

CARTA AL DIRECTOR

Nuestra experiencia en la evaluación y control del dolor postoperatorio en Cirugía Ambulatoria

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Escalas del dolor. Evaluación del dolor. Control del dolor.

Key words: Ambulatory surgery. Pain scales. Pain assessment. Pain control.

Sr. Director:

Nuestra experiencia en cirugía mayor ambulatoria (CMA) se remonta a enero de 2002. Desde entonces nuestro reto siempre ha sido prevenir la aparición del dolor, porque es el mejor modo de controlarlo y ofrecer al usuario confort analgésico.

Sabemos que la evaluación y control del dolor es un objetivo prioritario en CMA, y también sabemos que el dolor es una experiencia íntima y personal, un sentimiento, una percepción, y como tal, difícil de medir y cuantificar. Este hecho nos ha llevado a utilizar distintas escalas de medición en una búsqueda permanente por encontrar el instrumento adecuado que nos permita alcanzar el objetivo deseado. La elección de la escala de medición es una cuestión importante, puesto que además de resultarnos válida, ha de ser fácilmente aplicable y compatible con las circunstancias particulares de nuestra dinámica de trabajo. Por ello describimos nuestra experiencia y los resultados de nuestra comparación entre distintas escalas del dolor postoperatorio.

Descripción de nuestra experiencia

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, quizás por inexperiencia, utilizamos la *Escala Numérica Verbal*. Es una escala subjetiva en la que el usuario debe describir su dolor con un número del 0 al 10, siendo el cero ausencia de dolor y el 10 máximo dolor.

No nos resultó útil por varios motivos: a) en ese momento el bloque quirúrgico no disponía de una sala de despertar adecuada y los pacientes eran enviados a la unidad de CMA bajo efectos anestésicos muy acusados; somnolientos, con un nivel de consciencia disminuido y escasa respuesta a los estímulos ver-

bales, motivo por el cual no conseguíamos una buena colaboración por parte del usuario; y b) igualmente, en la mayoría de casos, los usuarios no eran capaces de otorgar un número apropiado a su dolor; no coincidían la expresión facial, ni la descripción que hacían de su dolor, ni los signos del dolor apreciables por el observador con el número que indicaban. Es lógico, teniendo en cuenta que es difícil expresar un sentimiento o una sensación con un lenguaje matemático. Si como ejercicio práctico intentamos dar un valor numérico al dolor que todos en algún momento padecemos (migrañas, odontalgias, lumbalgias, etc.), comprobaremos que es sumamente difícil establecer una equivalencia precisa entre el plano sensorial y un nivel cuantitativo.

Por estos inconvenientes nos pareció necesario cambiar de escala. Como las condiciones en las que los pacientes salían de quirófano eran las mismas, decidimos usar la *Escala Subjetiva Equivalente* (ESE). Es una escala de medición útil que exige poca colaboración del usuario. Se basa en los signos del dolor que son apreciables por el observador y no son imputables a otras causas como: expresión facial, actitud corporal, inquietud, taquicardia, inmovilización e hipertensión.

En rasgos generales, se divide en cuatro puntos con una numeración del 0 al 3: ESE-0 paciente sin dolor; ESE-1 paciente que no presenta signos de dolor, sólo refiere molestias; ESE-2 paciente que presenta signos de dolor en las movilizaciones, en reposo sólo refiere leve dolor basal; ESE-3 paciente con signos de dolor en reposo, expresa mucho dolor. Después de usar esta escala durante un periodo de tiempo aproximado de un año, comprobamos que es una escala simple pero eficaz cuando el usuario tiene disminuido su nivel de consciencia.

A medida que fuimos avanzando en experiencia creímos necesario utilizar una escala con más matices sin que requiriera mucha colaboración del usuario, puesto que se mantenían las mismas condiciones estructurales en quirófano. La elegida fue la *Escala de Andersen*. Es una escala que contempla el dolor en reposo y movimiento, dato importante a tener en cuenta cuando se trata de dolor posquirúrgico. Además al multiplicar por dos su valor, se acepta como sinónimo de la Escala Visual Analógica (EVA). A diferencia de la anterior esta es una escala subjetiva. Se numera el dolor del 0 al 5 según su característica en reposo y movimiento. Es una escala fácil de aplicar para el observador porque no requiere explicación previa, y en la que se exige poca colaboración del usuario. Nos resultó muy útil en adultos.

Al cabo de dos años, cambiaron las condiciones de infraestructura y espacio en nuestros quirófanos y empezó a funcionar la Unidad de Reanimación Post-Anestésica asumiendo funciones que hasta ese momento teníamos en la UCSI. Los usuarios salían más despiertos y recuperados, en estado de alerta y con capacidad de respuesta a estímulos.

Por ello empezamos a usar la *Escala EVA* con adultos utilizando la regleta básica de medición del dolor (Fig. 1).

Nuestra experiencia con el uso de esta escala es positiva, aunque la particularidad del dolor quirúrgico la hace insuficiente para contemplar el dolor en el movimiento. Entre sus ventajas cabe señalar que: es subjetiva, ofrece al usuario flexibilidad para medir su dolor, no condiciona al usuario a otorgar un nú-

Recibido: junio de 2009.

Aceptado: septiembre de 2009.

Correspondencia: M. A. Beltrán del Paso. Fundació Privada Hospital de Mollet. C/ Sant Llorenç, 39-41. 08100 Mollet del Vallès, Barcelona. e-mail: ucsi@fphm.cat

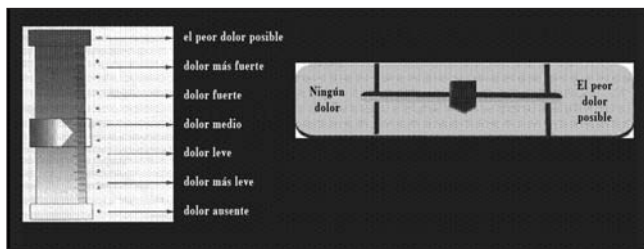


Fig. 1.

mero al dolor, es precisa y fiable permitiendo una medición ajustada y finalmente, el valor no está contaminado por el observador. Sus inconvenientes serían: requerir explicación previa y la colaboración del usuario, así como no contemplar diferencias entre el dolor en reposo y en movimiento.

