

## CARTA AL DIRECTOR

### Estudio de la percepción del dolor en cirugía ambulatoria dermatológica

*Palabras clave:* Dolor. Medición. Cirugía dermatológica.

*Key words:* Pain. Measurement. Dermatological surgery.

*Sr. Director:*

La variabilidad en la percepción del dolor depende de muchos factores entre los que se encuentran factores psicosociales, las expectativas y emociones del paciente, así como la propia variabilidad biológica. En cirugía dermatológica al igual que en otras especialidades, nos encontramos a diario con que nuestros pacientes, cuando llegan al quirófano, presentan un evidente temor al dolor que van a sufrir durante la intervención, admitiendo generalmente que el dolor fue menor de lo que esperaban tras terminar el acto operatorio. Esta discordancia entre antes y después de la cirugía ha sido poco estudiada (1). Por ello nos hemos propuesto valorar la diferencia entre la estimación de la percepción subjetiva del dolor previo a la cirugía y lo que valoraron como percepción del dolor tras la misma en función de diversas variables clínicas y terapéuticas. Se han incluido 210 pacientes dermatológicos intervenidos de forma consecutiva en el quirófano de CMA de Baena (Córdoba) perteneciente al Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba) entre los meses de enero y junio de 2008.

El anestésico utilizado fue mepivacaína 2% en todos los casos. El protocolo de recogida de datos incluía la edad, el sexo, el hábito tabáquico, el diagnóstico clínico, la localización de la lesión, el diámetro mayor de la lesión en mm, la técnica realizada y los antecedentes de anestesia cutánea. El estudio de la percepción del dolor incluyó una pregunta previa a la cirugía en la que se le pedía al paciente que valorase entre 1 y 10 cuánto creía que le iba a doler. Tras la cirugía se le volvía a preguntar, en este caso, cuánto le había dolido, siendo valorado también entre 1 y 10. Se recogieron los episodios de cuadros vagales. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SSPS 15.0. Para la comparación de grupos se utilizó la t de Student y el análisis de la varianza según fuera necesario.

Los resultados según el sexo, edad, hábito tabáquico y antecedentes de anestesia se describen en la tabla I. De los 210 pacientes, 127 (61%) eran mujeres y 83 (39%) hombres. La edad media fue de 45,4 años (rango 7-89). Por edades, el grupo más frecuente lo constituyeron el grupo de pacientes entre 18 y 65 años con 145 pacientes (76,7%), seguido de los mayores de 65 años (17,6%) y

Tabla I

**Puntuación de las preguntas previas y posteriores a la cirugía en relación con el sexo, la edad, la anestesia previa y el hábito tabáquico**

	Número de pacientes	Pregunta 1	Pregunta 2	
Sexo				
Mujer	127 (61%)	4,66	2,47	p < 0,001
Hombre	83 (39%)	4,38	2,21	p < 0,001
		NS	NS	
Edad (años)				
< 18	13 (5,7%)	4,38	2,92	p = 0,046
18-65	145 (76,7%)	4,51	2,35	p < 0,001
≥ 65	35 (17,6%)	3,94	2,08	p < 0,001
		NS	NS	
Anestesia previa				
Sí	109 (51,9%)	4,11	2,2	p < 0,001
No	101 (48,1%)	5,03	2,52	p < 0,001
		p = 0,018	NS	
Fumador				
Sí	40 (19%)	4,8	2,05	p < 0,001
No	170 (81%)	4,5	2,44	p < 0,001
		NS	NS	

NS: no significativo.

los menores de edad (5,7%). El 51,9% de los pacientes tenía antecedentes de anestesia cutánea. Una quinta parte de los pacientes eran fumadores. Para cada una de estas variables la puntuación media de la percepción del dolor tras la cirugía fue significativamente menor que la estimación previa a la cirugía. Fue en los menores de 18 años, con una puntuación de 4,38 vs. 2,92 en ambas preguntas la que menos diferencia mostró, aunque resultó también significativa (p = 0,046). En la valoración intragrupo no hubo diferencias en las puntuaciones en ninguna de las dos preguntas salvo en los pacientes con antecedentes de anestesia cutánea que valoraron la expectativa de percepción del dolor de forma menor (4,11 vs. 5,03; p = 0,018). En la valoración de la percepción del dolor tras la cirugía esta diferencia desapareció.

