno familiar

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00		Página 17 de 24

que comprenda la importancia de una analgesia adecuada. Por ello, debemos incluir a una persona allegada en la información y educación sobre qué analgésico tomar, dosis y frecuencia (Tabla 4).

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, proporciona algunos puntos clave para el manejo del DAP, con la finalidad de lograr un mejor control del mismo y una mejoría de la calidad asistencial que se da a estos pacientes (Tabla 5).

**TABLA 4.**  
**Advertencias al paciente y entorno**

- Si el dolor no está controlado para poder desarrollar sus actividades diarias debe comunicarlo al médico
- El dolor debe ir decreciendo gradualmente y, si no lo hace también deberá ser comunicado
- Habrá que cambiar algunos hábitos hasta la recuperación total, dependiendo del tipo de cirugía (maxilofacial-alimentarios, ortopedia-deambulacion, etc.)
- Sólo se usará la medicación prescrita por los facultativos
- La vía más común de administración entre las comentadas será la vía oral, pero puede haber otras y deberán ser lo suficientemente explicadas por el personal
- Se deben comunicar los efectos secundarios que aparezcan
- Se tendrá en cuenta la educación propia de la cirugía a la que se someten. Así por ejemplo, iniciaremos movilización precoz, y en cirugía traumatológica serán importantes los ejercicios de rehabilitación
- Los bloqueos nerviosos periféricos de larga duración con/sin elastómeros recibirán información complementaria oral y escrita

**TABLA 5.**  
**Puntos clave en el manejo del dolor agudo postoperatorio**

- Reconocer el derecho de los pacientes a ser asesorados sobre el dolor
- Evaluar al paciente previamente al proceso
- La educación del paciente y su implicación en el cuidado es un componente central en la efectividad del manejo del dolor
- La educación, sobre el manejo del dolor, proporciona al paciente información necesaria sobre



## 12. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL	TIEMPO DE EJECUCIÓN
1	<p><b>Criterios clínicos a tener en cuenta en la inclusión a cirugía</b></p> <p>Verificar signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno,) que se encuentren dentro de límites normales.</p> <p>Verificación de medicamentos prescritos</p>	Enfermería	Preparación admisión del paciente	
2	Verificar lista de chequeo cirugía	Anestesiólogo Enfermería	Preparación admisión del	



	segura		paciente	
<b>3</b>	Revisión de la vía aérea que se encuentre permeable	Anestesiólogo Enfermería		
<b>4</b>	Revisión de funcionamiento adecuado de equipos y existencia de material a utilizar.	Enfermería		

#### 14. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento

Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Sociedad Catalana de Cirugía. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. (mayo de 1993)



Informe técnico. La cirugía ambulatoria. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Noviembre de 1992

Ponencias de la Comisión Técnica del Área quirúrgica.

Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987;67:721

Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE. The role of anesthesia in surgical mortality. JAMA 1961; 178:261-266.

Schneider AJ. Assessment of risk factores and surgical outcome. Surg Clin North 1983:1113-6.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PACIENTE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR</b></p>	
Código: PR-CRG-33-03 V.00	Página 20 de 24	

Owens WD. ASA physical status classification: A{en} study of consistency of rating. *Anesthesiology* 1978; 49:239-241.

Keats AS. The ASA classification of physical status-A recapitulation. *Anesthesiology* 1978; 49:233-6.

Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Julio de 1995

Aldrete YA, Kroulik D: A posoperative recovery score. *Anesth Analg* 1970; 49:924-34

López Álvarez S, Agustí Martínez-Arcos S, Bustos Molina F, Collado Collado F, De Andrés Ibáñez J, Martín Pérez E, et al. Grupo de trabajo de ASECOMA sobre dolor. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2006; 11(Supl 2).

Watt-Watson J, Chung F, Chan VW, McGillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *J Nurs Manag* 2004; 12(3): 153-61.

Solca M, Savoia G, Mattia C, Ambrosi F, Betelli G, Berti M, et al. Pain control in day surgery: SIAARTI Guidelines. *Minerva Anestesiol* 2004; 70(1-2): 5-24.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice Guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology* 2004; 100(6): 1573-81.