En niños hemos utilizado la *Escala de Expresiones Faciales de Biere*. Es una escala subjetiva y válida en niños mayores de 2-3 años. Donde: 1) indica ausencia de dolor; equivalente a escala numérica (0); 2) dolor leve; equivalente a escala numérica (1-2-3); 3) dolor moderado; equivalente a escala numérica (4-5-6); 4) dolor severo; equivalente a escala numérica (7-8-9); y 5) indica dolor insoportable; equivalente a escala numérica (10) (Fig. 2).

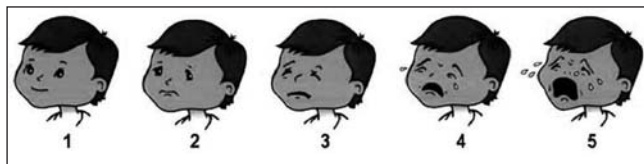


Fig. 2.

Estudio comparativo entre las escalas EVA y Andersen

El estudio se realizó en 59 usuarios elegidos al azar, acotados en un periodo temporal de 30 días. A cada usuario se le aplicaban las dos escalas simultáneamente y empleamos una plantilla en la que recogimos todos los valores (Fig. 3).

Excluimos cuatro plantillas por pertenecer a niños de corta edad, a los cuales sólo se les pudo aplicar la escala de expresiones faciales.

Resultado

EVA: puntuación media 1,05 puntos. Andersen: puntuación media 1,71 puntos (Fig. 4).

Existe una diferencia mínima entre las dos escalas debido a que la escala de Andersen refleja en cada medición el dolor en reposo y en movimiento, por lo tanto, tratándose de dolor postquirúrgico, siempre el valor obtenido es ligeramente superior al de la escala EVA. Este dato resulta apreciable en nuestro estudio, cuando el valor de la escala de Andersen se multiplica por dos para convertirla en sinónimo de la escala EVA, y da lugar a una pequeña diferencia en la puntuación media de las dos escalas, sin comprometer su equivalencia.

COMPARATIVA DE L'ESCALA E.V.A AMB L'ESCALA D'ANDERSEN			
ETIQUETA DE L'USUARI:		TIPUS D'ANESTÈSIA:	
		PROC. QUIRÚRGIC:	
	HORA	EVA	D'ANDERSEN
ENTRADA A RECOVERING			
SORTIDA DE RECOVERING			
ENTRADA A L'UC.S.I.			
A L'ALTA DE L'UC.S.I.			
PROMIG			

Fig. 3.

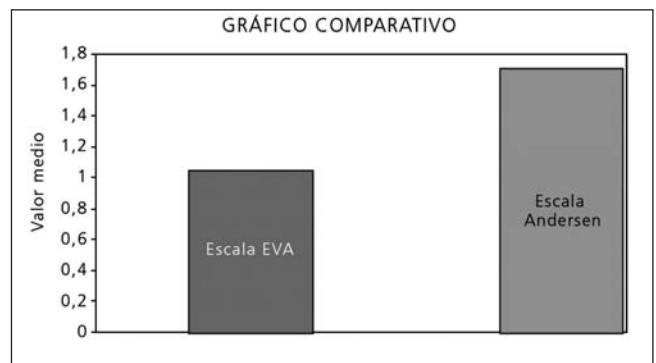


Fig. 4.

Conclusión

El dolor es una experiencia sensorial y emocional displacentera, diferente en cada individuo y en la que influyen múltiples factores, hasta tal punto que un mismo proceso quirúrgico vivido más de una vez por un mismo sujeto, puede generar percepciones distintas del grado de dolor. El dolor es intangible, invisible, etéreo, y por supuesto, subjetivo. Estas características definen su naturaleza y lo convierten en algo difícil de medir, a pesar de haber muchas escalas que lo intentan.

Partiendo de la premisa que ninguna escala de medición es perfecta, es al profesional de enfermería a quien le compete elegir cuál debe utilizar, dependiendo del tipo de dolor que quiera evaluar y de las condiciones en las que la deba aplicar, porque a pesar de no ser exactas, sí son herramientas válidas y necesarias que nos ayudan a alcanzar nuestro fin, que no es otro que ofrecer bienestar al usuario.

M. A. Beltrán del Paso, O. Matamoros Mor

Enfermería. UCSI (Unidad de Cirugía sin Ingreso). Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès, Barcelona

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. En: Diagnóstico. Centro de Salud Villa de Vallecas: Ediciones Doyma; 2005.
2. Torregrosa Zuñiga S, Bugedo Tarraza G. Medición del dolor. Boletín Esc. De Medicina, departamento de anestesiología. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 155-8.
3. Benito C, Garijo J, Moya MS, Sarasquete J, Villalonga A, Navia J, et al. Cuadernos multidisciplinares de confort analgésico. Saned; 2004. p. 39-40.
4. Curso de dolor agudo postoperatorio. Servicio de anestesia, reanimación y tratamiento del dolor. Hospital Universitario La Paz, Hospital General; 2003 (capítulos 1-4).
5. Suárez Delgado JM. Evaluación del dolor. Formación continuada en anestesiología. Sevilla; 2002.
6. Aliaga L, Català E. Opioides: utilización clínica. Madrid: Editorial You and Us, S.A.; 2001.