Incluida en **EMBASE/Excerpta Medica**
www.dolor.es

PERMANYER

DOLOR. 2021;36:174-82

Evaluación del dolor postoperatorio, una herramienta imprescindible para el abordaje eficaz el dolor

Isabel Muñoz Hernández y Laia Rosés Alvarez

RESUMEN

El dolor se ha convertido en una prioridad hospitalaria y un parámetro de calidad asistencial, considerándose la quinta constante. El prototipo más frecuente de dolor es el dolor postoperatorio, que tiene importantes repercusiones en los pacientes si no es tratado adecuadamente. Es imprescindible para un buen tratamiento del dolor una valoración correcta, haciendo entender al paciente la escala que vamos a utilizar para evaluar el dolor, siendo esto una responsabilidad de enfermería. Una correcta valoración y adecuado tratamiento ayudará a que los pacientes puedan tener un postoperatorio más confortable, con menos dolor y de esta manera ayudar a que recuperen, en la medida de lo posible, su autonomía.

Palabras clave: *Quinta constante. Dolor postoperatorio. Escalas del dolor.*

ABSTRACT

Pain has become a hospital priority, and a parameter of quality of care, even being considered the fifth vital sign. The most frequent prototype of pain is postoperative pain, if it is not treated properly it may have important repercussions. Making the patient understand that the scale that we are going to evaluate is the responsibility of the nurse. A correct assessment and adequate treatment of pain will help patients to have a more comfortable postoperative period, with less pain and in this way help them to regain, as far as possible, their autonomy. (DOLOR. 2021;36:174-82)

Key words: *Fifth vital sign. Postoperative pain. Pain scales.*

Corresponding author: Isabel Muñoz Hernández, imunoz@santpau.cat; Laia Rosés Alvarez, lroses@santpau.cat

Departamento de enfermería
Unidad del Dolor
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Isabel Muñoz Hernández
E-mail: imunoz@santpau.cat
Laia Rosés Alvarez
E-mail: lroses@santpau.cat

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS

Durante muchos años el dolor no ha sido considerado como una prioridad hospitalaria, pero en los últimos tiempos esto ha cambiado; de hecho, la valoración de la evaluación del dolor se ha convertido en la quinta constante[1].

En concreto, el dolor postoperatorio es el prototipo más frecuente de dolor agudo que existe en el ambiente hospitalario[2]. Se caracteriza por ser un dolor de inicio reciente y duración limitada que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión quirúrgica sobre los órganos y tejidos; presenta una intensidad máxima durante las primeras 24 horas y va disminuyendo posteriormente de forma progresiva. Además, es una experiencia subjetiva y su manejo es complejo, requiriendo un abordaje global y multidisciplinario.

RETOS DEL DOLOR POSTOPERATORIO

El dolor postoperatorio continúa siendo una experiencia que puede hacer disminuir la calidad asistencial, esto puede ser debido a diferentes motivos, entre ellos[3]:

- La gran cantidad de profesionales implicados, escenarios diferentes, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, desconocimiento de los opioides (por miedo a efectos secundarios de los analgésicos, depresión respiratoria, vías de administración inadecuadas, etc.).
- Los pacientes asumen que las intervenciones son dolorosas[4].

También hay una serie de factores que pueden influir en el dolor postoperatorio: la variabilidad de respuesta de los pacientes, el tipo de intervención y el procedimiento anestésico que se emplee.

Sin embargo, el dolor tiene importantes repercusiones en los pacientes; además del sufrimiento innecesario, se produce un retraso en el alta y, por tanto, aumentan los costes hospitalarios. Por otro lado, existen complicaciones físicas como alteraciones respiratorias o complicaciones cardiovasculares por la liberación de catecolaminas. Tampoco debemos olvidar las complicaciones psicológicas, el retraso en la recuperación y la rehabilitación, provocando un riesgo más elevado de desarrollar dolor crónico.

Por tanto, un buen control del dolor mejora la calidad asistencial y ayuda a la recuperación y rehabilitación en los pacientes operados, con la posible disminución en los costes globales.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

La correcta elección de la analgesia depende de una adecuada valoración, siendo responsabilidad de enfermería que el paciente sea capaz de identificar la intensidad de su dolor mediante escalas y nunca mediante una respuesta binaria «sí/no».

Existen numerosas escalas de valoración del dolor adaptadas para cada tipo de pacientes y situaciones hemodinámicas. En cada centro u hospital existen unas escalas validadas por el propio centro. Lo importante es que en un mismo centro se utilicen las mismas escalas adecuadas a cada situación hemodinámica y psicológica del paciente.