En la tabla II se describen los datos en función del diagnóstico clínico, la localización, la técnica empleada y el tamaño de la lesión. La patología más frecuentemente intervenida fue el quiste sebáceo (25,7%), seguido de los nevos melanocíticos (25,2%). Menos frecuentes, con unos valores similares, fueron los fibromas (11%), los carcinomas basocelulares (9,5%), las alteraciones ungueales (8,1%) y las queratosis seborreicas (8,1%). Hasta la mitad de las lesiones se localizaban en cabeza y cuello (50%). El tronco fue la segunda localización en frecuencia (22%). El resto de localizaciones se encontraban por debajo del 10%. Los procedimientos más frecuentemente empleados fueron la electrocoagulación (45,2%) y el cierre directo (47,1%). Las plastias fueron practicadas en el 4,3% de las intervenciones. Por último, las matricectomías sólo constituyeron el 3,3% de los procedimientos. Por tamaños, el 68% de las lesiones medían menos de 15 mm de diámetro mayor, mientras que el 32% restante eran mayores de 15 mm.

*Recibido:* enero de 2009.

*Aceptado:* marzo de 2009.

*Correspondencia:* Antonio Tejera Vaquerizo. Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Margarita. Avda. de Góngora, s/n. 14940 Cabra, Córdoba. e-mail: antoniotejera@aedv.es

Tabla II

**Puntuación de las preguntas previas y posteriores a la cirugía en relación con el diagnóstico clínico, localización, procedimiento empleado y tamaño de la lesión**

Diagnóstico	Número de pacientes	Pregunta 1	Pregunta 2	
Quistes sebáceos	54 (25,7%)	4,66	2,11	p < 0,001
Nevus	53 (25,2%)	4,5	1,9	p < 0,001
Fibroma	23 (11%)	3,56	3,08	NS
Carcinoma basocelular	20 (9,5%)	3,4	2,25	p = 0,044
Alteraciones ungueales	17 (8,1%)	7,05	3,88	p = 0,003
Queratosis seborreica	17 (8,1%)	3,56	3,08	p = 0,002
Otros	26 (12,4%)	4,23	2,57	p = 0,04
		p = 0,002	p = 0,004	
<b>Localización</b>				
Cabeza y cuello	105 (50%)	4,15	2,35	p < 0,001
Cuero cabelludo	15 (7,1%)	4	1,8	p = 0,01
Tronco	44 (22%)	4,56	1,97	p < 0,001
Extremidades superiores	8 (3,8%)	4,25	2,75	NS
Extremidades inferiores	18 (8,6%)	6,27	2,88	p = 0,001
Genitales	8 (3,8%)	5,25	2,5	p = 0,03
Palmo-plantar	10 (4,8%)	6,4	3,9	NS
		p = 0,029	p = 0,008	
<b>Procedimiento</b>				
Electrocoagulación	95 (45,2%)	4,23	2,27	p < 0,001
Cierre directo	99 (47,1%)	4,61	2,25	p < 0,001
Plastia	9 (4,3%)	4,77	2,88	NS
Matricectomía	7 (3,3%)	7,85	4,71	p = 0,05
		p = 0,01	p = 0,007	
<b>Tamaño</b>				
<15 mm	125 (68%)	4,02	2,06	p < 0,001
≥15 mm	59 (32%)	4,94	2,61	p < 0,001
		p = 0,03	p = 0,06	

NS: no significativo.

El estudio de la percepción del dolor en función del diagnóstico clínico mostró que no hubo diferencias entre la expectativa de percepción del dolor en los pacientes intervenidos de fibromas (3,56 vs. 3,08; p > 0,05). En el resto de diagnósticos sí hubo diferencias significativas. La uña encarnada fue la que más diferencia mostró entre la pregunta 1 y la pregunta 2 (7,05 vs. 3,88; p = 0,003). Los pacientes con diagnóstico de uña encarnada fueron los que en la valoración intragrupo mostraron una mayor expectativa de percepción del dolor con respecto al resto de diagnóstico, así como una mayor valoración del dolor tras la cirugía. Por la localización de las lesiones, en todas las áreas corporales hubo diferencias en la puntuación de ambas preguntas. Sin embargo, en las localizadas en la extremidad superior y en el área palmo-plantar, pese a presentar una puntuación de 4,25 vs. 2,75 y 6,4 vs. 3,9 respectivamente, no alcanzaron significación estadística. En la valoración intragrupo los procedimientos realizados en el área palmo-plantar fueron valorados como los más dolorosos (p = 0,008). En cuanto a la técnica realizada, las matricectomías fueron tanto las que presentaban una mayor expectativa de percepción dolorosa (p = 0,01), así como las que resultaron más dolorosas tras la cirugía (p = 0,001). Por último, las lesiones mayores de 15 mm presentaron tanto una mayor valoración intragrupo en la pregunta 1 (4,94 vs. 4,02; p = 0,03)

como en la pregunta 2 (p = 2,61 vs. 2,06; p = 0,06) con respecto a las lesiones menores de 15 mm. Sólo se registraron dos cuadros vagales leves que se recuperaron en pocos minutos.