Macaire P, Gentili M. Pain management and ambulatory surgery. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009; 28(3): e127-33.

Schug SA, Chong C. Pain management after ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009; 22(6): 738-43.

Englbrecht JS, Pogatzki-Zahn EM. Pain management after ambulatory surgery in Germany. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2010; 45(1): 44-55.

Pavlin DJ, Chen C, Penazola DA, Buckley FP. A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *J Clin Anesth* 2004; 16 (11): 200-6.

Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97(2): 534.

Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg* 2005; 101(6):

Evans H, Steele SM, Nielsen KC, Tucker MS, Klein SM. Peripheral nerve blocks and continuous catheter techniques. *Anesthesiol Clin North America*. 2005; 23(1): 141-62  
 Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002; 183(6): 630-41.

Chung F. El proceso del alta. A: Anestesia a Ambulatoria de Twersky RS. Ed. Mosby/Doyma Libros 1996;457-475.

Cirugía mayor ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. (1993)

## 15. HISTORIA DE MODIFICACIONES

Versión	Naturaleza de cambio	Fecha de cambio	Aprobación de cambio
01	Creación de documento	Marzo 2022	Calidad

## 16. ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS

Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición



Gobernación  
de Norte de  
Santander

**PROCEDIMIENTO DEFINICIÓN DE  
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL  
PACIENTE PARA CIRUGÍA  
AMBULATORIA, ASPECTOS  
PSICOSOCIALES Y MANEJO DE DOLOR**



Código: PR-CRG-33-03 V.00

Página 22 de 24

- 17. **ANEXOS**
- a. **DIAGRAMA DE FLUJO**



## ANEXOS

### ANEXO I

#### **Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes**

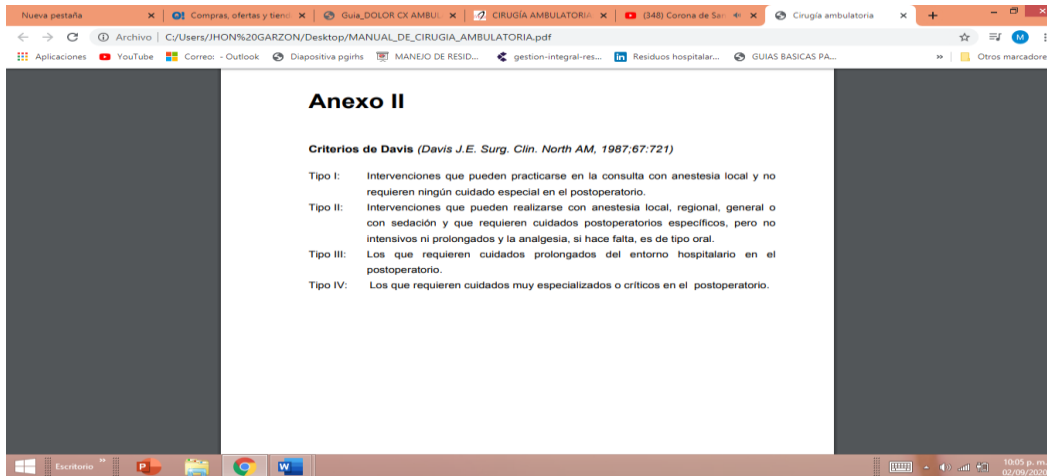
Es la clasificación de criterios ASA, de *el American Society of Anesthesiology* :

- ASA I: Pacientes sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano
- ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada...)
- ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo...)
- ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria...)
- ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.





Anexo II



Anexo III

Test de Aldrete

Modalidad	puntos	criterio
Actividad	2	Mueve las 4 extremidades
	1	Mueve 2 extremidades
	0	No mueve las extremidades
Respiración	2	Respira y tose normalmente
	1	Dispnea o respiración limitada
	0	Apnea
Circulación	2	TA $\pm$ 20% nivel preanestésico
	1	TA $\pm$ 20-50% nivel preanestésico
	0	TA $\pm$ 50% nivel preanestésico
Coloración	2	Rosado
	1	Pálido, ictericia, manchas
	0	Cianótico
Conciencia	2	Completamente despierto
	1	Despierta al llamarlo
	0	No responde