En nuestro hospital disponemos de varias escalas adaptadas para las diferentes situaciones.

- Escalas de adultos[5]:
  - Visual numérica (EVN).
  - Visual analógica (EVA).
  - ABBEY.
  - *Behavioral Pain Scale/Behavioral Pain Scale Non Intubed* (BPS/BPS-NI).
- Escalas en niños[6]:
  - NIPS *(Neonatal Infants Pain Scale)*.
  - FLACC *(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*.
  - De expresión facial (EFF) o de Wong-Baker (FACES).

En las tablas 1-8 resumimos aspectos prácticos de las escalas más utilizadas en nuestro entorno y la interpretación de sus resultados.

Escalas para valoración del dolor en adultos

Tabla 1. Escala visual numérica (EVN)

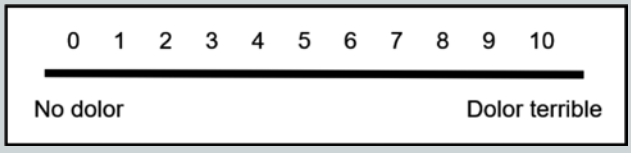
Nombre de la escala	EVN
Tipo de valoración	Unidimensional
Valor mínimo	No dolor = 0
Valor máximo	Máximo de dolor = 10
Descripción	Valora la intensidad del dolor mediante números de 0 al 10
Información al paciente	Enseñar la escala explicando que es el 0 i el 10 y decirle que indique el número que considere representativo para su grado de dolor
Resultados	0 = sin dolor 1-3 = dolor leve 4-6 = dolor moderado 7-8 = dolor grave 9-10 = dolor insoportable
Por favor, indique el número que mejor describe su dolor  	

Tabla 2. Escala visual analógica (EVA)

Nombre de la escala	EVA
Tipo de valoración	Unidimensional
Valor mínimo	No dolor = 0
Valor máximo	Máximo de dolor = 10
Descripción	Valora la intensidad del dolor mediante una línea, en la cual su extremo izquierdo o inferior se corresponde con la carencia de dolor y el derecho o superior con el punto máximo de dolor. Se considera que tiene una mayor sensibilidad de mesura, ya que no tiene números ni palabras que puedan condicionar o limitar al paciente
Información al paciente	Enseñar la escala explicando qué significa la línea y solicitar que indique el punto que considere representativo para su grado de dolor
Resultados	0 = sin dolor 1-3 = dolor leve 4-6 = dolor moderado 7-8 = dolor grave 9-10 = dolor insoportable
Por favor, indique el punto que mejor describe su dolor  	

Tabla 3. Escala Abbey

Nombre de la escala	**Escala Abbey**	
Tipo de valoración	Conductual	
Valor mínimo	No dolor = 0	
Valor máximo	Máximo de dolor = 18	
Descripción	Escala para detectar algias en pacientes no comunicativos y que no pueden expresar claramente sus necesidades	
Resultados	0-2 = sin dolor 3-7 = dolor leve 8-13 = dolor moderado ≥ 14 = dolor grave	
Parámetros	**Valoración**	**Puntuación**
Vocalización	Gemidos, lloros, gritos	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3
Expresión facial	Tenso, frunce el ceño, muecas, lamentos, expresiones de miedo	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3
Lenguaje corporal	Inquietud, protección de una zona, retraimiento, movimientos de vaivén	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3
Cambios de comportamiento	Confusión, agitación, negativa a la ingesta, alteración de los patrones usuales	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3
Cambios fisiológicos	Alteración de los signos vitales (temperatura, FC, TA), sudoración, palidez	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3
Cambios físicos	Erosiones, lesiones previas, contracturas, artritis, áreas de presión	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3

FC: frecuencia cardiaca; TA: tensión arterial.

Tabla 4. *Behavioral Pain Scale* (BPS)

Nombre de la escala	**BPS**		
Tipo de valoración	Conductual		
Valor mínimo	No dolor = 3		
Valor máximo	Máximo de dolor = 12		
Descripción	Escala para la valoración del dolor en pacientes ventilados y bajo efectos de sedación Observar al paciente durante 1 minuto		
Resultados	Objetivo < 4 Presencia de dolor ≥ 6 Dolor inaceptable > 7		
Expresión facial	**Movimientos de miembros superiores**	**Tolerancia ventilación mecánica**	**Puntuación**
Relajado	Sin movimientos	Movimientos adaptados	1
Parcialmente afectado	Parcialmente flexionado	Buena adaptación la mayor parte del tiempo	2
Completamente afectado	Completamente flexionado	Lucha con el respirador	3
Gimiendo (quejándose)	Permanentemente flexionado	Imposible de ventilar	4