La valoración del dolor en cirugía dermatológica ha sido un aspecto poco estudiado hasta el momento. Hasta la fecha los estudios se centraban más en el dolor relacionado con el herpes zóster (2), la terapia fotodinámica (3), o los procedimientos con anestesia tópica (4). En la mayoría de estudios para la valoración del dolor se ha empleado la escala analógica visual. Sin embargo, se ha sugerido que la escala analógica visual puede ser sustituida por una escala numérica oral como la empleada en este estudio (5), siendo más cómoda. Al igual que en el trabajo de Jones y cols. (1), en nuestro estudio se demuestra que, para casi todas las variables estudiadas, la expectativa de dolor es mucho mayor que la percepción del dolor durante la cirugía. Esto pone de manifiesto que la percepción del dolor es una sensación compleja en la que la susceptibilidad individual al estrés y la ansiedad juegan un papel importante (6). De hecho, las técnicas de relajación pre- y postquirúrgicas se han mostrado eficaces en para controlar el dolor quirúrgico (7).

La edad en nuestro estudio no ha mostrado diferencias en la percepción dolorosa, pese a que en algún estudio sí se ha establecido que los pacientes jóvenes sufren de mayor ansiedad preoperatoria que el resto de pacientes. Esto pudiera ser debido, al menos en parte, a que en muchas ocasiones es la primera vez que se encuentran en un quirófano (6). Los pacientes con antecedentes de anestesia cutánea previa mostraron una menor expectativa de dolor que aquellos que nunca habían pasado por esta experiencia. En nuestro estudio, el hábito tabáquico no ha mostrado tener influencia en la sensación dolorosa referida por los pacientes. Sin embargo, se sabe que los pacientes fumadores pueden presentar ciertas alteraciones de la sensibilidad dolorosa; tal es el caso de la sensación nociceptiva de la isquemia inducida por un torniquete que en los pacientes fumadores es menor. Este hecho puede influir en la detección de algunos procesos tales como la isquemia miocárdica (8).

Por diagnósticos, resulta llamativo que los carcinomas basocelulares, teniendo en cuenta que muchos son intervenidos mediante plastias, no fueron puntuados de forma distinta a otras patologías. Ello quizás sea debido, al menos en parte, a que este grupo de personas tienen una edad más elevada. Además de que los pacientes de este grupo, con frecuencia tienen experiencias previas en intervenciones quirúrgicas. Se ha demostrado que el dolor en pacientes de edad avanzada pudiera estar relacionado con alteraciones de "flexibilidad mental" (9).

En este estudio se pone de manifiesto que los procedimientos quirúrgicos en dermatología no resultan, salvo en casos concretos, ser muy dolorosos. Ello se corresponde con una baja incidencia de cuadros vasovagales. Sin embargo, parece evidente que las expectativas sobre el dolor que los pacientes van a sentir superan a lo que realmente sienten en la intervención. Estos datos eran esperables por los resultados de los escasos trabajos publicados y por la experiencia diaria que todos tenemos. Se requieren estudios más específicos y extensos para identificar las variables que influyen en la percepción dolorosa.

A. Tejera Vaquerizo, V. Moreno Arroyo<sup>1</sup>,  
M. O. Granados Roldán<sup>1</sup>, F. Calero Gallego<sup>1</sup>,  
M. A. Palma Albalá<sup>1</sup>, J. Gaitán Jurado<sup>2</sup>

*Servicio de Dermatología, <sup>1</sup>Enfermería y <sup>2</sup>Coordinador de  
CMA Baena. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jones M, Fernández-Peñas P, Mígueles R, García-Morrás P, García-Cantero RM. Percepción subjetiva del dolor en cirugía local dermatológica. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96: 147-52.
2. Kurokawa I, Murakawa K, Kumano K. The change in zoster-associated pain treated with oral valaciclovir in immunocompetent patients with acute herpes zoster. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 1223-9.
3. Lindeburg KE, Brogaard HM, Jemec GB. Pain and photodynamic therapy. *Dermatology* 2007; 215: 206-8.
4. Kuwahara RT, Skinner RB. Emla versus ice as a topical anesthetic. *Dermatologic Surg* 2001; 27: 495-6.
5. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 390-2.
6. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90: 706-12.
7. Seers K, Crichton N, Tutton L, Smith L, Saunders T. Effectiveness of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2008; 62: 681-8.
8. Jensen MT, Petersen KL. Gender differences in pain and secondary hyperalgesia after heat/capsaicin sensitization in healthy volunteers. *J Pain* 2006; 7: 211-7.
9. Karp JF, Reynolds CF 3rd, Butters MA, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, et al. The relationship between pain and mental flexibility in older adult pain clinic patients. *Pain Med* 2006; 7: 444-52.