



GUÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar
Hospital Universitario Reina Sofía

GUÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Introducción y objeto de esta guía

Esta guía pretende ayudarte en tu práctica asistencial sobre el manejo del dolor en los pacientes intervenidos por cirugía torácica. Ésta ha experimentado importantes avances en los últimos años relacionados con las técnicas anestésicas y quirúrgicas. Su manejo multidisciplinar durante el período perioperatorio ha conllevado una mejora sustancial de los resultados quirúrgicos.

Elementos como el control agresivo del dolor (analgesia multimodal y técnicas anestésicas regionales), la recuperación rápida o mejorada en la que se incentiva la movilización precoz, uso del Inspirón y tolerancia rápida postoperatoria han contribuido significativamente a ello. Otra de las medidas introducidas y que es de gran utilidad para la valoración del mismo, es la utilización de escalas validadas de forma periódica y regular. Éstas nos permitirán conocer la evolución del dolor durante el proceso siendo fundamental el registro del mismo en las gráficas. Una de las más utilizadas por enfermería es la Escala Numérica del Dolor (EVA).

Alcance de la guía

Esta guía ha sido diseñada para su uso por parte de profesionales de nueva incorporación de la Unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (UCTyTxP) del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) y profesionales de otras unidades que se encuentra al cargo de los cuidados de pacientes de la UCTyTxP en otras ubicaciones.

Tipos de cirugía

En los pacientes intervenidos de cirugía torácica podemos distinguir dos grandes grupos: cirugía torácica mayor y el resto de la cirugía torácica.

La **cirugía torácica mayor** requiere de una vigilancia intensiva durante las 24-72 horas postcirugía que se lleva a cabo en UCI. Cuando se dé esta circunstancia y el paciente llegue a planta después de dicha estancia, el cirujano torácico debe llamar al anestesista para comunicarle dicho traslado y que se haga efectivo el seguimiento de dicho paciente de un servicio a otro.

El **resto de la cirugía** suele subir a planta tras su estancia en la Unidad de Reanimación y dicho servicio hará el seguimiento de estos enfermos cada 24h, hasta que sean dados de alta en su unidad para el control del dolor.

Vías de administración

Las principales vías de administración son: catéter epidural, terapia intravenosa y tratamiento oral.

Catéter epidural

Muchos de nuestros pacientes son portadores de drenajes torácicos y normalmente, suben con catéter epidural, a través del cual, se administra por bomba una solución anestésica (frecuentemente

ropivacaína). Estas bombas de perfusión pertenecen al Servicio de Reanimación y el personal de planta no está autorizado en su manejo.

Ante cualquier incidencia, se debe llamar a dicho servicio para su resolución. Dichas bombas pueden funcionar en infusión continua, a demanda del paciente mediante un pulsador o en ambos modos simultáneamente. Aquí podemos hablar de la PCA o “Analgésia Controlada por el Paciente”, en la cual, el propio paciente se administra, a demanda, dosis del analgésico prescrito ajustándose así a sus propias necesidades.

Así pues, como ves, es muy importante educar al enfermo para que haga uso de la misma en caso de dolor, ya que, al día siguiente, el anestesista realizará una valoración de las necesidades analgésicas requeridas y ajustará la nueva dosis con vistas a conseguir una mejoría en su confort.

Normalmente, tras la retirada de los drenajes, suele extraerse el catéter epidural.

IMPORTANTE: recuerda no poner la heparina hasta pasadas doce horas de su retirada.

Terapia intravenosa

Simultáneamente a la analgesia por epidural, se suele administrar la terapia intravenosa prescrita por el cirujano torácico.

Los medicamentos más frecuentes son el metamizol, paracetamol, dexketoprofeno, tramadol y si fuera preciso petidina. Se prescriben según la posología recomendada o bien, en perfusión continua.

En caso de dolor persistente y mal controlado o de salida accidental de la epidural, el anestesista valorará continuar la prescripción analgésica en un modo intravenoso. Para ello, suelen administrar morfina en régimen de perfusión continua o en forma de bolos “PCA”.

Recuerda que estas perfusiones deben de ir protegidas de la luz.

Tratamiento oral

El control del dolor se realizará con medicación oral de forma precoz, en el momento que la situación clínica del paciente lo permita.

Confiamos en que estas pequeñas indicaciones te hayan servido de guía orientativa y ayuda para tu práctica asistencial con nuestra especialidad de cirugía torácica.

Para cualquier duda que te pueda surgir, estamos a tu disposición en nuestra ubicación habitual, planta 3ª B del Hospital General, o a través de nuestro teléfono:

957 010 314
Ext.: 510 314