Tabla 5. *Behavioral Pain Scale Non Intubed* (BPS-NI)

Nombre de la escala	**BPS-NI**		
Tipo de valoración	Conductual		
Valor mínimo	No dolor = 3		
Valor máximo	Máximo de dolor = 12		
Descripción	Escala para la valoración del dolor en pacientes críticos con alteración de la comunicación o cognitiva Observar al paciente durante 1 minuto		
Resultados	Objetivo < 4 Presencia de dolor ≥ 6 Dolor inaceptable > 7		
Expresión facial	**Movimientos de miembros superiores**	**Verbalización del dolor**	**Puntuación**
Relajado	Sin movimientos	No verbaliza dolor	1
Parcialmente afectado	Parcialmente flexionado	Queja no frecuente ni prolongada	2
Completamente afectado	Completamente flexionado	Queja frecuente y prolongada	3
Gimiendo (quejándose)	Permanentemente flexionado	Quejas verbales: ¡ai, ai! o apnea	4

Escalas para valoración del dolor en pediatría

Tabla 6. *Neonatal Infants Pain Scale* (NIPS)

Nombre de la escala	**NIPS**	
Tipo de valoración	Conductual	
Valor mínimo	No dolor = 0	
Valor máximo	Máximo de dolor = 10	
Descripción	Escala para la valoración del dolor en recién nacidos (hasta 1 mes) Observar al paciente durante 1 minuto	
Resultados	0 = sin dolor 1-2 = dolor leve 3-5 = dolor moderado 6-8 = dolor grave 9-10 = dolor insoportable	
Parámetros	**Conducta**	**Puntuación**
Expresión facial	Relajada, expresión neutra	0
	Ceño fruncido, contracción de la musculatura facial	1
Llanto	Ausencia de llanto, tranquilo	0
	Llanto intermitente	1
	Llanto vigoroso, continuo	2
Patrón respiratorio	Relajado (patrón habitual respiratorio)	0
	Cambios respiratorios (irregular, más rápido)	1
Brazos	Relajados (sin rigidez muscular, algún movimiento)	0
	Flexión/extensión (tensos, movimientos rápidos)	1
Piernas	Relajados (sin rigidez muscular, algún movimiento)	0
	Flexión/extensión (tensos, movimientos rápidos)	1
Nivel de consciencia	Dormido o despierto, pero tranquilo	0
	Inquieto	1
Frecuencia cardiaca	Aumento < 10% respecto a la basal	0
	Aumento del 11 al 20% respecto a la basal	1
	Aumento > 20% respecto a la basal	2
Saturación de oxígeno	No precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	0
	Precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	1

Tabla 7. *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC)

Nombre de la escala	**FLACC**		
Tipo de valoración	Conductual		
Valor mínimo	No dolor = 0		
Valor máximo	Máximo de dolor = 10		
Descripción	Escala para la valoración del dolor en pacientes infantes de 1 mes a 3 años Observar al paciente durante 1 minuto		
Resultados	0 = sin dolor 1-2 = dolor leve 3-5 = dolor moderado 6-8 = dolor grave 9-10 = dolor insoportable		
Parámetros	**0**	**1**	**2**
Cara	Ninguna expresión particular, sin sonreír, desinteresado	Mueca ocasional o frunce el ceño	Frunce el ceño frecuentemente o de manera contante. Sierra los dientes. Barbilla temblorosa
Piernas	Posición normal o relajada	Intranquilas, inquietas, tensas	Patadas, baja y sube las piernas
Actividad	Sentado, tranquilo, en una posición normal. Se mueve fácilmente	Se retuerce, cambia de posición, tenso	Se arquea, está rígido o se sacude
Llanto	No llora (ni cuando está despierto, ni cuando está dormido)	Gime o lloriquea, se queja de vez en cuando	Llanto contante, gritos o lloros, quejas frecuentes
Capacidad de consuelo	Contento, relajado	Se tranquiliza al tocarlo o al hablarle. Se le puede distraer	Dificultad para consolarlo o reconfortarlo

Tabla 8. Escala de expresión facial (EFF) o de Wong-Baker (FACES)

Nombre de la escala	EFF - FACES
Tipo de valoración	Unidimensional
Valor mínimo	No dolor = 0
Valor máximo	Máximo de dolor = 10
Descripción	Valora la intensidad del dolor mediante la representación de caras que expresan diferentes magnitudes del dolor. Es útil en niños de 3 a 7 años o adultos con afectaciones cognitivas o limitaciones del lenguaje
Información al paciente	Enseñar la escala explicando qué significa la línea y solicitar que indique la cara que más define su dolor
Resultados	Transformar el resultado en una valoración numérica del 0 al 10 0 = sin dolor 1-3 = dolor leve 4-6 = dolor moderado 7-8 = dolor grave 9-10 = dolor insoportable
Por favor, indique la cara que mejor describe su dolor	

INTERPRETACIÓN DEL VALOR OBTENIDO

Las escalas más utilizadas agrupan el dolor en cuatro niveles descriptivos:

- No dolor: puntuación de 0.
- Dolor leve: EVN/EVA ≤ 3.
- Dolor moderado: EVN/EVA de 4 a 6.
- Dolor intenso: EVN/EVA ≥ 7.

Habitualmente, la escala más empleada en adultos y niños mayores de ocho años es la EVN. Al realizar la valoración a los pacientes posquirúrgicos hemos de comprobar que el paciente entiende el significado de los valores de la escala empleada y proporcionarles herramientas para que puedan relacionar sus vivencias con las escalas.

Por ejemplo, si preguntas a un paciente que te numere su dolor en una escala del 0-10 entendiendo que 0 es no dolor y 10 el máximo dolor que pueda imaginar, habitualmente los pacientes te suelen decir: «ponga un 6-7», «es que no sé», «yo aguanto mucho el dolor», «es que es muy difícil valorarlo porque no sé», «cada uno lo ve de diferente forma». En cambio, esa escala (EVN) explicada de tal manera que el paciente pueda relacionarla con sus vivencias, suele ser entendida mucho mejor por el paciente y automáticamente se ajusta más a su estado.

Un ejemplo puede ser este:

- El 0 es que no tiene dolor.
- Del 1 al 3 usted va notando cada vez más molestias, pero en casa todavía no se tomaría nada, porque solo es una molestia.
- A partir de 4 usted ya se toma un calmante en casa, uno suave, pero se lo toma.

– Entre 5 y 6 ya necesita un calmante muy fuerte o incluso dos calmantes, porque le duele mucho.
– Entre 7 y 8 ya no puede hablar conmigo, porque le duele tanto que no puede estar quieto ni atender.
– Y entre 9 y 10 es el peor dolor que usted se puede imaginar.

Con esta simple explicación, que no suele llevar más de dos minutos, los pacientes pueden entenderlo y rápidamente relacionan su dolor con otras experiencias ya vividas. Otra consideración que tener en cuenta cuando valoramos el dolor postoperatorio es la localización del dolor, a veces no le duele la zona quirúrgica, sino que se debe a otras dolencias que ya tenía o son dolores de nueva aparición (p. ej., cefalea) secundarios a la técnica analgésica, y el dolor de miembro fantasma, que no suele calmarse con analgesia convencional.

También es importante evaluar las características del dolor (dolor lancinante, punzante, pulsátil, quemazón, opresión…) y si es dolor que aparece en reposo o al movilizarse.

CONCLUSIONES

Por tanto, como vemos, el dolor tiene muchos puntos que mejorar y que tratar. Desde la valoración inicial por parte de enfermería, teniendo en cuenta el importante papel que cumple la enfermera con la atención y conocimiento del paciente, así como la valoración a pie de cama. Una correcta valoración y adecuado tratamiento ayudará a que los pacientes puedan tener un postoperatorio más confortable, con menos dolor y de esta manera ayudar a que recuperen, en la medida de lo posible, su autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Portero S, San José Arribas CA (dir.). El dolor agudo postquirúrgico en el adulto "la 5ª constante" [tesis de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid; 2014. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5936
2. Català E, Ferrandiz M, Genové ME, Revuelta M, Santeularia MT. Manual de tratamiento del dolor. 4.ª edición. Barcelona: Permanyer; 2020.
3. Pérez-Guerrero AC, Aragón MC, Torres LM. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp Dolor. 2017;24(1):1-3.
4. López Álvarez S, López Gutiérrez A, Vázquez Lima A. Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. 1.ª edición. España: Inspira Network; 2017.
5. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor. 2018;25(4):228-36.
6. Fernandez-Romero V. Actualización del manejo del dolor en pediatría. En: Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria. 22 jornadas de pediatría de atención primaria en pediatría, 16 y 17 de marzo de 2018. Málaga [Internet]. Asociación Andaluza de Pediatría de Atención Primaria; marzo 2018. Disponible en: http://pediatrasandalucia.org/Pdfs/10dolor.pdf